

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1

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

Alcance

Las actividades relacionadas con este objetivo estratégico se centran en medidas de prevención, detección precoz, diagnóstico, tratamiento, control, eliminación y erradicación destinadas a luchar contra las enfermedades transmisibles que afectan desproporcionadamente a las poblaciones pobres y marginadas en la Región de las Américas. Las enfermedades que se prevé combatir incluyen, aunque no exclusivamente a: las enfermedades prevenibles mediante vacunación, las tropicales (incluidas las transmitidas por vectores), las zoonóticas y las epidemiógenas, con excepción del VIH/sida, la tuberculosis y la malaria.

INDICADORES Y METAS

- Tasa de mortalidad por enfermedades prevenibles mediante vacunación. Meta: reducción de un tercio para 2015.
- Cobertura de las intervenciones orientadas al control, la eliminación o la erradicación de las enfermedades tropicales. Meta: 80% de la población susceptible en 25 países (21 en América Latina y 4 en el Caribe) haciendo hincapié en los cinco países clave para 2013.
- Cobertura de las intervenciones orientadas al control de las enfermedades epidemiógenas. Meta: 80% de la población susceptible en los 40 países y territorios para 2013.
- Cumplimiento de los requisitos de capacidades básicas en materia de vigilancia, respuesta y puntos de entrada, según se estipula en el Reglamento Sanitario Internacional de 2005. Meta: 100% de los 40 países y territorios para 2013.
- Proporción de países que logran y mantienen la certificación de la erradicación de la poliomielitis y de la destrucción o contención apropiada de todos los poliovirus, así como de la eliminación del sarampión, la rubéola, el síndrome de rubéola congénita y el tétanos neonatal. Meta: 100% para 2010.

TEMAS Y DESAFÍOS

Las actividades relacionadas con este objetivo estratégico tienen por finalidad lograr una reducción sostenible de la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles, guiadas por los principios de acceso y equidad, control de enfermedades y desarrollo de la infraestructura de salud pública. Esta labor, que concuerda con el Programa de Acción Sanitaria Mundial enunciado en el Undécimo Programa General de Trabajo (2006-2015) de la OMS, implica invertir en salud para reducir la pobreza, mejorar la seguridad sanitaria individual y mundial, aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología, fortalecer los sistemas de salud y promover el acceso universal a ellos. La Agenda de Salud para las Américas (documento 139/5) sienta una base sólida para las intervenciones de salud pública propuestas en relación con este objetivo estratégico.

En América Latina y el Caribe, más de 210 millones de personas viven por debajo del umbral de pobreza y sobrellevan la carga de las enfermedades transmisibles, que ocasionan 13,5% de las defunciones en todos los grupos de edades y 74% de las defunciones de niños. La carga de las enfermedades transmisibles es considerable: la OMS calcula que este grupo de enfermedades ocasionó la pérdida de 25.000 años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en 2005. Las poblaciones indígenas son especialmente vulnerables a este grupo de enfermedades; por ende, las intervenciones deben ser culturalmente apropiadas.

Los programas nacionales de **vacunación** han alcanzado una cobertura de aproximadamente un 90% con todas las vacunas de la niñez y se esfuerzan por lograr una cobertura de 95% o más en todos los municipios. Esta es una de las mejores maneras de garantizar el acceso equitativo a las vacunas existentes y, en último término, suministrar nuevas vacunas que salvan vidas y que abordan importantes prioridades de salud pública a las personas que más las necesitan. A pesar del éxito de la erradicación de la poliomielitis y la eliminación del sarampión, todavía persisten focos de personas susceptibles sin vacunar, que propician la aparición de brotes de enfermedades como la difteria y la tos ferina, con altas tasas de letalidad. La iniciativa de eliminación de la rubéola, respaldada mediante dos resoluciones del Consejo Directivo de la OPS (CD44.R1 y CD47/11.Rev.1), fortalece las iniciativas de eliminación del sarampión en la Región al reducir las poblaciones susceptibles, reduce la discapacidad debida a las enfermedades prevenibles por la vacunación y aumenta el acceso a los servicios de salud.

La OPS promueve el fortalecimiento de la capacidad nacional para introducir vacunas nuevas basadas en la mejor información disponible. La OPS seguirá preconizando la adhesión estricta al marco y las guías técnicas de la OPS para la introducción de vacunas, respaldados por el 47.º Consejo Directivo de la OPS en septiembre de 2006 mediante la resolución CD47.R10. Un aspecto fundamental para este proceso es que las vacunas sean precalificadas por la OMS a fin de asegurar su calidad e inocuidad, con el apoyo de organismos nacionales de reglamentación competentes.

Una buena vigilancia permitirá que se efectúen preparativos adecuados para las pandemias y que se tomen medidas de vacunación preventiva relacionadas con amenazas que son motivo de preocupación a nivel nacional e internacional. Es necesario mejorar urgentemente los sistemas de vigilancia de enfermedades prevenibles mediante vacunación, haciendo hincapié en el desarrollo de la capacidad nacional.

Enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes: la propagación internacional de las enfermedades infecciosas sigue planteando un problema para la seguridad sanitaria mundial debido a los factores asociados a la interconexión e interdependencia del mundo actual, a saber, el desplazamiento de poblaciones como consecuencia del turismo, las emigraciones o los desastres; el crecimiento del comercio internacional de alimentos y productos biológicos; los cambios sociales y ambientales relacionados con la urbanización, la deforestación y las alteraciones del clima; y los cambios en los métodos de elaboración y distribución de alimentos, así como en los hábitos del consumidor. Debido a estos factores, se ha confirmado que los casos de enfermedades infecciosas que ocurran en un país o región podrían constituir motivo de preocupación para todo el mundo. Los países tienen que desarrollar la capacidad básica para responder a estos retos. Es necesario detectar enfermedades epidemiológicas, entre ellas la gripe pandémica, el SARS y síndromes neuroinvasores causados por arbovirus tales como el Nilo Occidental, y responder a ellas en el marco del Reglamento Sanitario Internacional.

Las enfermedades desatendidas influyen de forma directa o indirecta en la capacidad de muchos países de la Región para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Estas enfermedades, que surgen de problemas ambientales, tienen efectos adversos en la salud y el

bienestar, además de influir en el ausentismo escolar y la pobreza. Debido a la falta de vigilancia epidemiológica sistemática y de registros de datos de las enfermedades desatendidas en la Región, es difícil calcular con exactitud la carga de morbilidad. Sin embargo, algunas encuestas nacionales y estudios especiales dan luz sobre la carga en algunas poblaciones. La OPS/OMS calcula que entre 20 y 30% de los latinoamericanos están infectados por uno o varios helmintos intestinales o tienen esquistosomiasis, dos enfermedades desatendidas muy importantes. La filariasis linfática afecta a 750.000 personas, aproximadamente, mientras que la oncocercosis pone en riesgo a 500.000 personas en la Región. Ambas enfermedades son objeto de una campaña de eliminación. Un estudio sobre la equinococosis quística mostró una pérdida de 52.693 AVAD en la Región, con pérdidas económicas asociadas que totalizan más de US\$ 120 millones por año. En la actualidad se conocen mejor los factores determinantes extrínsecos de las enfermedades desatendidas; además, su prevención, control e incluso eliminación ahora son más factibles que nunca debido a la existencia de métodos nuevos, seguros y de bajo costo para vigilar estas enfermedades y tratar a las personas infectadas.

El número de casos prevalentes registrados de **lepra** en la Región de las Américas al comienzo de 2006 era de 32.904 casos, con una tasa de prevalencia de 0,39 por 10.000 personas. El número de nuevos casos notificados en 2005 fue de 41.789, cerca de 20% menos que en 2004. La meta estratégica mundial para la eliminación de la lepra es de menos de un caso detectado por 10.000 personas. Todos los países de la Región se encuentran por debajo de esta tasa, a excepción del Brasil, que se está acercando a ella. Brasil, que representaba tradicionalmente la carga más alta de lepra en la Región, ha avanzado hacia la meta de la eliminación. Los países que han alcanzado esta meta están desplegando esfuerzos para reducir aún más la carga de lepra de acuerdo con la estrategia mundial de la lepra, preconizada por la OMS, que hace hincapié en la detección temprana y un enfoque integrado en los servicios de atención primaria de salud.

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

Entre los principales avances realizados en la Región cabe señalar los siguientes:

- Se ha interrumpido la transmisión por *Triatoma infestans* (*T. infestans*) en más de 80% de los países del Cono Sur con endemidad.
- En Bolivia, el país con la mayor endemidad de la Región, se ha reducido la infestación domiciliar por *T. infestans* y la seroprevalencia pediátrica de la infección por *T. cruzi*.
- México ha declarado la enfermedad de Chagas como una prioridad de salud pública y está tomando medidas de prevención y control.
- En más de 98% de los países con endemidad se realizan pruebas serológicas para detectar el parásito causante de la enfermedad de Chagas en los bancos de sangre.

Entre 2001 y 2005, más de treinta países de las Américas notificaron un total de 2.879.926 casos de **dengue**, de los cuales 65.235 casos fueron de dengue hemorrágico. El Programa Regional contra el Dengue tiene por objeto promover políticas de salud pública por medio de un enfoque multisectorial e interdisciplinario basado en la atención integrada (Estrategia Integrada para la Prevención y el Control del Dengue) que posibilita la formulación, aplicación y consolidación de una estrategia a nivel subregional y nacional. Esta estrategia tiene seis componentes clave:

comunicación de masas, entomología, epidemiología, servicios de laboratorio, atención al enfermo y medio ambiente.

El número de casos de **rabia** transmitida por perros ha bajado 90% como resultado de 20 años de esfuerzos eficaces de control. En 2005 se notificaron sólo 11 casos. Sin embargo, algunos países, mayormente los de ingresos bajos, todavía no han logrado estos resultados. También es necesario abordar muchas otras enfermedades zoonóticas en la Región.

La OPS/OMS desempeña un papel primordial en los preparativos, la detección, la evaluación de riesgos, la comunicación y la respuesta a situaciones de emergencia de salud pública tales como epidemias y pandemias, que pueden imponer exigencias súbitas y sustanciales a los sistemas de salud, exponer los puntos débiles y perturbar la actividad económica y el desarrollo, además de sus repercusiones en la morbilidad y la mortalidad. Setenta y cinco por ciento de las enfermedades nuevas que afectaron a los seres humanos durante los últimos diez años fueron causadas por agentes patógenos provenientes de animales o de productos de origen animal. Hay una conexión importante entre la salud humana y la salud animal que debe abordarse para prevenir y controlar las enfermedades zoonóticas. La necesidad de una respuesta rápida desvía los recursos, el personal y los suministros de prioridades de salud pública bien definidas y de las actividades regulares de control de enfermedades. Según las observaciones de la OPS, se han producido más de doscientas epidemias de trascendencia internacional durante los últimos cinco años.

De acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional revisado (2005), que entrará en vigencia en junio de 2007, la OPS/OMS tendrá la obligación legal vinculante de fortalecer su capacidad interna de alerta y respuesta ante epidemias. Además, la OPS apoyará a los Estados Miembros en el desarrollo y el mantenimiento de la capacidad básica mínima necesaria a fin de detectar los riesgos para la salud pública y las situaciones de emergencia, en su mayoría atribuibles a enfermedades transmisibles, y responder a ellos, fortaleciendo de ese modo su sistema de alerta anticipada. Esto implica la prestación de cooperación técnica para la ejecución de evaluaciones y planes de acción correctiva de alcance nacional para fortalecer la capacidad nacional.

ENFOQUES ESTRATÉGICOS

Para alcanzar este objetivo, los Estados Miembros tendrán que invertir en recursos humanos, políticos y económicos con miras a lograr y ampliar el acceso equitativo a intervenciones de buena calidad y seguras relacionadas con la prevención, la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento y el control de las enfermedades transmisibles. Los componentes fundamentales de esta tarea son:

- El establecimiento y mantenimiento por los Estados Miembros de mecanismos eficaces de coordinación con otros colaboradores y entre todos los sectores pertinentes del país.
- El fomento de la investigación mediante inversiones suficientes, el fortalecimiento de la capacidad y la colaboración eficaces entre los sectores académico y público (programas), así como el estudio de mecanismos para promover la transferencia de tecnología y nuevas modalidades de cooperación técnica (es decir, de Sur a Sur).
- El cumplimiento por los Estados Miembros de los plazos establecidos en la Asamblea Mundial de la Salud de 2005 para la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional.
- El establecimiento de relaciones de colaboración con otros organismos del sistema de las Naciones Unidas y del Sistema Interamericano, así como la firma de acuerdos multilaterales y nacionales para llevar a la práctica estas intervenciones.
- La red de centros colaboradores de la OMS situados en las Américas, que apoya las actividades de cooperación técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Al apoyar los esfuerzos de los Estados Miembros, la Oficina Sanitaria Panamericana se concentrará en:

- Fortalecer la colaboración con actores en el campo de la salud, alianzas y la sociedad civil de la Región.
- Asegurar el acceso de la comunidad a instrumentos y estrategias tanto existentes como nuevas, entre ellos vacunas y medicamentos, que cumplan criterios aceptables de calidad, inocuidad, eficacia y rentabilidad, reduciendo simultáneamente las disparidades.
- Fortalecer su capacidad para prestar cooperación técnica y crear en los Estados Miembros la capacidad necesaria para responder mejor a los compromisos contraídos en virtud de resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud en relación con las enfermedades transmisibles y el Reglamento Sanitario Internacional, tarea que incluye facilitar la movilización de recursos nacionales e internacionales y actividades de promoción.
- Pasar de enfoques verticales a enfoques horizontales y, sobre la base de una evaluación exhaustiva de los éxitos y fracasos pasados en la formulación de estrategias para el desarrollo de sistemas de salud integrados, partir de los puntos fuertes y abordar las deficiencias, aprovechando, entre otras cosas, las esferas subregionales, incluidos los foros económicos (por ejemplo, la Comunidad del Caribe y la Reunión del Sector de la Salud de Centroamérica y República Dominicana [RESSCAD]).
- Ampliar las redes institucionales para mejorar la salud pública.
- Mantener y fortalecer de un sistema internacional eficaz para la alerta y la respuesta a las epidemias y otras emergencias de salud pública y facilitar los preparativos de salud pública en colaboración con otros actores, entre otros, organizaciones privadas y de la sociedad civil, según convenga.
- Proporcionar a los Estados Miembros herramientas, estrategias y cooperación técnica para evaluar y fortalecer los sistemas de seguimiento y vigilancia.
- Coordinar sistemas de vigilancia integrados a los niveles mundial y regional para fundamentar las decisiones de política y las respuestas de salud pública.
- Configurar el temario de investigaciones para utilizarlo en la formulación de opciones de política éticas y basadas en datos probatorios, así como para la aplicación directa a las intervenciones de salud pública.

PREMISAS Y RIESGOS

La consecución de este objetivo estratégico se basa en las premisas siguientes:

- Que la entrada en vigor del Reglamento Sanitario Internacional en 2007 se traduzca en el compromiso renovado de todos los Estados Miembros de fortalecer sus sistemas nacionales de vigilancia y respuesta, así como en un interés y apoyo sostenidos respecto de las actividades de la OPS/OMS por los donantes y los colaboradores técnicos, incluidas las redes y alianzas.
- Que, en la tarea de desarrollar y fortalecer los sistemas sanitarios nacionales, el objetivo siga siendo el acceso universal y equitativo a las intervenciones sanitarias esenciales.
- Que exista una actitud receptiva y positiva hacia la coordinación y la armonización de las actividades entre el creciente número de partes interesadas que actúan en el ámbito de la salud pública mundial.
- Que haya mecanismos eficaces de comunicación para mantener una coordinación sólida e interactiva de los esfuerzos a nivel mundial, regional y subregional; y
- Que exista un compromiso político y se disponga de recursos para asegurar la vigilancia eficaz y los preparativos adecuados para las pandemias y las medidas de vacunación

preventiva relacionadas con amenazas que constituyen motivos de preocupación a nivel nacional e internacional.

Los riesgos que podrían dificultar el logro de este objetivo estratégico son:

- Que se desvíen recursos de la Región de las Américas (por ejemplo, debido a una pandemia de gripe) o de las enfermedades transmisibles hacia otros aspectos de la salud y el desarrollo y que la prevención y el control de las enfermedades transmisibles no se reconozcan y no se mantengan visiblemente como una prioridad sanitaria, en particular en los países menos adelantados.
- Que surjan programas de acción sanitaria paralelos, debido a la falta de comunicación y coordinación entre colaboradores.
- Que la inversión y el compromiso político con respecto a la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional sean insuficientes y que el enfoque de los gobiernos a ese respecto sea fragmentario.
- Que la inversión en las actividades de investigación sea pequeña o insuficiente, lo cual podría tener repercusiones negativas en las intervenciones de salud.
- Que una pandemia de gripe u otra enfermedad pandemiógena ocasione una morbilidad y mortalidad sin precedentes, así como graves perjuicios económicos. Se requerirá la planificación anticipada para la formulación de estrategias apropiadas de detección y respuesta.

RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

RPR N.º 1.1 Se habrá prestado a los Estados Miembros cooperación normativa y técnica para asegurar en la mayor medida posible a todas las personas un acceso equitativo a vacunas de calidad garantizada, incluidos productos y técnicas de inmunización nuevos y subutilizados, y para integrar otras intervenciones esenciales de salud del niño con la inmunización.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
1.1.1	Número de países que logran una cobertura de más de 95% con DPT3 a nivel nacional.	17	20	25
1.1.2	Proporción de municipios con una cobertura de DPT3 de menos de 95% en América Latina y el Caribe.	38% (5.729)	35% (5.277)	30% (4.523)
1.1.3	Número de países que han recibido apoyo para tomar decisiones basadas en datos probatorios en el contexto de la introducción de vacunas nuevas.	9	10	20
1.1.4	Número de intervenciones esenciales de salud del niño y de la familia integradas con la inmunización para las que se dispone de directrices sobre la gestión común de programas.	4	6	8

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
1.1.5	Número de países que han aprobado leyes o creado partidas presupuestarias nacionales destinadas específicamente a asegurar el financiamiento sostenible de la inmunización.	30	32	35
1.1.6	Número de subregiones con planes de acción para la introducción de vacunas nuevas según los acuerdos de los mecanismos subregionales de integración (RESCCAD, CARICOM, ORAS y MERCOSUR).	0	2	4
1.1.7	Número de subregiones con actividades fronteras de inmunización (vacunación y vigilancia de enfermedades prevenibles mediante vacunación).	3	3	3
1.1.8	Porcentaje de países apoyados para formular un plan de acción de inmunización actualizado.	60%	70%	90%
1.1.9	Porcentaje de países apoyados para formular planes de acción para la inocuidad de las vacunas.	53%	70%	100%

RPR N.º 1.2 Se habrá proporcionado coordinación y cooperación técnica eficaces a los Estados Miembros para mantener la eliminación del sarampión y lograr la eliminación de la rubéola, del síndrome de rubéola congénita (SRC) y del tétanos neonatal, al tiempo que se mantiene la situación de ausencia de poliomielitis y la contención apropiada de los poliovirus, lo que conducirá a una cesación simultánea de la vacunación antipoliomielítica oral en el mundo entero.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
1.2.1	Número de países que utilizan la vacuna antipoliomielítica oral con arreglo a los plazos y procesos convenidos a nivel internacional para la suspensión de la vacunación oral sistemática contra la poliomielitis.	35	35	35
1.2.2	Porcentaje de informes finales o actualizaciones presentados por los países sobre la contención de la poliomielitis certificados por la Comisión Regional de las Américas.	100%	100%	100%
1.2.3	Número de establecimientos que almacenan poliovirus en las Américas.	1	1	1

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
1.2.4	Número de países con vigilancia sostenida de la parálisis flácida aguda.	40	40	40
1.2.5	Número de países con vigilancia integrada del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC).	35	40	40
1.2.6	Número de países que han ejecutado intervenciones para lograr la eliminación de la rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita (SRC).	37	40	40
1.2.7	Número de países que logran la eliminación del tétanos neonatal (TNN).	39	40	40
1.2.8	Número de países que han llevado a la práctica un sistema de vigilancia epidemiológica para las vacunas nuevas (rotavirus, neumococos, influenza, fiebre amarilla, PVH).	0	5	15

RPR N.º 1.3 Se habrá asegurado una coordinación eficaz y prestado cooperación técnica a los Estados Miembros para ofrecer a todas las poblaciones acceso a intervenciones de prevención, control y eliminación de enfermedades transmisibles desatendidas, entre ellas las enfermedades zoonóticas.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
1.3.1	Número de países que logran certificar la erradicación de la dracunculosis.	40	40	40
1.3.2	Número de países que están ejecutando la estrategia mundial de la OMS para reducir aún más la carga de lepra y mantener las actividades de control, especialmente el Brasil, que es el único país en las Américas con una carga de lepra elevada.	1/24	9/24	16/24
1.3.3	Población en situación de riesgo (en millones) de padecer filarías linfática en cuatro países con endemidad que recibe tratamiento colectivo con medicamentos o quimioterapia preventiva.	2,4	4,7	6

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
1.3.4	Cobertura de niños en edad escolar en situación de riesgo, en los países con endemicidad, con un tratamiento sistemático contra la esquistosomiasis y las helmintiasis transmitidas por el suelo.	38%	50%	cobertura de 75%
1.3.5	Número de países que han incorporado un enfoque polivalente, ínterprogramático e intersectorial para la prevención, control o eliminación de las enfermedades transmisibles desatendidas.	1/35	4/35	10/35
1.3.6	Número de países que han incorporado un enfoque intersectorial e ínterprogramático para la prevención, el control o la eliminación de zoonosis de importancia para la salud pública.	2/21	4/21	10/21
1.3.7	Número de países en América Latina que eliminaron la rabia humana transmitida por los perros.	11/21	12/21	16/21
1.3.8	Número de países que han recibido apoyo para el mantenimiento de programas de control de la equinocosis.	4	4	4
1.3.9	Número de países de América Latina y el Caribe que han recibido apoyo para mantener la vigilancia y los preparativos a fin de hacer frente a enfermedades zoonóticas emergentes o reemergentes (por ejemplo, la gripe aviar y la encefalopatía espongiforme bovina).	10/33	13/33	22/33
1.3.10	Número de países con interrupción total de la transmisión de la enfermedad de Chagas por vectores (<i>T. infestans</i> en el Cono Sur y <i>Rhodnius prolixus</i> en Centroamérica).	3/21	11/21	15/21
1.3.11	Número de países que realizan un control completo de los bancos de sangre para evitar la transmisión de la enfermedad de Chagas por transfusiones.	14/21	20/21	20/21

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
1.3.12	Número de países donde la oncocercosis es endémica y donde se ha certificado su eliminación.	0/6	1/6	3/6
1.3.13	Normas técnicas o recomendaciones proporcionadas a los países para la prevención y el control de enfermedades zoonóticas.	5	7	12
1.3.14	Sistema regional de vigilancia de la rabia que funciona de manera continua (número de países que notifican los casos).	21	21	21
1.3.15	Número de directrices técnicas publicadas para la vigilancia, la prevención y el control de las enfermedades transmisibles desatendidas.	0	2	4

RPR N.º 1.4 Se habrá prestado a los Estados Miembros cooperación técnica y de política para aumentar su capacidad de vigilancia y respuesta de las enfermedades transmisibles, como componente de un sistema integral de vigilancia e información sanitaria.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
1.4.1	Número de países con vigilancia mejorada de las enfermedades transmisibles de importancia para la salud pública.	13/39	15/39	18/39
1.4.2	Número de países que reciben cooperación técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana para adaptar instrumentos o protocolos genéricos de vigilancia y seguimiento de las enfermedades transmisibles a su situación nacional.	2	20	30
1.4.3	Número de países respecto de los cuales se reciben anualmente a nivel regional formularios conjuntos de notificación de datos sobre vigilancia y seguimiento de la inmunización, de conformidad con los plazos establecidos.	15	18	20

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
1.4.4	Número de nuevos y mejores instrumentos, intervenciones y estrategias de ejecución para combatir la resistencia a los antimicrobianos, de eficacia comprobada por las instituciones apropiadas.	5	7	10

RPR N.º 1.5 Se habrán obtenido y validado nuevos conocimientos, instrumentos de intervención y estrategias acordes con las necesidades prioritarias en materia de prevención y control de las enfermedades transmisibles y se habrá asegurado su disponibilidad y accesibilidad.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
1.5.1	Número de informes de consenso publicados sobre las necesidades y prioridades de las investigaciones subregionales, regionales o mundiales en relación con una enfermedad o un tipo de intervención.	0	3	6
1.5.2	Número de nuevas y mejores intervenciones y estrategias de ejecución cuya eficacia se ha evaluado y validado.	1	2	5
1.5.3	Proporción de publicaciones arbitradas emanadas de investigaciones respaldadas por la OPS/OMS cuyo autor principal trabaja en una institución de un país en desarrollo.	15%	30%	60%
1.5.4	Número de países con una o varias instituciones que han adoptado la nueva visión decenal de las investigaciones sobre enfermedades tropicales bajo la coordinación de la OPS/OMS.	0	6	9

RPR N.º 1.6 Se habrá prestado cooperación técnica a los Estados Miembros para adquirir la capacidad básica mínima requerida por el Reglamento Sanitario Internacional para el establecimiento y fortalecimiento de sistemas de alerta y respuesta aplicables en epidemias y otras emergencias de salud pública de interés internacional.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
1.6.1	Número de países donde se ha llevado a cabo la evaluación de la capacidad básica de vigilancia y respuesta, de conformidad con las obligaciones emanadas del Reglamento Sanitario Internacional (2005).	3	32	40
1.6.2	Número de países que han recibido apoyo de la OSP para formular planes de acción destinados a satisfacer los requisitos mínimos de capacidad básica en materia de alerta temprana y respuesta, de conformidad con las obligaciones emanadas del Reglamento Sanitario Internacional.	0	32	40
1.6.3	Número de países cuyo sistema nacional de laboratorios participa al menos en un programa interno o externo de control de la calidad en relación con las enfermedades transmisibles.	20/36	24/36	30/36
1.6.4	Número de países que participan en programas de formación centrados en el fortalecimiento de los sistemas de alerta anticipada, los laboratorios de salud pública o la capacidad de respuesta ante brotes epidémicos.	38/38	38/38	38/38

RPR N.º 1.7 Se habrá dotado a los Estados Miembros y a la comunidad internacional de medios de detección, contención y respuesta eficaz respecto de las principales enfermedades epidémicas y pandemiógenas (como la gripe, el dengue, la meningitis, la fiebre amarilla, las fiebres hemorrágicas, la peste y la viruela).

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
1.7.1	Número de países que cuentan con planes nacionales de preparación y procedimientos operativos uniformes para las principales enfermedades epidemiógenas (por ejemplo, la gripe pandémica, fiebre amarilla, dengue, meningitis).	22	28	36
1.7.2	Número de países que han puesto a prueba sus planes nacionales de preparativos y sus procedimientos operativos normalizados para la gripe pandémica mediante simulacros.	10	20	36
1.7.3	Número de mecanismos internacionales de apoyo a la vigilancia, el diagnóstico y las intervenciones masivas (por ejemplo, redes internacionales de vigilancia de laboratorio y mecanismos de acopio de vacunas contra la meningitis, las fiebres hemorrágicas, la peste, la fiebre amarilla, la gripe y la viruela).	5	6	7
1.7.4	Número de países que cuentan con la capacidad básica necesaria para la manipulación segura en laboratorio de agentes patógenos peligrosos y el aislamiento seguro de pacientes contagiosos.	22	25	40
1.7.5	Número de países que ejecutan intervenciones y estrategias de control del dengue (Estrategias de Gestión Integrada [EGI] o Comunicación para el Impacto Conductual [COMBI]).	15	17	19
1.7.6	Número de herramientas (directrices, protocolos, módulos de capacitación) creadas para ayudar a los países en la formulación y puesta en práctica de planes de preparativos nacionales para enfermedades epidemiógenas graves (por ejemplo, la gripe pandémica).	2	5	10

RPR N.º 1.8 Se habrá coordinado y puesto rápidamente a la disposición de los Estados Miembros la capacidad mundial, regional y subregional para la detección, comprobación, evaluación de riesgos y respuesta a epidemias y otras emergencias de salud pública de trascendencia internacional.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
1.8.1	Número de dependencias de la Oficina Sanitaria Panamericana que cuentan con el sistema mundial de manejo de eventos para apoyar la coordinación de las tareas de evaluación de riesgos, las comunicaciones y las operaciones sobre el terreno referentes a la Sede, las oficinas regionales y las oficinas de país.	1/28	10/28	28/28
1.8.2	Número de países que cuentan al menos con una institución colaboradora asociada que participa en la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos, y otras subredes regionales pertinentes.	26	35	40
1.8.3	Proporción de solicitudes de apoyo de los Estados Miembros para las cuales la Oficina moviliza el apoyo internacional integral y coordinado destinado a las iniciativas de control de enfermedades, investigación y caracterización de casos, y contención sostenida de los brotes.	100%	100%	100%
1.8.4	Tiempo medio requerido para la verificación de brotes epidémicos de importancia internacional, incluida la confirmación de la causa en el laboratorio.	7 días	5 días	3 días

OBJETIVO ESTRATÉGICO 2

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

Alcance

Este objetivo estratégico se centrará en las intervenciones para la prevención, detección temprana, tratamiento y control del VIH/sida, la tuberculosis y la malaria, lo que abarca la eliminación de la malaria y la sífilis congénita. Se hará hincapié en las intervenciones que pueden reducir las desigualdades regionales, mediante el abordaje de las necesidades de las poblaciones vulnerables y más expuestas al riesgo.

INDICADORES Y METAS

- Para 2010, habrá ocurrido una reducción de 50% en el número calculado de nuevas infecciones por el VIH, seguida de una reducción de otro 50% de nuevas infecciones para fines de 2015 (punto de comparación: 2006). (Según el Plan Regional de Infección por el VIH/ITS para el Sector de la Salud).
- Para 2010, se habrá logrado el acceso universal a la atención integral que comprende la prevención, la atención y el tratamiento con antirretrovíricos. (Según el Plan Regional de Infección por el VIH/ITS para el Sector de la Salud).
- Para 2015, la incidencia de la transmisión materno-infantil del VIH será menor de 5% y la incidencia de sífilis congénita será menor de 0,5 casos por 1.000 nacidos vivos. (Según el Plan Regional de Infección por el VIH/ITS para el Sector de la Salud).
- Reducción de la incidencia y la prevalencia de la tuberculosis en todos los países. Meta: para 2013 se habrá detenido y se habrá comenzado a revertir la incidencia de la tuberculosis (punto de partida: 39 casos por 100.000 habitantes, 2005) y reducción de la prevalencia de 6 por 100.000 habitantes en 2005 a 5 por 100.000 en 2013 (de conformidad con los Objetivos de Desarrollo del Milenio).
- Reducción de la carga de la malaria en las Américas para 2010 y más aún para 2013. Meta: reducción de 50% de la morbilidad y la mortalidad para 2010; con una reducción adicional de 50% para 2013 (punto de partida: cifras de morbilidad y mortalidad de 2000).
- Para 2013 habrá por lo menos un país más de la Región certificado o en proceso de certificación por la OMS en lo que se refiere a la eliminación de la malaria.
- Todos los países sin transmisión de malaria mantienen su situación.

TEMAS Y DESAFÍOS

LA INFECCIÓN POR EL VIH, EL SIDA Y LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Se calcula que a finales de 2006, en las Américas había 3.350.000 personas infectadas por el VIH, 51% en América Latina, 42% en América del Norte y 7% en el Caribe. Después del África subsahariana, el Caribe es la región más afectada en el mundo. Los modos principales de transmisión en las Américas son bien conocidos:

- Los hombres que tienen relaciones homosexuales sin protección representan una gran proporción de los casos de infección por el VIH y sida.
- Las relaciones heterosexuales sin protección constituyen la causa de una proporción cada vez mayor de las infecciones.
- El consumo de drogas inyectables representa una proporción considerable de los casos en América del Norte y en algunos otros países (principalmente Brasil, Argentina y Uruguay).

A los trabajadores del sexo también se atribuye la propagación de la infección por el VIH, con prevalencia variable entre los países. Algunos trabajadores del sexo también forman un puente entre las personas que se inyectan drogas y sus clientes, dado que una proporción significativa de los trabajadores del sexo, en ciertas zonas, utiliza este trabajo para financiar su drogadicción.

Se calcula que en 2006, 30% de la población total infectada por el VIH en la Región eran mujeres. En el Caribe, 50% de las personas infectadas por el VIH son mujeres, mientras que en América del Norte y América Latina estas cifras son de 26 y 31%, respectivamente. Además, cada vez es mayor el número de jóvenes que están sufriendo los efectos de la epidemia; en América Latina y el Caribe, el número calculado de menores de 15 años de edad con la infección por el VIH o sida pasó de 130.000 en 2003 a 140.000 en 2005.

Se calcula que cada año en la Región hay 50 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual (ITS). Además, en América Latina y el Caribe, a 330.000 embarazadas se les diagnostica sífilis cada año pero no reciben tratamiento, lo que da lugar a que cada año nazcan 110.000 niños con sífilis congénita.

De acuerdo con la justificación de 2005 acerca de la división del trabajo de los organismos de las Naciones Unidas en el ámbito de la respuesta a la infección por el VIH, el esfuerzo de la OSP se centrará en la ampliación de los servicios especializados en la infección por el VIH/sida para lograr el acceso universal, que abarca la prevención y el tratamiento. De igual manera, es esencial contar con la participación de la sociedad civil, además de reducir el estigma y la discriminación relacionados con la infección por el VIH y el sida. La promoción de un enfoque de salud pública para las intervenciones sobre la infección por el VIH/sida integradas y descentralizadas haciendo hincapié en la prevención y el tratamiento para las poblaciones vulnerables sigue siendo un importante reto.

Malaria

La malaria es una enfermedad prevenible y tratable, de transmisión vectorial, que aqueja aproximadamente a un millón de personas al año en las Américas. Uno de cada tres habitantes de la Región corre el riesgo de contraer la infección y 21 países de la Región tienen zonas donde la malaria se considera endémica, mientras que otras naciones notifican casos importados que podrían reintroducir la transmisión local si no se tratan debidamente.

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

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

Las actividades de prevención y control deben mantenerse, ya que la naturaleza de la enfermedad, sus vectores y otros factores que inciden en la transmisión son complejos. Es necesario adoptar un enfoque proactivo y mejorar la previsión para evitar los retos emergentes y reemergentes relacionados con la enfermedad, entre otros los brotes y las epidemias. Más aún, debe intensificarse la promoción de la causa de la malaria para que los actores puedan actuar, contribuir concretamente y lograr cambios positivos dentro de sus esferas de influencia.

En las Américas, los socios que trabajan al lado de los países y su población para combatir la malaria comprenden a organismos de las Naciones Unidas; asociados multilaterales y de desarrollo (el Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la Tuberculosis y la Malaria y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional); la comunidad académica y de investigación (centros colaboradores de la OMS, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, la U.S. Pharmacopeia, el Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales y el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, entre otros); organizaciones no gubernamentales; fundaciones; y el sector privado.

Tuberculosis

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

Con la aplicación de la estrategia de tratamiento acortado directamente observado (DOTS) se ha avanzado en el control de esta enfermedad. Un total de 33 países había aplicado esta estrategia en 2005, con una cobertura de 88%.

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

Varios socios y donantes están agrupados bajo la nueva estrategia Alto a la Tuberculosis para apoyar a los países de la Región y hacer frente a los desafíos en constante aumento. Entre ellos se encuentran la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, la Unión (la antigua Unión Internacional contra la Tuberculosis y las Enfermedades Respiratorias), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, la KNCV Tuberculosis Foundation (Países Bajos), la Coalición para la Asistencia Técnica contra la Tuberculosis (TBCAP), la Academia para el Desarrollo Educativo (AED), la Sociedad Torácica Estadounidense, la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) y el Fondo Mundial.

RETOS PARA LAS TRES ENFERMEDADES

- Los recursos son limitados y deben optimizarse los esfuerzos.
- La participación de las comunidades, las personas afectadas, las organizaciones de la sociedad civil, el sector privado y otros actores pertinentes es esencial para lograr el sentido de pertenencia y la sostenibilidad locales.
- Es necesario fortalecer más la armonización y convergencia de los programas en los diversos niveles de trabajo.

ENFOQUES ESTRATÉGICOS

Los enfoques estratégicos para la ejecución de este objetivo estratégico se abordan en forma integral en el Plan Regional de Infección por el VIH/ITS para el Sector de la Salud, 2006-2015; el Plan Regional de Tuberculosis, 2006-2015; y el Plan Regional para la Malaria en las Américas, 2006-2010. Los enfoques estratégicos se basan en la hipótesis de que es posible ampliar las intervenciones aun en los entornos donde los recursos son muy limitados, si la planificación es adecuada, el financiamiento es sostenible y las infraestructuras tienen bases sólidas.

En este contexto, la Oficina dará apoyo normativo, técnico y programático a los países en las siguientes áreas:

- Fortalecimiento de los sistemas de salud para combatir eficazmente la infección por el VIH/sida y otras ITS, la tuberculosis y la malaria mediante la formulación de políticas nacionales y locales pertinentes y propicias, atentas a las cuestiones de género; además, fomentar el liderazgo y una buena gestión, lo que comprende el financiamiento sostenible.
- Fortalecimiento de los servicios de salud mediante:
 - La ampliación, la integración y la reorientación de los servicios para la ejecución de intervenciones atentas a las cuestiones de género, costoeficaces para la prevención, diagnóstico, tratamiento, atención y apoyo a los casos de infección por el VIH, tuberculosis y malaria.
 - Prestación de servicios para las poblaciones difíciles de alcanzar y los grupos vulnerables, entre otros, las poblaciones indígenas.
 - Creación de capacidad y gestión estratégica de los recursos humanos.
 - Velar por la disponibilidad y el uso adecuado de medicamentos de buena calidad, de redes de laboratorios, medios de diagnóstico y productos básicos para la salud que sean de calidad, con el apoyo continuo del Fondo Estratégico de los suministros de salud pública.
- Fortalecimiento de los sistemas de vigilancia y seguimiento y evaluación, además de la promoción del uso de la información estratégica.

La Oficina adoptará los siguientes enfoques estratégicos generales:

- Promoción, a nivel regional, del acceso universal equitativo a la prevención, la atención y el tratamiento de la infección por el VIH y otras ITS, así como la tuberculosis y la malaria, y de la eliminación del estigma y la discriminación contra las personas aquejadas de tuberculosis o con la infección por el VIH y contra los grupos vulnerables.
- Fortalecimiento de alianzas y asociaciones a los niveles regional, subregional y del país, en particular con las redes de las personas afectadas.
- Cooperación técnica orientada al país, asignación de prioridad a los países según la magnitud del problema y la naturaleza de la respuesta del sector de la salud e intensificación del apoyo directo a los países. Las oficinas de país fortalecerán su respuesta a fin de abordar estas enfermedades de forma integral, señalando los

mecanismos necesarios para crear sinergias y armonizar recursos, incluida la cooperación técnica para la formulación y ejecución de los proyectos presentados y aprobados por el Fondo Mundial. También se promoverá la cooperación técnica entre los países y los núcleos de conocimiento.

- Acción subregional para responder a la diversidad de la Región. Trabajo en colaboración con entidades y mecanismos coordinadores subregionales.
- Integración de las actividades relacionadas con la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria en la Oficina Sanitaria Panamericana mediante la creación de mecanismos para la acción interprogramática e interdisciplinaria con el propósito de combatir estas enfermedades, procurando la sinergia y la mancomunación de recursos y pericia según sea necesario.
- Las actividades para el control de la tuberculosis en colaboración con las organizaciones asociadas en algunos casos incluirán apoyo financiero por medio de proyectos (por ejemplo, Programa de Asistencia para el Control de la Tuberculosis y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional), así como cooperación técnica conjunta y visitas de seguimiento (por ejemplo, la Unión y la KNCV Tuberculosis Foundation).
- Colaboración con otras organizaciones, organismos y programas de las Naciones Unidas (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida [ONUSIDA], Banco Mundial, Fondo de Población de las Naciones Unidas [FNUAP], Organización Internacional para las Migraciones [OIM]), asociados multilaterales y de desarrollo, socios académicos y organizaciones no gubernamentales (ONG) para promover la causa, aumentar los recursos para combatir la infección por el VIH y proporcionar asesoramiento técnico y cooperación a los países a fin de lograr el acceso universal a la atención integral, la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH.

PREMISAS Y RIESGOS

Las siguientes premisas y condiciones previas son esenciales para el lograr de este objetivo estratégico:

- Que se siga reconociendo que la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria constituyen una prioridad en todos los programas de salud a nivel nacional, subregional, regional y mundial y se asignen suficientes recursos para combatir estas enfermedades.
- Que se fortalezcan los sistemas nacionales de salud en consecuencia para alcanzar el acceso universal a los servicios y la atención de salud esenciales.
- Que los actores trabajen de forma sinérgica para alcanzar las metas y los objetivos comunes.

Se ha determinado que los siguientes riesgos podrían obstaculizar la consecución del objetivo estratégico:

- Que resulte difícil obtener y mantener los recursos necesarios, tanto para la Oficina como para los Estados Miembros, a medida que surjan prioridades en pugna, que aumente el costo de los servicios debido a la índole crónica de la infección por el VIH y el tratamiento de la resistencia emergente (resistencia a los antirretrovíricos, tuberculosis multirresistente y tuberculosis extremadamente farmacorresistente) y, en particular, que resulte cada vez más difícil atraer recursos para la Región.
- Que no se mantengan los avances sanitarios de la lucha contra la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria en los países menos adelantados sin un mayor compromiso político y financiero.
- Que el liderazgo de la OPS/OMS entre el número cada vez mayor de colaboradores y la interacción entre ellos sean difíciles de mantener, especialmente ante la competencia

creciente por recursos y los problemas especiales planteados por la coordinación y la armonización.

RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

RPR N.º 2.1 Se habrán formulado directrices, normas y estrategias para actividades de prevención, tratamiento, apoyo y atención para la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria, que abarcarán métodos innovadores para aumentar la cobertura de las intervenciones entre las personas pobres y las poblaciones de difícil acceso y vulnerables.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
2.1.1	Número de países que han alcanzado las metas nacionales de intervención referentes a la infección por el VIH/sida conforme al objetivo de acceso universal a su prevención, tratamiento y atención.	10	12	15
2.1.2	Número de países con malaria endémica que ejecutan todos los componentes de la Estrategia de Lucha Global contra la MALARIA en el contexto de la iniciativa "Hacer retroceder la MALARIA" y el Plan Regional para la MALARIA en las Américas, 2006-2010 y las metas nacionales de intervención. En el mismo contexto, para los países no endémicos, el número de ellos que despliegan actividades para prevenir la reaparición de la enfermedad.	20	31	33
2.1.3	Número de países que detectan 70% de los casos calculados de TUBERCULOSIS pulmonar con baciloscopía positiva.	13/27	21/27	27/27
2.1.4	Número de países con una tasa de éxito del tratamiento de 85% de la cohorte de pacientes con TUBERCULOSIS.	10/27	21/27	25/27
2.1.5	Número de países que han alcanzado las metas de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual (diagnosticar, tratar y orientar debidamente en los consultorios de atención primaria a 70% de las personas que padecen esas infecciones).	5	25	40
2.1.6	Número de países que han alcanzado las metas regionales para la eliminación de la sífilis congénita.	1	15	42
2.1.7	Número de subregiones que han aplicado las estrategias de promoción para superar las barreras al acceso universal relacionado con la atención para la infección por el VIH, que afecta a las poblaciones pobres, difíciles de localizar y vulnerables.	0	3	4

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
2.1.8	Número de marcos, sinopsis sobre política y estudios de casos puestos a la disposición de los países para alcanzar metas en materia de prevención, tratamiento y atención integral para la infección por el VIH en los grupos vulnerables.	1	6	10

RPR N.º 2.2 Se habrá prestado cooperación y técnica y de políticas a los Estados Miembros con miras a ampliar la realización de intervenciones que tengan en cuenta las cuestiones de género en materia de prevención, apoyo, tratamiento y atención de la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria, con inclusión de la capacitación y la prestación de servicios integrados, la ampliación de las redes de proveedores de servicios, el fortalecimiento de la capacidad de laboratorio y mejores vínculos con otros servicios de salud, como los de salud reproductiva, salud de la madre, el recién nacido y el niño, infecciones de transmisión sexual, nutrición, tratamiento de la drogadicción, atención respiratoria, enfermedades desatendidas y salud ambiental.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
2.2.1	Número de países destinatarios que tienen políticas integradas, coordinadas y atentas a las cuestiones de género sobre la infección por el VIH/sida.	40	40	40
2.2.2	Número de países destinatarios que han formulado políticas integradas, coordinadas y atentas a las cuestiones de género sobre la TUBERCULOSIS.	0/27	8/27	15/27
2.2.3	Número de países destinatarios con políticas integradas, coordinadas y atentas a las cuestiones de género sobre la MALARIA, en particular para las embarazadas.	0/21	8/21	12/21
2.2.4	Número de países que tienen planes nacionales estratégicos adecuados relativos al personal de salud, incluidas políticas y prácticas de gestión en materia de incentivos, reglamentación y retención, con respecto a los problemas concretos que plantea la infección por el VIH/sida.	3	20	40

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
2.2.5	Número de países que tienen planes nacionales estratégicos adecuados relativos al personal de salud, incluidas políticas y prácticas de gestión en materia de incentivos, reglamentación y retención, con respecto a los problemas concretos que plantea la TUBERCULOSIS.	0/27	10/27	25/27
2.2.6	Número de países que tienen planes nacionales estratégicos adecuados relativos al personal de salud, incluidas políticas y prácticas de gestión en materia de incentivos, reglamentación y retención, con respecto a los problemas concretos que plantea la MALARIA.	0/21	10/21	21/21
2.2.7	Número de países que vigilan el acceso a servicios de salud donde se tienen en cuenta las cuestiones de género, referentes a la infección por el VIH/sida.	3	20	40
2.2.8	Número de países que vigilan el acceso a servicios de salud donde se tienen en cuenta las cuestiones de género, referentes a la TUBERCULOSIS.	0/27	8/27	15/27
2.2.9	Número de países que vigilan el acceso a servicios de salud donde se tienen en cuenta las cuestiones de género, referentes a la MALARIA.	8/21	18/21	21/21
2.2.10	Número de países con planes para la vigilancia de la orientación y las pruebas de detección del VIH iniciadas por el proveedor en los servicios de salud sexual y reproductiva (infecciones de transmisión sexual y planificación de la familia).	18	20	24
2.2.11	Número de profesionales de salud y encargados de adoptar las decisiones capacitados mediante cursos (entre otros, los cursos virtuales autodirigidos) en materia de servicios integrales, atentos a las cuestiones de género, para la prevención, el tratamiento y la atención para la infección por el VIH/sida.	0	60	200
2.2.12	Número de subregiones que ejecutan y que vigilan los planes con metas subregionales definidas para el acceso universal en el contexto del Plan Regional de Infección por el VIH/ITS para el Sector de la Salud 2006-2015.	3	3	4

RPR N.º 2.3 Se habrá dado orientación y cooperación técnica a nivel regional respecto de las políticas y los programas a fin de promover el acceso equitativo a medicamentos esenciales de calidad garantizada para la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria, y su utilización racional, incluido el uso de estrategias apropiadas de control de vectores, por los prescriptores y consumidores, y de asegurar el suministro ininterrumpido de medios de diagnóstico, sangre segura y otros productos sanitarios esenciales.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
2.3.1	Número de normas mundiales relacionadas con la infección por el VIH/sida y la sífilis congénita examinadas, adaptadas a las necesidades regionales y adoptadas.	3	8	10
2.3.2	Número de países que aplican normas modificadas o actualizadas para el diagnóstico y el tratamiento de la TUBERCULOSIS.	0/25	15/25	25/25
2.3.3	Número de países que aplican normas modificadas o actualizadas para el diagnóstico y tratamiento de la MALARIA.	16/21	21/21	21/21
2.3.4	Número de países donde la MALARIA es endémica que realizan encuestas regulares sobre la calidad de los medicamentos antimaláricos.	8/21	20/21	20/21
2.3.5	Número de países con incidencia elevada de MALARIA por <i>P. falciparum</i> que ofrecen el tratamiento combinado basado en artemisinina obtenida de un fabricante precalificado.	6/13	10/13	13/13
2.3.6	Número de países que reciben apoyo para aumentar el acceso a medicamentos esenciales asequibles para la TUBERCULOSIS cuyo suministro está integrado en el sistema farmacéutico nacional.	27	33	37
2.3.7	Número de países donde la malaria es endémica que reciben apoyo para aumentar el acceso a medicamentos asequibles para la MALARIA cuyo suministro está integrado en el sistema farmacéutico nacional.	21/21	21/21	21/21

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
2.3.8	Número de países que reciben apoyo para aumentar el acceso a medicamentos esenciales asequibles para la infección por el VIH/sida, cuyo suministro está integrado en el sistema farmacéutico nacional, con precios negociados por medio del Fondo Estratégico.	18	19	21
2.3.9	Número acumulativo de personas aquejadas de tuberculosis tratadas con apoyo del Servicio Financiero Mundial para la Adquisición de Medicamentos (Global Drug Facility).	40.000	60.000	100.000
2.3.10	Número de países donde se realiza un control de calidad garantizado de toda la sangre donada a fin de detectar el VIH.	32	35	40
2.3.11	Número de países con planes para vigilar la administración de toda inyección médica con equipo seguro (por ejemplo, agujas desechables) como parte de la estrategia para prevenir la transmisión del VIH asociada con la atención de salud.	0	4	10

RPR N.º 2.4 Se habrán fortalecido y ampliado los sistemas de vigilancia, evaluación y seguimiento en los planos mundial, regional y nacional para seguir de cerca el progreso en la consecución de los objetivos y la asignación de recursos para el control de la infección por el VIH/sida, la malaria y la tuberculosis y para determinar las repercusiones de las medidas de control y la evolución de la farmacoresistencia.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
2.4.1	Número de países que recopilan, analizan y presentan sistemáticamente datos sobre la cobertura, los resultados y las repercusiones de la vigilancia en relación con la infección por el VIH/sida utilizando los métodos normalizados de la OPS/OMS, incluido el desglose apropiado por edad y sexo.	27	30	40

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
2.4.2	Número de países que recopilan, analizan y presentan sistemáticamente datos sobre la cobertura, los resultados y las repercusiones de la vigilancia en relación con la TUBERCULOSIS utilizando los métodos normalizados de la OPS/OMS, incluido el desglose apropiado por edad y sexo.	28	30	40
2.4.3	Número de países que recopilan, analizan y presentan sistemáticamente datos sobre la cobertura, los resultados y las repercusiones de la vigilancia en relación con la MALARIA utilizando los métodos normalizados de la OPS/OMS, incluido el desglose apropiado por edad y sexo.	21	21	21
2.4.4	Número de países que suministran a la OPS/OMS datos anuales sobre la vigilancia, el seguimiento las asignaciones financieras para su inclusión en los informes mundiales anuales sobre el control de la infección por el VIH/sida.	35	40	40
2.4.5	Número de países que suministran a la OPS/OMS datos anuales sobre la vigilancia, el seguimiento y las asignaciones financieras para su inclusión en los informes mundiales anuales sobre el control de la TUBERCULOSIS y la consecución de las metas.	27/40	30/40	40/40
2.4.6	Número de países que suministran a la OPS/OMS datos anuales sobre la vigilancia, el seguimiento y las asignaciones financieras para su inclusión en los informes mundiales anuales sobre el control de la coinfección de la tuberculosis y el VIH y la consecución de las metas.	18/40	30/40	40/40
2.4.7	Número de países que suministran a la OPS/OMS datos anuales sobre la vigilancia, el seguimiento y las asignaciones financieras para su inclusión en los informes mundiales anuales sobre el control de la MALARIA y la consecución de las metas.	21/21	21/21	21/21
2.4.8	Número de países que comunican datos desglosados por edad y sexo, obtenidos de la vigilancia y el seguimiento de la farmacorresistencia del VIH.	0	20	35

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
2.4.9	Número de países que comunican datos desglosados por edad y sexo, obtenidos de la vigilancia y el seguimiento de la farmacorresistencia de la TUBERCULOSIS.	0/27	12/27	25/27
2.4.10	Número de países que comunican datos desglosados por edad y sexo, obtenidos de la vigilancia y el seguimiento de la farmacorresistencia de la MALARIA.	9/21	20/21	20/21
2.4.11	Redes regionales y subregionales creadas en relación con la farmacorresistencia del VIH, incluidas las redes de laboratorio.	1	2	4
2.4.12	Informes regionales y subregionales publicados acerca del perfil de la epidemia de infección por el VIH.	1	3	6

RPR N.º 2.5 Se habrá mantenido el compromiso político y se habrá logrado la movilización de recursos mediante la promoción y el fomento de alianzas contra la infección por el VIH/sida, la malaria y la tuberculosis a nivel de país, regional y mundial; se habrá prestado cooperación técnica a los países según convenga para crear o fortalecer y aplicar los mecanismos para la movilización y la utilización de recursos, además de aumentar la capacidad de absorción de los recursos disponibles; y se habrá mejorado la participación de las comunidades y las personas afectadas para ampliar al máximo el alcance y el desempeño de los programas de control de la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
2.5.1	Número de países con alianzas funcionales para el control de la infección por el VIH/sida.	40	40	40
2.5.2	Número de países con alianzas funcionales para el control de la tuberculosis.	5/27	8/27	15/27
2.5.3	Número de países destinatarios con alianzas funcionales para el control de la malaria.	21/21	21/21	21/21
2.5.4	Número de países que reciben apoyo de la OPS/OMS para obtener acceso a recursos económicos o para aumentar la absorción de fondos para combatir el VIH.	12	15	20

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
2.5.5	Número de países que reciben apoyo de la OPS/OMS para obtener acceso a los recursos económicos o para aumentar la absorción de fondos para combatir la TUBERCULOSIS.	14/27	18/27	25/27
2.5.6	Número de países que reciben apoyo de la OPS/OMS para obtener acceso a los recursos económicos o para aumentar la absorción de fondos para combatir la malaria.	13/21	17/21	19/21
2.5.7	Número de países que hacen participar a las comunidades, los medios académicos, y los sectores subrepresentados, personas afectadas por las enfermedades, organizaciones de la sociedad civil y el sector privado en la planificación, el diseño, la ejecución y la evaluación de los programas contra la infección por el VIH/sida.	40	40	40
2.5.8	Número de países que hacen participar a las comunidades, los medios académicos, y los sectores subrepresentados, las personas afectadas por las enfermedades, las organizaciones de la sociedad civil y el sector privado en la planificación, el diseño, la ejecución y la evaluación de los programas contra la tuberculosis.	3/27	10/27	25/27
2.5.9	Número de países que hacen participar a las comunidades, los medios académicos, y los sectores subrepresentados, las personas afectadas por las enfermedades, las organizaciones de la sociedad civil y el sector privado en la planificación, el diseño, la ejecución y la evaluación de los programas contra la malaria.	13/21	21/21	21/21
2.5.10	Número de asociaciones regionales y subregionales iniciadas y establecidas por la Oficina Sanitaria Panamericana para el control de la infección por el VIH/sida.	7	9	11

RPR N.º 2.6 Se habrán desarrollado y validado nuevo conocimientos, herramientas de intervención y estrategias que estarán disponibles y accesibles, para satisfacer las necesidades prioritarias de prevención y control del VIH/sida, la tuberculosis y la malaria, y los países en desarrollo estarán cada vez más interesados en esta investigación.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
2.6.1	Número de nuevas y mejores intervenciones y estrategias de ejecución relativas a la infección por el VIH cuya eficacia se ha comprobado y respecto de las cuales se han proporcionado datos probatorios a las instituciones pertinentes para la adopción de decisiones de política.	1	2	3
2.6.2	Número de nuevas y mejores intervenciones y estrategias de ejecución relativas a la TUBERCULOSIS cuya eficacia se ha comprobado y respecto de las cuales se han proporcionado datos probatorios a las instituciones pertinentes para la adopción de decisiones de política.	3	5	6
2.6.3	Número de nuevas y mejores intervenciones y estrategias de ejecución relativas a la malaria cuya eficacia se ha comprobado y respecto de las cuales se han proporcionado datos probatorios a las instituciones pertinentes para la adopción de decisiones de política.	0	1	2
2.6.4	Número de publicaciones arbitradas emanadas de investigaciones realizadas con apoyo de la OPS/OMS sobre la infección por el VIH/sida cuyo autor principal trabaja en una institución de un país en desarrollo.	0	3	6
2.6.5	Número de publicaciones arbitradas emanadas de investigaciones realizadas con apoyo de la OPS/OMS sobre la malaria cuyo autor principal trabaja en una institución de un país en desarrollo.	0	2	5
2.6.6	Número de países con un temario de investigaciones claro sobre el VIH bien ejecutado que se concentra debidamente en el fortalecimiento de los sistemas de salud y el aumento de la capacidad a nivel de país.	4	6	10

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
2.6.7	Número de países con un temario de investigaciones claro sobre la malaria bien ejecutado que se concentra debidamente en el fortalecimiento de los sistemas de salud y el aumento de la capacidad a nivel de país.	8/21	13/21	15/21
2.6.8	Número de países con un temario de investigaciones claro sobre la tuberculosis bien ejecutado que se concentra debidamente en el fortalecimiento de los sistemas de salud y el aumento de la capacidad a nivel de país.	0/25	5/25	15/25

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3

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

Alcance

Este objetivo estratégico abarca la formulación de políticas, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de programas, el fortalecimiento de sistemas y servicios de salud y rehabilitación, la ejecución de programas de prevención y el aumento de la capacidad en las áreas de enfermedades crónicas no transmisibles (incluidas las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas, la diabetes, las deficiencias visuales y auditivas, enfermedades bucodentales y los trastornos genéticos); trastornos mentales, del comportamiento, neurológicos y de uso de sustancias psicoactivas; traumatismos ocasionados por accidentes de tránsito, ahogamiento, quemaduras, intoxicación, caídas y violencia en la familia, la comunidad o entre grupos organizados; y discapacidad por todas las causas.

INDICADORES Y METAS

- Reducir las tasas de mortalidad por las principales enfermedades crónicas graves un 2% al año por encima de las tendencias actuales.
- Detener y empezar a revertir las tendencias actuales en constante aumento de los trastornos mentales, del comportamiento, neurológicos y de uso de sustancias psicoactivas. Meta: Por determinar.
- Detener y empezar a revertir las tendencias actuales en constante aumento de la mortalidad por traumatismos (reducción de 2% al año de la tasa de mortalidad por traumatismos).

Temas y desafíos

- Las enfermedades crónicas, los trastornos mentales, la violencia y los traumatismos, que son las causas principales de muerte y discapacidad en casi todos los países, ya que ocasionan 75% de las defunciones y la mayor parte de los gastos sanitarios, están aumentando rápidamente. Algunos de estos problemas afectan a hombres y mujeres de diferente modo y otros afectan desproporcionadamente a algunas razas o grupos étnicos.
- La mayor parte de esta carga cada vez mayor recaerá en países de ingreso bajo y mediano, y en las poblaciones pobres de todos los países.
- Su manejo es fragmentado y la atención terciaria todavía consume la mayor parte de los recursos.
- Hay una amplia gama de soluciones de costoeficacia comprobada que abarcan desde la promoción y la prevención hasta la atención de las enfermedades.
- La mayoría de los principales factores determinantes de las enfermedades crónicas se encuentran fuera del sector de la salud (régimen alimentario, actividad física, alcohol, tabaco).
- Sensibilización insuficiente del público que es realmente importante acerca de las repercusiones humanas y económicas y la disponibilidad de intervenciones costoeficaces;

- concientización insuficiente acerca del vínculo entre las enfermedades crónicas y la pobreza; no explícitamente en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- Los recursos disponibles en la Organización no son proporcionales a la magnitud del problema y están fragmentados.
 - No hay datos ni información suficientemente fidedignos para establecer los puntos de partida y dar seguimiento al progreso, especialmente en relación con los factores de riesgo, y la capacidad de los países varía mucho en lo que concierne a la recopilación, el análisis, la presentación y el uso de datos sobre enfermedades no transmisibles en la formulación de programas y políticas.
 - Para superar los problemas en este contexto es necesario lograr lo siguiente: aumentar la toma de conciencia sobre la magnitud del problema y el potencial de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, fomentar la voluntad política y las alianzas internacionales para abordar el problema, iniciar o profundizar una colaboración multisectorial apropiada, mancomunar de forma sinérgica los recursos al alcance de la Organización y generar los recursos complementarios que se necesitan en un entorno de intereses en pugna, establecer sistemas de datos e información para mejorar la formulación de políticas, la planificación, el seguimiento y la evaluación, especialmente en lo que se refiere a factores de riesgo modificables tales como el comportamiento y los datos sobre costos conexos, y reorientar los servicios de salud hacia la prevención, además de modificar la actitud de los proveedores de servicios con respecto a la estigmatización de las personas que sufren problemas de salud mental, a la competencia cultural, etc.

ENFOQUES ESTRATÉGICOS

- Llevar a cabo una labor normativa, de comunicación y de promoción con los gobiernos, incluida una campaña de promoción dirigida por lo menos a la mitad de los gabinetes durante el período comprendido en el plan, recalcando la acción intersectorial, las políticas públicas saludables y las alianzas entre el sector público y el privado.
- Establecer un foro de socios del sector público, del privado y de la sociedad civil para apoyar la estrategia de la Región a fin de cambiar a los actores que no provienen del sector sanitario.
- Ejercer un efecto multiplicador en los movimientos subregionales de integración; por ejemplo, del Caribe, Centroamérica, la subregión andina y el Cono Sur.
- Fortalecer la vigilancia, la investigación y la base de información para la formulación de políticas, la planificación y la evaluación, especialmente en lo que se refiere a factores de riesgo, usando el método progresivo de vigilancia de la OMS y estableciéndolo de forma sostenible al menos en la mitad de los países.
- Desplazar el punto de equilibrio hacia la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, incluida una gama de políticas públicas saludables de nutrición y actividad física, salud bucodental, control del tabaco y el alcohol, y prevención de traumatismos y fomento de la salud mental en los lugares donde la gente vive y trabaja.
- Reorientar los servicios de salud y la atención integrada de enfermedades y factores de riesgo hacia la prevención del estrés y el enfoque de atención primaria de salud, los exámenes médicos preventivos, etc., y utilizar el Fondo Estratégico a fin de influir en los países para racionalizar y reducir el costo de los medicamentos necesarios para el tratamiento de las enfermedades crónicas.
- Realizar un trabajo interprogramático dentro de la Organización, vinculando los niveles nacional, subregional, regional y mundial, y fortalecer las alianzas con actores clave en los países y a nivel internacional.

- Asignar prioridad a las opciones que aborden problemas para los cuales se disponga de intervenciones comprobados y rápidamente eficaces (enfoque de "la fruta que cuelga de la rama más baja") y políticamente factibles en un país o subregión determinado.
- Seguimiento y evaluación anuales utilizando metas de base científica.
- Convergencia y asociación con la Estrategia y Plan de Acción de la OMS sobre Enfermedades Crónicas.

PREMISAS Y RIESGOS

- Que se disponga de datos e información para que las políticas, la planificación, el seguimiento y la evaluación sean eficaces.
- Que se logre una colaboración multisectorial de alto nivel en los países, de forma individual y colectiva.
- Que los colaboradores dentro y fuera de la Organización respondan y adopten el enfoque.
- Que se adapten los Objetivos de Desarrollo del Milenio para reflejar la importancia de tratar las enfermedades crónicas en la lucha contra la pobreza y el subdesarrollo.
- Que en los procesos de planificación y de asignación de prioridades se analicen las opciones a fin de tener en cuenta las intervenciones basadas en datos probatorios que hayan resultado eficaces o prometedoras.
- Que, como parte del análisis de las opciones, se dé seguimiento también al desarrollo, el uso y los costos de la biotecnología apropiada (por ejemplo, la vacuna contra el virus de los papilomas humanos) y la influencia genética en la causa de algunas enfermedades crónicas, aprovechando otros adelantos tecnológicos, como el uso de las redes de teléfonos móviles para la recopilación de datos sobre factores de riesgo, para difundir mensajes sanitarios y mejorar el cumplimiento del tratamiento con los medicamentos necesarios.

RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

RPR N.º 3.1 Se habrá promovido y apoyado un mayor compromiso político, financiero y técnico en los Estados Miembros para combatir las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos y las discapacidades.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
3.1.1	Número de países cuyo ministerio de salud cuenta con un coordinador o una unidad para la prevención de los traumatismos y la violencia con presupuesto propio.	9	14	24
3.1.2	Número de países cuyo ministerio de salud (o equivalente) cuenta con una unidad de salud mental y abuso de sustancias con presupuesto propio.	24	28	30
3.1.3	Número de países cuyo ministerio de salud cuenta con una unidad o un departamento de enfermedades crónicas no transmisibles con presupuesto propio.	21	36	38

Proyecto de plan estratégico 2008-2012

Junio 2007

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
3.1.4	Número de países donde se ha realizado una campaña integrada de promoción de la salud y lucha contra las enfermedades crónicas, para estimular la participación de numerosos sectores en la ejecución de políticas públicas saludables.	3	10	20
3.1.5	Número de países cuyo ministerio de salud (o equivalente) cuenta con un coordinador o una unidad para la prevención y rehabilitación de discapacidades.	10	19	27
3.1.6	Foros de socios para la prevención y el control de las enfermedades crónicas establecidos con participación del sector público, el privado y la sociedad civil.	0	1	1
3.1.7	Foros subregionales para evaluar y abordar la ejecución de la política y el plan nacional de salud.	3	3	6

RPR N.º 3.2 Se habrá dado orientación y apoyo a los Estados Miembros para la elaboración y ejecución de políticas, estrategias y reglamentos referentes a las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos y las discapacidades, y las enfermedades bucodentales.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
3.2.1	Número de países que tienen y están ejecutando planes nacionales de prevención de los traumatismos no intencionales y la violencia.	15	17	23
3.2.2	Número de países que están ejecutando planes nacionales en materia de discapacidad que incluyen la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de acuerdo con las directrices de la OPS/OMS y las resoluciones del Consejo Directivo.	5	15	24
3.2.3	Número de países que están ejecutando un plan nacional de salud mental de acuerdo con las directrices de la OPS/OMS y las resoluciones del Consejo Directivo.	26	29	30

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
3.2.4	Número de países que tienen y están ejecutando una política y un plan aprobados a nivel nacional para la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles, incluyendo enfermedades genéticas.	15	32	36
3.2.5	Número de países que participan en la red CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No Transmisibles).	22	30	36
3.2.6	Número de países que tienen y están ejecutando planes nacionales integrales para la prevención de la ceguera y las deficiencias visuales.	7	11	20
3.2.7	Número de países que tienen y están ejecutando planes nacionales integrales de salud bucodental para la prevención de enfermedades bucodentales.	27	35	35

RPR N.º 3.3 **Se habrá mejorado la capacidad de los países para recopilar, analizar, difundir y utilizar datos sobre la magnitud, las causas y las consecuencias de las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos y las discapacidades, así como sus factores de riesgo y factores determinantes.**

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
3.3.1	Número de países que han publicado una compilación nacional de datos sobre la magnitud, las causas y las consecuencias de los traumatismos y la violencia.	12	16	22
3.3.2	Número de países que han publicado una compilación nacional de datos sobre la prevalencia e incidencia de las discapacidades.	8	15	19
3.3.3	Número de países con sistemas nacionales de información e informes anuales que abarcan los trastornos mentales, neurológicos y de abuso de sustancias.	20	24	28

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
3.3.4	Número de países que cuentan con un sistema nacional de presentación de informes sanitarios e informes anuales que incluyen indicadores de las enfermedades crónicas no transmisibles.	15	28	32
3.3.5	Número de países que documentan la carga de deficiencias visuales y auditivas, incluida la ceguera.	8	14	21

RPR N.º 3.4 La Oficina habrá compilado mejores datos objetivos sobre la costoeficacia de las intervenciones para atender las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos, las discapacidades y la salud bucodental.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
3.4.1	Número de intervenciones costoeficaces para el tratamiento de ciertos trastornos mentales y neurales (depresión, psicosis y epilepsia) preparadas y disponibles.	1	2	4
3.4.2	Disponibilidad de datos probatorios resumidos acerca de la costoeficacia de un conjunto básico de intervenciones relativas a las enfermedades crónicas no transmisibles junto con un cálculo del costo regional de su ejecución en las Américas.	No disponible	Paquete disponible y difundido a países y subregiones	Paquete en uso por países y subregiones
3.4.3	Número de países donde se han realizado y difundido análisis de los costos relacionados con la violencia y los traumatismos.	8	12	17

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
3.4.4	Número de países con modelos de mejores prácticas para la prestación de servicios de salud bucodental, con un análisis de la costoeficacia.	4	10	35
3.4.5	Número de intervenciones de salud bucodental costoeficaces con un cálculo del costo regional de su ejecución en las Américas.	2	2	3

RPR N.º 3.5 **Se habrá prestado orientación y cooperación técnica a los Estados Miembros para la elaboración y ejecución de programas multisectoriales, que abarquen a toda la población a fin de promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales y del comportamiento, los traumatismos y la violencia, así como las deficiencias auditivas y visuales, incluida la ceguera.**

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
3.5.1	Número de países que aplican las estrategias recomendadas por la OPS/OMS para la prevención de las discapacidades, incluidas las deficiencias auditivas y visuales y la ceguera, en toda la población.	6	15	24
3.5.2	Número de países a los cuales se ha proporcionado orientación y apoyo para la preparación y ejecución de programas multisectoriales que abarquen a toda la población a fin de prevenir la violencia y los traumatismos.	13	15	21
3.5.3	Número de países que tienen un programa de promoción de la salud mental y prevención de trastornos mentales, del comportamiento y de abuso de sustancias psicotrópicas integrado en el plan nacional de salud mental.	0	9	17

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
3.5.4	Número de países que aplican la estrategia regional para un enfoque integrado a la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluidos el régimen alimentario y la actividad física.	2	10	30
3.5.5	Directrices regionales sobre promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales, conductuales, neurales y de abuso de sustancias.	0	1	1

RPR N.º 3.6 Se habrá dado apoyo a los países para mejorar la capacidad de sus sistemas sanitarios y sociales para prevenir y tratar las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos y las discapacidades.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
3.6.1	Número de países que aplican las directrices relativas a la violencia y los traumatismos en sus servicios de atención de salud.	12	15	22
3.6.2	Número de países que fortalecieron sus servicios de rehabilitación siguiendo las recomendaciones del Informe Mundial sobre Discapacidad y Rehabilitación y las directrices y resoluciones conexas de la OPS/OMS.	5	15	24
3.6.3	Número de países que realizan una evaluación sistemática de su sistema de salud mental utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental (IESM) de la Organización Mundial de la Salud y que emplean la información obtenida para planificar el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud mental.	8	15	25
3.6.4	Número de países destinatarios que aplican las estrategias integradas de atención primaria recomendadas por la OMS en el tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles.	10	20	36

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
3.6.5	Número de países destinatarios que han establecido sitios de demostración para la prevención y el control integrados de las enfermedades crónicas.	16	24	30
3.6.6	Número de países destinatarios que han elaborado y están aplicando las directrices y los protocolos nacionales relativos a las enfermedades crónicas.	6	24	36
3.6.7	Número de países destinatarios con acceso universal a la medicación para las principales enfermedades no transmisibles.	5	8	10
3.6.8	Número de países con servicios fortalecidos en el sistema de salud para el tratamiento de la dependencia del tabaco como resultado de la aplicación de las recomendaciones de políticas de la OMS.	6	12	24

RPR N.º 3.7 Se habrá fortalecido el enfoque interprogramático para mejorar la sinergia y el efecto en la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos y las discapacidades.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
3.7.1	Número de países que han adoptado un enfoque interprogramático para abordar la violencia y los traumatismos.	23	28	35
3.7.2	Grupo interprogramático sobre la prevención de enfermedades crónicas establecido y en funcionamiento.	0	1	1

RPR N.º 3.8 Se habrá proporcionado apoyo a los países para crear instrumentos de seguimiento y evaluación a fin de cuantificar los adelantos en la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos y las discapacidades.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
3.8.1	Número de países que han aumentado significativamente su capacidad para afrontar la violencia y los traumatismos.	13	15	20
3.8.2	Establecimiento de un sistema regional integrado de información para los países y la Oficina con fines de seguimiento y evaluación que abarca la mortalidad, la morbilidad, los factores de riesgo, los costos, la cobertura programática y los indicadores de insumos y políticas en relación con las enfermedades crónicas y los factores de riesgo (régimen alimentario, actividad física, tabaco, alcohol), la promoción de la salud, la salud mental, los traumatismos y la violencia.	Sistema en desarrollo en colaboración con Ginebra de la OMS	Sistema aprobó por Cuerpos Directivos	Sistema en uso
3.8.3	Número de países que mejoraron las medidas de prevención de discapacidades de acuerdo con las normas de las Naciones Unidas, las directrices de la OPS/OMS, las resoluciones del Consejo Directivo, el Informe Mundial sobre Discapacidad y Rehabilitación y otras normas regionales.	0	5	15

OBJETIVO ESTRATÉGICO 4

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

Alcance

La labor en el marco de este objetivo estratégico se centrará en la reducción de la mortalidad y la morbilidad para mejorar la salud durante las etapas clave de la vida y en el acceso universal a intervenciones eficaces destinadas a mejorar la salud de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente y la salud sexual y reproductiva, aplicando un enfoque que abarque todo el ciclo de vida y que mejore la equidad. Se trabajará para apoyar las medidas orientadas al fortalecimiento de los sistemas sanitarios y la formulación y aplicación de políticas y programas que promuevan un envejecimiento saludable y activo para todas las personas.

INDICADORES Y METAS

- Proporción de los partos asistidos por personal de salud capacitado. Meta: al menos 90% en las Américas; y un aumento de 10% en cada país con menos de 60% de nacimientos asistidos por personal de salud capacitado.
- Razón de mortalidad materna. Meta: menos de 8 países con una razón de mortalidad materna superior a 100 por 100.000 nacidos vivos.
- Tasa de mortalidad de menores de 5 años. Meta: 28 países habrán alcanzado o estarán por cumplir el Objetivo de Desarrollo del Milenio N.º 4 (reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años entre 1990 y 2015).
- Acceso a los servicios de salud reproductiva, medido sobre la base de la tasa de prevalencia de necesidades no atendidas en lo que se refiere a la planificación familiar o los anticonceptivos, la fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años como proporción del total de la fecundidad de las mujeres de todas las edades y los exámenes de detección y tratamiento de la sífilis para las embarazadas. Meta: 25 países habrán alcanzado o estarán por alcanzar sus metas nacionales para los tres indicadores.
- Salud de los adolescentes, medida sobre la base de las proporciones de fecundidad, la prevalencia de la infección por el VIH en jóvenes de 15 a 24 años, la obesidad y el sobrepeso, el consumo de tabaco y la tasa de traumatismos. Meta: 25 países habrán alcanzado o estarán por alcanzar sus metas nacionales para dos de los cinco indicadores y no mostrarán ningún deterioro en los otros tres indicadores.
- Personas de edad que reciben protección de servicios sociales y de salud. Número de países en los que más de 50% de la población de 60 años de edad recibe protección de los servicios sociales y de salud (en Canadá y los Estados Unidos, más de 65 años). Meta: 18 países.

Todos los indicadores se desglosarán por edad y, donde sea pertinente, por sexo.

TEMAS Y DESAFÍOS

En la Región de las Américas, la situación está empeorando en relación con algunos aspectos (por ejemplo, la incidencia de infecciones de transmisión sexual y la fecundidad de los adolescentes en algunos países) y está estancada en relación con otros (por ejemplo, la mortalidad materna y neonatal). Actualmente, la mayoría de los países no están por alcanzar las metas y los objetivos acordados a nivel internacional.

Algunos países han avanzado considerablemente en la reducción de la mortalidad materna; sin embargo, en otros ha empeorado y subsisten grandes disparidades entre y dentro de los países. La atención calificada del parto es particularmente baja en los países más pobres y en los entornos rurales. Más de 5 países de la Región tienen tasas de fecundidad de los adolescentes de 15 a 19 años de más de 100 por 1.000. Varias entidades están trabajando en el ámbito de la salud de los adolescentes, entre ellas el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Fondo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID) y muchas organizaciones no gubernamentales importantes (PLAN, Pathfinder, la Cruz Roja, Alan Guttmacher), además de organizaciones bilaterales (Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional [ACDI], Agencia Sueca de Desarrollo Internacional [ASDI], Agencia Alemana para la Cooperación Técnica [GTZ], Agencia Noruega para la Cooperación y el Desarrollo [NORAD], Consorcio Internacional de Desarrollo en Educación [CIDE])

La mortalidad en la niñez ha descendido en 24,3% en la Región, pero 10 países tenían una tasa de mortalidad de la niñez de 40 o más por 1.000 nacidos vivos y siguen existiendo grandes disparidades entre y dentro de los países.

En el área de la salud del niño, muchos organismos nacionales e internacionales están trabajando en América Latina para alcanzar la cobertura total con intervenciones que aumentarán las perspectivas de supervivencia de un niño y de su desarrollo saludable. La Región tiene que intervenir conjuntamente, no solo a través del sistema de salud sino también a nivel de las familias para promover intervenciones que pueden ejecutarse eficazmente a bajo costo; estas incluyen la lactancia materna, el tratamiento de rehidratación oral, la educación sobre alimentación complementaria, entre otras. En conjunto, estas intervenciones podrían evitar más de un tercio de las defunciones.

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

La voluntad política para lograr un cambio está decayendo y los recursos son insuficientes. Los grupos más afectados (por ejemplo, las mujeres pobres y los niños en los países en desarrollo) tienen poca influencia sobre los encargados de adoptar las decisiones y a menudo son excluidos de la atención. Algunos problemas son delicados desde el punto de vista político y cultural y no reciben atención suficiente en comparación con la carga que representan para la salud pública. Para abordarlos se necesitará una labor de promoción y la formación de alianzas pertinentes con las Naciones Unidas y otros organismos. Las iniciativas para mejorar la calidad de la atención de salud necesaria y aumentar la cobertura son insuficientes. Las prioridades de salud en pugna, los enfoques programáticos verticales y la falta de coordinación entre los gobiernos y los

organismos de desarrollo dan lugar a la fragmentación de los programas, a oportunidades desaprovechadas y a un uso ineficiente de los recursos limitados con que se cuenta actualmente. La falta de atención a la desigualdad en materia de género y las brechas en la equidad en el campo de la salud socavan los esfuerzos en curso para reducir la mortalidad y la morbilidad. Esta situación podría cambiarse mediante la actuación concertada de todos los interesados.

En la Región, los conocimientos técnicos y la experiencia de los programas indican que existen intervenciones eficaces y asequibles para la mayoría de los problemas abarcados por este objetivo estratégico. Hay acuerdo general en que es necesario alcanzar el acceso universal mediante intervenciones decisivas. Con este fin, la adopción de un enfoque que abarque todo el ciclo de vida y que reconozca la influencia de los sucesos de los primeros años de vida y de los factores intergeneracionales en los futuros resultados de salud reducirá las disparidades y creará sinergia entre las distintas áreas programáticas, a la vez que representa un apoyo eficaz para lograr el envejecimiento activo y saludable.

Además, las intervenciones deben ejecutarse en el marco de la atención primaria de salud y en un contexto culturalmente sensible. La extensión de la protección social a la salud es de interés para los Estados Miembros en lo que se refiere a las personas de edad y debe incluir la ampliación de la cobertura y de la participación en la atención primaria de salud.

Los servicios de salud maternoinfantil, así como otros servicios de salud reproductiva, han sido durante mucho tiempo la columna vertebral de la atención primaria de salud y han servido de base para otros programas de salud, especialmente para las poblaciones pobres y marginadas, pero ahora están sobrecargados de trabajo. Su ampliación exige el desarrollo de un sistema de salud que funcione y que mantenga buenos sistemas de información, una infraestructura apropiada, un suministro fiable de medicamentos esenciales y productos básicos, sistemas de remisión funcionales, trabajadores de salud competentes y bien motivados, y cooperación con los líderes de la comunidad.

Las enseñanzas extraídas muestran que:

- Es necesario ampliar las intervenciones que sean costoeficaces y puedan aplicarse a escala aun en entornos con recursos limitados, si se presta suficiente atención a la creación de un entorno político favorable y a la reducción de las principales disparidades en los sistemas de salud.
- Los programas en cuestión contribuyen a la reducción de las inequidades porque tratan de llegar a las poblaciones más vulnerables y marginadas, incluidos los niños, los adolescentes, las mujeres y los indígenas, y sirven de punto de acceso fundamental y plataforma para otros programas de salud pública decisivos.

ENFOQUES ESTRATÉGICOS

Para alcanzar el objetivo estratégico, los Estados Miembros y la Oficina deberán trabajar en estrecha cooperación.

- Este objetivo estratégico requerirá un proceso de planificación y ejecución dirigido por el país para alcanzar el acceso universal y la cobertura en lo que se refiere a la atención de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente, así como a la salud sexual y reproductiva, que aborde al mismo tiempo la desigualdad en materia de género y las inequidades cada vez mayores en materia de salud que causan los altos niveles de mortalidad y morbilidad.

- Al colaborar con los Estados Miembros para impulsar el programa de acción sanitaria regional, la OPS contribuirá con las estrategias y las prioridades nacionales e incorporará la realidad y la perspectiva de los países en las políticas y prioridades mundiales y regionales.
- La OPS también liderará y promoverá la inversión en los niños y los adolescentes. Hay que mantener la continuidad de la atención durante todo el ciclo de vida, abarcando el hogar, la comunidad y diferentes niveles del sistema de salud, en el marco general del fortalecimiento de los sistemas de salud para lograr el financiamiento suficiente y equitativo y el suministro de servicios de salud de buena calidad, prestando atención prioritaria a los grupos marginados y subatendidos.
- Este enfoque también requerirá la promoción de intervenciones comunitarias y la participación de los líderes de la comunidad para aumentar la demanda de servicios y apoyar la atención apropiada en el hogar durante todo el ciclo de vida. La Región está realizando un trabajo a nivel de la familia y la comunidad en el contexto de la atención primaria de salud y ha documentado las mejores prácticas y las enseñanzas extraídas. También se prestará atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y los hombres fuera del proceso reproductivo.
- El apoyo de los sistemas para mejorar la información, la toma de decisiones y un empeño especial en una buena labor de seguimiento, evaluación y generación de los datos probatorios y las mejores prácticas, combinados con estrategias tales como el manejo de casos e intervenciones para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud integradas en un modelo ecológico, contribuirá a la consecución del objetivo estratégico.
- La formación de la capacidad nacional para reducir la vulnerabilidad y mejorar la salud requiere la promoción de la causa, actualización de las políticas y la legislación, capacitación de los recursos humanos, estructuras apropiadas, recursos para la gestión de los conocimientos y la forja de alianzas.
- Es necesario contar con la coordinación que asegure la eficiencia y la eficacia de las medidas para armonizar las actividades de las Naciones Unidas y los efectos multiplicadores a fin de aumentar al máximo la participación con los centros colaboradores de la OMS/OPS y los centros panamericanos de la OPS.
- El logro del objetivo estratégico implica también que las representaciones de la OPS/OMS y los Estados Miembros den prioridad a este trabajo y asignen fondos para el país de la manera apropiada.
- La consecución del objetivo estratégico también implica fomentar más el envejecimiento saludable y activo para prevenir el deterioro temprano (tanto físico como mental) y la ampliación de los recursos humanos para la educación en los campos de la gerontología y la geriatría tanto para la familia como para los proveedores de asistencia en la comunidad. Además, será necesario elaborar, ejecutar y evaluar políticas y programas que promuevan el envejecimiento saludable y activo y el grado máximo de salud y bienestar que se pueda lograr para las personas mayores.

Las alianzas y la convergencia con organismos de las Naciones Unidas es una cuestión decisiva para la consecución de la meta de este objetivo estratégico. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) apoya a los países en materia de salud sexual y reproductiva, problemas relativos al género, recopilación de información, planificación de la familia, formulación de políticas y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) apoya a los países desde una perspectiva más amplia relacionada con los derechos; el componente de salud tiene varios puntos de acceso, entre los que se cuentan nutrición, servicios, atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia (AIEPI), prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo (PMCT) y prevención de la

infección por el VIH entre los adolescentes. Por su parte, el Fondo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) está apoyando la formulación de políticas y la causa de la mujer.

PREMISAS Y RIESGOS

La consecución de este objetivo estratégico se basa en las premisas siguientes:

- Que se fortalezcan los sistemas de salud en general, con el desarrollo y mantenimiento de una infraestructura apropiada, un suministro fiable de medicamentos esenciales y productos básicos, sistemas de referencia que funcionen y una fuerza laboral competente y bien motivada.
- Que se tomen medidas a nivel nacional para hacer frente a la crisis que afecta a los recursos humanos para la salud.
- Que se lleven a cabo procesos clave, como una mayor armonización del trabajo de los organismos de las Naciones Unidas a nivel de país y la integración de los temas sanitarios en la planificación nacional y los instrumentos de ejecución.
- Que se materialice el potencial para obtener nuevos recursos para el trabajo de la OPS en estas áreas, ya que hay gran interés político en avanzar hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, lo que probablemente aumentará el apoyo de recursos técnicos y financieros dentro de los países y la Región y de las alianzas e iniciativas mundiales, entre ellas la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño.
- Que el proceso de envejecimiento en América Latina y el Caribe se intensifique en los próximos años. A pesar del rápido envejecimiento de la subregión, existirá una gran oportunidad, si se realizan intervenciones apropiadas, para evitar que el envejecimiento de la población se convierta en un factor que contribuya al desmoronamiento de los sistemas de salud y seguridad social en América Latina y el Caribe.

Los siguientes riesgos podrían tener efectos adversos en la consecución de este objetivo estratégico:

- Las amenazas planteadas por la persistente posibilidad de una pandemia de gripe aviar en la Región, una pandemia de infección por el VIH/sida y retrocesos en el control de la malaria y el dengue.
- En algunos países, el aumento de la pobreza, las crisis naturales, la inestabilidad política y la inseguridad alimentaria podrían revertir la dirección de algunos indicadores.
- La falta de fondos y voluntad política.
- Debilitamiento del personal de salud debido a las huelgas y la fuga de cerebros.

RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

RPR N.º 4.1 Se habrá prestado apoyo a los Estados Miembros para formular políticas, planes y estrategias integrales que promuevan el acceso universal a intervenciones eficaces, en colaboración con otros programas y sectores, prestando atención a la reducción de las desigualdades de género y las inequidades de salud, asegurando la continuidad de la atención durante todo el ciclo de vida, integrando la prestación de servicios en todos los niveles del sistema de salud y fortaleciendo la coordinación con la sociedad civil y el sector privado, así como las alianzas con organismos de las Naciones Unidas y otros (organizaciones no gubernamentales).

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
4.1.1	Número de países que tienen políticas, planes y programas que promueven el acceso universal a intervenciones eficaces para la salud de la madre, del recién nacido y del niño.	9	12	24
4.1.2	Número de países que cuentan con una política de acceso universal a la salud sexual y reproductiva.	7	11	16
4.1.3	Número de países que tienen una política sobre la promoción del envejecimiento activo y saludable.	11	15	18
4.1.4	Número de asociaciones y alianzas funcionales (con ONG, la sociedad civil, centros colaboradores, instituciones nacionales de excelencia y asociaciones privadas) para el avance de la salud de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente.	12	15	20

RPR N.º 4.2 Se habrá fortalecido la capacidad nacional y local para generar datos probatorios, tecnologías e intervenciones y para mejorar los sistemas de vigilancia e información nacionales y locales a fin de mejorar la salud sexual y reproductiva, la salud de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente, además de promover el envejecimiento activo y saludable.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
4.2.1	Número de instituciones que tienen en funcionamiento sistemas de información (como el sistema de información perinatal), sistemas de vigilancia y otros, para el seguimiento de la salud sexual y reproductiva, salud de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente, con información desglosada por edad, sexo y grupo étnico.	50	75	100
4.2.2	Número de revisiones sistemáticas nuevas o actualizadas de mejores prácticas, investigación operativa, políticas y normas de atención.	0	5	10
4.2.3	Número de directrices y herramientas elaboradas para los sistemas de seguimiento y evaluación de la atención y la supervivencia del niño.	3	4	5
4.2.4	Sistemas regionales de bases de datos sobre salud de los adolescentes en funcionamiento de manera continua.	0	10	15
4.2.5	Número de centros de excelencia (en investigación, prestación de servicios y cursos de capacitación) que crean capacidad nacional (antes del servicio y en servicio) y reciben apoyo de los programas regionales de salud de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente.	12	15	20

RPR N.º 4.3 Se estarán utilizando a nivel de país directrices, enfoques e instrumentos para mejorar la atención materna y se habrá proporcionado cooperación técnica a los Estados Miembros para reforzar las medidas encaminadas a asegurar la atención especializada a todas las embarazadas y todos los recién nacidos durante el parto, el puerperio y el periodo posnatal, en particular en lo que respecta a las poblaciones pobres y desfavorecidas, con un seguimiento de los avances realizados.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
4.3.1	Números de países que han aplicado las estrategias nacionales para asegurar la atención capacitada en el parto, lo que abarca la atención pre y posnatal.	10	12	22
4.3.2	Número de países que adaptan y que aplican la atención integrada del embarazo y el parto (IMPAC), las normas técnicas y de gestión, así como directrices y tecnologías perinatales para mejorar la calidad de la atención para la madre y el recién nacido.	5	9	16
4.3.3	Número de países que tienen una red en funcionamiento de atención básica para las emergencias obstétricas y neonatales a todos los niveles de remisión.	6	10	15
4.3.4	Número de países que ha llevado a la práctica las guías normativas basadas en datos probatorios y utilizan la tecnología perinatal a fin de mejorar la calidad de la atención para la madre y el recién nacido.	8	12	27

RPR N.º 4.4 Se estarán utilizando a nivel de país directrices, enfoques e instrumentos destinados a mejorar la supervivencia y la salud neonatales y se habrá proporcionado cooperación técnica a los Estados Miembros para reforzar las medidas encaminadas al logro de la cobertura universal, intervenciones eficaces y el seguimiento de los avances realizados.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
4.4.1	Número de países con bancos de leche materna donde por lo menos 50% de los distritos destinatarios aplican estrategias de supervivencia y salud neonatales, entre ellas la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) para los recién nacidos.	4	8	18

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
4.4.2	Número de países que han adoptado y ejecutado las directrices y normas basadas en datos probatorios (incluidas las Normas de Crecimiento de la OMS) para el conjunto de la atención materna y la AIEPI, incluidos los recién nacidos.	9	15	20
4.4.3	Número de directrices, enfoques y herramientas sobre intervenciones eficaces y los sistemas de seguimiento y evaluación elaborados para mejorar la atención y la supervivencia del recién nacido.	4	6	9

RPR N.º 4.5 Se estarán utilizando a nivel de país directrices, enfoques e instrumentos destinados a mejorar la salud y el desarrollo del niño y se habrá proporcionado cooperación técnica a los Estados Miembros para que intensifiquen sus esfuerzos encaminados al logro de la cobertura universal de la población con intervenciones eficaces y el seguimiento de los avances realizados, teniendo en cuenta las normas y criterios internacionales y de derechos humanos, en particular los previstos en la Convención sobre los Derechos del Niño.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
4.5.1	Número de países que aplican las estrategias para aumentar la cobertura según un enfoque basado en los derechos en las intervenciones de salud y desarrollo del niño.	6	11	21
4.5.2	Número de países que han adoptado las directrices de la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) y donde 75% o más de los distritos destinatarios están ejecutándola, con inclusión de un componente de micronutrientes.	5	10	20

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
4.5.3	Número de países que han adoptado políticas comunitarias usando la metodología de la AIEPI basada en los actores sociales para fortalecer la atención primaria de salud, incluidas la familia y ciertas prácticas clave (por ejemplo, promoción de la lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria y prevención de las deficiencias de micronutrientes).	9	15	20
4.5.4	Número de directrices, herramientas y enfoques para formular y ejecutar políticas y planes que promuevan la ejecución de intervenciones eficaces para mejorar la salud del niño y aumentar la cobertura universal.	8	12	15

RPR N.º 4.6 Se habrá prestado cooperación técnica a los Estados Miembros para la aplicación de políticas y estrategias de salud y desarrollo del adolescente basadas en datos probatorios y para la ampliación de un conjunto de intervenciones de prevención, tratamiento y atención, de conformidad con las normas establecidas.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
4.6.1	Número de países con programas nacionales en funcionamiento en materia de salud y desarrollo de los adolescentes.	10	12	17
4.6.2	Número de países de la Región que aplican las estrategias integradas y un conjunto integral de servicios de salud de los adolescentes y desarrollo de los jóvenes (integración del manejo del adolescente y sus necesidades [IMAN]).	3	10	15
4.6.3	Nuevas directrices, enfoques y herramientas para apoyar la ejecución de políticas y estrategias basadas en datos probatorios sobre salud y desarrollo de los adolescentes.	2	4	6

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
4.6.4	Número de programas regionales de capacitación suministrados por la OPS para crear capacidad en materia de salud y desarrollo de los adolescentes, que incluyen actividades de promoción de la causa y diferentes metodologías (módulos en CD-ROM y en línea).	2	5	10

RPR N.º 4.7 Se dispondrá de directrices, enfoques y herramientas y se habrá prestado cooperación técnica a los Estados Miembros para acelerar las medidas destinadas a la aplicación de la Estrategia Mundial de Salud Reproductiva, prestando especial atención al acceso equitativo a servicios de salud sexual y reproductiva de buena calidad, sobre todo en esferas que presentan necesidades desatendidas y en consonancia con los derechos humanos relacionados con la salud sexual y reproductiva.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
4.7.1	Número de países que han adoptado la Estrategia Mundial de Salud Reproductiva de la OMS.	5	8	15
4.7.2	Número de países que han examinado —y actualizado, si fuese necesario— las leyes, reglamentos y políticas nacionales que tengan relación con la salud sexual y reproductiva y las apoyan.	2	4	6
4.7.3	Número de países que han llevado a la práctica guías normativas y programas basados en datos probatorios sobre salud sexual y reproductiva.	8	11	26

RPR N.º 4.8 Se habrán proporcionado a los Estados Miembros directrices, enfoques, instrumentos y cooperación técnica a fin de intensificar los esfuerzos de promoción para que el tema del envejecimiento se considere como una cuestión de salud pública, para formular y aplicar políticas y programas que promuevan el mantenimiento de la máxima capacidad funcional durante todo el ciclo de vida y para capacitar a los proveedores de atención sanitaria en enfoques para lograr un envejecimiento saludable.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
4.8.1	Número de países que han ejecutado políticas comunitarias centradas en el fortalecimiento de la capacidad de la atención primaria de salud para abordar cuestiones relacionadas con el envejecimiento saludable.	5	7	12
4.8.2	Número de países que tienen programas multisectoriales para fortalecer la capacidad de la atención primaria de salud para abordar cuestiones relacionadas con el envejecimiento saludable.	9	10	14
4.8.3	Número de países donde más de 50% de la población de 60 años de edad recibe protección de los servicios sociales y de salud (en Canadá y los Estados Unidos, más de 65 años).	12	13	15

OBJETIVO ESTRATÉGICO 5

Reducir las consecuencias sanitarias de las emergencias, desastres, crisis y conflictos, y minimizar su impacto social y económico

Alcance

Este objetivo estratégico centra su atención en un enfoque integrado, completo, multisectorial y multidisciplinario para reducir las consecuencias de las amenazas de carácter natural y tecnológico o producidas por el hombre para la salud pública en el continente americano. Esto se logra principalmente mediante el fortalecimiento de la capacidad institucional del sector de la salud, y en especial de los ministerios de salud, con respecto a la preparación, la reducción de riesgos y el cumplimiento de sus responsabilidades operativas y reglamentarias sin demora y en forma adecuada, en respuesta a cualquier tipo de desastre. Las principales actividades comprenden la promoción de la causa, la asistencia técnica, la gestión de los conocimientos y la capacitación.

INDICADORES Y METAS

- Acceso a servicios de salud en funcionamiento. Meta: lograr que, en el plazo de un año luego de un desastre natural, el 90% de la población afectada alcance niveles de acceso similares a los imperantes antes de la emergencia, o incluso superiores.
- Programa oficial contra los desastres sanitarios. Meta: lograr que 15 Estados Miembros cuenten con un programa contra los desastres sanitarios, dotado de personal de tiempo completo y un presupuesto destinado a ese fin.
- Movilización de recursos. Meta: en todas las situaciones de desastre de envergadura, lograr la movilización y coordinación de los recursos humanos, tecnológicos y financieros en los planos nacional y regional en un plazo de 48 horas.

TEMAS Y DESAFÍOS

- Este objetivo estratégico tiene por finalidad contribuir al bienestar humano, minimizando el efecto negativo de los desastres y otras crisis humanitarias, atendiendo a las necesidades sanitarias de las poblaciones vulnerables afectadas por tales acontecimientos.
- La respuesta a las situaciones de desastre dependerá de la capacidad nacional para manejarlas. La asistencia internacional solo complementa la respuesta nacional. Todos los esfuerzos de la Organización deben estar orientados a desarrollar la capacidad nacional y a asegurar que la asistencia internacional humanitaria en materia de salud se utilice para apoyar la estructura nacional.
- Los planes para casos de desastre se siguen centrando en una sola amenaza. Sin embargo, deben servir para prevenir diversos riesgos y prever la participación de distintas instituciones.

- Los desastres naturales siguen siendo la amenaza más común para los países de América Latina y el Caribe. Independientemente de su frecuencia y gravedad, en términos generales se reconoce que la vulnerabilidad de los países está aumentando como consecuencia de las prácticas de desarrollo poco seguras y el deterioro de la infraestructura existente. Siguiendo el Marco de Acción de Hyogo para 2005-2015, los hospitales seguros serán un indicador en el nivel de vulnerabilidad en el sector de la salud.
- Los desastres tecnológicos son, quizás, los factores de riesgo que menos se tienen en cuenta en los países que han alcanzado un determinado nivel de desarrollo industrial. Es poco lo que se ha hecho en cuanto a reglamentación y prevención, y el sector de la salud está poco preparado para hacer frente a desastres químicos, radiológicos u otros desastres tecnológicos en gran escala. Con el desarrollo económico de los países y la globalización del comercio este riesgo no puede sino aumentar.
- Los conflictos internos tienen una repercusión directa sobre la salud de la población. A pesar de que la situación en la Región es relativamente estable, se han producido conflictos internos en algunos países. Durante el próximo quinquenio cabe esperar que surjan algunas crisis.
- La amenaza incipiente de una pandemia de gripe en 2005 puso de manifiesto que no se atribuye a las epidemias suficiente importancia en los planes nacionales para casos de desastres. Pese a los planes recientes, las instituciones de salud todavía están mal preparadas para hacer frente a esta clase de amenazas.
- Los actores principales en el campo de la reducción de los desastres y respuesta son los organismos de las Naciones Unidas, como la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Programa Mundial de Alimentos (PMA), Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), Organización Internacional para las Migraciones (OIM); organizaciones subregionales: Organización de los Estados Americanos (OEA), Centro de Coordinación para la Prevención y Reducción de Desastres Naturales en Centroamérica (CEPRENAC), el Comité Andino para la Prevención y Atención de Desastres (CAPRADE), la Agencia Caribeña de Respuesta a Emergencias por Desastres (CDERA), organizaciones no gubernamentales internacionales y nacionales, Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, entre otros.

ENFOQUES ESTRATÉGICOS

- En el marco del proceso de reforma de las actividades humanitarias de las Naciones Unidas, se ha pedido a la OMS que asegure la coordinación, eficacia y eficiencia de las actividades de preparación, respuesta y recuperación en relación con la acción sanitaria en las crisis. La OMS dirige el Grupo Orgánico de Salud del Comité Permanente entre Organismos de las Naciones Unidas. La OPS/OMS es el líder del Grupo Orgánico de Salud para el continente americano.
- La preparación es un requisito para cualquier respuesta eficaz a las emergencias. La creación de la capacidad nacional para la gestión de riesgos y la reducción de la vulnerabilidad exige lo siguiente: actividades de promoción de la causa; actualización de las políticas y leyes; capacitación; estructuras apropiadas; información científica, planes y procedimientos; recursos; y alianzas.
- Es preciso mejorar la respuesta de los países en los casos de emergencia en una amplia gama de esferas, que incluyen: la atención de víctimas en gran escala; el agua, el saneamiento y la higiene; la nutrición; la reacción ante los accidentes químicos y radiológicos; las enfermedades transmisibles y no transmisibles; la salud de la madre y del recién nacido; la salud mental; los suministros farmacéuticos; las tecnologías

- sanitarias; la logística; los servicios de información sanitaria; y la restauración de la infraestructura sanitaria. Se necesitarán orientaciones y liderazgo técnicos firmes, así como una mejor coordinación para lograr que no haya limitaciones en esas esferas en emergencias futuras.
- Es preciso identificar a las personas idóneas con las aptitudes apropiadas inmediatamente después de un desastre. Cuanto más rápida sea la respuesta, mejor será el resultado. Es importante crear la capacidad nacional y elaborar un repertorio de expertos capacitados, a los que se pueda recurrir llegado el caso. Se deben acordar criterios y procedimientos para la colaboración de todos los sectores.
 - Es necesario colaborar con socios de dentro y fuera del sector de la salud, entre ellos los gobiernos y la sociedad civil, organismos de las Naciones Unidas, así como con mecanismos y redes, para asegurar intervenciones oportunas y eficaces.
 - Es necesario incorporar la gestión de desastres en la Oficina mediante la creación de capacidades técnicas y operacionales en toda la OPS/OMS para apoyar a los países en crisis, y en especial, para efectuar evaluaciones de salud, movilizar los recursos, coordinar la acción sanitaria, colmar lagunas, ofrecer orientación y vigilar los resultados de la acción humanitaria en relación con la salud y la nutrición de las poblaciones afectadas.
 - Hay una proliferación de actores mundiales que trabajan en el campo de la reducción de desastres y respuesta, y cada uno de ellos tiene una capacidad organizada de respuesta y un mandato, que se ha traducido en la "internacionalización" de algunas emergencias que de otro modo, quizá, se hubieran manejado localmente.

PREMISAS Y RIESGOS

Premisa:

- La preparación para casos de desastre y la reducción de riesgos reciben un apoyo político decidido a todos los niveles. Todos los Estados Miembros se mantienen relativamente estables.

Riesgos:

- Las respuestas humanitarias plantean exigencias muy grandes en lo que se refiere al tiempo de los expertos y al apoyo administrativo. Los procedimientos de las organizaciones de las Naciones Unidas no son los más adecuados para las actividades de respuesta operacional sobre el terreno. Existe un riesgo concreto de distraer la atención del personal de la OPS de las prioridades de desarrollo debido a su participación en las actividades de respuesta a los desastres.
- Los grandes desastres ocurridos simultáneamente en varios países, como los que se produjeron durante las temporadas de huracanes fuertes en 2004 y 2005, influyen considerablemente en la ejecución del plan de trabajo del programa. Sin embargo, también brindan excelentes oportunidades para las nuevas ideas, el apoyo político y las iniciativas originales.
- La labor en la esfera de la preparación y respuesta ante las situaciones de emergencia puede entenderse equivocadamente como una responsabilidad más, de carácter secundario, respecto de las actividades normativas y de desarrollo habituales de la Organización.

RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

RPR N.º 5.1 Se habrán elaborado normas, se habrá creado capacidad y se habrá facilitado cooperación técnica a todos los Estados Miembros y los asociados para el desarrollo y el fortalecimiento de planes y programas de preparación para situaciones de emergencia en todos los niveles

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
5.1.1	Número de países en los cuales se elaboran y evalúan planes de preparativos (incluida la comunicación de riesgos) para casos de desastre en el sector de la salud.	23	30	35
5.1.2	Número de países en los que se han establecido planes integrales de atención de víctimas en gran escala.	14	16	22
5.1.3	Número de países que están elaborando y aplicando programas para reducir la vulnerabilidad de la infraestructura sanitaria, y la relacionada con el agua y el saneamiento.	9	20	30
5.1.4	Número de países que tienen un programa relativo a los desastres sanitarios dotado de personal de tiempo completo y un presupuesto destinado a ese fin.	10	11	15

RPR N.º 5.2 Se habrá prestado apoyo oportuno y apropiado a todos los Estados Miembros en materia de asistencia inmediata a la población afectada por una crisis.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
5.2.1	Proporción de situaciones de emergencia respecto de las cuales se realizan evaluaciones sanitarias y nutricionales.	40%	65%	85%
5.2.2	Número de programas regionales de capacitación sobre operaciones de respuesta ante situaciones de emergencia.	4	6	7
5.2.3	Proporción de situaciones de emergencia respecto de las cuales se han establecido intervenciones de salud materna, del recién nacido y del niño.	50%	75%	85%

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
5.2.4	Número de países donde la respuesta a emergencias se inicia en un plazo de 24 horas.	10/10	Por determinar basado en que ocurran emergencias	Por determinar basado en que ocurran emergencias

RPR N.º 5.3 Se habrán formulado normas, se habrá creado capacidad y se habrá facilitado cooperación técnica a los Estados Miembros para reducir los riesgos del sector de la salud en situaciones de desastre y lograr la recuperación más rápida posible de las poblaciones damnificadas.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
5.3.1	Proporción de evaluaciones de necesidades realizadas con posterioridad a un conflicto o a un desastre, que incluyen un componente sanitario atento a las cuestiones de género.	100%	100%	100%
5.3.2	Proporción de planes de acción humanitaria para las situaciones de emergencia complejas y de procedimientos de formulación de llamamientos unificados en los que se incluyen componentes sanitarios estratégicos y operacionales.	100%	100%	100%
5.3.3	Proporción de países en situaciones de transición o recuperación que se benefician de evaluaciones de necesidades y cooperación técnica en las esferas de la salud de la madre y el recién nacido, la salud mental y la nutrición.	100%	100%	100%

RPR N.º 5.4 Se habrá facilitado cooperación técnica coordinado a todos los Estados Miembros en todas las esferas técnicas, tales como las enfermedades transmisibles, la salud mental, los servicios de salud, la inocuidad de los alimentos y los problemas radiológicos, en respuesta a riesgos mas probables en materia de salud pública en relación con la preparación, la recuperación y la reducción de riesgos.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
5.4.1	Proporción de países afectados por situaciones de emergencia en los que se ha realizado una evaluación integral de los riesgos relacionados con las enfermedades transmisibles y en los que se ha elaborado y difundido a los organismos asociados un perfil epidemiológico y una carpeta de material.	90%	100%	100%
5.4.2	Proporción de situaciones provocadas por desastres naturales graves o conflictos en las que se ha activado un sistema de vigilancia y pronta alarma de enfermedades y se han llevado a cabo intervenciones de control de enfermedades transmisibles.	90%	100%	100%
5.4.3	Número de países donde la Oficina presta cooperación técnica coordinada según sea necesario en respuestas de emergencia (el universo de países varía por bienio sobre la base de las emergencias que ocurran).	10/10	Por determinar basado en las emergencias que ocurran	Por determinar basado en las emergencias que ocurran

RPR N.º 5.5 Se habrá facilitado apoyo a los Estados Miembros para fortalecer la preparación nacional y establecer mecanismos de alerta y respuesta para las situaciones de emergencia sanitaria relacionadas con la inocuidad de los alimentos y la salud ambiental.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
5.5.1	Número de países donde se han creado redes de expertos para dar respuesta a las situaciones de emergencia en la esfera de la salud pública relacionadas con la inocuidad de los alimentos y el medio ambiente.	8	10	15

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
5.5.2	Número de países que cuentan con planes nacionales de preparación y actividades de alerta y respuesta para las situaciones de emergencia sanitaria químicas, radiológicas y salud ambiental.	20	24	28
5.5.3	Número de países que cuentan con puntos focales para la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos y las situaciones de emergencia de salud ambiental.	28	29	32
5.5.4	Proporción de situaciones de emergencia sanitaria relacionadas con la inocuidad de los alimentos y la salud ambiental en las que se ha obtenido colaboración y asistencia intersectorial.	25%	65%	100%
5.5.5	Número de países que alcanzan un estado de preparación y mantienen reservas de los productos necesarios para dar una respuesta rápida frente a situaciones de emergencia químicas y radiológicas.	8	10	15

RPR N.º 5.6 Se habrán emitido comunicaciones eficaces, formado alianzas y se habrá mejorado la coordinación con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, gobiernos, organizaciones no gubernamentales locales e internacionales, instituciones académicas y asociaciones profesionales a nivel nacional, regional y mundial.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
5.6.1	Proporción de los países afectados en los cuales funciona el Grupo Orgánico de Salud de las Naciones Unidas.	40	40	40
5.6.2	Número de mecanismos y grupos de trabajo interinstitucionales relacionados con las situaciones de emergencia en los que la OPS/OMS participa activamente.	4	8	10
5.6.3	Proporción de desastres en los que los informes emanados de las Naciones Unidas y del país luego de un desastre incluyen información sanitaria.	100%	100%	100%

OBJETIVO ESTRATÉGICO 6

Promover la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir los factores de riesgo relacionados con las afecciones asociadas al consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, las dietas malsanas, la inactividad física y las prácticas sexuales de riesgo

Alcance

La labor correspondiente a este objetivo estratégico se centra en procesos y enfoques de promoción de la salud completos, integrales, multisectoriales y multidisciplinarios de todos los programas pertinentes de la OPS, la OMS y los países, y en la prevención y reducción de los principales factores de riesgo señalados.

INDICADORES Y METAS

- Proporción de los Estados Miembros que notifican una reducción de 10% en la tasa de prevalencia del consumo de tabaco. Meta: 50% de los Estados Miembros notifican una reducción de 10% para 2013.
- Número de Estados Miembros que han estabilizado o reducido el consumo nocivo de alcohol. Meta: aumento de 10% en el número de Estados Miembros que notifican una estabilización o reducción para 2013.
- Proporción de los Estados Miembros con una carga elevada de obesidad en los adultos que han estabilizado la prevalencia. Meta: 10% de los Estados Miembros con una carga elevada han estabilizado la prevalencia de la obesidad en los adultos para 2013.
- Proporción de los Estados Miembros que están recopilando información relativa a los principales factores de riesgo en la población (poco consumo de frutas y hortalizas, inactividad física, consumo de tabaco y abuso del alcohol) y datos antropométricos. Meta: 75% de los Estados Miembros recopilan información para 2013.
- Aumento de la proporción de los jóvenes que pueden describir correctamente al menos tres maneras de prevenir los efectos no deseados de las relaciones sexuales sin protección. Meta: aumento de 30% de los jóvenes de 15 a 24 años de edad en las Américas para 2013.

TEMAS Y DESAFÍOS

Según el Informe sobre la salud en el mundo 2002: "Reducir los riesgos y promover una vida sana",⁸ en 26 países de las Américas la mortalidad atribuible (número de defunciones por 1.000 habitantes), clasificada según los factores de riesgo y el sexo, es la siguiente:

⁸ En el Informe sobre la salud en el mundo 2002, de la OMS, se clasifica a los países en las categorías siguientes, según las tasas de mortalidad: A: tasas muy bajas de mortalidad infantil y de adultos; B: tasas bajas de mortalidad infantil y de adultos; C: tasas bajas de mortalidad infantil y tasas altas de mortalidad de adultos; D: tasas altas de mortalidad infantil y de adultos; E: tasas altas de mortalidad infantil y tasas muy altas de mortalidad de adultos. En las Américas, sólo Canadá, Cuba y Estados Unidos pertenecen a la categoría A; 26 países están en la categoría B; Bolivia, Ecuador, Guatemala, Haití, Nicaragua y Perú integran la categoría D. Ningún país de la Región se encuentra en las categorías C o E.

- a) Hombres
 - Alcohol (207)
 - Hipertensión (170)
 - Tabaco (163)
 - Sobrepeso (117)
 - Colesterol (88)
 - Consumo escaso de frutas y hortalizas (81)

- b) Mujeres
 - Hipertensión (162)
 - Sobrepeso (144)
 - Colesterol (79)
 - Consumo escaso de frutas y hortalizas (58)
 - Tabaco (58)
 - Inactividad física (55)

En los países más pobres de la Región (los de la categoría D del Informe sobre la salud en el mundo), la mortalidad atribuible de los hombres, clasificada según los factores de riesgo, es muy similar: alcohol (22%), hipertensión (20%) y prácticas sexuales de riesgo (17%). Para las mujeres, el orden es el siguiente: hipertensión (20%), sobrepeso (18%) y prácticas sexuales de riesgo (11%). En estos países, el peso inferior al normal contribuye a 14.000 defunciones en los hombres y 11.000 en las mujeres.

Los principales factores de riesgo abordados en este objetivo estratégico son responsables de más de 60% de la mortalidad y de al menos 50% de la carga de morbilidad en todo el mundo. Afectan especialmente a las poblaciones pobres de los países de ingresos bajos y medios. Aunque se ha hecho hincapié en el tratamiento de los efectos adversos de estos factores de riesgo, la prevención y la forma de modificar eficazmente los factores determinantes han recibido mucho menos atención.

El consumo de tabaco constituye la principal causa de muerte prevenible en el mundo entero, y en los países en desarrollo no menos de un 50% de las defunciones son atribuibles a esta causa. Todos los años ocasiona un millón de defunciones en la Región, y en el Cono Sur la tasa de mortalidad más elevada se origina en el hábito de fumar. El consumo de tabaco y la pobreza están estrechamente relacionados y las tasas de prevalencia son más elevadas entre los pobres. Afortunadamente, se dispone de medidas efectivas y costoeficaces para reducir el consumo de tabaco. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco es un tratado basado en datos probatorios que tiene por objeto reducir la carga de morbilidad y mortalidad atribuible al tabaquismo.

En el año 2000, el consumo de alcohol fue responsable de 4,8% de las defunciones y 9,7% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad en la Región. La mayor carga se registró en América Central y del Sur. Se estima que ese año el consumo de alcohol causó no menos de 279.000 defunciones. Las lesiones intencionales y no intencionales representaron cerca de 60% de todas las defunciones relacionadas con el consumo de alcohol y casi 40% de la carga de morbilidad por esa causa. La mayor carga de morbilidad afecta a los hombres (83,3%), mientras que 77,4% de la carga corresponde a la población de 15 a 44 años de edad y, por lo tanto, afecta principalmente a los jóvenes y adultos jóvenes, sobre todo en los años más productivos de su vida. En algunos países de la Región, el uso de drogas inyectables es una causa significativa de la rápida propagación de la infección por el VIH. Pese a la existencia de datos probatorios de que el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas constituye una gran carga para la salud y la sociedad, los recursos disponibles en la OPS y los países para

prevenir y tratar los trastornos atribuibles al consumo de sustancias son limitados, aunque la inversión de un dólar en prevención y tratamiento redonda en un ahorro de al menos siete dólares en costos sanitarios y sociales.

En América Latina y el Caribe se observa una disminución generalizada de la actividad física que es motivo de preocupación. Entre 30 y 60% de la población de América Latina y el Caribe no alcanza los niveles mínimos recomendados de actividad física. Esto se debe a la creciente urbanización, el transporte motorizado, las políticas de ordenación urbana que promueven el uso de automóviles en los suburbios y la falta de infraestructura para los peatones y los ciclistas.

La "transición nutricional" en la Región se caracteriza por el bajo consumo de frutas y hortalizas, granos enteros, cereales y legumbres. A esto se suma el elevado consumo de alimentos ricos en grasas saturadas, azúcares y sal, como la leche, la carne, los cereales refinados y los alimentos procesados. Estos hábitos alimentarios son un factor clave que lleva a un aumento de la prevalencia del exceso de peso y la obesidad. Los estudios de población en la Región indican que, en 2002, entre 50 y 60% de los adultos y entre 7 y 12% de los niños menores de 5 años de edad sufrían exceso de peso o eran obesos.

Las prácticas sexuales de riesgo contribuyen en gran medida a consecuencias negativas para la salud tales como los embarazos involuntarios, las infecciones de transmisión sexual (entre ellas la infección por el VIH y el sida) y otras consecuencias de carácter social, emocional y físico que se han subestimado considerablemente. Según los cálculos de la OMS, las prácticas sexuales de riesgo constituyen el segundo factor de riesgo para la salud a nivel mundial en los países con tasas de mortalidad elevadas. Todos los años quedan embarazadas involuntariamente 80 millones de mujeres en todo el mundo. De ellas, 46 millones optan por abortar y se notifican 340 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual y cinco millones de nuevas infecciones por el VIH. Muchas veces el comportamiento de riesgo no se produce en forma aislada. Por ejemplo, el consumo nocivo de alcohol y otras drogas y las prácticas sexuales de riesgo frecuentemente van de la mano. Muchos de estos comportamientos no son el resultado de una decisión personal sino el reflejo de las políticas, las normas sociales y culturales, las desigualdades y un bajo nivel de educación. Por ello, la OPS/OMS reconoce la necesidad de un enfoque de promoción de la salud completo e integrado y estrategias de prevención eficaces.

A pesar de que la carga mundial de mala salud asociada con los principales factores de riesgo es sustancial, se siguen centrando los esfuerzos en el control de la transmisión de las enfermedades infecciosas. Los países de las Américas deben hacer hincapié en la adopción de medidas contra los factores de riesgo asociados con las enfermedades no transmisibles, que se han convertido en la principal causa de morbilidad y muerte prematura en la Región.

Los Estados Miembros deben fomentar muy activamente la concientización y el compromiso político de actuar resueltamente en la promoción de la salud y los modos de vida sanos y prevenir y reducir la aparición de factores de riesgo.

Se necesitan con urgencia grandes inversiones adicionales en recursos financieros y humanos en todos los niveles de la OMS, la Región de las Américas y los Estados Miembros, con objeto de crear capacidad y fortalecer las intervenciones nacionales y mundiales.

ENFOQUES ESTRATÉGICOS

La adopción de un enfoque integrado con respecto a la promoción de la salud y la prevención y reducción de los principales factores de riesgo fortalecerá las sinergias, mejorará la eficacia general de las intervenciones y pondrá fin a los actuales enfoques verticales en materia de prevención de los factores de riesgo.

Para los países, es esencial adoptar medidas dirigidas a fortalecer las instituciones y la capacidad nacional de vigilancia, prevención y reducción de los factores de riesgo comunes y los problemas de salud conexos. Además, es preciso que los ministerios de salud asuman un importante papel de liderazgo y rectoría, a fin de lograr la participación eficaz de todos los sectores de la sociedad. Es primordial actuar a nivel multisectorial, ya que los principales factores determinantes de los factores de riesgo más importantes se sitúan fuera del sector sanitario.

Deben reforzarse considerablemente el liderazgo y la capacidad en materia de promoción de la salud, en consonancia con las crecientes necesidades y actividades de todos los programas de salud pertinentes. Es necesario aplicar las resoluciones aprobadas a nivel mundial (OMS, 2005), regional (OPS, 2001, y OPS, 2006) y subregional (REMSAA y RESSCAD, 2002) pues se trata de compromisos asumidos por los países, que incorporan tanto la Declaración de México como la Carta de Bangkok, respectivamente (véase el documento de promoción de la salud CD47/16, 2006).

Mediante la Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles, los Estados Miembros reconocen y respaldan la aplicación de enfoques integrales, en los que se emplea una combinación de estrategias para abordar los problemas de políticas, vigilancia, promoción de la salud y prevención, así como manejo integrado de los factores de riesgo. Estos enfoques requieren cambios a nivel de las personas, los hogares y la comunidad y serán sostenibles sólo si van acompañados de modificaciones ambientales, institucionales y de políticas. Un ejemplo de ello es la ejecución de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud.

Para apoyar los esfuerzos de los Estados Miembros, la Oficina aumentará en gran medida su presencia en los países y centrará la atención en lo siguiente:

- Ofrecer un liderazgo mundial y regional y llevar a cabo actividades de coordinación, comunicación, colaboración y fomento relacionadas con la promoción sanitaria, con miras a mejorar la salud, reducir las desigualdades sanitarias, controlar los principales factores de riesgo y contribuir a los objetivos nacionales de desarrollo.
- Proporcionar a los países políticas y estrategias que sean éticas y estén basadas en datos probatorios, así como orientaciones y apoyo técnico, para el desarrollo y mantenimiento de sistemas nacionales de vigilancia, seguimiento y evaluación, dando prioridad a los países con la mayor carga o a aquellos en los que esa carga esté aumentando.
- Impulsar el incremento de las inversiones en todos los niveles y crear capacidad interna en la OPS/OMS, especialmente en las oficinas subregionales y de país, para responder eficazmente a las necesidades de la Organización y de los Estados Miembros relativas a la promoción de la salud y la prevención o reducción de los factores de riesgo.
- Ayudar a los países a crear la capacidad nacional multisectorial necesaria para incorporar las perspectivas de género y equidad y reforzar los conocimientos y la competencia institucionales en relación con los principales factores de riesgo.
- Apoyar el establecimiento de asociaciones y alianzas multisectoriales en todos los Estados Miembros y desarrollar la colaboración internacional para la generación y difusión de los resultados de las investigaciones.
- Adoptar medidas eficaces para superar los obstáculos estructurales y de políticas, fortalecer la capacidad de los hogares y la comunidad, y asegurar el acceso a la educación y la información, con objeto de promover comportamientos sexuales seguros y atender las consecuencias de los comportamientos y las prácticas sexuales de riesgo.
- Llevar a cabo una acción eficaz de control del consumo de alcohol y los efectos perjudiciales conexos y proporcionar cooperación técnica directa para la elaboración, el examen y la evaluación de políticas relativas al consumo de alcohol que puedan tener el máximo impacto en la población.

- Proporcionar cooperación técnica directa para la aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, en colaboración con la secretaría permanente del Convenio, y hacer lo propio con los Estados que no son Partes del Convenio a fin de que puedan reforzar sus políticas de control del tabaco y adherirse al Convenio.
- Promover y preconizar las inversiones en la esfera de la planificación urbana en un marco de desarrollo urbano sostenible. Más concretamente, se deberá dar prioridad a las zonas donde se promuevan el aire puro, las caminatas y el ciclismo, se creen incentivos para los sistemas de transporte público de gran capacidad y la defensa de los espacios públicos, se desarrollen más espacios de recreación, se promueva la seguridad vial y se elimine el delito de las calles.
- Facilitar el desarrollo de un concepto común de la práctica basada en los datos probatorios y la necesidad de fortalecer la evaluación de la eficacia de la promoción de la salud.
- Brindar cooperación técnica directa para la ejecución de la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud de la OMS en los planos regional, subregional y nacional, en colaboración con agentes múltiples tales como los gobiernos, el sector de los deportes, la industria alimentaria y los medios de información pública.
- Proporcionar cooperación técnica directa para la aplicación de la Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles.

PREMISAS Y RIESGOS

La consecución de este objetivo estratégico se basa en las premisas siguientes:

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

El logro de este objetivo estratégico puede verse afectado de manera negativa por los riesgos siguientes:

- Que el trabajo o la interacción con el sector privado presente riesgos relacionados con los intereses en pugna de las industrias, como las del tabaco, las bebidas alcohólicas, el azúcar, los alimentos procesados y las bebidas sin alcohol. Por ello es necesario cumplir en todos los casos las reglas que rigen esa interacción. Las mejoras en la salud pública son de importancia capital.
- Que la promoción de la salud y la prevención de los factores de riesgo se vean afectados en forma negativa por la poca importancia atribuida a esta cuestión y la consiguiente escasez de los recursos que les asignan la OMS, la Región y los países. Para reducir al mínimo este riesgo es indispensable preconizar permanentemente un aumento de las inversiones.
- Que la adopción de enfoques integrados para la prevención o reducción de los factores de riesgo también pueda poner en peligro la capacidad de la Organización y de los países para proporcionar conocimientos especializados sobre enfermedades y factores de riesgo

específicos a menos que se proteja la masa crítica de estos conocimientos y se obtenga el nivel de recursos necesario. Es preciso mantener recursos suficientes para los enfoques integrados y una masa crítica de conocimientos especializados en las principales esferas.

RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

RPR N.º 6.1 Se habrá facilitado a los países cooperación técnica y apoyo para desarrollar su capacidad de promoción de la salud en todos los programas pertinentes y establecer alianzas multidisciplinares multisectoriales, interinstitucionales, descentralizadas y eficaces, con miras a promover políticas públicas saludables y prevenir o reducir los principales factores de riesgo.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
6.1.1	Número de países que tienen políticas y planes de promoción de la salud con un presupuesto.	11	15	20
6.1.2	Número de países con una red de escuelas sanas (o su equivalente).	7	10	15
6.1.3	Número de países que promulgaron el marco conceptual de las ciudades sanas de la OPS/OMS.	0	2	5
6.1.4	Número de países que usan políticas basadas en datos probatorios para la promoción de la salud.	6	10	15
6.1.5	Número de subregiones que promueven las alianzas entre ministros de salud y de educación para fortalecer las redes de escuelas promotoras de la salud.	0	1	4
6.1.6	Red regional de municipios, ciudades y comunidades saludables que incorporan el marco conceptual de salud urbana y fomentan políticas públicas saludables.	0	1	1

RPR N.º 6.2 Se habrá proporcionado cooperación técnica para fortalecer los sistemas nacionales de vigilancia con un enfoque integrado de los principales factores de riesgo, elaborando, validando, promoviendo y fortaleciendo marcos, instrumentos y procedimientos operativos para los países.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
6.2.1	Número de países que han recibido apoyo y desarrollado y puesto en funcionamiento un mecanismo de vigilancia nacional utilizando el método Pan Am STEPs (enfoque progresivo panamericano de la vigilancia de los factores de riesgo de enfermedades crónicas) para la elaboración de informes periódicos sobre los principales factores de riesgo para la salud de los adultos.	6	10	20
6.2.2	Número de países que han recibido apoyo y desarrollado y puesto en funcionamiento un mecanismo de vigilancia nacional utilizando el método de las encuestas escolares de la salud de los alumnos (encuesta mundial sobre la salud escolar) para la elaboración de informes periódicos sobre los principales factores de riesgo para la salud de los jóvenes.	11	20	34
6.2.3	Base de datos regional sobre enfermedades no transmisibles y factores de riesgo.	Se ha formado y ha comenzado a funcionar el grupo de trabajo inteprogramático	Se ha desarrollado y probado una base de datos de demostración	Se han incluido todos los países de la red CARMEN

RPR N.º 6.3 Se habrán formulado políticas, estrategias, recomendaciones, normas y directrices que sean éticas y estén basadas en datos probatorios y se habrá facilitado apoyo técnico a los Estados Miembros que tengan una carga elevada o creciente de morbilidad y mortalidad asociada al consumo de tabaco, permitiéndoles fortalecer las instituciones a fin de abordar o prevenir problemas de salud pública conexos.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
6.3.1	Número de países que han aprobado leyes o su equivalente en relación con la prohibición de fumar en establecimientos de atención de salud y educación en consonancia con el Convenio Marco para el Control del Tabaco.	4	14	28
6.3.2	Número de países que han adoptado leyes o su equivalente en relación con la prohibición de la publicidad directa e indirecta de productos de tabaco en los medios de difusión nacionales, en consonancia con el Convenio Marco para el Control del Tabaco.	0	5	10
6.3.3	Número de países que han adoptado leyes o su equivalente en relación con las advertencias sanitarias en los productos de tabaco en consonancia con el Convenio Marco para el Control del Tabaco.	8	21	28
6.3.4	Número de países que cuentan con datos comparables sobre la prevalencia del consumo de tabaco en el país, desglosados por edad y sexo.	33/36	35/36	35/36
6.3.5	Sistema regional de vigilancia del tabaco con datos comparables sobre la prevalencia, desglosados por edad y sexo.	0	1	1
6.3.6	Número de países que han establecido o reforzado un mecanismo de coordinación o un punto focal nacional para el control del tabaco.	18	20	28

RPR N.º 6.4 Se habrán formulado políticas, estrategias, recomendaciones, normas y directrices que sean éticas y estén basadas en datos probatorios y se habrá facilitado apoyo técnico a los Estados Miembros que tengan una carga elevada o creciente de enfermedad o muerte asociada con el consumo de alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, permitiéndoles fortalecer las instituciones a fin de combatir o prevenir problemas de salud pública conexos.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
6.4.1	Número de países que han recibido apoyo y desarrollado políticas, planes, actividades de promoción y programas para prevenir los problemas de salud pública causados por el consumo de alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas.	11	13	20
6.4.2	Número de políticas, estrategias, recomendaciones, normas y directrices proporcionadas a los Estados Miembros para prevenir y reducir los problemas de salud pública causados por el consumo de alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas.	3	6	9
6.4.3	Se han establecido y se mantienen sistemas de información para la ejecución y evaluación de políticas, estrategias, recomendaciones, normas y directrices mundiales para reducir o prevenir los problemas de salud pública causados por el consumo de alcohol, drogas ilícitas y otras sustancias psicoactivas.	En desarrollo	Sistemas de información instituidos	Sistemas de información instituidos

RPR N.º 6.5 Se habrán formulado políticas, estrategias, recomendaciones, normas y directrices que sean éticas y estén basadas en datos probatorios y se habrá facilitado apoyo técnico a los Estados Miembros que tengan una carga elevada o creciente de enfermedad o muerte asociada con la alimentación malsana y la inactividad física, permitiéndoles fortalecer las instituciones a fin de combatir o prevenir los problemas de salud pública conexos.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
6.5.1	Número de países que han elaborado directrices nacionales para promover un régimen alimentario saludable y la actividad física, incluida la estrategia de régimen alimentario y actividad física.	8	10	20
6.5.2	Número de países (con ciudades de más de 500.000 habitantes) que han iniciado o establecido sistemas de transporte rápido de gran capacidad.	7	12	25
6.5.3	Número de países (con ciudades de más de 500.000 habitantes) que han iniciado o establecido programas de combustibles poco contaminantes en el transporte.	3	7	20
6.5.4	Número de países (con ciudades de más de 500.000 habitantes) que han iniciado o establecido programas de entornos más seguros para los peatones, ciudades provistas de ciclovías y lucha contra la delincuencia.	7	30	40
6.5.5	Número de países que han puesto en marcha políticas dirigidas a eliminar progresivamente las grasas con isómeros trans y han celebrado acuerdos con la industria alimentaria para reducir el azúcar, la sal y las grasas en los alimentos procesados.	4	15	30
6.5.6	Número de países que han puesto en marcha políticas dirigidas a eliminar la comercialización y la publicidad directa dirigida a los niños menores de 12 años.	2	7	12
6.5.7	Número de países que han puesto en marcha políticas dirigidas a implementar programas para aumentar el consumo de productos lácteos de bajo contenido de grasas, pescado, frutas y hortalizas.	10	20	30

RPR N.º 6.6 Se habrán formulado políticas, estrategias, intervenciones, recomendaciones, normas y directrices que sean éticas y estén basadas en datos probatorios y se habrá facilitado apoyo técnico a los Estados Miembros con objeto de promover prácticas sexuales más seguras y fortalecer las instituciones a fin de abordar y manejar las consecuencias sociales e individuales de las prácticas sexuales de riesgo.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
6.6.1	Se han formulado directrices sobre los factores determinantes y las consecuencias de las prácticas sexuales de riesgo, con objeto de determinar cuáles son las intervenciones eficaces y formular directrices en consecuencia.	No disponible	Investigaciones realizadas sobre los factores determinantes y las consecuencias de las prácticas sexuales de riesgo con objeto de elaborar tres directrices basadas en datos probatorios dirigidas a promover un comportamiento sexual sin riesgos	Tres directrices nuevas o adaptadas, validadas y aplicadas en 10 países con el apoyo técnico de la OMS/OPS
6.6.2	Número de países que han recibido apoyo y puesto en marcha o ejecutado intervenciones nuevas o mejoradas a nivel individual, familiar y comunitario para promover un comportamiento sexual sin riesgos.	5	10	10

OBJETIVO ESTRATÉGICO 7

Abordar los determinantes sociales y económicos subyacentes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad sanitaria e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos

Alcance

Este objetivo estratégico se centra en el desarrollo y el fomento de la acción intersectorial en los factores sociales y económicos determinantes de la salud, entendiéndose que dicha acción consiste en mejorar la equidad sanitaria abordando las necesidades de los grupos pobres, vulnerables y excluidos. Este enfoque pone de relieve las relaciones entre la salud y diversos factores sociales y económicos tales como la educación, la vivienda, el trabajo y la condición social. En la región, los factores sociales determinantes de la salud deben abordarse en relación con los ODM y requieren la elaboración de políticas y programas que sean éticamente correctos, sensibles a las desigualdades de género, eficaces para atender las necesidades de la población pobre y de otros grupos vulnerables, y coherentes con los convenios y las normas internacionales y regionales en materia de derechos humanos.

INDICADORES Y METAS

- Número de países con indicadores sanitarios nacionales desglosados por sexo y edad y al menos otros dos factores determinantes (etnia, lugar de residencia o condición socioeconómica) disponibles para la investigación exploratoria. Meta: para 2013, al menos 15 países.
- Número de países que han establecido indicadores sociales y económicos de las condiciones propicias para la salud, desglosados por sexo, raza o etnia y lugar de residencia (por ejemplo, niveles de instrucción, producción agropecuaria, infraestructura, condiciones de vivienda y empleo, actos delictivos o violentos, desarrollo comunitario e ingresos familiares). Meta: para 2013, 15 países. En América Latina y el Caribe, 15 países han realizado censos entre 2000 y 2005 validados por CELADE; en esos países se desglosarán los datos.
- Número de países que han formulado políticas y planes de trabajo para sectores prioritarios que no están relacionados con la salud (por ejemplo, agricultura, energía, educación, finanzas, transporte) en los cuales se han incorporado metas sanitarias. Meta: para 2013, 10 países.
- Número de países que cuentan con políticas, planes, programas, leyes y mecanismos nacionales de protección (por ejemplo, constitución nacional y estrategias del sector de la salud) relacionados con la salud que abordan e incorporan explícitamente la equidad de género, así como la equidad étnica y socioeconómica y los derechos humanos, en su formulación y aplicación, en consonancia con los convenios y normas internacionales y regionales en materia de derechos humanos. Meta: para 2013, 15 países
- Número de países que han realizado intervenciones cruciales para atender las necesidades de las comunidades más pobres y vulnerables en el marco de la iniciativa "Rostros, Voces y Lugares" de los ODM a fin de avanzar en la consecución de estos

objetivos en el marco de los factores sociales determinantes de la salud. Meta: para 2013, 10 países.

TEMAS Y DESAFÍOS

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

Esta situación plantea dificultades para los ministerios de salud, que deben trabajar con medios innovadores con el propósito de fomentar la colaboración intersectorial. Ello significa también actuar sobre los factores sociales y económicos determinantes de la salud y su relación con los ODM y armonizar programas sanitarios clave orientados a sectores específicos a fin de responder mejor a las necesidades de las poblaciones vulnerables. Entre los medios eficaces para obtener mayores beneficios sanitarios para los grupos vulnerables cabe señalar la integración en las políticas y programas del sector de la salud de enfoques encaminados a mejorar la equidad, favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género, multiculturales y correctos desde el punto de vista racial y étnico. La ley de derechos humanos, consagrado en convenios y normas internacionales y regionales en materia de derechos humanos, ofrece un marco conceptual y jurídico unificador de estas estrategias y normas en el cual se puede evaluar el éxito y aclarar la rendición de cuentas y las responsabilidades de los distintos interesados directos.

Los desafíos fundamentales para lograr lo antedicho comprenden: 1) el desarrollo de suficiente pericia con respecto a los factores sociales y económicos determinantes de la salud y su relación con los ODM, así como los relativos a la ética y los derechos humanos en los planos mundial, regional y nacional, para ayudar a los Estados Miembros a recopilar y utilizar datos pertinentes y a actuar con un criterio intersectorial; 2) velar por que todas las áreas técnicas de la sede de la Oficina Sanitaria Panamericana reflejen las perspectivas de los factores sociales y económicos determinantes (incluidos el género y la pobreza), la ética y los derechos humanos en sus programas y su trabajo normativo; y 3) adoptar el método correcto para medir los efectos. Este último desafío es especialmente importante ya que los resultados consistentes en una mayor equidad e igualdad sanitaria con respecto a los grupos más vulnerables pocas veces se pondrán rápidamente de manifiesto o serán fáciles de atribuir a intervenciones determinadas. Se necesitan modalidades distintivas de evaluación de los procesos, es decir, de la manera en que se formulan, verifican y aplican las políticas e intervenciones. Hay que determinar si las medidas adoptadas son eficaces para producir cambios, en vez de medir los resultados sanitarios propiamente dichos. La relación del sector de la salud en conjunto con otras partes del gobierno y la sociedad es también un indicador importante.

ENFOQUES ESTRATÉGICOS

Los factores estructurales determinantes de la salud abarcan el contexto político, económico y tecnológico, las pautas de estratificación social por factores diferenciadores tales como la situación laboral, los ingresos, la educación, la edad, el sexo y la etnia, el sistema jurídico y las políticas públicas en distintas esferas de la salud. Es, pues, indispensable fomentar la colaboración entre sectores.

Para alcanzar este objetivo estratégico, es necesaria una coherencia política entre todos los ministerios, basada en un enfoque del gobierno en conjunto que coloque la salud como meta común de los diversos sectores y componentes sociales, a la luz de una responsabilidad compartida, a fin de asegurar el derecho de todos al goce del grado máximo de salud que pueda lograrse en consonancia con las obligaciones internacionales y regionales de los Estados Miembros de la OPS bajo la ley internacional de los derechos humanos.

En las estrategias y planes nacionales deberían tenerse en cuenta todas las formas de desventajas y vulnerabilidad sociales que tengan repercusiones en la salud, y se debería fomentar la participación de la sociedad civil y los interesados pertinentes; por ejemplo, mediante iniciativas comunitarias. Los principios, las normas y los criterios de derechos humanos y ética deben guiar el proceso de formulación de políticas a fin de velar por la equidad, la capacidad de respuesta, la gestión responsable y la coherencia de las políticas y programas relacionados con la salud, al tiempo que se supera la exclusión social.

Para corregir las causas profundas de las inequidades, la discriminación y la desigualdad con respecto a los grupos más vulnerables en la esfera de la salud será necesaria una coordinación integrada tanto de la Oficina como de los Estados Miembros a fin de lograr la incorporación de perspectivas de género, raciales y multiétnicas, así como perspectivas relacionadas con la pobreza, la ética y los derechos humanos, en la elaboración de directrices sanitarias, la formulación de políticas y la ejecución de programas.

Los enfoques estratégicos de la Oficina en América Latina y el Caribe son los siguientes:

- Desarrollar bases de datos nacionales y subnacionales, desglosados por sexo y etnia, sobre los factores sociales determinantes de la salud y los derechos humanos que influyen en la calidad de vida y el bienestar de los ciudadanos.
- Crear un observatorio social para estudiar y poner de relieve las discrepancias sociales.
- Fomentar el diálogo social y el consenso sobre los factores determinantes de la salud y la generación de políticas públicas por medio del Foro Social de Salud.
- Promover la creación de alianzas estratégicas intersectoriales y la formulación de políticas sociales orientadas a una reducción de las inequidades sociales, económicas y culturales a fin de aumentar las inversiones sociales y movilizar recursos para promover adelantos sostenibles en la salud desde el punto de vista del desarrollo local.
- Establecer una base regional de datos probatorios sobre la eficacia de las políticas sociales sobre la mejora de la salud y el bienestar, haciendo hincapié en los determinantes sociales de la salud.

PREMISAS Y RIESGOS

Las principales premisas en que se basa este objetivo estratégico son:

- Que en muchos entornos, los ministerios de salud, provistos de información adecuada y respaldo político y técnico, estén dispuestos a asumir el liderazgo para abordar los factores determinantes de la salud más amplios, y en condiciones de hacerlo, adoptando un enfoque de la salud "del gobierno en conjunto".
- Que en la OPS/OMS y las oficinas de país se logre un apoyo sostenido a la incorporación de los factores sociales determinantes de la salud (en relación con los ODM, la igualdad de género, los problemas relativos a la multietnicidad y los derechos humanos) en la cooperación técnica y los diálogos sobre políticas de la Organización con los Estados Miembros, en consonancia con los instrumentos y normas internacionales en materia de derechos humanos.
- Que en muchos países, los encargados de formular y ejecutar los programas de salud estén dispuestos a incorporar en sus programas, y en condiciones de hacerlo, estrategias encaminadas a mejorar la equidad, favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género, multiétnicas y basadas en los derechos humanos, pese a las dificultades de orden técnico y político que ello implica.

Los riesgos clave para el progreso en la consecución de este objetivo estratégico son los siguientes:

- Que no haya un consenso efectivo entre las partes interesadas de cada país, incluidas las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, otros colaboradores internacionales y organizaciones no gubernamentales, en relación con las políticas y el marco de acción.
- Que la inversión de los gobiernos nacionales sea insuficiente para lograr que se apliquen efectivamente los tratados, las declaraciones, las directrices y las normas en materia de derechos humanos.
- Que no se disponga ampliamente de análisis de los aspectos económicos, así como de género, multietnicidad y pobreza.

RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

RPR N.º 7.1 Se habrá reconocido en toda la Organización la importancia de los determinantes sociales y económicos de la salud y éstos se habrán incorporado en el trabajo normativo y la colaboración técnica con los Estados Miembros y otros colaboradores.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
7.1.1	Número de países que han ejecutado estrategias nacionales para poner en práctica las principales recomendaciones de políticas de la Comisión Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud.	2/12	7/12	12/12

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
7.1.2	Número de países cuyos documentos relativos a la estrategia de cooperación de la OPS/OMS en los países incluyen estrategias explícitas para abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud en los planos nacional y local.	0/12	5/12	12/12
7.1.3	La OPS tiene un plan regional de salud pública para actuar sobre los factores sociales y económicos determinantes de la salud.	0	1	1
7.1.4	Número de subregiones que están adoptando medidas para fortalecer los enfoques integrados de los factores determinantes de la salud y la política social.	0	1	4
7.1.5	Número de países que han recibido apoyo para crear capacidad a fin de adoptar medidas con respecto a los factores determinantes de la salud y la política social.	0	11	40
7.1.6	Se ha elaborado un modelo regional para promover el poder de decisión de las comunidades, alianzas intersectoriales y políticas sociales a nivel local tomando como punto de partida los entornos saludables (hogares, escuelas, municipios).	0	1	1

RPR N.º 7.2 La OPS/OMS habrá tomado la iniciativa de ofrecer oportunidades y medios de colaboración intersectorial en los planos nacional e internacional para abordar los determinantes sociales y económicos de la salud y alentar la reducción de la pobreza y el desarrollo sostenible.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
7.2.1	Número de países donde las políticas públicas están dirigidas a los factores sociales y económicos determinantes de la salud con un criterio intersectorial e interprogramático.	0/12	7/12	12/12
7.2.2	Número de foros subregionales organizados para los actores pertinentes sobre acciones intersectoriales para abordar los factores determinantes de la salud, la política social y la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.	0	1	3

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
7.2.3	Número de herramientas elaboradas y difundidas para evaluar las repercusiones en la salud y la equidad sanitaria de los sectores que no están relacionados con la salud (como la iniciativa Rostros, Voces y Lugares).	1	1	3
7.2.4	Número de países que han puesto en marcha la iniciativa Rostros, Voces y Lugares en al menos uno de sus municipios más pobres.	8	10	15

RPR N.º 7.3 Se habrán recogido, cotejado y analizado datos sociales y económicos pertinentes para la salud en forma desglosada (por sexo, edad, etnia, ingresos y estado de salud, como enfermedad o discapacidad).

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
7.3.1	Número de países que cuentan con datos sanitarios de buena calidad suficientemente desglosados y de calidad suficiente para evaluar la equidad sanitaria entre los principales grupos de la población y darle seguimiento.	8	15	36
7.3.2	Número de mecanismos institucionales instalados en los países, con el apoyo de la OPS, para desarrollar o apoyar la promoción y el seguimiento de la equidad de género en materia de salud.	8	10	13
7.3.3	Número de países que tienen al menos una política nacional en materia de equidad sanitaria que incluye un análisis de datos desglosados.	Por determinar	Por determinar	Por determinar
7.3.4	Número de países con un programa nacional de equidad en salud que usa datos desglosados.	0	3	6

RPR N.º 7.4 Se habrán promovido enfoques de la salud éticos y basados en los derechos, tanto en la OPS/OMS como en los niveles nacional, regional y mundial.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
7.4.1	Número de países que utilizan 1) normas y pautas internacionales y regionales en materia de derechos humanos y 2) instrumentos y documentos de orientación elaborados por la OPS/OMS para examinar o formular leyes, políticas o planes nacionales que fomenten la salud y reduzcan las desigualdades y la discriminación en esta esfera.	9	10	18
7.4.2	Número de países que utilizan instrumentos y documentos de orientación elaborados para los Estados Miembros y otros actores sobre el uso de análisis de ético para mejorar las políticas de salud.	Por determinar	Por determinar	Por determinar

RPR N.º 7.5 Se habrá incorporado el análisis de género y etnicidad tanto como acciones receptivas en la labor normativa de la OPS/OMS y se habrá proporcionado cooperación técnica a los Estados Miembros para la elaboración de políticas y programas que tengan en cuenta las cuestiones de género y etnicidad.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
7.5.1	Número de publicaciones que contribuyen a reunir datos probatorios sobre las repercusiones de la equidad de género, étnica y racial en la salud y en las estrategias eficaces para abordarla.	8	12	16
7.5.2	Número de instrumentos y documentos de orientación preparados para los Estados Miembros sobre el empleo de los análisis de género, étnicos y raciales en el ámbito de la salud.	0	1	2
7.5.3	Número de Representaciones que incluyen resultados previstos, indicadores y recursos presupuestarios específicos para la aplicación de la Política en Materia de Igualdad de Género y Etnias en sus planes de trabajo bienales.	4	9	15

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
7.5.4	Número de entidades (áreas técnicas y Representaciones de la OPS/OMS) cuyo programa bienal de trabajo incluye consideraciones de género, étnicas y raciales, según corresponda.	Por determinar	40/80	80/80
7.5.5	Número de subregiones que aplican la Política en Materia de Igualdad de Género de la OPS en su plan de trabajo bienal.	0	1	4
7.5.6	Número de subregiones que tienen un análisis de la situación sanitaria de las etnias.	0	1	3
7.5.7	Número de instrumentos conceptuales metodológicos validados y generalizados que se han elaborado para aplicar la Política en Materia de Igualdad de Género.	10	13	16
7.5.8	Número de países con planes nacionales para mejorar específicamente la salud de grupos étnicos/raciales.	11/21	13/21	19/21
7.5.9	Número de subregiones que están trabajando a través de planes y programas de salud para mejorar la salud de grupos étnicos/raciales en el marco de los factores sociales determinantes de la salud y los ODM.	0/3	1/3	2/3
7.5.10	Número de unidades en las oficinas regionales y subregionales que han incorporado la perspectiva étnica y racial en su plan de trabajo bienal.	7	10	19
7.5.11	Porcentaje de los documentos técnicos producidos para los Cuerpos Directivos relacionados con los ODM que incluyen la perspectiva étnica y racial.	20%	50%	70%

OBJETIVO ESTRATÉGICO 8

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

Alcance

Las actividades relacionadas con este objetivo estratégico se centran en lograr ambientes humanos seguros, sostenibles y propicios para la salud, protegidos de peligros de origen social, biológico, químico y físico, y promover la seguridad de las personas y la justicia ambiental de los efectos adversos de las amenazas mundiales y locales.

INDICADORES Y METAS

- Proporción de la población urbana y rural con acceso a mejores fuentes de agua y sistemas de saneamiento más adecuados. Meta: conforme a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, para 2013, 96,2% de la población urbana y 76,9 % de la población rural tendrá acceso a mejores fuentes de agua potable (puntos de partida calculados para 2002: 95 y 69%, respectivamente); para 2013, 90,1% de la población urbana y 48% de la población rural tendrá acceso a mejores sistemas de saneamiento (puntos de partida calculados para 2002: 84 y 44%, respectivamente).
- Carga de morbilidad medida en años de esperanza de vida perdidos como consecuencia de intoxicaciones debidas a riesgos ambientales. Meta: para 2013, 46% de los adultos y 60% de los niños (puntos de partida calculados para 2002: 68 y 85%, respectivamente).
- Carga de morbilidad de determinados riesgos ocupacionales, medida como porcentaje de los trabajadores de salud que contraen infecciones por el virus de la hepatitis B como consecuencia del manejo incorrecto de jeringas. Meta: para 2013, aproximadamente 20% (punto de partida calculado para 2002: 40%).
- Proporción de la población con acceso a los servicios de información toxicológica. Meta: para 2013, 60% de los países (punto de partida calculado para 2006: 35%).
- Carga de morbilidad de las enfermedades diarreicas en los niños con causas ambientales. Meta: para 2013, reducción de la carga de enfermedad de las enfermedades diarreicas a 84% (punto de partida calculado para 2002: 94%).

TEMAS Y DESAFÍOS

Los riesgos ambientales y ocupacionales contribuyen en gran proporción a la morbilidad y la mortalidad en la Región, pero pocos países tienen políticas integrales para realizar análisis y establecer políticas públicas para afrontarlos. Los procesos modernos de producción introducen en la Región nuevos riesgos sanitarios de origen químico, físico y biológico, o agravan los que ya existían. Los países carecen de políticas de desarrollo urbano que promuevan la salud, la equidad

social y la justicia ambiental. Estos riesgos afectan no solo a la generación actual, sino también a las generaciones futuras, pues tienen efectos a largo plazo en la salud.

Si el sector sanitario no actúa sobre los peligros ambientales actuales para la salud, la rapidez de los cambios en los modos de vida, la urbanización creciente, la producción y el consumo de energía, el cambio climático y las presiones sobre los ecosistemas podrían tener consecuencias incluso mayores para la salud pública y el gasto sanitario tanto a corto como a largo plazo. Para que el sector de la salud lleve a cabo una acción eficaz, es preciso reducir los riesgos en los sectores y entornos donde se producen: el hogar, la escuela, el lugar de trabajo, las ciudades y sectores como el de la energía, el transporte, la industria, la agricultura y ganadería, el agua, el saneamiento y los desechos sólidos.

Los sistemas de salud necesitan con urgencia nueva información acerca de las repercusiones epidemiológicas de los riesgos ambientales clave y su prevención, y deben contar con instrumentos para efectuar intervenciones primarias. En medida creciente se pide a los encargados de la formulación de políticas sanitarias que participen en los foros de desarrollo económico y de políticas, cuyas decisiones tienen consecuencias profundas y duraderas en la contaminación, la diversidad biológica, los ecosistemas y, en consecuencia, en la salud ambiental. Así, muchos profesionales de la salud, capacitados en el tratamiento de personas, deben estar mejor equipados con conocimientos y métodos para realizar el seguimiento de y sintetizar datos sanitarios y ambientales, y orientar activamente las estrategias de protección, prevención y sensibilización del público, y responder a situaciones de emergencia.

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

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

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

Se están reconociendo en medida creciente los efectos nocivos para la salud de los contaminantes orgánicos persistentes y los metales pesados, como el plomo, el mercurio y otros. Sin embargo, no hay ningún sistema de información que permita analizar los riesgos y difundir conocimientos sobre la identificación, el control o la eliminación de estos riesgos.

El cambio climático y otros riesgos mundiales se suman a la carga de morbilidad actual. Entre sus consecuencias cabe mencionar un aumento de los riesgos actuales para la salud, que van desde

cambios de los perfiles nutricionales y la escasez de agua hasta enfermedades de transmisión vectorial.

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

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

Se calcula que, en América Latina, todos los años se producen 5 millones de accidentes de trabajo, de los cuales 90.000 son mortales, lo que equivale a 300 defunciones diarias.

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

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

Por medio de una alianza estratégica con las esferas de la educación y el trabajo, los ministros de salud y medio ambiente, reunidos en Mar del Plata en junio de 2005, acordaron un plan de acción conjunto relativo a la salud y el medio ambiente. En el marco de este plan se elaborarán programas estratégicos en respuesta a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, con tres prioridades fundamentales: el manejo integrado de los recursos hídricos y los desechos, el manejo racional de los productos químicos y la salud ambiental de los niños. Todos los ministros señalaron la necesidad urgente de que la OPS, la Organización de los Estados Americanos y el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente trabajen mancomunadamente en estos temas. La OPS asumirá el liderazgo en la esfera de la salud ambiental con respecto a los niños, como estrategia integrada para alcanzar los ODM.

ENFOQUES ESTRATÉGICOS

- Mejorar el desarrollo, la capacitación y la disponibilidad de recursos humanos técnicos.
- Obtener y mejorar métodos para la evaluación y la gestión de riesgos y los servicios de prevención.
- Actualizar los procedimientos normativos y reglamentarios.
- Establecer sistemas de información para identificar, analizar, vigilar y controlar los riesgos ambientales y ocupacionales.

- Promover el uso adecuado de la tecnología para mejorar la sensibilidad y especificidad de la vigilancia ambiental.
- Crear y fortalecer las redes intersectoriales e interinstitucionales para forjar alianzas estratégicas entre la salud, el medio ambiente, la educación y el trabajo.
- Crear una red de salud ambiental en relación con los niños como estrategia para ayudar a los países a alcanzar los ODM.
- Mejorar el registro de datos y los sistemas de formulación de indicadores.
- Promover los proyectos de investigación.
- Llevar a cabo la cooperación técnica con la participación de centros de excelencia y redes de varios sectores, a fin de promover la integración interprogramática e interinstitucional.

PREMISAS Y RIESGOS

La consecución de este objetivo estratégico se basa en las premisas siguientes:

- Que el personal del sector de la salud esté tomando cada vez más conciencia de que la carga de morbilidad asociada a los riesgos de salud ambiental está aumentando, según los datos probatorios más recientes.
- Que los encargados de adoptar decisiones (por ejemplo, los encargados de la formulación de políticas, los bancos y las organizaciones de la sociedad civil) en los sectores de la economía que mayor incidencia tienen en la salud pública den prioridad en medida creciente a la salud y que, en los procesos de adopción de decisiones, asignen un lugar central a los costos y beneficios sanitarios de sus actos.
- Que los socios en el desarrollo (centros colaboradores, organismos de cooperación, fundaciones, países beneficiarios y bancos) reconozcan cada vez más que reducir los riesgos ambientales para la salud contribuye en grado sumo a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio pertinentes.
- Que, en el contexto de la reforma del sistema de las Naciones Unidas, el entorno siga siendo favorable para que la OMS/OPS asuma un liderazgo mayor en el mundo en materia de salud pública y medio ambiente, dando a la salud un lugar más explícito en la respuesta humanitaria y las metas de sostenibilidad ambiental y desarrollo económico.

Los riesgos de la salud ambiental son principalmente consecuencia de actividades de sectores que no están relacionados con el sanitario, razón por la cual su reducción exige una intervención que no se limita al control directo del sector sanitario. Por lo tanto, este último debe ejercer una influencia en esos otros sectores para que presten más atención a la salud ambiental, y esa influencia debe ser suficiente para lograr los cambios deseados. En ese contexto, los riesgos que podrían dificultar el logro de este objetivo estratégico son:

- Que las expectativas de otros sectores con respecto a la posibilidad de obtener resultados rápidamente y reducir los riesgos de la salud ambiental superen la capacidad del sector sanitario para apoyar su acción. Eso se puede evitar proponiéndose metas realistas y viables.
- Que no se tenga acceso a información sobre las mejores opciones en materia de intervenciones sectoriales para mejorar la salud ocupacional y ambiental. Este riesgo se puede superar si los organismos sanitarios invierten en el análisis y la documentación de las intervenciones más eficaces y que exhiban la mejor relación costo-beneficio.
- Que el compromiso de los dirigentes de todo el mundo y los colaboradores en la esfera del desarrollo o el medio ambiente de mejorar la salud ambiental sea débil o efímero. Esto se puede remediar invirtiendo en alianzas y actividades de divulgación y comunicación más estratégicas a nivel mundial en relación con los problemas de salud

ambiental (por ejemplo, informes mundiales de especial interés público sobre las perspectivas de la salud ambiental).

La respuesta de los sistemas de salud para reducir los distintos riesgos de salud ocupacional y ambiental y extirpar sus causas siga siendo débil. Esa debilidad se podría superar estableciendo foros mundiales y regionales e iniciativas focalizadas con miras a dar alta prioridad a la salud y el medio ambiente e impulsar la acción por medio de alianzas, actividades de divulgación y comunicación centradas en los intereses y las necesidades del sector de la salud, y por medio del fortalecimiento de la capacidad de los sistemas de salud para integrar los problemas sanitarios y ambientales en los programas tradicionales del sector de la salud.

RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

RPR N.º 8.1 Se habrán formulado y actualizado evaluaciones, normas y directrices basadas en datos probatorios sobre los riesgos prioritarios para la salud ambiental (por ejemplo, la calidad del aire, las sustancias químicas, los campos electromagnéticos, el radón, la potabilidad del agua y la reutilización de aguas residuales) y se habrá prestado apoyo técnico para el cumplimiento de acuerdos ambientales internacionales y para el seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
8.1.1	Número de evaluaciones de riesgos, actualizadas o nuevas, de la carga de morbilidad ambiental realizadas por año.	2	4	8
8.1.2	Número de acuerdos ambientales internacionales cuya ejecución cuenta con el apoyo de la Oficina.	5	5	6
8.1.3	Número de países que aplican las directrices de la OPS/OMS sobre sustancias químicas.	11	15	20
8.1.4	Número de países que aplican las directrices de la OPS/OMS sobre calidad del aire.	7	8	12
8.1.5	Número de países que aplican las directrices de la OPS/OMS sobre el agua potable.	13	16	20
8.1.6	Número de países que aplican las directrices de la OMS sobre el agua con fines de recreación.	0	5	10

RPR N.º 8.2 Se habrá facilitado a los países cooperación técnica y orientación para realizar intervenciones de prevención primaria que reduzcan los riesgos de salud ambiental, aumenten la seguridad y promuevan la salud pública, incluso en entornos específicos y en grupos vulnerables (por ejemplo, niños y ancianos).

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
8.2.1	Adopción de estrategias regionales para la prevención primaria de los riesgos de la salud ambiental en el marco de los factores determinantes de la salud y la promoción de la salud en entornos específicos (lugares de trabajo, hogares, escuelas, asentamientos humanos y centros de atención de salud).	2	4	6
8.2.2	Número de países donde se aplican estrategias mundiales o regionales de prevención primaria de riesgos para la salud ambiental en entornos específicos (lugares de trabajo, hogares, escuelas, asentamientos humanos y centros de atención de salud).	10	14	20
8.2.3	Número de iniciativas mundiales o regionales nuevas o subsistentes, dirigidas a prevenir las enfermedades ocupacionales y las relacionadas con el medio ambiente (por ejemplo, los cánceres producidos por la irradiación ultravioleta o la exposición al asbesto o la intoxicación con plaguicidas o fluoruros) que se están ejecutando con el apoyo técnico y logístico de la Oficina.	1	4	5
8.2.4	Número de estudios realizados en los que se evalúan los costos y los beneficios de las intervenciones de prevención primaria en entornos específicos y cuyos resultados han sido difundidos.	1	2	4
8.2.5	Número de países que siguen las orientaciones de la OMS para prevenir y mitigar los riesgos ocupacionales y de salud ambiental emergentes, promover la equidad en esas esferas de la salud y proteger a las poblaciones vulnerables.	0	1	2
8.2.6	Se han promovido y difundido iniciativas regionales sobre la salud ambiental de los niños.	2	3	4

RPR N.º 8.3 Se habrá facilitado a los países cooperación técnica para fortalecer la formulación de políticas de salud ocupacional y ambiental, la planificación de intervenciones preventivas, la prestación de servicios y la vigilancia.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
8.3.1	Número de países que reciben apoyo técnico y logístico para la elaboración y ejecución de políticas de fortalecimiento de los servicios de saneamiento básico, así como de salud ocupacional y ambiental, y la vigilancia.	10	15	20
8.3.2	Número de organizaciones o universidades nacionales que ponen en práctica las iniciativas preconizadas por la OPS/OMS para reducir los riesgos ocupacionales (por ejemplo, entre los trabajadores del sector no estructurado de la economía, con objeto de ejecutar la Estrategia mundial de la OMS de salud ocupacional para todos o eliminar la silicosis).	2	4	6

RPR N.º 8.4 Se contará con directrices, instrumentos e iniciativas para ayudar al sector de la salud a influir en las políticas de sectores prioritarios (por ejemplo, energía, transporte, agricultura y ganadería), evaluar los efectos en la salud, analizar los costos y beneficios de las alternativas de políticas en esos sectores y aprovechar las inversiones en sectores que no están relacionados con la salud para mejorar la salud, el medio ambiente y la seguridad.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
8.4.1	Número de iniciativas ejecutadas en los países para elaborar y aplicar políticas del sector de la salud a nivel regional y nacional.	0	2	4
8.4.2	Producción y promoción de orientaciones e instrumentos sectoriales para evaluar los efectos en la salud, los beneficios y costos económicos, y la promoción de la salud y la seguridad en los países destinatarios.	Empleo de los instrumentos y las orientaciones producidos	Empleo en dos sectores de los instrumentos y las orientaciones producidos	Empleo en cuatro sectores de los instrumentos y las orientaciones producidos

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
8.4.3	Establecimiento de redes y alianzas para impulsar el cambio en sectores o entornos específicos, con inclusión de una estrategia de divulgación y comunicación.	Uso de las redes establecidas por la OMS/OPS	Uso de las redes establecidas por la OMS/OPS en dos países	Uso de redes establecidas para cuatro sectores, con la ejecución de una estrategia de comunicación
8.4.4	Número de eventos regionales o nacionales organizados con la cooperación técnica de la Oficina para la creación de capacidad y el fortalecimiento institucional en el sector sanitario y otros sectores a fin de mejorar las políticas relacionadas con la salud ocupacional y ambiental en tres sectores de la economía como mínimo.	1	2	4

RPR N.º 8.5 **Se habrá reforzado el liderazgo del sector de la salud para promover un entorno más sano y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud respondiendo a los problemas emergentes y reemergentes de salud ambiental relacionados con el desarrollo, la evolución tecnológica, el cambio ambiental mundial y las pautas de producción y consumo.**

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
8.5.1	Número de veces que los medios de difusión citan las estrategias de divulgación y comunicación en temas ocupacionales y ambientales ejecutadas a nivel regional y en colaboración.	Por determinar	Por determinar (aumento de 5% de las citas)	Por determinar (aumento de 10% de las citas en relación con el punto de partida)
8.5.2	Número de foros periódicos de alto nivel sobre la salud y el medio ambiente para instancias normativas e actores mundiales y regionales.	0	1	2
8.5.3	Número de informes quinquenales sobre las tendencias, las situaciones, los problemas clave del desarrollo y sus efectos en la salud.	1	1	2