ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

SÉPTIMA SESIÓN DEL SUBCOMITÉ DE PROGRAMA, PRESUPUESTO Y ADMINISTRACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 20 al 22 de marzo del 2013

Punto 3.3 del orden del día provisional

SPBA7/4 (Esp.)
14 de enero del 2013
ORIGINAL: ESPAÑOL

EVALUACIÓN DE MITAD DE PERÍODO DE LA AGENDA DE SALUD PARA LAS AMÉRICAS, 2012

CONTENIDO

Página

I. Resumen ejecutivo 6

II. Introducción 9

III. Procedimiento y metodología 11

IV. Análisis de los resultados 15
Respuestas obtenidas 15
Análisis 15
Componente A: Uso que se ha dado a la Agenda en los países, subregiones y organismos internacionales 16
Componente B: Progreso en las ocho áreas de acción de la Agenda medido a través de indicadores proxi 23
a) Fortalecer la autoridad sanitaria 24
b) Abordar los determinantes de salud 26
c) Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad 30
d) Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos 34
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad 37
f) Fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud 44
g) Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología 46
h) Fortalecer la seguridad sanitaria 47

V. Observaciones sobre el proceso de evaluación 50

VI. Conclusiones y recomendaciones generales 52

Siglas 55

Anexo A. Integrantes del Grupo de Trabajo
Anexo B. Componente C de la evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas: Resultados y recomendaciones principales

Prólogo

En mi calidad de líder del Grupo de Trabajo que participó en esta evaluación, tengo el placer de presentar el Informe de Evaluación de Mitad de Período de la Agenda de Salud para las Américas.

Es para mí una gran satisfacción presentar un trabajo que es fruto del esfuerzo coordinado de los países de la Región que participaron en todas las etapas del proceso, desde el diseño de su metodología hasta la redacción final del presente informe.

El 3 de junio del 2007 marcó un hito histórico para la salud pública ya que ese día, en Ciudad de Panamá, las ministras y los ministros de salud de la Región pusieron en marcha la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. Sin duda alguna, se trataba de un compromiso firme cuyo objetivo primordial era el de contar con un instrumento que guiara la acción colectiva para mejorar la salud y la calidad de vida de nuestras poblaciones.

En el año 2012, se alcanzó el punto medio del horizonte de planificación definido por la Agenda 2008-2017 y, por ese motivo, nos comprometimos a efectuar la presente evaluación en el marco de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Esta evaluación —que fue liderada por la Argentina y que tuve el honor de dirigir— implicó el trabajo conjunto de un grupo compuesto por Brasil, Chile, Costa Rica, El Salvador, Estados Unidos de América, Guyana, Panamá, San Vicente y las Granadinas, y la República Bolivariana de Venezuela, con el apoyo de la Oficina Sanitaria Panamericana, a quienes quisiera expresar mi agradecimiento y reconocimiento especiales por su infatigable dedicación y su labor.

Nuestro cometido principal consistía en determinar la influencia que había tenido la Agenda en la elaboración de los planes nacionales y subregionales de salud, así como en las actividades de los organismos internacionales que prestan cooperación en materia de salud. Esto nos permitiría detectar el ascendiente que tiene este documento —que consideramos clave— para guiar la planificación en los países.

Asimismo, por medio de indicadores proxi se analizó el progreso en cada una de las ocho áreas de acción de la Agenda.[1]

---

[1] En la Agenda de Salud para las Américas se establecen ocho áreas de acción: 1) fortalecer la autoridad sanitaria nacional; 2) abordar los determinantes de la salud; 3) aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad; 4) disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos; 5) reducir los riesgos y la carga de enfermedad; 6) fortalecer

Esta evaluación que tengo el agrado de presentar documenta los avances observados en la ejecución de la Agenda de Salud para las Américas e identifica los desafíos y áreas de acción que deben ser profundizados en los países y las subregiones, con el apoyo de la cooperación internacional.

Me gustaría felicitar a mis colegas por el excelente nivel de participación logrado durante la evaluación, en la que tomaron parte treinta y cinco países de la Región, cinco organismos de integración subregional y diecinueve organismos de cooperación o del sistema de las Naciones Unidas.

Quiero adelantarles aquí algunos aspectos destacados que resultaron de esta evaluación. Entre el 2008 y el 2011, de los treinta y cinco países de la Región, treinta habían elaborado planes nacionales de salud y, de estos treinta, veinte manifestaron haber utilizado la Agenda de Salud para las Américas en la formulación de los mismos. Sin duda alguna, este hecho tiene una importancia particular ya que se ha retomado una lógica de planificación sanitaria a nivel de los sistemas nacionales de salud y me complace saber que en esta planificación se tiene en cuenta la Agenda de Salud para las Américas.

Cabe recordar que durante la década de los 70, muchos países de la Región habían establecido oficinas de planificación a nivel nacional, que preparaban planes a un horizonte de 3 a 5 años. Incluso la OPS llegó a tener el Centro Panamericano de Planificación de la Salud (CPPS), cuyas funciones eran prestar cooperación en esa materia.

No obstante, en los años 80 estos procesos sufrieron una desaceleración. Por ese motivo, nos complace en especial que se retome el camino de la planificación, ya que está vinculada al cambio que requieren los sistemas nacionales de salud. La Agenda de Salud para las Américas es una poderosa herramienta que puede servir de inspiración en este sentido.

Es importante destacar que el fortalecimiento de la autoridad y de la gestión sanitarias, el desarrollo de los trabajadores de la salud, el aumento de la protección social y el acceso a servicios de salud de buena calidad, así como la reducción de los riesgos y la carga de enfermedad, fueron áreas consideradas por casi la totalidad de los veinte países que utilizaron la Agenda, lo cual pone de relieve que hay cambios consensuados que muchos países queremos aplicar en nuestros sistemas de salud.

Quisiera hacer una mención especial al área de acción que plantea el abordaje de los determinantes sociales de la salud y que fue adoptada por dieciocho países de los veinte que utilizaron la Agenda. Nuestra Región ha sido pionera en la priorización del abordaje de los determinantes de la salud; nuestros países y la OPS han venido trabajando con este enfoque

---

la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud; 7) aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología, y 8) fortalecer la seguridad sanitaria.

desde hace muchos años, lo que refleja la profunda preocupación por reducir las brechas sanitarias en la Región.

Finalmente, quiero señalar que, si bien ha habido un importante avance en todas las áreas de acción de la Agenda, aún preocupan algunos temas en los cuales es necesario continuar trabajando y redoblar esfuerzos, como la mortalidad materna, el dengue, la tuberculosis, la infección por el VIH/sida, el aumento de la obesidad y el estancamiento del gasto público en salud como porcentaje del producto bruto interno, entre otros.

Me parece importante que, en estos años que restan hasta el 2017, continuemos reforzando y mancomunando nuestras acciones y que la Agenda de Salud para las Américas sea un fuerte catalizador en este sentido.

Estoy convencido de que todos estos esfuerzos redundarán en una significativa contribución para mejorar la salud y la calidad de vida de todos los habitantes de nuestra Región.

Dr. Juan Luis Manzur
Ministro de Salud de la República Argentina

I. Resumen ejecutivo

1. El presente documento es el informe de la evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas (en adelante, "la Agenda") realizada por los países de la Región de las Américas con el apoyo de la Oficina Sanitaria Panamericana. El informe preliminar de esta evaluación se sometió a la consideración de la 28.ª Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre del 2012. Los países tuvieron además la oportunidad de revisar este informe y de proporcionar comentarios y sugerencias durante el mes de octubre del 2012 antes de su publicación.

2. El 3 de junio del 2007, los ministros y secretarios de salud de la Región pusieron en marcha la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 en Panamá, con el objetivo de guiar la acción colectiva para mejorar la salud de los pueblos americanos. En esta Agenda se definen las principales áreas de acción y se reiteran los compromisos contraídos por los países en foros internacionales para fortalecer la respuesta a fin de llevar a cabo esa acción eficazmente.

3. Durante la sexta sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración de la OPS, realizada en marzo del 2012, se acordó llevar a cabo la evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud de las Américas (2008-2017). Se determinó que la evaluación se centraría en los siguientes componentes:

Componente A: Determinación de la influencia de la Agenda en la elaboración de los planes nacionales y subregionales de salud, así como en los planes estratégicos de los organismos internacionales que cooperan en el ámbito de la salud con los países de las Américas.

Componente B: Evaluación del progreso en las ocho áreas de acción de la Agenda, medido a través de indicadores proxi.

Componente C: Evaluación de la respuesta de la Oficina Sanitaria Panamericana en la implementación de la Agenda.

4. A fin de evaluar los componentes A y B, los Miembros del Subcomité constituyeron un Grupo de Trabajo, dirigido por Argentina e integrado por: Brasil, Chile, Costa Rica, El Salvador, Estados Unidos de América, Guyana, Panamá, San Vicente y las Granadinas, y la República Bolivariana de Venezuela, y donde la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) cumpliría las funciones de secretaría.

5. Los Miembros del Subcomité determinaron además que el componente C fuera evaluado de manera independiente y simultánea por la oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación (IES) de la OPS.

6. En el proceso de evaluación de mitad de período de la Agenda de los componentes A y B se utilizaron encuestas, entrevistas y revisiones documentales. El proceso fue liderado por los países y se obtuvo una participación de todos los 35 países de la Región de las Américas, así como de 5 organismos de integración subregional y 19 organismos internacionales que trabajan en el ámbito de la salud en la Región.

7. En esta evaluación y sus resultados, que se destacan en el presente informe, se presentan y documentan los avances observados en la ejecución de la Agenda, se identifican los desafíos y se destacan los temas de las áreas de acción que requieren ser reforzados por los países y subregiones, con el apoyo de la cooperación internacional, para que se alcancen los resultados previstos.

8. En la primera parte de la evaluación (componente A) se analiza el uso que se ha dado a la Agenda en los países, subregiones y organismos internacionales. En tal sentido, se puede concluir afirmando que, durante el período de la evaluación, la utilización de la Agenda en los países ha sido buena para orientar la elaboración de numerosos planes nacionales de salud, políticas, estrategias y otros planes específicos de salud. En el nivel subregional ha tenido un uso regular, mientras que en los organismos internacionales ha sido utilizada en forma limitada.

9. En la segunda parte (componente B) se analizan los resultados, conclusiones y recomendaciones para cada una de las ocho áreas de acción de la Agenda. Del análisis de los indicadores proxi se concluye que han habido importantes avances en todas las áreas de acción aunque, sin embargo, es preocupante la situación de algunos indicadores, como la razón de mortalidad materna que no ha descendido como se esperaba en los últimos años, el incremento de los números de casos de dengue; las tasas de tuberculosis, infección por el VIH/sida y obesidad; el estancamiento del gasto público como porcentaje del PIB o la poca reducción del gasto de bolsillo destinado a la salud en la Región.

10. En la tercera parte (componente C) se analiza la contribución de la Oficina a la implementación de la Agenda y sus logros, mediante el Plan Estratégico de la OPS, los planes de trabajo bienales y las estrategias de cooperación con los países (ECP); al igual que la manera en que se aplicaron los principios y valores establecidos en la Agenda en la cooperación técnica de la OPS. El informe de este componente fue preparado por IES y en el anexo B del presente documento se incluyen los principales hallazgos y recomendaciones de este proceso. El informe completo de este componente se encuentra disponible a solicitud de los Estados Miembros.

11. Las principales recomendaciones plantean reforzar la difusión y los esfuerzos para abogar por una mayor utilización y apropiación de la Agenda en todos los niveles, tanto a nivel subnacional, nacional y regional, así como con otros sectores y con los organismos internacionales. En esta tarea la Oficina podría desempeñar un papel clave. Asimismo, se plantea que los países enfaticen su accionar en las áreas de acción donde menos progreso se

ha logrado y, en particular, en los temas que presentan un mayor desafío como: la reducción de la razón la de mortalidad materna, el dengue, la tuberculosis, la obesidad y las enfermedades crónicas y sus riesgos; el fortalecimiento de los sistemas de protección social; el incremento del gasto público nacional en materia de salud; y la reducción de los gastos de bolsillo.

12. Se recomienda que en la evaluación final de la Agenda se utilicen los indicadores proxi establecidos y se tome al 2011 como la línea de base. También se deben revisar aquellos indicadores para los que no se tiene información fiable y fortalecer los sistemas de información para mejorar el análisis de situación de la salud y contar con información completa para la toma de decisiones.

13. De acuerdo con los compromisos, el enunciado de intención y los principios y valores que se establecen en la Agenda, los resultados de esta evaluación deben servir para orientar la planificación de las intervenciones a favor de la salud de los pueblos, en los países, los organismos de integración subregional y los organismos internacionales. En este sentido, se debe elaborar un plan de trabajo con el fin de fortalecer el proceso de planificación en materia de salud en la Región y responder a las recomendaciones de la evaluación de mitad de período de la Agenda. Aprovechando la oportunidad que ofrece la elaboración del duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS 2014-2019 y el próximo Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, los resultados de la presente evaluación deben utilizarse en la elaboración de los mismos. La experiencia y dinámica del Grupo de Trabajo establecida en esta evaluación se debe aprovechar para la elaboración del próximo Plan Estratégico de la OPS.

II. Introducción

14. El 3 de junio del 2007, los ministros y secretarios de salud de la Región pusieron en marcha la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 (la Agenda) en Panamá, con el objetivo de guiar la acción colectiva de los interesados directos en el plano nacional e internacional que procuraban mejorar la salud de los pueblos americanos durante el referido período.

15. La Agenda responde a una decisión de todos los Gobiernos de los países del continente americano, que se comprometen con una visión colectiva de lograr una Región más saludable y más equitativa, abordando los determinantes de la salud y mejorando el acceso a los servicios de salud. En este sentido, la Agenda constituye un compromiso de solidaridad entre los países para responder a las necesidades de salud de sus pueblos y trabajar en conjunto desde una perspectiva regional.

16. En la Agenda se reconocen los principios y valores comunes de los países de la Región, se presenta un análisis de la situación y las tendencias de la salud en el continente, se definen las principales áreas de acción y se reiteran los compromisos contraídos por los países en foros internacionales para fortalecer la respuesta a fin de llevar a cabo esa acción eficazmente.

17. Las ocho áreas de acción enunciadas en la Agenda son las siguientes:

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.

18. La Agenda procura llevar a cabo las áreas de acción antedichas orientando la elaboración de los futuros planes nacionales y subregionales de salud, y los planes estratégicos de todos los organismos internacionales interesados en la cooperación en el ámbito de la salud con los países de la Región de las Américas, incluida la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La Agenda establece que su evaluación se haría examinando el progreso en las áreas de acción definidas.

19. Debido a que el año 2012 es el punto medio del período de ejecución de la Agenda, durante la sexta sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración (el Subcomité), de marzo del 2012, se acordó llevar a cabo la evaluación de mitad de período. Para este propósito se conformó un grupo de trabajo integrado por 10 países: Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, El Salvador, Estados Unidos de América, Guyana, Panamá, San Vicente y las Granadinas, y la República Bolivariana de Venezuela. Asimismo, se decidió que Argentina sería el líder del grupo de trabajo y que la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) actuaría como secretaría del proceso.

20. La evaluación se centró en los siguientes componentes:

a) Determinación de la influencia de la Agenda en la elaboración de los planes nacionales y subregionales de salud, así como en los planes estratégicos de los organismos internacionales que cooperan en el ámbito de la salud con los países de las Américas.

b) Evaluación del progreso en las ocho áreas de acción de la Agenda, medido a través de indicadores proxi.

c) Evaluación de la respuesta de la Oficina Sanitaria Panamericana en la implementación de la Agenda.

21. Los componentes A y B fueron evaluados por los países y el componente C fue evaluado de manera independiente y simultánea por la oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación (IES) de la OPS.

22. En este documento se presentan los resultados, conclusiones y recomendaciones de la evaluación de los componentes A y B, descritos anteriormente. Se adjunta además un resumen de los principales hallazgos y recomendaciones surgidos a partir de la evaluación del componente C (véase el anexo B).

III. Procedimiento y metodología

23. En seguimiento a los acuerdos alcanzados durante la sexta sesión del Subcomité, se constituyó el Grupo de Trabajo de los Países para llevar a cabo la evaluación, bajo la conducción del Ministerio de Salud de Argentina y con el apoyo de la Oficina.

24. El Grupo de Trabajo de los Países tuvo su primera reunión presencial del 25 al 27 de abril del 2012 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Durante esta reunión se examinaron y aprobaron: *a*) el plan de trabajo para llevar a cabo la evaluación, *b*) la metodología, y *c*) los instrumentos para realizarla.

25. Del 22 de mayo al 28 de junio del 2012, se realizaron las encuestas, entrevistas y revisión documental con los países, organismos de integración subregional y organismos internacionales de acuerdo con la metodología aprobada. Este proceso contó con el apoyo de las autoridades nacionales de salud, así como de las representaciones de la OPS/OMS, las cuales actuaron como nexo para el seguimiento del proceso y realización de las entrevistas acordadas. Este proceso se manejó flexiblemente para asegurar la participación de todas las entidades involucradas. El 20 de junio se presentó un informe de progreso al Comité Ejecutivo de la OPS donde se informó acerca de los avances del proceso de evaluación y se aprobaron ajustes al cronograma original.

26. Durante el mes de julio se procesó toda la información compilada construyendo una base de datos que permitió un análisis riguroso de los resultados de la evaluación. Esta base de datos fue manejada centralmente y solo el grupo de trabajo tuvo acceso a los datos para el análisis de los resultados.

27. Del 25 al 27 de julio del 2012 se realizó la segunda reunión presencial del Grupo de Trabajo en Ciudad de Panamá para analizar los resultados preliminares de la evaluación y preparar el informe a ser presentado en la Conferencia Sanitaria Panamericana en el mes de septiembre del 2012.

28. Del 24 al 29 de agosto del 2012 se realizó una consulta con el Grupo de Trabajo de los Países para aprobar el informe que se presentaría a la 28.ª Conferencia Sanitaria Panamericana.

29. El 7 de septiembre del 2012 se puso a disposición de todos los países el informe para la Conferencia en el sitio web de Cuerpos Directivos de la OPS.

30. A continuación se describe la metodología que se utilizó para los componentes A y B de la evaluación de mitad de período.

Componente A: Uso que se ha dado a la Agenda en los países, subregiones y organismos internacionales

31. La evaluación buscó saber cómo la Agenda ha influenciado la elaboración y ejecución de planes (planes nacionales y otros planes estratégicos para abordar problemas específicos de salud), políticas y estrategias de salud en los 35 países de la Región de las Américas. La información se obtuvo mediante encuestas a los países, entrevistas a actores nacionales relevantes y una revisión de documentos claves (planes, políticas y estrategias).

32. En el nivel subregional se buscó saber cómo la Agenda ha influenciado en la elaboración y ejecución de agendas, planes, políticas y estrategias de salud de los organismos de integración subregional. La información se obtuvo mediante una encuesta a las secretarías de los organismos de integración subregional, entrevistas a funcionarios de estas secretarías y una revisión documental.

33. Finalmente, se buscó saber cómo la Agenda ha influenciado en la elaboración y ejecución de los planes estratégicos, políticas y estrategias de los organismos internacionales del sistema interamericano y del sistema de las Naciones Unidas, y otros organismos bilaterales y multilaterales que trabajan en temas relacionados con la salud en la Región. La información se obtuvo mediante una encuesta a cada organismo, entrevistas a funcionarios de dichos organismos y una revisión de documentos pertinentes de estos organismos.

Componente B: Progreso en cada una de las áreas de acción de la Agenda medido a través de indicadores proxi

34. La evaluación se llevó a cabo considerando los temas de las áreas de acción de la Agenda. En vista de que la Agenda no incluye líneas de base ni metas, se propuso un conjunto de indicadores proxi para los temas que contiene cada área de acción (que se incluyen en la sección IV: Análisis de los resultados), de manera de poder evaluar los avances y resultados alcanzados en la implementación de la Agenda hasta el año 2011.

35. El Grupo de Trabajo de los Países revisó y aprobó por consenso los indicadores proxi para cada área de acción. Es importante destacar que lo que se buscó fue comparar promedios regionales o número de países que habían logrado avances en materia de salud pública, antes y después de la elaboración de la Agenda. No se hizo ninguna comparación entre países ni se analizó la situación individual de ningún país.

36. La información utilizada para la evaluación de la Agenda corresponde al período previo, es decir, el 2007 o antes, comparándola con la información disponible hasta el 2011. Se utilizaron métodos cuantitativos y cualitativos para recabar la información necesaria para calcular e interpretar los indicadores proxi, como se detalla a continuación:

- ***Cuantitativo*.** Se revisó la información disponible en la OPS/OMS con el propósito de identificar, por un lado, los indicadores para los cuales existe información confiable, y por el otro, los casos donde la información disponible es poco confiable o inexistente. En el primer caso, los indicadores se calcularon utilizando la información disponible; en el segundo, se diseñó una encuesta a ser respondida de manera oficial por un punto focal designado por la autoridad sanitaria de los 35 países de la Región. Con la información recabada se analizaron los indicadores correspondientes, y se obtuvieron conclusiones y recomendaciones en base a dicho análisis.
- ***Cualitativo:*** Para captar la experiencia y opinión sobre la implementación de la Agenda se realizaron entrevistas a una muestra calificada de funcionarios de los países, subregiones y organismos internacionales. Mediante las entrevistas se buscó conocer los factores que dificultaron o facilitaron el avance en la implementación de la Agenda, los desafíos enfrentados y cómo se los ha abordado, las áreas de oportunidad y la utilidad de la Agenda en cada país, subregión y organismo internacional, lo cual permitió interpretar y contextualizar los indicadores cuantitativos.

37. Se complementó la información mediante una revisión de documentos clave (planes, políticas, y estrategias) que se realizó a nivel de país, subregional y regional para los organismos internacionales.

Instrumentos

- ***Encuestas*:** Se elaboraron encuestas para los países, subregiones y organismos internacionales. La encuesta fue enviada directamente a la autoridad más alta en materia de salud en cada país, subregión u organismo internacional por parte de Argentina, en su calidad de líder del Grupo de Trabajo de los Países. En cada entidad se designó un punto focal responsable de coordinar la respuesta a la encuesta. Esta encuesta incluye la fuente de información y los medios de verificación, donde corresponde. Una vez respondida, la encuesta se remitió al Ministerio de Salud de Argentina, con copia a las representaciones de la OPS/OMS.

- ***Entrevistas***: Se realizaron entrevistas a informantes clave de países, subregiones y organismos internacionales. Para realizarlas se capacitó a los equipos de la OPS en los países y la Sede.

Países

38. En los países, los informantes clave fueron seleccionados por la OPS/OMS en consulta con las autoridades sanitarias nacionales. Estas personas debían tener un conocimiento amplio de la situación nacional en materia de salud. Los representantes de la OPS/OMS y sus equipos realizaron estas entrevistas en los países y el número de

entrevistados varió de acuerdo al tamaño y las características de cada país. En líneas generales se recomendó entrevistar a las siguientes personas:

- director nacional de planificación de la autoridad sanitaria o su equivalente;
- director del sistema de seguridad social o su equivalente;
- director de una organización no gubernamental (ONG) que trabaje a nivel nacional.

Subregiones

39. En las subregiones se entrevistó al secretario ejecutivo del mecanismo de integración subregional o al funcionario que ejercía la presidencia *pro tempore*. Dichas entrevistas fueron realizadas en coordinación con la representación de la OPS/OMS.

Organismos internacionales

40. Con respecto a las entrevistas a los organismos internacionales, se asignaron funcionarios del nivel regional de la OPS/OMS para que, en coordinación con el director del organismo, identificaran a la persona a ser entrevistada. Se recomendó entrevistar a una persona que trabajase directamente con la Región de las Américas y que tuviera una visión integral de la misma.

Revisión documental

41. Se elaboró una lista de cotejo para facilitar este proceso. La revisión documental en los países fue realizada por los equipos de las representaciones de la OPS/OMS, en coordinación con las autoridades sanitarias nacionales. En el caso de los mecanismos de integración subregional, la revisión documental fue hecha por la representación de la OPS/OMS donde el mecanismo tiene sede o el país que ejerce la presidencia *pro tempore*. Un equipo regional de la OPS/OMS realizó la revisión documental de los organismos internacionales.

IV. Análisis de los resultados

Respuestas obtenidas

42. En el cuadro 1 se incluye la respuesta a los diferentes instrumentos de la evaluación por los países, subregiones y organismos internacionales. Se obtuvo un total de 50 encuestas, y se realizaron 64 entrevistas y 35 revisiones documentales.

43. Se destaca que 100% (35) de los países de la Región respondieron la encuesta de la evaluación. Asimismo, la encuesta fue respondida por los principales organismos de integración subregional: CARICOM, MERCOSUR, ORAS/CONHU, SICA/COMISCA, y UNASUR. En cuanto a los organismos internacionales, la encuesta fue contestada por cuatro organismos de Naciones Unidas (PNUD, UNESCO, UNICEF y OIT), uno del sistema interamericano (BID); 2 organismos bilaterales (AECID y CIDA); y otras tres organizaciones (Iglesia de los Santos de los Últimos Días, APHA y PAHEF).

44. En cuanto a las entrevistas, se realizaron un total de 64. Los dos organismos de integración subregional que participaron en las entrevistas fueron CARICOM y ORAS/CONHU. Los organismos entrevistados fueron tres del sistema de Naciones Unidas (Banco Mundial, PNUD y UNFPA), cinco organismos bilaterales (AECID, CDC, FDA, USAID, HHS) y otras tres organizaciones (Fundación Bill y Melinda Gates, Cruz Roja Americana y la Iglesia Adventista del Séptimo Día).

45. En total, sumando encuestas y entrevistas, participaron 19 organismos internacionales.

46. De las 35 revisiones documentales, la gran mayoría fueron planes nacionales de salud, estrategias y políticas.

Cuadro 1. Respuesta a los diferentes instrumentos de la evaluación

Instrumentos/niveles	***Encuestas***	***Entrevistas***	***Revisión documental***
Países	35	51	31
Subregiones	5	2	2
Organismos	10	11	2

Análisis

47. El análisis de los resultados de los componentes A y B de la evaluación se incluye a continuación.

Componente A: Uso que se ha dado a la Agenda en los países, subregiones y organismos internacionales

Países

Resultados

a) Durante el período 2008-2011, 30 (86%) países de los 35 elaboraron un plan nacional de salud. De estos 30, 20 países (67%) manifestaron haber utilizado la Agenda para la formulación de su plan.

b) De los 20 países que usaron la Agenda en la formulación de su plan nacional de salud, más del 90% de los países utilizaron las áreas *a*), *b*), *c*), *e*), *f*), y *g*) y las áreas *d*) y *h*) fueron las que se utilizaron menos, con el 85% y 75%, respectivamente, como se muestra en el cuadro 2.

Cuadro 2. Áreas de acción utilizadas por los 20 países que elaboraron un plan nacional de salud en el período 2008-2011 usando la Agenda de Salud para las Américas

Área de acción	*Número de países*
a) Fortalecer la autoridad sanitaria nacional	20
b) Abordar los determinantes de salud	18
c) Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad	19
d) Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos	17
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	19
f) Fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud	20
g) Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología	18
h) Fortalecer la seguridad sanitaria	15

c) Además de los planes nacionales de salud, 18 países (51%) utilizaron la Agenda para la elaboración de otros programas específicos de salud.

d) Dieciocho países utilizaron la Agenda para la elaboración de políticas de salud, y 18 países también la utilizaron para la elaboración de estrategias de salud.

Conclusiones

a) El hecho de que la mayoría (67%) de los países que elaboraron un plan nacional de salud hayan utilizado la Agenda en el proceso y que, además, hayan utilizado casi

todas las áreas de acción es una indicación clara de la importancia que ha tenido la Agenda en los países de la Región.

b) Más de la mitad de los países de la Región también usaron la Agenda para la elaboración de otros planes, políticas y estrategias de salud específicos.

c) Todas las áreas de acción fueron utilizadas en los planes nacionales de salud que aplicaron la Agenda. Sin embargo, es importante señalar que las áreas de acción menos utilizadas en los referidos planes fueron: *d*) disminuir las desigualdades en salud y *h*) fortalecer la seguridad sanitaria.

d) Los factores mencionados por los países, tanto en las encuestas como las entrevistas, que impidieron un mayor uso de la Agenda son:

- La diferencia entre los tiempos de los diferentes marcos de planificación; es decir, muchos países manifestaron no poder usarla porque ya tenían planes, políticas o estrategias en el momento que se elaboró la Agenda.

- Los países con estructuras políticas federales han tenido más dificultad para incorporar la Agenda, puesto que tiene que ser apropiada y validada por los niveles subnacionales, que no han participado en la elaboración de la Agenda o no la conocen.

- La falta de conocimiento y la limitada difusión de la Agenda, combinadas con la rotación de los funcionarios de las autoridades sanitarias nacionales y la falta de una promoción constante para el uso de la Agenda, no han permitido una continua apropiación de la misma en los diferentes niveles de los países.

Recomendaciones

a) Los países deben continuar difundiendo la Agenda no solo en el ministerio o secretaría de salud, sino además en otros sectores y dentro del país, en los niveles subnacionales. Se debe procurar que todos los actores involucrados en el ámbito de la salud del país hagan propia esta Agenda.

b) La Agenda debe estar más presente en todos los ciclos de planificación a nivel nacional. En los países con estructuras federales, se debe analizar cómo la Agenda se puede usar mejor como marco de referencia a nivel nacional o subnacional.

c) Fortalecer la inclusión de las áreas de acción de la Agenda que se han visto reflejadas en menor medida en los planes nacionales de salud.

d) En la tarea de fortalecer la difusión de la Agenda en los países, la OPS/OMS debe desempeñar una función más activa como secretaría por intermedio de sus representaciones. También debería aprovechar los diferentes foros nacionales e

internacionales, incluidas las reuniones de los Cuerpos Directivos de la Organización, para fortalecer la difusión. Por otro lado, sería deseable una mejor utilización de la Agenda al momento de definir las prioridades de las estrategias de cooperación en los países (ECS).

Subregiones

Resultados

a) En el período 2008-2011, de las cinco subregiones encuestadas, dos elaboraron una agenda subregional utilizando la Agenda de Salud para las Américas.

b) En el mismo período, cuatro subregiones de las cinco diseñaron un plan subregional de salud. De estas cuatro subregiones, tres utilizaron la Agenda:

- Las tres subregiones que diseñaron sus planes de salud utilizando directa o indirectamente la Agenda hicieron uso de las siguientes áreas de acción: *a*) fortalecer la autoridad sanitaria nacional, *b*) abordar los determinantes de salud, *c*) aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad, *e*) reducir los riesgos y la carga de enfermedad y *f*) fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud. En este sentido se destaca que, según el análisis realizado en este tema, se trabaja más a nivel nacional que a nivel subregional.
- Dos subregiones utilizaron el área de acción *d*) disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos.
- Una subregión utilizó las áreas de acción *g*) aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología y *h*) fortalecer la seguridad sanitaria.

c) Al consultar a los organismos subregionales las razones por las cuales no utilizaron algunas áreas de acción de la Agenda mencionaron las siguientes:

- Las prioridades y los mandatos de la subregión eran diferentes a los de la Agenda.
- Falta de conocimiento de la Agenda.
- Imposibilidad de responder a todas las áreas de acción de la Agenda.

d) Las cinco subregiones mencionaran haber elaborado políticas de salud en este período, pero solo una utilizó la Agenda.

e) Cuatro subregiones informaron haber elaborado estrategias de salud y solo una utilizó la Agenda.

48. Al analizar las entrevistas a funcionarios de organismos subregionales, se destaca lo siguiente:

a) La difusión, el conocimiento y la utilización de la Agenda han sido calificadas como buenas a regulares. La difusión ha sido mejor cuando la OPS ha tenido una función más activa en este proceso.

b) En cuanto a la implementación de la Agenda se la calificó como regular. Esta calificación se justifica por las restricciones para movilizar los recursos necesarios para implementar los componentes de la Agenda, dado el entorno mundial cambiante del financiamiento.

c) Los efectos positivos de la Agenda que los entrevistados señalaron fueron: el fortalecimiento de las capacidades de la subregión para manejar sus necesidades en materia de salud pública y la coordinación del apoyo a nivel regional, que ha servido de base para el plan estratégico de la subregión y para los planes operativos anuales.

Conclusiones

a) Los organismos de integración subregional que elaboraron agendas y planes subregionales en el período 2008-2011 utilizaron la Agenda de Salud para las Américas como marco de referencia. Además incorporaron todas las áreas de acción de la Agenda en los programas, planes, políticas y estrategias subregionales en el período 2008-2011.

b) La utilización de la Agenda en las subregiones ha facilitado la priorización de las intervenciones y la coordinación entre el nivel subregional y regional.

c) A pesar que se ha difundido y utilizado la Agenda en las subregiones, existen oportunidades para mejorar su conocimiento e implementación y, de esta manera, optimizar su uso.

Recomendaciones

a) Se requiere fortalecer la difusión de la Agenda en los mecanismos de integración subregional buscando una mayor apropiación de la misma.

b) Mejorar la convergencia de los programas, planes, políticas y estrategias subregionales con las áreas de acción de la Agenda.

c) El país que ocupa la secretaría ejecutiva o la presidencia *pro tempore* de los mecanismos de integración subregional debe difundir la Agenda en las distintas

reuniones, fundamentalmente en las cumbres de dichos mecanismos, promoviendo la apropiación de la misma por parte del bloque de integración subregional.

d) La OPS debe fortalecer la difusión de la Agenda en los mecanismos de integración subregional, buscando una mayor apropiación por parte de ellos y una mejor coordinación y articulación entre los niveles regional, subregional y nacional.

Organismos internacionales

Resultados

a) Los organismos internacionales que respondieron a la encuesta (10) manifestaron contar con un plan estratégico que orienta su trabajo, pero solo tres de ellos manifestaron haber utilizado la Agenda diseñarlos.

b) Los tres organismos que utilizaron la Agenda lo hicieron principalmente como marco de referencia para desarrollar aspectos sustantivos de sus planes estratégicos. También se la utilizó para fundamentar el programa de acción específico del organismo e influyó en su trabajo.

c) La Agenda también fue utilizada por tres organismos para diseñar otros planes relacionados con la salud (control y prevención de la malaria, guías para estudiar el costo del dengue y la salud maternal, neonatal e infantil), por dos organismos para diseñar políticas relacionadas con la salud (como marco de referencia para definir las políticas del organismo o el apoyo que brinda a los países para que estos diseñen sus políticas de salud) y por cinco organismos para diseñar estrategias relacionadas con la salud (como marco de referencia para definir las estrategias del organismo o el apoyo que brindan a los países para que estos diseñen sus estrategias de salud, para campañas educativas en temas específicos de salud y promoción de ambientes activos y saludables, con subvenciones para apoyar la investigación y capacitación en áreas prioritarias, para diseñar la estrategia de salud maternal, neonatal e infantil y para capacitar al personal que atiende partos).

d) En referencia a la falta de uso de la Agenda, los organismos manifestaron centrar su trabajo en áreas o temas específicos o que sus mandatos derivados de los órganos rectores no se vinculan directamente con los temas de la Agenda. Al revisar las razones por las cuales no la usaron, manifestaron los puntos que se mencionan a continuación, aunque cabe mencionar que en sus planes estratégicos consideran algunas de las áreas de acción de la Agenda:

- por desconocimiento de la Agenda;
- por no considerarla relevante para las tareas que realizan;

- porque no involucran a terceros en el diseño de sus planes ni necesitan la Agenda para diseñar sus planes dada su experiencia;
- por atender directamente lo que demandan los gobiernos;
- por la mayor carga de enfermedad en África y Asia, porque América Latina tiene mayor cantidad de recursos disponibles, y por restricciones del propio organismo.

e) En referencia al uso de las áreas de acción de los organismos encuestados, tres de ellos manifestaron utilizar todas las áreas de acción de la Agenda y el resto solo las han utilizado parcialmente.

f) Las áreas de acción de la Agenda más utilizadas por los organismos han sido: *b)* abordar los determinantes de la salud, *d)* disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos, y *g)* aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología; mientras que las menos utilizadas han sido: *a)* fortalecer la autoridad sanitaria nacional, *e)* reducir los riesgos y la carga de enfermedad y *h)* fortalecer la seguridad sanitaria.

g) En el período 2008-2011, seis organismos de los nueve que contestaron la encuesta alinearon su ayuda con las áreas de acción de la Agenda: dos organismos con el área *c)* aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad (acceso a los medicamentos y protección social), dos organismos con el área *e)* reducir los riesgos y la carga de enfermedad (educación en temas de salud), y dos organismos con el área *h)* fortalecer la seguridad sanitaria (asistencia humanitaria en situaciones de emergencia y prácticas que afectan a las personas infectadas por el VIH o vulnerables).

h) En el período 2008-2011, seis organismos de los nueve que contestaron la encuesta informaron que colaboraron con las autoridades nacionales para responder ante situaciones que amenazaron la seguridad sanitaria.

i) Entre los temas que apoyaron los organismos se encuentran: infección por el VIH/sida, salud sexual y reproductiva, control de infecciones (en particular la pandemia de gripe por H1N1), desastres naturales y pandemias, vacunación y acceso a medicamentos.

j) Las entrevistas realizadas a funcionarios de los organismos internacionales arrojaron importantes resultados como se muestra en el cuadro 3. Cabe señalar que la mayoría de los entrevistados indicaron tener conocimiento regular de la Agenda. Se destaca, además, que los entrevistados identificaron los siguientes efectos positivos de la Agenda, por orden de importancia: *a*) servir de marco de referencia para la planificación y para establecer prioridades en el organismo, *b*) para que los

países centren mejor su trabajo e implementen sus acciones y *c*) permitir la colaboración en áreas prioritarias para el organismo. Cabe mencionar que tres organismos consideran que los efectos positivos son limitados y en pocas áreas de acción, y otros tres que no hay repercusiones positivas.

Cuadro 3. Respuesta a las diferentes variables sobre la difusión, el conocimiento y el uso de la Agenda de Salud para las Américas en los organismos internacionales

Variable	***Porcentaje de la calificación de acuerdo a respuesta de los entrevistados***		
	Buena	***Regular***	***Mala***
Difusión de la Agenda	9%	27%	64%
Conocimiento de la Agenda	0%	55%	45%
Implementación de la Agenda	10%	30%	60%
Utilización de la Agenda	11%	22%	63%

Conclusiones

a) Según lo analizado se observa que el trabajo de los organismos concuerda con las áreas de acción de la Agenda de Salud para las Américas. En particular se destaca el trabajo en la ampliación de protección social en materia de salud o iniciativas en conjunto con la OPS/OMS vinculados al Plan Estratégico para la Región, temas de salud vinculado a flexibilidades ADPIC para promover el acceso a los medicamentos o temas vinculados a la infección por el VIH/sida.

b) Los resultados muestran que no ha habido suficiente difusión de la Agenda a los organismos internacionales que trabajan en salud en la Región. Esto podría ser la causa de su limitada utilización por parte de estos organismos.

Recomendaciones

a) Mejorar la difusión de la Agenda en los organismos internacionales, buscando una mejor apropiación de este instrumento por dichos organismos, en especial los del sistema de las Naciones Unidas y del sistema interamericano.

b) Se deben alinear de manera urgente los planes estratégicos de los organismos internacionales con la Agenda a fin de mejorar la eficacia de las intervenciones de dichos organismos en beneficio de la salud de la población de la Región.

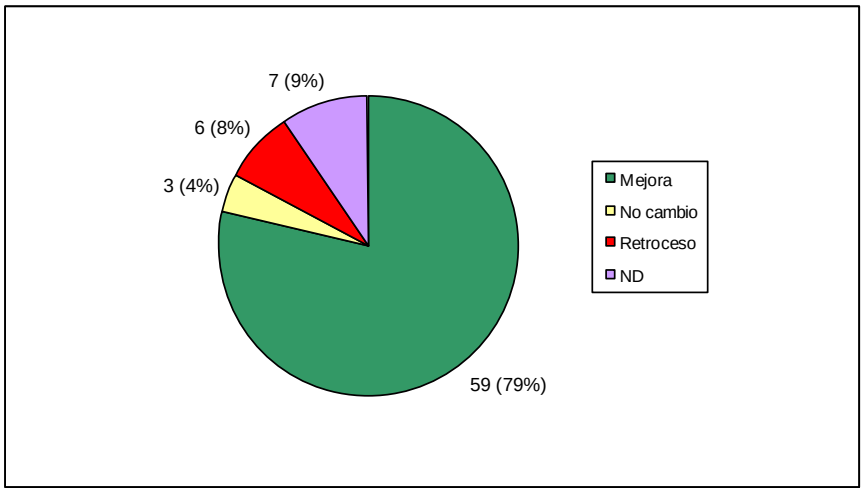
c) Al momento de elaborar los planes estratégicos de los organismos internacionales debería enfatizarse el uso de la Agenda.

d) La OPS/OMS debería de fortalecer su función en la difusión de la Agenda frente a los organismos internacionales, cooperando así con los países de la Región. Esto debería hacerse tanto a nivel regional y subregional como en los mismos países, por intermedio de las representaciones de la OPS/OMS.

Componente B: Progreso en las ocho áreas de acción de la Agenda medido a través de indicadores proxi

49. En la figura 1 se muestra el resumen de la evaluación a través del análisis de los 75 indicadores proxi que se utilizaron para medir el progreso de las ocho áreas de acción de la Agenda de Salud para las Américas. En líneas generales se observa que ha habido progreso; 79% de los indicadores (59 de los 75) muestran una mejora en la situación en el período 2007-2011. Sin embargo, cabe señalar que hay aún algunas áreas temáticas que enfrentan desafíos, como lo muestran la cantidad de indicadores donde no hubo cambio o incluso se ha retrocedido, que suman 9 (12%) de todos los indicadores evaluados. En 7(9%) de los indicadores no hubieron datos disponibles (N/D), lo que impidió que se pudiera determinar los cambios ocurridos en el período de esta evaluación.

Figura 1. Estado de los indicadores proxi de las ocho áreas de acción de la Agenda de Salud para las Américas, 2007 al 2011



50. A continuación se presenta el análisis por cada área de acción. [2]

[2] Al menos que se indique otra cosa, los datos para los indicadores proxi en estas columnas corresponden al 2007 y el 2011, respectivamente. En los casos donde no hubo datos disponibles (N/D) se usó el dato del año más próximo.

Área de acción *a)*: Fortalecer la autoridad sanitaria

Resultados

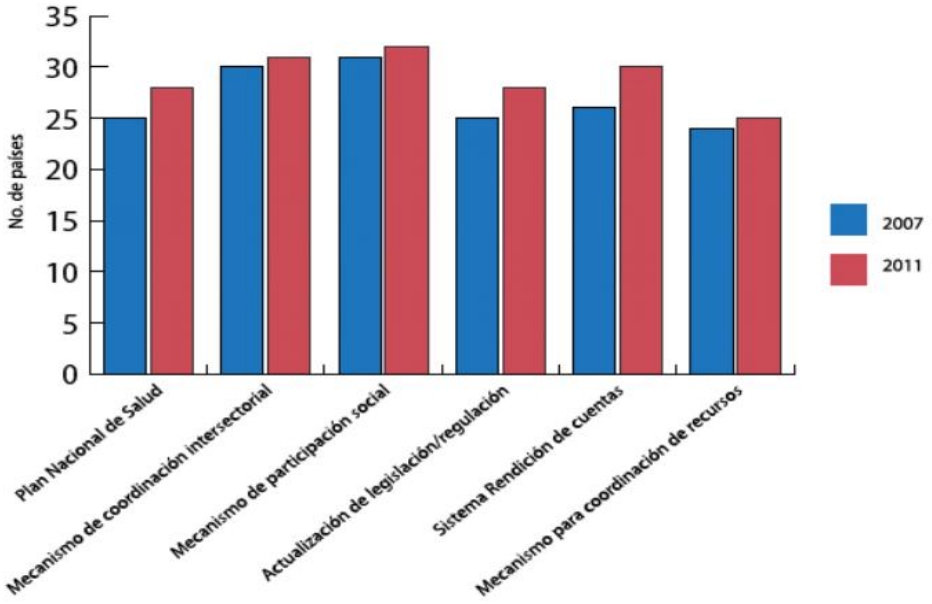
51. Como muestra la evaluación de cada indicador proxi a continuación y en la figura 2, se observan mejoras en todos los 7 indicadores de esta área de acción.

Cuadro 4. Indicadores proxi del área de acción para fortalecer la autoridad sanitaria

Indicadores proxi	2007	2011	Fuente y observaciones
1. Número de países que han ejecutado un plan nacional de salud con metas y estrategias definidas	25	30	*Fuente*: Encuesta de países, Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012. De los 30 países, 20 usaron la Agenda y sus diferentes áreas de acción.
2. Número de países que han ejecutado mecanismos de coordinación para el trabajo intersectorial liderados por la autoridad sanitaria nacional	30	31	*Fuente*: Encuesta de países, Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012.
3. Número de países que han ejecutado mecanismos para fomentar la participación social	31	33	*Fuente*: Encuesta de países, Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012.
4. Número de países que han actualizado la legislación y los marcos regulatorios del sector de la salud	25	29	*Fuente*: Encuesta de países, Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012. Aumento del número de países donde se actualizó el marco regulatorio. De los componentes regulatorios, los más fortalecidos son el de conducción (23 países) y regulación (28) y el relativo al desempeño de las funciones esenciales de salud pública (21).
5. Proporción de mandatos en declaraciones de las Cumbres de las Américas que reflejan temas de salud	2009: 12/96	2012: 6/44	*Fuente*: Declaración de la V y VI Cumbre de las Américas, 2009 y 2012, respectivamente. Los temas de salud tuvieron en ambas cumbres un peso relativo importante. En la V Cumbre de 2009 se instaló como mandato el tema de las enfermedades crónicas no transmisibles que amplió el mandato de los Jefes de Gobierno del Caribe angloparlante a toda la Región de las Américas lo cual sirvió de plataforma política para la Reunión de Alto Nivel de

Indicadores proxi	2007	2011	Fuente y observaciones
			Naciones Unidas para las Enfermedades No Transmisibles en el 2011. En la VI Cumbre del 2012 se instala en la agenda política el tema del uso de las tecnologías de información y comunicación en materia de salud así como el tema de los determinantes sociales de la salud.
6. Número de países que han incorporado un sistema de rendición de cuentas en el sistema de gestión del sector salud	25	29	Fuente: Encuesta de países, Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012.
7. Número de países que han incorporado un mecanismo liderado por la autoridad sanitaria nacional para planificar, gestionar y coordinar el uso de todos los recursos de la cooperación externa en salud	24	26	Fuente: Encuesta de países, Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012. En el 2011, 20 de los 26 países tienen incorporado el manejo de recursos nacionales y externos, y 5 parcialmente.

Figura 2. Avances en el fortalecimiento de la autoridad sanitaria en los países de las Américas, 2007-2011



Conclusiones

a) Se observa una mejora en la rectoría en la mayoría de los países de la Región, lo cual se constata por el incremento en la ejecución de planes nacionales de salud, la implementación de mecanismos de coordinación liderados por la autoridad sanitaria nacional, el fomento de la participación social, la actualización de la legislación y marcos regulatorios sectoriales y el establecimiento de sistemas nacionales de rendición de cuentas.

b) Es importante destacar que 26 países de la Región ya han incorporado mecanismos, liderados por la autoridad sanitaria, para alinear los recursos de la cooperación externa a las prioridades nacionales.

c) La proporción de mandatos en declaraciones de las Cumbres de las Américas que reflejan temas de salud (de 13% en el 2009 a 14% en el 2012) muestra la gran importancia que se ha dado a la salud y en temas prioritarios, como en la agenda política al más alto nivel en la Región.

Recomendaciones

a) Continuar fortaleciendo las medidas para que todos los países tengan un plan nacional de salud y, si lo consideran pertinente, solicitar el apoyo técnico de la OPS/OMS para elaborar dichos planes.

b) Los países deben evaluar la forma en que se lleva a cabo la planificación y gestión de la cooperación externa con el objeto de que los planes de cooperación y los planes nacionales estén integrados y se evite la superposición y dispersión de los esfuerzos técnicos y de los recursos económicos.

Área de acción *b)*: Abordar los determinantes de salud

Resultados

52. Como se muestra en la tabla a continuación, se observan mejoras en 9 de los 13 indicadores proxi de esta área de acción, dos no muestran cambios, en uno se ha retrocedido (razón de mortalidad materna) y en uno no hubo datos para determinar los cambios antes y después de la introducción de la Agenda de Salud para las Américas.

Cuadro 5. Indicadores proxi del área de acción para abordar los determinantes de salud

Indicadores proxi	2007	2011	Fuente y observaciones
1. Número de países que han ejecutado intervenciones para abordar las recomendaciones de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud	Período 2008-2011: 29 países		Fuente: Encuesta de países, Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012. Variables de los determinantes sociales de la salud y número de países que han ejecutado intervenciones: Exclusión social: 23 Exposición a riesgos: 27 Urbanización no planificada: 14 Cambio climático: 22 Enfoque de derechos humanos: 24 Otras: 8
2. Número de países que han ejecutado un plan nacional de promoción de la salud con asignación de recursos nacionales	17	21	Fuente: Encuesta de países, Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012.
3. Número de países que han incorporado el enfoque de género en sus servicios de salud	22	32	Fuente: Encuesta de países, Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012.
4. Número de países que han ejecutado un plan nacional multisectorial para la prevención de la violencia	17	25	Fuente: Encuesta de países, Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012. Con respecto a este incremento, cabe señalar que también los países incorporaron medidas específicas para abordar la violencia interpersonal (aumentando de 17 a 24 en el período 2007-2011), así como para atender la violencia basada en género, que aumentó de 11 países a 22 en el mismo período.
5. Número de países que han ejecutado un plan nacional para mejorar la salud de la madre, del recién nacido y del niño	30	32	Fuente: Encuesta de países, Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012.

Indicadores proxi	2007	2011	Fuente y observaciones
6. Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos	2007: 62,4 x 100.000 n.v.	2010: 65,7 x 100.000 n.v.	Fuente: Salud en las Américas, 2012. La mejora en los registros ha llevado a un aparente incremento durante este período. Cabe señalar que en el 2000, la razón de mortalidad materna había sido de 76,4 por 100.000 nacidos vivos; es decir, hubo una reducción de 14,0% en el período del 2000 al 2010.
7. Tasa de mortalidad infantil	2006: 17,7 x 100.000 n.v.	2010: 14,8 x 100.000 n.v.	Fuente: OPS, Indicadores básicos 2007 y 2010.
8. Tasa de mortalidad neonatal	2005: 11 x 1.000 n.v.	2010: 9 x 1.000 n.v.	Fuente: UNICEF, Banco Mundial, UNDP, CEPAL y OMS, 2011. Cálculos estimativos sobre mortalidad infantil: datos y tendencias. Se puede consultar en www.childmortality.org (en inglés).
9. Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos	2006: 22,4 x 100.000 n.v.	2010: 18,0 x 100.000 n.v.	Fuente: OPS, Indicadores básicos 2007 y 2010.
10. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en menores de 5 años	2005: 6,9%	2010: 6,9%	Fuente: OMS. WHO Global Info Base 2012, se puede consultar en: https://apps.who.int/infobase/Comparisons.aspx (en inglés).
11. Prevalencia de talla baja para la edad en menores de 5 años	N/D	2010: 3,3% (2 millones)	Fuente: OPS, 2012. Programa de Salud Familiar y Comunitaria.
12. Cobertura de vacunación a nivel nacional (usando DPT3 como marcador)	2007: 93%	2010: 93%	Fuente: OPS, Indicadores básicos 2007 y 2010. La Región ha mantenido sus logros hacia el alcance de la meta del 95% de cobertura de vacunación a nivel nacional.
13. Número de países que han incorporado nuevas vacunas en su esquema nacional de inmunización	Período 2008-2011: 22 países.		Fuente: Encuesta de países, Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012. Nuevas vacunas y número de países que las han incorporado: Contra el VPH: 7 Antineumocócica: 18 Antirrotavírica: 11 Otras: 17 (principalmente gripe)

Conclusiones

a) En el período 2008-2011 hubo una respuesta importante de 29 países de la Región para abordar las recomendaciones de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.

b) Se observan importantes avances en los temas de promoción de la salud, enfoque de género, inclusión social, atención a riesgos, cambio climático, enfoque de derechos y prevención de la violencia.

c) El uso de la Agenda en todos los niveles del sector de la salud y de otros sectores sociales relevantes en los países, así como en las subregiones y los organismos internacionales, facilitará el abordaje de los determinantes de la salud en la Región de las Américas.

d) Se observa un importante avance en la tasa de mortalidad infantil y la tasa de mortalidad en menores de 5 años.

e) La razón de mortalidad materna muestra un leve incremento en el período 2007-2010 (de 62,4 x 100.000 n.v. a 65,7). Esto puede deberse a la mejora en los registros estadísticos vitales de los países. Sin embargo, este leve incremento es preocupante debido a que la tendencia de este indicador estaba en descenso desde al año 2000, cuando la razón era de 79,4 por 100.00 nacidos vivos. El riesgo de morir durante el parto o el puerperio continúa siendo inaceptablemente elevado, puesto que supera entre 12 y 18 veces el de los países desarrollados.

Recomendaciones

a) Es necesario que los países continúen propiciando los abordajes intersectoriales de manera de lograr intervenciones eficaces que incidan en los determinantes sociales de la salud.

b) Es necesario institucionalizar mecanismos de coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud.

c) Sería deseable avanzar en torno a acuerdos mundiales (como el Convenio Marco para el Control del Tabaco) que incidan sobre los determinantes sociales de la salud, propiciando medidas tales como la alimentación saludable (reducción del consumo de sodio, grasas y azúcares), la actividad física y el consumo racional del alcohol, entre otras.

d) Es necesario que el sector de la salud abogue por la incorporación de salud en todas las políticas.

e) Es necesario producir pruebas: investigaciones, estudios y conocimiento sobre los determinante sociales de la salud, analizando el impacto de los estilos de vida y los factores de riesgo, la carga económica, las inequidades y las brechas, etc., de manera de poder contribuir al proceso de formulación de políticas vinculadas a los determinantes sociales.

Área de acción *c)*: Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad

Resultados

53. Se observan mejoras en todos los 9 indicadores proxi de esta área de acción.

Cuadro 6. Indicadores proxi del área de acción para aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad

Indicadores proxi	2007	2011	Fuente y observaciones
1. Número de países que han ejecutado políticas públicas para mejorar la protección social	25	31	Fuente: Encuesta de países, Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012. En general hay un incremento en el número de países que ejecutaron políticas públicas para mejorar la protección social, en particular, de los 31 países que ejecutaron políticas publicas el 100% cubren el acceso a los servidos de salud, 23 países a la seguridad y solidaridad en el financiamiento, y 29 incluyen los derechos del paciente.
2. Gasto nacional público en salud como porcentaje del producto interno bruto	2006: ALC 3,1%	2011: ALC 3,7%	Fuente: OPS, Indicadores básicos 2011 y 2012, y Segundo informe interino sobre los progresos realizados con respecto al Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS. Los datos disponibles para el 2006 y el 2011 corresponden a América Latina y el Caribe (ALC). Cabe señalar que en el 2008-2009 el gasto público en materia de salud en ALC llego al 4%. La reducción en el 2010-2011 se debe a que los incrementos del gasto no se mantuvieron. También es importante señalar que el rango en los países de la Región varía de 1% a 14%. El dato para toda la Región, disponible para el 2011, es de 13,1 %.

Indicadores proxi	2007	2011	Fuente y observaciones
3. Número de países que contaban con cobertura del sistema público para aseguramiento en salud	20	21	Fuente: Encuesta de países, Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012.
4. Gastos de bolsillo en salud, expresados como porcentaje del gasto total en salud	2006: ALC 52%	2010: ALC 47%	Fuente: OPS, 2012. Indicadores básicos y Segundo informe interino sobre los progresos realizados con respecto al Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS. Se observa un progreso en la reducción del gasto de bolsillo. Cabe señalar que en el 2008-2009 se había conseguido una reducción de hasta el 42%, congruente con el incremento en el gasto público en salud. Cabe notar que la meta establecida en el Plan Estratégico de la OPS para el 2013 es llegar al 40% y el promedio observado en países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) con sistemas de salud de cobertura universal es que el gasto de bolsillo es 20% del gasto total en salud.
5. Número de países que han ejecutado una política que incluye una mejora en el acceso a los medicamentos	26	31	Fuente: Encuesta de países, Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012. Es importante el número de países que ya cuentan con una política de medicamentos; además, hay un incremento de los países que han ejecutado la política.
6. Número de países que han usado el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública de la OPS	10	15	Fuente: OPS, 2012. Segundo informe interino sobre los progresos realizados con respecto al Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS. Ha aumentado el número de países que está usando el Fondo Estratégico. Asimismo, los volúmenes comprados por intermedio de este fondo han aumentado significativamente, pasando de $18,3 millones en el 2007 a $49 en el 2011, poniendo en evidencia el mayor uso que los países han dado a este mecanismo en los últimos 5 años.
7. Número de países que han usado la estrategia renovada de atención primaria de salud	17	24	Fuente: Encuesta de países, Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012.

Indicadores proxi	2007	2011	Fuente y observaciones
en su modelo de atención			Hay un incremento importante en el uso de la atención primaria de salud renovada en el modelo de atención en los países.
8. Número de países cuyos sistemas de salud han incorporado medidas específicas para la atención de los pueblos indígenas	17	21	Fuente: Encuesta de países, Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012. Incremento en el número de países que han incorporado medidas específicas dirigidas a los pueblos indígenas; sin embargo, hay 10 países que responden que no aplica, posiblemente porque no cuentan con esta población.
9. Número de países que han aplicado programas de mejoramiento de la calidad de la atención	28	31	Fuente: Encuesta de países, Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012. Es importante el número de países que ya cuentan con un programa de mejoramiento de la calidad de atención; asimismo, hay un incremento del número de países que han ejecutado las medidas.

Conclusiones

a) Se observa que la mayoría de los países (31/35) se encuentran ejecutando políticas públicas para mejorar la protección social. Sin embargo, el número de países que cuentan con cobertura del sistema público para el aseguramiento de la salud se mantiene constante (21/35 en el 2011).

b) El incremento del gasto público nacional en materia de salud como porcentaje del PIB en América Latina y el Caribe ha sido limitado, pasando de 3,1% a 3,8% del 2006 al 2011. Cabe señalar que en el 2008-2009 el gasto público en materia de salud llegó al 4%. La reducción en el 2010-2011 se debe a que los incrementos del gasto no se mantuvieron.

c) Se observa un progreso en la reducción del gasto de bolsillo, del 52% en el 2007 al 47% en el 2011. Sin embargo, esto representa un retroceso comparado con lo que se había logrado en el 2008-2009, cuando el gasto de bolsillo era del 42%. Cabe señalar que la meta establecida en el Plan Estratégico de la OPS para el 2013 es llegar al 40%. Por otro lado, en países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos con sistemas de salud de cobertura universal, el promedio observado del gasto de bolsillo es de 20% del gasto total en salud.

d) El número de países que han usado la atención primaria de salud en su modelo de atención ha pasado de ser 17 en el 2007 a 24 en el 2011.

e) El acceso a los medicamentos resulta un aspecto clave, como lo demuestra el hecho de que 30 países cuentan con políticas para mejorar su acceso y del incremento importante en el número de países que usan el Fondo Estratégico de la OPS. En dicho fondo, los volúmenes de compra solicitados por los países de la Región se incrementaron de 18,3 millones en el 2007 a $49 millones en el 2011. Sin embargo, es necesario mejorar la oportunidad de las entregas de los suministros a los países, a fin de evitar posibles desabastecimientos.

Recomendaciones

a) Llevar a cabo una evaluación más profunda de los sistemas de protección social de los países.

b) El sector debe liderar los esfuerzos para asegurar una inversión pública adecuada y sostenible en materia de salud, así como para abogar por la reducción del gasto de bolsillo, especialmente cuando este gasto es una barrera para el acceso a los servicios de salud.

c) Centrar los esfuerzos para incrementar la protección social en los países, buscando lograr la cobertura universal, independientemente de que el sistema sea contributivo o no.

d) Continuar impulsando el Fondo Estratégico de la OPS, así como otros mecanismos tendientes a superar las barreras en el acceso a estos suministros y la oportunidad en las entregas.

e) Asimismo, se plantea la necesidad de analizar los procesos y procedimientos para el uso del Fondo Estratégico de manera de simplificar los mismos y poder superar las barreras burocráticas que pudieran estar limitando su uso.

Área de acción *d)*: Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos

Resultados

54. Se observan mejoras en 8 de los 11 indicadores proxi de esta área y en tres no hubo datos para comparar la situación antes y después de la introducción de la Agenda de Salud para las Américas.

Cuadro 7. Indicadores proxi del área de acción para disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos

Indicadores proxi	2007	2011	Fuente y observaciones
1. Porcentaje de partos atendidos por personal de salud capacitado	91,3%	95,2%	Fuente: OPS, Indicadores básicos 2007 y 2011.
2. Número de países que han contado con un sistema nacional de información en materia de salud que permita analizar las inequidades	24	27	Fuente: Encuesta de países, Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012. Se destaca que en 26 de los 27 planes nacionales, se han incluido las variables del sexo y la edad, y en 14 el grupo étnico y otras.
3. Proporción de peso bajo al nacer (%) (<2500g)	8,1%	8,2%	Fuente: OPS, Indicadores básicos 2007 y 2011. Considerando períodos anteriores al 2007 se observa que este indicador se mantiene constante. Se destaca que los países han mejorado el registro de acuerdo al análisis de los certificados de nacimiento.
4. Número de países que tienen un plan nacional de desarrollo	25	27	Fuente: Encuesta de países, Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012. En 25 de los 27 planes de desarrollo se incluye la salud y en 22, la educación y la nutrición.
5. Número de nuevos casos de transmisión maternoinfantil del VIH	N/D	3.200	Fuente: ONUSIDA, 2011, cálculos correspondientes al 2011; OPS, 2011, Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión

Indicadores proxi	2007	2011	Fuente y observaciones
			maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita La tasa de transmisión estimada para el 2010 era de 15%. Las principales barreras para disminuir la transmisión materna es la baja tasa de las pruebas de detección del VIH en las embarazadas. Aunque la prueba ha aumentado de 29% a 57% (del 2005 al 2009), este nivel continúa siendo bajo.
6. Incidencia de la transmisión maternoinfantil de la sífilis congénita	N/D	9.828 casos notificados por 26 países y territorios	Fuente: ONUSIDA, 2011 cálculos correspondientes al 2011; OPS, 2011, Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita
7. Prevalencia de la infección por el VIH (por sexo y grupo de edad)	N/D	Prevalencia en el grupo de 15 a 49 años: Caribe: 1,0 América Latina: 0,4 Estados Unidos y Canadá: 0,6	Fuente: ONUSIDA, 2012.
8. Prevalencia del uso de anticonceptivos	2006: 11 países y territorios tenían más de 60% de prevalencia del uso de anticonceptivos	2010: 14 países y territorios tenían más de 60% de prevalencia de uso de anticonceptivos	Fuente: UNFPA, 2010. *How Universal is Access to Reproductive Health*.
9. Número de países que han ejecutado un programa nacional para el desarrollo de la salud de los adolescentes (10 a 19 años) y jóvenes (15 a 24 años)	22	26	Fuente: Encuesta de países, Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012.
10. Número de países que han ejecutado un programa nacional para los adultos mayores	22	26	Fuente: Encuesta de países, Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012.

Indicadores proxi	2007	2011	Fuente y observaciones
11. Porcentaje de organismos internacionales del sistema interamericano y de las Naciones Unidas que han alineado su ayuda con las áreas de acción de la Agenda de Salud para las Américas	2008-2011: 6 de los 9 que respondieron		Fuente: Encuesta de organismos, Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012.

Conclusiones

a) Es importante destacar los importantes avances realizados por los países como el aumento del porcentaje de partos atendidos por personal capacitado, que ya ha llegado al 95,2% en el 2011, lo que supera la meta que se estableció en el Plan Estratégico de la OPS para el 2013. Sin embargo, es preocupante que el peso bajo al nacer se haya mantenido estable por varios años.

b) Se observa que cada vez más países elaboran planes de desarrollo integrados en los que incorporan objetivos y metas de salud, e incluso están incorporando metas de educación y del área social.

c) Los países han avanzado en la incorporación de sistemas nacionales de información en materia de salud, incluidas las variables que permiten analizar las inequidades, habiendo 27 países que ya han las incorporado.

d) Se destaca que cada vez más los países estructuran programas basados en el curso completo de vida, como se muestra a partir del avance de los programas dirigidos a los adolescentes y a los adultos mayores. Asimismo, los países siguen avanzando en el uso de anticonceptivos: para el año 2010, 14 países contaban con más del 60% de prevalencia de su uso.

e) El número de nuevos casos de transmisión maternoinfantil del VIH sigue siendo un problema y aunque las pruebas de detección han aumentado de 29% a 57% (del 2005 al 2009), este nivel continúa siendo bajo.

Recomendaciones

a) Si bien se observa que la mayoría de los países cuentan con planes nacionales de desarrollo que integran la salud y otras áreas sociales, sería deseable que este tipo de planificación se aplicara en todos los países de la Región.

b) Se deben fortalecer los sistemas de información con la incorporación de variables relativas a la etnicidad y de otro tipo, que permitan dar cuenta de la inequidades en materia de salud en toda la Región.

c) Si bien se registra un aumento de los partos atendidos por personal capacitado, sería importante realizar un estudio en el que se analice este tema, al igual que su impacto en la mortalidad materna e infantil.

d) Los países deben continuar invirtiendo esfuerzos para mantener y expandir el uso de los anticonceptivos, especialmente aquellos que aún están por debajo del 60% de cobertura.

Área de acción *e)*: Reducir los riesgos y la carga de enfermedad

Resultados

55. En 12 de los 19 indicadores proxi de esta área se observan mejoras, en uno se han registrado cambios, en cinco se ha retrocedido (o ha empeorado la situación) y en uno no hubo datos para comparar la situación antes y después de la introducción de la Agenda de Salud para las Américas.

Cuadro 8. Indicadores proxi del área de acción para reducir los riesgos y la carga de enfermedad

Indicadores proxi	2007	2011	Fuente y observaciones
1. Número de países que han ejecutado un programa nacional para la prevención y el control de las enfermedades crónicas	23	31	Fuente: Encuesta de países, Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012. Se observa una mejora importante debido a que más países tienen y ejecutan programas nacionales para atender las ECNT. Asimismo, el número de países que ha implementado sistema de vigilancia de los factores de riesgo de las ECNT (usando la metodología STEPS) se ha incrementado de 10 a 21 en el período 2007-2011.
2. Número de países que han ejecutado un programa nacional de salud mental	27	30	Fuente: Encuesta de países, Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012.
3. Tasa de mortalidad por diabetes por 100.000 habitantes (ajustada por edad y sexo)	2008: 27,0 x 100.000	2011: 32,8 x 100.000	Fuente: OPS, Indicadores básicos 2008 y 2011. Aumento visible en la tasa de mortalidad, de casi 6 puntos. Esto puede deberse a la

Indicadores proxi	2007	2011	Fuente y observaciones
	hab.	hab.	mejora en los sistemas de información pero también puede ser parte del perfil epidemiológico (por ejemplo: longevidad, calidad de vida). De acuerdo con las proyecciones de Salud en las América (2012), se estima que el número de personas diabéticas en la Región aumentará de 62,8 millones en el 2011 a 91,1 millones en el 2030. En el futuro se debe considerar incluir los años perdidos por muerte prematura. Se deben fortalecer los sistemas de vigilancia para las ECNT y desglosar las enfermedades dentro del grupo de enfermedades metabólicas y endocrinas.
4. Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón por 100.000 habitantes (ajustada por edad y sexo)	2008: 81,0 x 100.000 hab.	2011: 76,4 x 100.000 hab.	Fuente: OPS, Indicadores básicos 2008 y 2011. Reducción de aproximadamente 5 puntos del período 2003-2005 al 2007-2009, compatible con la tendencia regional observada en los últimos años. Es importante señalar que en el 2007 las enfermedades isquémicas del corazón representaban la segunda causa de muerte en 30 países de la Región. Enfermedad desglosada dentro del grupo de enfermedades circulatorias: importante notar que la Agenda de Salud para las Américas resalta algunos temas específicos.
5. Tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares por 100.000 habitantes (ajustada por edad y sexo)	2008: 42,3 x 100.000 hab.	2011: 43,1 x 100.000 hab.	Fuente: OPS, Indicadores básicos 2008 y 2011. El aumento de 0,8 muertes por 100.000 indica una tendencia estable en el período considerado.
6. Tasa de mortalidad por neoplasias malignas por 100.000 habitantes (ajustada por edad y sexo)	2008: 116,3 x 100.000 hab.	2011: 118,8 x 100.000 hab.	Fuente: OPS, Indicadores básicos 2008 y 2011. El aumento de 2,5 por 100.000 habitantes parece indicar una tendencia estable. Esto es un cálculo estimativo sobre la base de los datos disponibles de los países en los períodos informados. Se destaca que se registra en toda la Región un ligero descenso de la

Indicadores proxi	2007	2011	Fuente y observaciones
			mortalidad por todos los tipos de cáncer en ambos sexos desde año 2000 (Salud en las Américas, 2012).
7. Tasa de mortalidad por traumatismos causados en el tránsito por 100.000 habitantes (ajustada por edad y sexo)	2007: 15,5 x 100.000 hab. 36 x 100,000 vehículos de motor	2010: 14,1 100.000 hab. 30.2 x 100,000 vehículos de motor	Fuente: OPS, Indicadores básicos 2007 y 2010. La reducción se puede deber al resultado de la introducción y el cumplimiento de las leyes y regulaciones de seguridad vial.
8. Número de países que han creado entornos propicios para la promoción de la actividad física	19	29	Fuente: Encuesta de países, Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012. Notable incremento en la creación de entornos saludables para la actividad física.
9. Prevalencia del tabaquismo	N/D	22% (en adultos)	Fuente: OMS, 2012 y OPS, 2012. Segundo informe interino sobre los progresos realizados con respecto al Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS. La prevalencia del tabaquismo en adultos en la Región es muy cercana al promedio mundial de 24%. Ha habido un importante incremento del número de países que han alcanzado una reducción del tabaquismo de 10%, pasando de 3 en el 2007 a 10 en el 2011.
10. Número de países que han implementado las medidas de reducción de la demanda del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT)	18	29	Fuente: Encuesta de países, Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012. Se observan avances importantes en los países de la Región en cuanto a la implementación de las medidas del CMCT y un incremento en la aplicación de todos los artículos del Convenio, especialmente el Artículo 8 (ambientes libres de humo de tabaco). La aplicación de los mandatos del CMCT se está traduciendo en una reducción del tabaquismo en los países.

Indicadores proxi	2007	2011	Fuente y observaciones
11. Número de países que han ejecutado un programa nacional para la prevención de los problemas de salud pública causados por el consumo nocivo de alcohol o de sustancias psicoactivas	24	29	Fuente: Encuesta de países, Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012. Componentes y número de países que los incluyen en sus programas nacionales en el 2011: Bebidas alcohólicas: 25 Drogas y sustancias psicoactivas: 27.
12. Número de países que han ejecutado un programa nacional de seguridad alimentaria y nutricional	22	29	Fuente: Encuesta de países, Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012. Componentes y número de países que los incluyen en su programa nacional en el 2011: - Regulación de la publicidad: 12 - Regulación del azúcar, grasas y sales: 11 - Comunicación y educación: 28
13. Prevalencia de la obesidad (IMC mayor a 25) en adultos (15+ años) por sexo (cálculo estimativo)	2005: Total: 27,2% Mujeres: 31,0% Hombres: 23,3%	2010: Total: 32,9% Mujeres: 37% Hombres: 28,7%	Fuente: OMS, 2012. Global Info Base, se puede consultar en https://apps.who.int/infobase/Comparisons.aspx. Aunque las proyecciones indican una tendencia ascendente, cabe notar que están basadas en cálculos estimativos. Se deben ejecutar estrategias para registrar y notificar los datos.
14. Tasa de incidencia de tuberculosis por 100.000 habitantes (todas las formas y BK+).	2007: TB todas: 24,0 x 100.000 hab. BK+: 13,2 x 100.000 hab.	2009: TB todas: 23,5 x 100.000 hab. BK+: 12,1 x 100.000 hab.	Fuente: OPS, Indicadores básicos 2007 y 2009, y Salud en las Américas 2012. De acuerdo con Salud en las Américas (2012), ha habido una disminución constante de la incidencia de TB desde la década del 1990, con disminuciones de hasta 4% anual a partir de la instauración del DOTS en el 2006. También se ha observado una mejora en el tratamiento, con una tasa de éxito del 58% en la cohorte de 1997 a 77% en la del 2008. Sin embargo, recientemente se han observado desafíos con la aparición de casos multirresistentes y ultrarresistentes, así como en el mantenimiento de la aplicación de la estrategia DOTS (Segundo informe interino sobre los progresos realizados con respecto al Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS).

Indicadores proxi	2007	2011	Fuente y observaciones
15. Tasa de incidencia del sida por 100.000 habitantes	2007: 10,5 x 100.000 hab.	2009: 10,7 x 100.000 hab.	Fuente: OPS, Indicadores básicos 2007 y 2009. De acuerdo con los datos disponibles se observa una estabilidad de la incidencia durante el período. De acuerdo con cálculos estimativos del ONUSIDA en el 2010, cerca de 3,2 millones de personas están infectadas por el VIH en la Región de las Américas; 48% en Estados Unidos y Canadá (1,5 millones), 44% en América Latina (1,4 millones) y 8% en el Caribe (240.000). Del total, 57.000 son menores de 15 años.
16. Número de casos de malaria notificados anualmente en la Región	2007: 786.393 (148,7 x 100.000 hab.)	2010: 680.174 (124,1 x 100.000 hab.)	Fuente: OPS, Indicadores básicos 2007 y 2010. Se registra una tendencia hacia a la disminución, lo cual es compatible con el comportamiento de la enfermedad desde el 2000. Esta enfermedad continua siendo endémica en 21 países de la Región.
17. Número de casos de dengue notificados	2006: 427.627	2011: 1.699.072	Fuente: Salud en las Américas 2012. En el 2009 se cambió la definición del dengue hemorrágico a caso grave. A pesar de este cambio, se ha visto una reducción importante en la letalidad por casos de dengue grave.
18. 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	3 países de 21 en el 2006	14 países de 21 en el 2011	Fuente: OPS, 2012. Segundo informe interino sobre los progresos realizados con respecto al Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS. Países con índice de infestación menor de 1%. Se observa un avance constante hacia la eliminación de esta enfermedad.
19. Número de países de la Región donde la oncocercosis es endémica que han certificado su eliminación.	0 de 6 en el 2006	1 en proceso	Fuente: OPS, 2012. Segundo informe interino sobre los progresos realizados con respecto al Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS. Colombia está en proceso de validación. Países endémicos: Colombia, Ecuador, Guatemala, México, Venezuela, Brasil y Colombia.

Cuadro 9. Desglose del indicador 10 del Cuadro 8

Implementación de los diferentes artículos del Convenio Marco para el Control del Tabaco, del 2007 al 2011

Artículo	Número de países por año	
	2007	2011
Artículo 6: impuestos	9	16
Artículo 8: ambientes libres de humo de tabaco	14	28
Artículo 11: empaquetado y etiquetado	14	23
Artículo 13: prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio	12	20

Conclusiones

a) De los 19 indicadores proxi definidos para medir el avance en esta área, se aprecia una mejoría en la mayoría (63%), con la excepción en los temas relacionados con las enfermedades crónicas no transmisibles (por ejemplo, la diabetes), así como con los factores de riesgo vinculados a ellas (como la obesidad), y enfermedades como el dengue, el sida y la tuberculosis.

b) Se observa que la mayoría de los países han priorizado en sus políticas, planes, estrategias y programas el abordaje de las enfermedades crónicas (incremento de 19 a 26 países en el período evaluado) con un enfoque integral que promueve entornos propicios para la actividad física, y han elaborado programas para abordar los problemas de salud mental, el consumo nocivo de alcohol, drogas y sustancias psicotrópicas y programas de seguridad alimentaria y nutricional.

c) Se observa un incremento importante del número de países que han creado entornos saludables para la actividad física, de 19 en el 2007 a 29 en el 2011.

d) En el tema nutricional se observa que el 50% de los países han incluido la regulación de la publicidad y el contenido de grasas, azúcares y sal en los alimentos, en este sentido hay que tomar en cuenta que las proyecciones indican una tendencia ascendente en la obesidad en adultos, particularmente en las mujeres.

e) En el tema de prevención del tabaquismo, los países han demostrado avances en la aplicación de las medidas contenidas en todos los artículos del Convenio Marco para el Control del Tabaco. Se destaca como el mayor avance lo referido a la legislación y regulación del tabaquismo (Artículo 8: ambientes libres de humo de tabaco).

f) Se observa un incremento de 24 países en el 2007 a 29 en el 2011 que están ejecutando un programa nacional para la prevención de problemas de salud pública causados por el consumo nocivo de alcohol, drogas y sustancias psicoactivas. Cabe señalar que, de los 29 países que tenían un programa, más del 90% incluyen componentes para la prevención del consumo nocivo de bebidas alcohólicas, drogas y sustancias psicoactivas.

g) La tasa de incidencia del sida y la tuberculosis no presenta mayores cambios en el período 2007-2011. En el caso de la tuberculosis es preocupante el aumento de casos multirresistentes y de coinfección por la tuberculosis y el VIH. El mantenimiento de la aplicación de la estrategia DOTS continúa siendo un desafío.

h) En cuanto a las enfermedades transmitidas por vectores, se observa una tendencia favorable en el caso de la malaria y la enfermedad Chagas, lo cual coincide con los períodos anteriores. Sin embargo, es preocupante el incremento de casos notificados de dengue, que se triplicó del 2006 al 2011 (de 476.627 a 1.699.072 casos). Cabe destacar los avances hacia la eliminación de la oncocercosis en los 6 países endémicos, uno de los cuales ya está en proceso de certificación.

i) Los indicadores de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles prevalentes (enfermedades circulatorias y neoplásicas) muestran una tendencia estable en el período evaluado. Por otro lado, la mortalidad por diabetes ha aumentado. Los cálculos estimativos disponibles indican una tendencia ascendente en la prevalencia de la obesidad, particularmente en mujeres adultas.

j) La tasa de mortalidad por traumatismos causados por el transito muestra una pequeña reducción en el período 2007-2010, que podría ser resultado de la introducción y cumplimiento de las leyes y regulaciones de seguridad vial en los países.

Recomendaciones

a) Seguir fortaleciendo la puesta en marcha de planes y programas de reducción de riesgos y de la carga de las enfermedades crónicas no transmisibles, con énfasis en el abordaje integral de la seguridad alimentaria y nutricional y, particularmente, con los componentes de regulación de la publicidad y contenido de grasas, azúcares y sal en los alimentos.

b) Priorizar las estrategias para el control y la prevención de la transmisión del VIH/sida y la tuberculosis.

c) Prestar especial atención a las intervenciones integrales para la prevención y control del dengue.

d) Mejorar la captación y el registro de datos en los sistemas de información de las enfermedades crónicas considerando los riesgos.

e) Mantener las inversiones realizadas para seguir avanzando en la eliminación de las enfermedades desatendidas en la Región.

Área de acción *f)*: Fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud

Resultados

56. Se observan mejoras significativas todos los cinco indicadores proxi de esta área de acción, como se muestra abajo.

Cuadro 10. Indicadores proxi del área de acción para fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud

Indicadores proxi	2007	2011	Fuentes y observaciones
1. Número de países que han ejecutado políticas nacionales para el fortalecimiento de la fuerza laboral de salud	23	29	Fuente: Encuesta de países, Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012. Todos los países mejoraron en este indicador; el componente que tuvo una mayor mejoría fue el de acreditación de las entidades formadoras. El que menos mejoró fue el relativo a los acuerdos bilaterales en términos absolutos y es el más rezagado. Se registraron importantes avances en las acciones al interior del país.
2. Número de países con densidad de la fuerza laboral de salud (médicos, enfermeras y parteras) de 25 x 10.000 habitantes.	2006: 12	2011: 22	Fuente: OPS, 2012. Segundo informe interino sobre los progresos realizados con respecto al Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS.
3. Número de países que informan seguimiento de las 20 metas regionales sobre los recursos humanos para la salud	9	23	Fuente: Encuesta de países, Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012. Se observa un incremento importante en el seguimiento de las metas regionales de los recursos humanos para la salud, pero es necesario seguir trabajando esta área de acción.
4. Número de países que han establecido redes de aprendizaje para mejorar las competencias en materia de salud pública del personal de salud	16	24	Fuente: Encuesta de países, Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012.

Indicadores proxi	2007	2011	Fuentes y observaciones
5. Número de países que han participado en acuerdos bilaterales o multilaterales que abordan la migración de los trabajadores de la salud	4	11	Fuente: Encuesta de países, Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012.

Conclusiones

a) Los recursos humanos en el ámbito de la salud han tomado protagonismo y prioridad en la mayoría de los países, como lo demuestra el hecho de que 29 países ya cuentan con políticas nacionales para el fortalecimiento de la fuerza laboral sanitaria y 22 países han logrado incrementar la densidad de su fuerza laboral a 25 trabajadores por 10.000 habitantes. Así también lo demuestra el incremento de 9 (2007) a 23 países (2011) que informan un seguimiento de las metas regionales sobre recursos humanos para la Región. Este protagonismo también se manifiesta en el seguimiento de las metas regionales de recursos humanos para la salud 2007-2015, las cuales están organizadas según los cinco desafíos críticos mencionados en la Agenda de Salud para las Américas y el llamado a la Acción de Toronto.

b) Es importante destacar el avance en la construcción de redes para mejorar las competencias en materia de salud pública que se encuentran establecidas en 29 países.

c) La migración de los trabajadores de la salud es un tema que ha adquirido importancia, como se evidencia en el incremento de los acuerdos bilaterales o multilaterales en la materia, que pasó de 4 en el 2007 a 11 en el 2011.

Recomendaciones

a) Intensificar los esfuerzos de gestión y desarrollo de los trabajadores de salud, principalmente en el área de los acuerdos bilaterales o multilaterales que abordan la migración de los trabajadores de salud y el seguimiento a las metas regionales de recursos humanos para la salud. Además, implementar una política de incentivos para los recursos humanos en salud a fin de garantizar la permanencia y calidad de la prestación de servicios.

b) Continuar los esfuerzos para incrementar la fuerza laboral sanitaria con el objetivo de lograr, en la mayoría de los países de la Región, el nivel recomendado.

Área de acción *g)*: Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología

Resultados

57. Se observan mejoras en todos los 5 indicadores proxi de esta área de acción.

Cuadro 11. Indicadores proxi del área de acción para aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología

Indicadores proxi	2007	2011	Fuente y Observaciones
1. Número de países que han contado con un sistema o mecanismo que facilita la toma de decisiones basadas en evidencia.	21	28	Fuente: Encuesta de países, Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012.
2. Número de países que han implementado una política o plan nacional de investigación en salud.	13	17	Fuente: Encuesta de países, Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012.
3. Número de países que han formado una comisión nacional destinada a vigilar el cumplimiento de las normas éticas en la investigación científica.	24	28	Fuente: Encuesta de países, Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012.
4. Número de países que han implementado normas de acuerdo a estándares internacionales sobre calidad, seguridad y eficacia de insumos para el área de la salud.	25	29	Fuente: Encuesta de países, Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012. Cabe señalar, que de los 29 países, todos han implementado normas de medicamentos, 22 de insumos y 18 de tecnologías sanitarias.
5. Número de países que han logrado implementar una política que incluye el uso racional de los medicamentos[3].	22	27	Fuente: Encuesta de países, Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012.

Conclusiones

a) Los países han avanzado en la necesidad de basar sus políticas en las pruebas científicas, no obstante parece todavía insuficiente la generación de políticas

[3] Por uso racional de los medicamentos se entiende su uso correcto y apropiado. Para que haya un uso racional, el paciente tiene que recibir el medicamento adecuado y la dosis debida durante un período de tiempo suficiente, al menor costo para él y para la comunidad.

nacionales de investigación en materia de salud, como se pone en evidencia por el hecho de que solo 17 países cuentan con políticas o planes para el tema.

b) Resulta significativa la cantidad de países (27) que cuentan con mecanismos institucionales para vigilar el cumplimiento de las normas éticas en la investigación científica.

c) Se resalta el avance logrado en 29 países de la Región que están aplicando normas de acuerdo con estándares internacionales sobre calidad, seguridad y eficacia de insumos para el área de salud.

Recomendaciones

a) Redoblar los esfuerzos para propiciar que las autoridades sanitarias de los países formulen políticas nacionales de investigación para abordar los problemas claves en materia de salud pública, en concordancia con las prioridades nacionales. Asimismo, estas políticas deberán contar con el financiamiento apropiado.

b) Continuar intensificando los esfuerzos en relación con la calidad, la seguridad y la eficacia de los insumos, uno de los factores claves para el cuidado de la salud.

Área de acción *h)*: Fortalecer la seguridad sanitaria

Resultados

58. En cuatro de los seis indicadores proxi de esta área se observan mejoras y en dos no hubo datos para comparar la situación antes y después de la introducción de la Agenda de Salud para las Américas.

Cuadro 12. Indicadores proxi del área de acción para fortalecer la seguridad sanitaria

Indicador proxi	2007	2011	Fuente y observaciones
1. Número de países que han ejecutado planes o programas nacionales de preparación para casos de emergencia o desastre para el sector de la salud	30	35	Fuente: Encuesta de países, Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012. Componentes y número de países que los han incorporado en sus planes o programas nacionales en el 2011: Desastres: 35 Pandemias: 33 Enfermedades: 30 Otros: 6 Se observan mejoras en todos los componentes en comparación con el 2007.

Indicador proxi	2007	2011	Fuente y observaciones
2. Número de países que han adquirido las capacidades básicas de vigilancia y respuesta de conformidad con las obligaciones del Reglamento Sanitario Internacional (2005)	0	Julio 2012: 6 en proceso	Fuente: OPS, 2010. Programa de Vigilancia, Prevención y Control de Enfermedades. Al 18 de julio del 2012, 6 de los 35 países habían informado haber adquirido las capacidades básicas del RSI; 28 de los 35 países habían solicitado una prórroga a la OMS para cumplir con este requisito del RSI hasta el 2014; y un país no había comunicado su posición a la OMS al respecto.
3. Número de países que han mantenido la vigilancia y los preparativos para hacer frente a las enfermedades zoonóticas emergentes y reemergentes.	31	33	Fuente: Encuesta de organismos Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012. Se destaca que, de los 33 países que han mantenido la vigilancia y preparativos para enfermedades zoonóticas, 29 tienen integrada dicha vigilancia en los sistemas de información de salud.
4. Porcentaje de eventos de salud pública de importancia internacional que han sido verificados en el plazo recomendado por el Reglamento Sanitario Internacional	N/D	100%	Fuente: OPS, 2010. Programa de Vigilancia, Prevención y Control de Enfermedades. De 196 eventos potenciales de salud pública de importancia internacional notificados, todos fueron investigados en el 2011.
5. Número de organismos internacionales que han colaborado con las autoridades nacionales para responder ante situaciones que amenazan la seguridad sanitaria	N/D	Período 2008-2011: 6 organismos de 9	Fuente: Encuesta de organismos, Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012.
6. Número de países que han formado equipos de alerta y respuesta para brotes y epidemias	30	35	Fuente: Encuesta de organismos Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012. Al 2011 todos los países tenían equipos de alerta y respuesta.

Conclusiones

a) Todos los países han informado tener planes o programas de preparación para desastres y pandemias, y han formado equipos de preparación y repuesta, esto se debe al gran esfuerzo que los países realizaron en la preparación para la pandemia por H5N1 e impulsados por la pandemia por H1N1 del 2009-2010 y el RSI. Asimismo se han investigado el 100% de los potenciales eventos de salud pública de importancia internacional.

b) En relación con la implementación del RSI, solo 6 de los 35 países informaron haber adquirido las capacidades básicas de vigilancia y repuesta de conformidad con las obligaciones del RSI. Es importante destacar que 28 de los 35 países ya han solicitado una prórroga de la fecha de cumplimiento para la aplicación del RSI (junio del 2012) por 2 años más (hasta junio del 2014).

Recomendaciones

a) Los países deben acelerar las medidas para adquirir las capacidades básicas de vigilancia y respuesta de conformidad con las obligaciones del RSI. La OMS, por intermedio de sus oficinas regionales, debe reforzar su cooperación a fin de contribuir al fortalecimiento de las capacidades de los países.

b) Se deben mantener y fortalecer (según sea necesario) las capacidades de alerta y respuesta para eventos de salud pública de importancia internacional en el plazo recomendado en el RSI.

V. Observaciones sobre el proceso de evaluación

a) Cabe destacarse el alto grado de participación y compromiso de los países en este proceso de evaluación. Los 35 países de la Región (100%) respondieron la encuesta y la calidad de las respuestas fue muy buena. Cabe señalar que hubo participación de los niveles políticos, gerenciales y técnicos de los países.

b) Es importante señalar que la mayoría de los mecanismos de integración subregionales participaron en la evaluación de mitad de período de la Agenda.

c) La respuesta de los organismos internacionales también fue importante: 19 organismos participaron en el proceso de evaluación.

d) La evaluación permitió poner a la Agenda de Salud para las Américas en el debate público en los países, subregiones y en los organismos internacionales. Esta evaluación contribuyó a reforzar la difusión de la Agenda en estas instancias, lo que complementa lo logrado desde su lanzamiento en el año 2007.

e) La metodología mixta cualitativa y cuantitativa permitió explicar mejor los fenómenos relativos a la salud y sus causas. Cabe señalar que la metodología utilizada para esta evaluación se centró en medir la influencia, pero no las atribuciones.

f) El hecho de que la Agenda no tenga indicadores ni metas dificultó la evaluación. La definición de indicadores proxi permitió medir adecuadamente el progreso antes (año 2007 y anteriores) y después de la Agenda (alrededor del 2011). Estos indicadores proxi permitieron evaluar las áreas de acción e identificar los temas en los que ha habido avance y aquellos en los que será necesario redoblar los esfuerzos. También permitieron identificar los espacios donde la cooperación internacional podría intensificar su accionar en beneficio de la salud de los pueblos de la Región.

g) Los indicadores proxi podrían utilizarse para definir las metas para el año 2017, cuando termine la Agenda, de manera de facilitar la evaluación final. También pueden ser de utilidad en los países para generar sus propios indicadores y metas para el seguimiento y la evaluación en su proceso interno hasta el final del período de la Agenda.

h) Los factores que facilitaron la realización de esta evaluación incluyeron: contar con el apoyo de la OPS como secretaría en todo el proceso, la participación y el apoyo directo que proveyeron las representaciones de la OPS/OMS en los países, y la participación activa del grupo de trabajo con puntos focales de 10 países de la Región.

Limitaciones del proceso de evaluación

a) La Agenda no cuenta con un modelo de evaluación, ni con líneas de base ni metas para evaluarla. Aunque esto fue parcialmente resuelto con la elaboración y medición de los indicadores proxi definidos en esta evaluación, existen casos en los cuales no se pudieron medir los avances de manera más precisa debido a la falta de datos. Se recomienda para procesos similares contar con una línea de base que permita comparar la situación antes y los cambios ocurridos a lo largo de la implementación.

b) Se trabajó con un número limitado de indicadores en algunas áreas de acción. También es importante señalar que hay varios temas que se repiten en diferentes áreas de acción de la Agenda o al revés, que quedan separados en diferentes secciones. En futuras evaluaciones se debe considerar la complementariedad de los temas que se cubren en las diferentes áreas de acción y, consecuentemente, la evaluación de los indicadores proxi en cada área de acción.

c) La Agenda debió haber incluido un plan de evaluación y un documento de ejecución, con definiciones operativas de los diferentes conceptos, incluidos los que facilitarían su implementación en los países.

d) El período que cubrió la evaluación (2007-2011) es muy corto para analizar tendencias o cambios importantes en algunos indicadores (mortalidad materna, infantil, etc.) así como en los sistemas de salud, especialmente por la latencia en la implementación de sus principios en algunos países o porque ya eran parte de los planes nacionales. En el último caso, no fue posible observar cambios. Como algunas preguntas en las encuestas o entrevistas se limitaron a este período, esto también pudo haber impedido que se documente el avance que han realizado antes del 2007 y que aún mantienen algunos países u organismos.

e) La encuesta de la evaluación de la Agenda no tuvo un instructivo que facilitara la respuesta a las preguntas y que tomara en cuenta las particularidades estructurales de cada país. Los países necesitan más orientación para completar mejor este proceso.

f) En la metodología y el proceso de la evaluación no se consideraron las particularidades de los países con estructuras federales, especialmente en aquellos que tienen establecida una jurisdicción sanitaria a nivel subnacional (estatal, provincial o territorial).

g) No se tomó en cuenta la rotación y temporalidad de las autoridades sanitarias en los países, lo que causó una mayor dificultad para realizar la evaluación pues no se conocía suficientemente a la Agenda y esto dificultó la realización de algunas encuestas y entrevistas. Esto también pudo afectar las respuestas sobre el

conocimiento de la Agenda. Además, limitó la participación de algunos actores claves, como fue en el caso de algunos organismos internacionales.

VI. Conclusiones y recomendaciones generales

Conclusiones

a) La evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas fue oportuna para documentar los avances en su implementación e identificar los desafíos y los temas dentro de cada área de acción que requieren atención.

b) Esta evaluación tuvo un excelente nivel de participación por parte de los países (los 35 países de la Región), subregiones (5) y organismos internacionales que trabajan en el ámbito de la salud en la Región (19). Por lo tanto, la información obtenida en esta evaluación tiene una alta representatividad del estado de situación de las variables consideradas en ella. El compromiso de los países y del Grupo de Trabajo de los Países, junto con el apoyo de la Oficina Sanitaria Panamericana contribuyeron al éxito de esta evaluación.

c) Durante el período evaluado, la utilización de la Agenda en los países fue buena, orientando la elaboración de numerosos planes, políticas y estrategias nacionales de salud, al igual que de otros planes específicos en esta esfera. La difusión de la Agenda fue buena en los ministerios y secretarías de salud cuando se la puso en marcha. Sin embargo, la alta rotación de las autoridades sanitarias nacionales en algunos países puede ser una de las causas que dificultó su apropiación y, consecuentemente, su mayor utilización. Se destaca que la difusión de la Agenda fue limitada en otros sectores y en el nivel subnacional.

d) En el nivel subregional, la Agenda ha tenido un uso regular, orientando la elaboración de dos programas de acción, tres planes estratégicos, una estrategia y una política subregional de salud. La difusión ha sido limitada en aquellos casos en los que los países y la Oficina no han tenido una acción proactiva de fomento de la apropiación de la Agenda por parte de los mecanismos de integración subregional.

e) Los organismos internacionales que trabajan en el ámbito de la salud en la Región han usado la Agenda en forma limitada, orientando la elaboración de pocos planes estratégicos y proyectos. La causa podría ser la poca difusión que se ha hecho de la Agenda en los organismos internacionales y su uso limitado por parte de los países cuando negocian la cooperación con dichas organismos. La Oficina podría ser más proactiva en la difusión de la Agenda ante los organismos internacionales.

f) Han habido importantes avances en todas las áreas de acción de la Agenda (especialmente los esfuerzos para fortalecer la autoridad sanitaria, aumentar la

protección social y el acceso a los servicios de salud, reducir las carga de enfermedades, fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de salud y aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología), medidos por medio de indicadores proxi, definidos por consenso por el Grupo de Trabajo de los Países. Sin embargo, es preocupante la situación de algunos indicadores como la razón de mortalidad materna que no ha descendido como se esperaba en los últimos años; el incremento en el número de casos de dengue, las tasas de tuberculosis y de infección por el VIH/sida, y de la obesidad; el estancamiento del gasto público nacional en materia de salud como porcentaje del PIB o la poca reducción del gasto de bolsillo en la Región. Cabe señalar que en siete indicadores no se obtuvieron datos para analizar los cambios en el período de evaluación y, además, en tres indicadores solo se utilizaron cálculos estimativos o proyecciones para analizar la situación de la salud.

g) La Agenda no tiene indicadores ni metas, lo cual dificultó la evaluación de mitad de período. Ahora que se han definido indicadores proxi y se cuenta con una línea de base para el año 2011, se podrían establecer metas para la Agenda para el año 2017.

Recomendaciones

a) Reforzar la difusión de la Agenda en los países, especialmente en otros sectores y a nivel subnacional. En los países donde haya algún cambio de autoridades sería conveniente realizar alguna acción especial para difundir la Agenda y la Oficina podría desempeñar un papel proactivo en este sentido.

b) Fortalecer la difusión de la Agenda en los mecanismos de integración subregional. Los países y la Oficina deben trabajar conjuntamente al respecto.

c) Fortalecer la difusión de la Agenda en todos los organismos internacionales que trabajan en el ámbito de la salud en la Región de las Américas. Los países deben utilizar la Agenda en la negociación de la cooperación con dichos organismos. La Oficina debería desempeñar un papel más activo en la difusión de la Agenda ante los organismos internacionales.

d) En cuanto a las áreas de acción, los países deben intensificar su accionar para reducir la razón de mortalidad materna, los casos de dengue, tuberculosis y obesidad, y las enfermedades crónicas y sus riesgos (según sea apropiado); fortalecer los sistemas de protección social; asegurar que el gasto público nacional en materia de salud sea adecuado y sostenible; y reducir los gastos de bolsillo, especialmente en aquellos casos en los que este gasto represente una barrera para el acceso a los servicios de salud.

e) Establecer metas para la Agenda para el año 2017, basadas en los indicadores proxi establecidos y usando la línea de base del 2011, lo que facilitará la evaluación final. En este sentido se deben revisar aquellos indicadores para los que no se tiene información fiable y fortalecer los sistemas de información para mejorar el análisis de situación de la salud y contar con información completa para la toma de decisiones. La metodología y el proceso para dicha evaluación deben estar liderados por los países, sobre la base de la experiencia adquirida y las recomendaciones de la evaluación de mitad de período.

f) Utilizar los indicadores proxi establecidos en la evaluación de la Agenda como un insumo clave para definir los indicadores del futuro Plan Estratégico de la OPS para el 2014-2019. Esto debe complementarse con las experiencias y lecciones extraídas de los procesos de planificación estratégica en la Región de las Américas, tanto a nivel regional como subregional y nacional.

g) Utilizar los resultados de la evaluación de mitad de período de la Agenda como contribución en la elaboración del nuevo Programa General de Trabajo de la OMS.

h) Recomendar que el Grupo de Trabajo de los Países, establecido para la evaluación de mitad de período de la Agenda, sea la base del equipo técnico de los países que participará en la elaboración del futuro Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, con el fin de aprovechar esta experiencia y la dinámica de trabajo ya establecida.

i) Recomendar que se elabore un plan de trabajo para el año 2013 con el fin de fortalecer el proceso de planificación en materia de salud en la Región y responder a las recomendaciones de la evaluación de mitad de período de la Agenda. Este plan incluiría medidas específicas para fortalecer la difusión de la Agenda en los países, subregiones y organismos internacionales; centrar el trabajo en los temas de las áreas de acción de la Agenda que necesitan ser fortalecidos; definir las metas para la Agenda para el 2017; elaborar el nuevo Plan Estratégico de la OPS 2014-2019; y lograr que los resultados de esta evaluación contribuyan al nuevo Programa de Trabajo de la OMS; entre otros aspectos. Un esbozo de este plan se presentaría al Comité Ejecutivo en setiembre del 2012 para su aprobación, se ejecutaría durante el 2013 y, posteriormente, los resultados se presentarían ante el Consejo Directivo de la OPS de dicho año. El grupo de países que ejecutaría este plan se formaría sobre la base del Grupo de Trabajo de los Países actual, el cual acaba de realizar la evaluación de mitad de período de la Agenda.

SIGLAS

ACNUR	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
ADPIC	Aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
ALC	América Latina y el Caribe
APHA (por su sigla en inglés)	Asociación Estadounidense de Salud Pública
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CARICOM	Comunidad del Caribe
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Estados Unidos de América)
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIDA	Organismo Canadiense de Desarrollo Internacional
CMCT	Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica
DOTS (por su sigla en inglés)	Tratamiento de observación directa y corta duración
ECNT	Enfermedades crónicas no transmisibles
ECP	Estrategia de cooperación con el país
FDA (por su sigla en inglés)	Administración de Alimentos y Medicamentos (Estados Unidos de América)
HHS (por su sigla en inglés)	Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos
IES	Oficina de la OPS de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación
IMC	Índice de masa corporal
MERCOSUR	Mercado Común del Sur
n.v.	Nacidos vivos
N/D	No disponible
OCDE	Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio

OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto y de Copatrocinio de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORAS/CONHU	Organismo Andino de Salud/Convenio Hipólito Unanue
PAHEF (por su sigla en inglés)	Fundación Panamericana de la Salud y Educación
PIB	Producto interno bruto
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
RPR	Resultados previstos a nivel regional
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
SICA	Sistema de Integración Centroamericana
STEPS	Método STEPwise de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de enfermedades crónicas
UNASUR	Unión de Naciones Suramericanas
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

Integrantes del Grupo de Trabajo para la evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017

País e institución	Nombre	Cargo
Argentina, Ministerio de Salud	Sebastián Tobar	Director Nacional de Relaciones Internacionales
Argentina, Ministerio de Salud	María Andrea Polach	Analista de la Dirección Nacional de Relaciones Internacionales
Brasil, Ministerio de Salud	Leandro Viegas	Jefe de la División de Temas Multilaterales
Chile, Universidad del Desarrollo	Liliana Jadue	Vicedecana
Costa Rica, Ministerio de Salud	Margarita Claramunt Garro	Planificadora
El Salvador, Ministerio de Salud	Matías Humberto Villatoro	Jefe de la Unidad General de Servicios
Guyana, Ministerio de Salud	Irv Chan y Narine Singh	Directores de Servicios de Salud*
Panamá, Ministerio de Salud	Iritzel Santamaria	Jefa del Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud, Dirección de Planificación
San Vicente y las Granadinas, Ministerio de Salud	Thomas St. Clair	Director General de Salud
Estados Unidos de América, HHS/CDC	Yamir Salabarria-Peña	Directora de Planificación, Evaluación y Monitoreo
Venezuela, Ministerio del Poder Popular para la Salud	Alexis Guilarte	Director General de Programas de Salud
OPS/México	Isaías Daniel Gutiérrez	Asesor Regional en Planificación, Presupuesto y Coordinación de Recursos
OPS/México	David Loyola	Consultor OPS, Maestro en Economía
OPS/Washington	Amalia Del Riego	Asesora Principal en Planificación y Coordinación de Recursos
OPS/Washington	Rony Maza	Asesor Regional en Planificación, Seguimiento y Evaluación
OPS/Argentina	Mariana Crespo	Especialista en Relaciones Externas
OPS/Washington	Oscar Mujica	Asesor Regional en Epidemiología Social
OPS/Washington	Patricia Ruiz	Asesora Principal en Análisis de Salud

* Participaron alternamente.

Componente C de la evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas: Resultados y recomendaciones principales

1. En el componente C de la evaluación se examinó la contribución de la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) al trabajo en torno de la Agenda y sus logros. El análisis se dividió en tres partes: en primer lugar, se evaluó la medida en que los documentos oficiales y las reuniones de la Oficina relacionados con la Agenda incorporaban sus áreas de acción; en segundo lugar, se examinó la manera en que los principios y los valores de la Agenda influían en la cooperación técnica de la OPS; y, por último, se analizaron las contribuciones más pertinentes de la OPS (la secretaría y los Estados Miembros) a los logros en la Región.

2. La Agenda tuvo implicaciones *importantes* para el Plan Estratégico de la OPS 2008-2012 (en adelante el Plan Estratégico) puesto que en sus áreas de acción se describen a grandes rasgos las prioridades para mejorar la salud en la Región; el Plan Estratégico responde a las áreas de acción mediante los distintos Objetivos Estratégicos y resultados previstos a nivel regional (RPR). Por lo tanto, la Agenda establece prioridades colectivas para la Región y el Plan Estratégico establece el compromiso de la Oficina y de los Estados Miembros de la OPS de abordar tales prioridades mediante un enfoque de gestión basada en los resultados. De acuerdo con el documento CD47/8 (párrafos 1, 2 y 3), la Agenda pertenece a los Estados Miembros de la OPS, en ella se presentan áreas de acción a 10 años para que los pueblos de la Región alcancen el grado máximo de salud que se pueda lograr y es el marco principal de planificación estratégica de la labor de la Oficina. Los indicadores del Plan Estratégico son mediciones cuantificables del progreso regional hacia las áreas de acción de la Agenda y el Plan sigue siendo una herramienta eficaz de seguimiento del avance en la Región para la toda la comunidad de la OPS.

3. Los resultados de la evaluación muestran que, en respuesta a la Agenda, la Oficina ha promovido el avance en todas las áreas de acción y respaldado sus principios y valores en la Región, al mismo tiempo que, por otra parte, la Agenda ha apoyado el multilateralismo en las acciones de la Oficina y ha proporcionado una visión estratégica común a fin de guiar sus operaciones. La Oficina también promovió cambios institucionales internos para alinear sus operaciones con los objetivos de la Agenda (al mismo tiempo, la Organización ha emprendido importantes iniciativas de fortalecimiento institucional, como la creación de una Oficina de Ética, una Oficina del Mediador y una Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación). Se ha aplicado la Agenda en la preparación de los documentos estratégicos, incluidos los planes nacionales y regionales de salud y las agendas subregionales, al igual que en la capacitación del personal.

4. Para esta evaluación, la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación (IES) realizó un estudio, junto con el Área de Planificación, Presupuesto y Coordinación de Recursos (PBR), en el que se trazó un mapa detallado de los vínculos entre los RPR (la piedra angular de la arquitectura del Plan Estratégico) y las áreas de acción de la Agenda, así como con los planes de trabajo bienales y la estrategia de cooperación en los países. Este análisis confirmó que el Plan Estratégico y la Agenda están estrechamente vinculados y que los Objetivos Estratégicos del Plan abordan todas las áreas de acción de la Agenda, aunque se otorga distinto énfasis a las diversas áreas. Los Objetivos Estratégicos de la OPS también contribuyen a la armonización de la Agenda con los objetivos estratégicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el trabajo de otros organismos internacionales en la Región. El estudio de los vínculos entre los RPR y las áreas de acción puede servir de plataforma para continuar con el análisis gerencial de estos vínculos.

5. Las entrevistas que se llevaron a cabo para esta evaluación mostraron que muchos entrevistados estaban poco familiarizados con la Agenda, cuya existencia todos conocen, pero que permanece en un segundo plano en el accionar institucional. En algunos casos la naturaleza regional de la Agenda también hace que, en la percepción general de los entrevistados, tenga una prioridad menor en comparación con otros documentos. La Oficina realizó importantes esfuerzos de difusión de la Agenda, pero en el futuro se debe intensificar el trabajo de promoción (encontrando oportunidades en el debate interno y los foros internacionales con los asociados, la sociedad civil y los funcionarios homólogos del gobierno); se debe subrayar el hecho de que el Plan Estratégico no está completo sin la Agenda; y se debe destacar la función de la salud en el desarrollo social de la Región.

6. A pesar de que IES encontró que la Oficina había respondido adecuadamente a la Agenda, hace las siguientes recomendaciones en este informe a fin de fortalecer los esfuerzos para promoverla interna y externamente y, de esa manera, mejorar su ejecución:

7. Establecer una sesión estratégica dentro de las reuniones del proceso de seguimiento y evaluación del desempeño de la Oficina a fin de analizar la Agenda y adaptar la respuesta de la Oficina a los temas emergentes como los cambios en la situación política y económica, las pandemias, el cambio climático y el terrorismo.

8. Seguir promoviendo la Agenda frente a todos los asociados en el ámbito del financiamiento externo e incluirla en los acuerdos de colaboración.

9. Incorporar la Agenda como un documento de referencia en el programa de orientación en línea de la OPS e incluirla en el cuestionario en línea de dicho programa.

10. Usar el análisis de los vínculos para vigilar la respuesta de la Oficina a la Agenda y dar un paso más en este sentido mediante la creación de un grupo expresamente dedicado al problema, que incluya representantes de las áreas técnicas a fin de complementar los resultados y, en vista de los adelantos en torno al Plan Estratégico de la OPS para el 2014-2019 (actualmente en elaboración), garantizar una herramienta sistemática de seguimiento y una alineación clara con las áreas de acción de la Agenda.

11. Procurar que los RPR o cualquier otro instrumento de medición que se utilice en el seguimiento del avance del Plan Estratégico no dupliquen el contenido y estén alineados directamente con las áreas de acción de la Agenda.

12. Establecer criterios y crear un glosario con prácticas comunes para desarrollar la estrategia de cooperación con los países, vinculándola con la Agenda y el Plan Estratégico de la OPS a fin de facilitar la elaboración y, por consiguiente, el seguimiento y la evaluación.

13. Complementar la nueva estrategia para la movilización de recursos con un plan de acción para abordar el déficit de financiamiento para el bienio actual.

- - -