



55.º CONSEJO DIRECTIVO

68.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, del 26 al 30 de septiembre del 2016

Punto 4.1 del orden del día provisional

CD55/5
4 de agosto del 2016
Original: inglés

**INFORME DE LA EVALUACIÓN DE FIN DE BIENIO DEL PROGRAMA
Y PRESUPUESTO 2014-2015 / PRIMER INFORME INTERINO DEL PLAN
ESTRATÉGICO DE LA OPS 2014-2019**

ÍNDICE

I. RESUMEN	3
II. INTRODUCCIÓN	4
III. PROCESO DE EVALUACIÓN DE FIN DE BIENIO	6
Evaluación conjunta.....	8
Evaluación institucional de los resultados inmediatos, los resultados intermedios y las categorías	9
Ejecución del presupuesto.....	11
Aspectos destacados de la evaluación conjunta de fin del bienio 2014-2015	12
IV. PANORAMA REGIONAL.....	16
Reducir la carga de las enfermedades transmisibles.....	16
Enfrentar las enfermedades no transmisibles, los factores de riesgo y la salud mental.....	18
Promover la buena salud a lo largo del ciclo de vida y abordar los determinantes de la salud.....	20
Fortalecer los sistemas de salud para avanzar hacia la consecución progresiva de la salud universal.....	23
Crear resiliencia y reducir la mortalidad, la morbilidad y los trastornos sociales causados por epidemias, emergencias y desastres	26
Fomentar un funcionamiento eficiente y eficaz de la Organización.....	29
V. PANORAMA DE LA EJECUCIÓN PROGRAMÁTICA	33
Panorama de la evaluación de las categorías	33
Evaluación de los indicadores de los resultados intermedios	34
Evaluación de los indicadores de los resultados inmediatos	36
Panorama del logro de los productos y servicios, 2014-2015	38
VI. EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO	40
Panorama del presupuesto: 2014-2015	40
Análisis de la asignación de recursos frente a la priorización de las áreas programáticas.....	48
Movilización de recursos y análisis de las brechas de financiamiento.....	50
VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	55
ANEXOS.....	588
Anexo A: Informes por categoría	
Anexo B: Ejemplos del compendio de indicadores	
Anexo C: Indicadores no alcanzados	
Anexo D: Resumen de indicadores con cambios propuestos para el bienio 2016-2017	
Anexo E: Abreviaturas	
Anexo F: Lista de países y territorios con su código correspondiente	

I. RESUMEN

1. La finalidad del presente informe es presentar a los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) los resultados de la evaluación final de la ejecución del Programa y Presupuesto de la OPS 2014-2015. Aunque este informe se centra en el primer bienio, también incluye el progreso realizado hacia el logro de las metas a seis años establecidas en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019.

2. Los resultados presentados son el producto del seguimiento y la evaluación de los resultados inmediatos e intermedios que por primera vez realizan conjuntamente los Estados Miembros y la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina). El informe fortalece y profundiza el compromiso de la Organización con la gestión basada en resultados y la mejora de la rendición de cuentas y la transparencia.

3. Resulta significativo que todos los 51 países y territorios¹ de la Organización participaron plenamente en la evaluación conjunta. La Región de las Américas es la primera que ha realizado una evaluación del desempeño conjuntamente con las contrapartes nacionales; las enseñanzas extraídas de este proceso se difundirán y documentarán como mejores prácticas. El proceso de evaluación conjunta empezó con evaluaciones a nivel de país, seguida por una validación realizada por expertos técnicos de la OPS y la consolidación de los resultados obtenidos en toda la Organización para presentarlos a los Cuerpos Directivos de la OPS. Los resultados que se presentan en este informe también se utilizaron en el Informe programático y financiero de la OMS para 2014-2015, incluidos los estados financieros comprobados correspondientes a 2015, presentado a la Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2016.

4. En el bienio 2014-2015, la OPS ejerció su papel como líder, agente convocador y agente catalizador para mejorar la salud de los pueblos de la Región de las Américas en colaboración con los Estados Miembros y los asociados. La Organización participó en actividades de cooperación técnica directa, movilizó recursos, fortaleció las alianzas y redes, creó capacidad, generó y aportó evidencia, y abogó por medidas para lograr los resultados del Programa y Presupuesto 2014-2015 e impulsar las prioridades del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Esto se hizo en el marco de los esfuerzos por cerrar brechas en el desempeño con respecto a Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que son clave en la transición hacia la aplicación de los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), establecidos en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

5. La evaluación del Programa y Presupuesto 2014-2015 muestra que se ha registrado un progreso constante hacia el logro de las metas previstas en el Plan Estratégico para el 2019, y que 90% de los indicadores de los resultados intermedios están en curso. A nivel de los resultados inmediatos —es decir, los resultados específicos

¹ A los fines del presente informe, se consideraron 51 países y territorios; no se evaluó la Colectividad de San Martín. La lista completa puede encontrarse en el anexo F.

del bienio— en la evaluación se indica que todos los 114 resultados inmediatos evaluados se alcanzaron total o parcialmente.

6. Se han logrado avances significativos en la mejora de la salud y el bienestar en toda la Región. Se alcanzaron hitos clave a nivel de impacto. Por ejemplo, se validó la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis congénita en Cuba, se declaró eliminada la transmisión endémica de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas, se comprobó la eliminación de la oncocercosis en Ecuador y México, se redujo la mortalidad y la morbilidad relacionadas con la malaria y el dengue, y se siguió reduciendo la mortalidad infantil en los menores de 5 años, lo cual condujo al logro del ODM 4 en la Región.

7. A nivel de los resultados intermedios, se lograron avances significativos en la ampliación de la cobertura de los servicios de salud y el acceso a estos servicios, en consonancia con la estrategia de salud universal y en fortalecimiento de la preparación y la capacidad de respuesta frente a los brotes de enfermedades y las emergencias. También se observó un aumento en el tratamiento de las enfermedades transmisibles, un mayor acceso a los servicios de salud mental, una reducción en el consumo de tabaco, mejoras en la salud reproductiva y un aumento en la capacidad para abordar los determinantes de la salud.

8. También se registraron logros importantes al nivel de los resultados inmediatos en cuanto a la formulación de políticas, estrategias, planes, programas, leyes, normas y directrices, además de mayor eficiencia operativa y mejoras de los procesos dentro de la Oficina. Estos logros permitirán que la Oficina y los Estados Miembros sigan mejorando los resultados intermedios y las metas de impacto en torno a la salud en los cuatro años que restan del Plan Estratégico.

9. Sin embargo, persisten retos y brechas clave en ciertas áreas, como las enfermedades no transmisibles y los factores de riesgo, la salud materna, el financiamiento del sector de la salud, el mantenimiento y fortalecimiento de las capacidades básicas para responder a las crisis y emergencias, y el aumento de la resiliencia de los sistemas de salud. La Organización en pleno, es decir, tanto los Estados Miembros como la Oficina, con la colaboración de asociados dentro y fuera de la Región, tendrá que encontrar estrategias para afrontar estos retos. Asimismo, tendrá que continuar con los esfuerzos de promoción y de inversión de los recursos necesarios para mantener los asuntos relativos a la salud pública entre los primeros lugares de las agendas políticas y de desarrollo. En este sentido, los ODS brindan una excelente oportunidad para poner de relieve la labor de la Organización.

10. El Programa y Presupuesto 2014-2015 se financió en un 97,6% en total, lo que representa una mejora con respecto al bienio anterior. Sin embargo, las disparidades en el financiamiento entre las distintas áreas programáticas siguen representando un reto, puesto que algunos programas prioritarios reciben menos de 75% de su presupuesto aprobado. Estas brechas impidieron la ejecución eficaz de los programas. Entre las medidas clave que podrían adoptarse para abordar las brechas de financiamiento en los

bienios futuros se encuentran dirigir la movilización de recursos hacia las prioridades programáticas establecidas por los Estados Miembros, así como realizar una asignación estratégica del financiamiento flexible de la Organización. Esto requiere una activa promoción de la causa y una constante comunicación estratégica para que los asociados y los donantes participen aún más en los esfuerzos por lograr los resultados previstos en el Plan Estratégico de la OPS y sus programas y presupuestos.

11. Sobre la base de los logros alcanzados y las enseñanzas extraídas se podrá profundizar y ampliar el alcance de la cooperación técnica, la eficacia y la rendición de cuentas respecto de los resultados de la Organización para así hacer realidad la visión estratégica del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019: *“En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad”*.

II. INTRODUCCIÓN

12. De conformidad con la resolución CD52.R8 (2013), la Oficina Sanitaria Panamericana se complace en presentar los informes sobre las evaluaciones bienales del desempeño con respecto a la ejecución del Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 y sus programas y presupuestos. En este informe se presentan los resultados del Programa y Presupuesto 2014-2015, el primero del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Además, el presente documento representa el primer informe preliminar sobre el progreso alcanzado en el logro de los resultados del Plan Estratégico.

13. Este informe se basa en la información recabada por medio de la evaluación conjunta que realizó la Oficina en colaboración con los Estados Miembros y en el proceso interno de seguimiento y evaluación del desempeño de la Oficina. Como parte de la evaluación, se analizó la situación de la salud pública en la Región, centrándose en el progreso alcanzado en el logro de los resultados intermedios establecidos en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019; también se describieron los retos que surgieron durante la ejecución del Programa y Presupuesto 2014-2015 y las medidas que deben adoptarse para afrontarlos en los próximos bienios. En la evaluación también se presenta un análisis presupuestario integral de los recursos disponibles y su asignación y gasto por nivel funcional y categoría programática.

14. La evaluación correspondiente al fin del bienio 2014-2015 es el primer ejercicio de evaluación formal llevado a cabo de manera conjunta por la Oficina y los Estados Miembros. Los 51 países y territorios de la Región participaron en la evaluación, que se realizó dentro del marco de rendición de cuentas y presentación de informes del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Se basa en la tradición y el compromiso de la OPS con la gestión basada en los resultados. También brinda la oportunidad de reflexionar sobre los logros, las brechas, los retos, las oportunidades y las enseñanzas en la Región en el ámbito de salud pública a fin de que guíen las intervenciones en el bienio 2016-2017 y en los bienios posteriores.

15. En el informe se incorporan las recomendaciones formuladas por los Estados Miembros en la décima sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración, en marzo del 2016, y en la tercera reunión del Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico de los Estados Miembros,² en abril del 2016. En la versión definitiva de este informe preliminar que se someterá a la consideración del 55.º Consejo Directivo de la OPS en septiembre del 2016 se incluirán las recomendaciones adicionales que plantee el Comité Ejecutivo en su 158.ª sesión, en junio del 2016. Los resultados de este informe

² A solicitud de los Estados Miembros, en octubre del 2014 se estableció el Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico a fin de que brinde orientación y observaciones con respecto a la puesta en marcha del proceso conjunto de seguimiento y evaluación, y de que perfeccione el marco de estratificación programática del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (resolución CD53.R3). Está compuesto por doce miembros designados por los ministerios de salud de Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Jamaica, México, Paraguay y Perú. El grupo está presidido por México y Ecuador ocupa la copresidencia.

fueron además el principal aporte de la Región de las Américas para la evaluación del presupuesto por programas 2014-2015 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que se presentó a la Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2016.

16. El informe consta de ocho secciones.
 - I. En la sección I se presenta el resumen, en el cual se brinda un panorama del informe y una síntesis con los principales resultados de la evaluación de fin de bienio.
 - II. En la sección II se presenta el informe en sí.
 - III. En la sección III se explica el proceso de evaluación de fin de bienio, incluido el método empleado para evaluar la ejecución programática y presupuestaria, así como los aspectos más destacados y las enseñanzas extraídas.
 - IV. En la sección IV se muestra el panorama regional, un análisis del estado de la Región en el campo de la salud pública y el progreso logrado en cuanto a las prioridades establecidas en el Plan Estratégico, así como las brechas, los retos y los riesgos que enfrentan los países y la Región en general.
 - V. En la sección V se hace un análisis institucional de la ejecución y los logros programáticos a nivel de categorías, resultados intermedios y resultados inmediatos.
 - VI. En la sección VI se hace un análisis de la ejecución del Programa y Presupuesto, incluida la movilización y asignación de recursos por nivel programático y funcional.
 - VII. En la sección VII se presentan las conclusiones, recomendaciones y enseñanzas extraídas.
 - VIII. La sección VIII consta de seis anexos (A-F). En el anexo A se brinda un informe detallado por categoría, área programática y resultados inmediatos e intermedios, que complementa la información de las secciones IV, V y VI. El método usado para los informes por categoría se describe en la sección III. En el resto de los anexos se dar ejemplos de la definición técnica de los indicadores de resultados inmediatos e intermedios, una lista de indicadores de resultados inmediatos e intermedios en los cuales se logró poco o ningún progreso, una lista de indicadores con cambios propuestos para el bienio 2016-2017, las abreviaturas usadas en este informe y la lista de países y territorios de la Región.

III. PROCESO DE EVALUACIÓN DE FIN DE BIENIO

17. En esta sección se describen los componentes del proceso de evaluación de fin de bienio: la evaluación conjunta con los Estados Miembros y los procesos internos de seguimiento y evaluación del desempeño de la Oficina, lo que incluye la ejecución presupuestaria y el análisis de los recursos. También se presentan las principales recomendaciones y enseñanzas extraídas de estos procesos. Estas enseñanzas servirán para fundamentar y mejorar las evaluaciones que se realicen en el futuro.

18. En el proceso general de evaluación de fin de bienio se usan enfoques cualitativos y cuantitativos para evaluar la ejecución programática y presupuestaria. El proceso correspondiente a la evaluación del bienio 2014-2015, el primero del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, se llevó a cabo en un período de cinco meses. Empezó con las autoevaluaciones de los países en noviembre del 2015, las cuales estuvieron seguidas por la validación efectuada por la red de categorías y áreas programáticas de la Oficina.³ Además de la evaluación conjunta de los indicadores de resultados inmediatos e intermedios realizada con los Estados Miembros, la Oficina completó su proceso interno de seguimiento y evaluación del desempeño de los planes de trabajo bienales en todas las 83 oficinas del nivel funcional de país, subregional y regional, incluido un análisis de la ejecución programática (la entrega de productos y servicios) y presupuestaria.

19. Los resultados preliminares de la evaluación de fin del bienio 2014-2015 se presentaron junto con un esquema de este informe al Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración en su décima sesión. Este informe preliminar de la evaluación de fin de bienio se presenta para el examen y las observaciones del Comité Ejecutivo en junio del 2016. La versión final se terminará en julio del 2016, sobre la base de la orientación recibida del Comité Ejecutivo, para ser sometida a la consideración del Consejo Directivo para su aprobación en septiembre del 2016. Los resultados de este informe fueron además el principal aporte de la Región de las Américas en la evaluación del presupuesto por programas de la OMS 2014-2015 que se presentó a la Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2016.

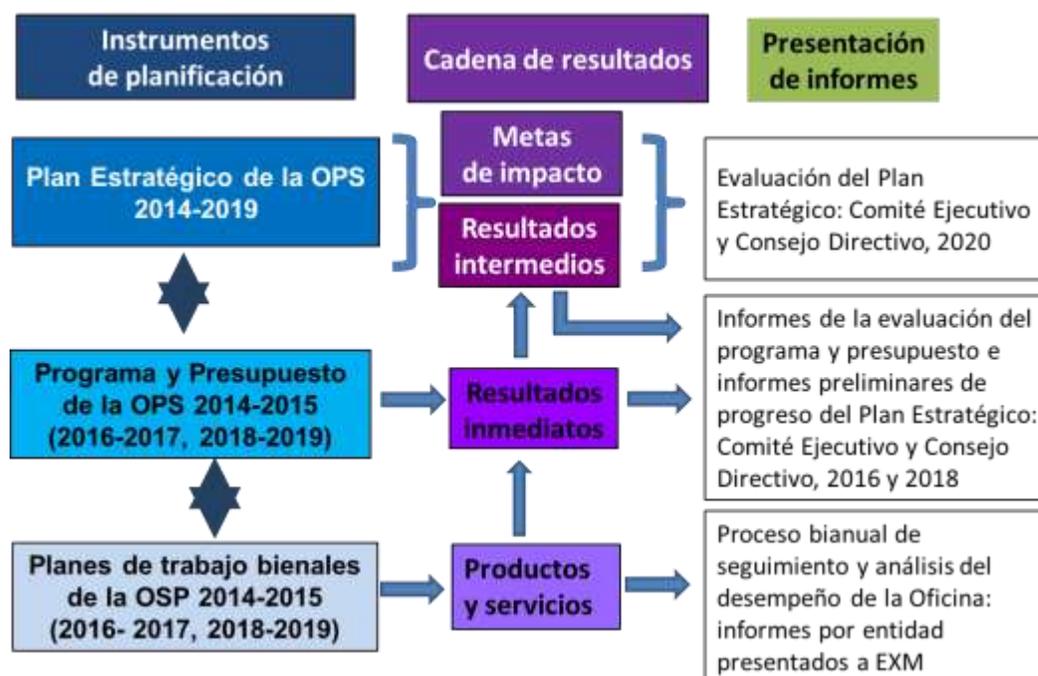
20. En el proceso de evaluación que se describe a continuación se cumplen los requisitos aprobados por los Estados Miembros (resoluciones CD52.R8 y CD53.R3) y las directrices formuladas con el Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico. Además, en el presente informe de evaluación se cumple el compromiso de los Estados Miembros y la Oficina con la rendición de cuentas y la transparencia conjuntas, conforme con lo acordado en la formulación del Plan Estratégico de la OPS y el Programa y Presupuesto 2014-2015, el primero de este plan.

³ La red de categorías y áreas programáticas es una red de los equipos gerenciales y técnicos de la Oficina. Los facilitadores de cada categoría dirigen un equipo de facilitadores de los resultados intermedios/áreas programáticas y de los resultados inmediatos, que evalúa los resultados intermedios e inmediatos bajo su responsabilidad. Los Directores de Departamento y los Jefes de Unidad de la Oficina participan como facilitadores de las categorías y las áreas programáticas, respectivamente.

21. En la figura 1 se muestra el orden, la secuencia y la frecuencia con que se realizan el seguimiento, la evaluación y la presentación de informes a los Cuerpos Directivos de la OPS. La Oficina elabora los planes de trabajo bienales que contienen los productos y servicios (parte inferior de la figura), los cuales representan la contribución directa de la Oficina en el logro de los resultados definidos en el Programa y Presupuesto y son su responsabilidad. Hay una revisión institucional interna del estado de la entrega de los productos y los servicios en los planes de trabajo que se realizan cada seis meses, en la cual participan todas las entidades de la Oficina. Este ejercicio está dirigido por la Directora y la Gerencia Ejecutiva de la Oficina (EXM).

22. Al subir en la cadena de resultados, al finalizar el período correspondiente a cada programa y presupuesto, la Organización realiza una evaluación de fin de bienio, en la cual tanto la Oficina como los Estados Miembros miden el logro de los resultados inmediatos previstos en el Programa y Presupuesto y el grado de progreso alcanzado en cuanto a los resultados intermedios establecidos en el Plan Estratégico. Después de seis años, que abarcan tres programas y presupuestos, la Organización evaluará si se han logrado los resultados intermedios y las metas de impacto previstas en el Plan Estratégico.

Figura 1: Instrumentos de planificación y presentación de informes de la OPS/OMS, 2014-2019



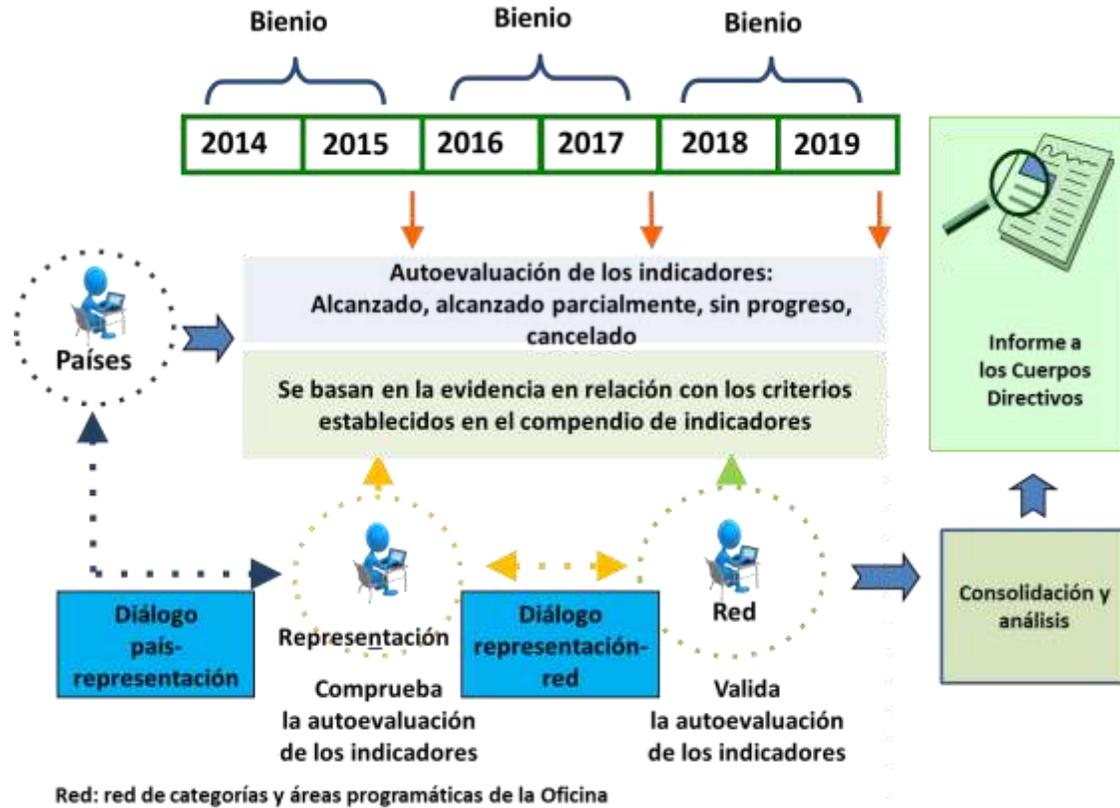
Evaluación conjunta

23. En la figura 2 se presenta un panorama del flujo de trabajo en el proceso de evaluación conjunta. Para cumplir con el mandato de realizar el seguimiento y la evaluación de manera conjunta, la Oficina, en colaboración con el Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico, creó el Sistema de Seguimiento del Plan Estratégico de la OPS (SPMS, por su sigla en inglés) en el 2015 para facilitar que la evaluación conjunta de los indicadores de resultados inmediatos e intermedios por parte de las autoridades nacionales de salud y la Oficina. Este sistema contiene la información programática requerida para hacer el seguimiento y la evaluación de la ejecución del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 y el Programa y Presupuesto 2014-2015, incluido el compendio de indicadores con definiciones y criterios técnicos para evaluar el logro de cada uno de los indicadores de los resultados inmediatos e intermedios. Cada país y territorio de la Región tuvo acceso al SPMS y se impartió capacitación sobre el uso del sistema a los puntos focales designados.

24. Una vez que se finalizaron las autoevaluaciones a nivel de país, facilitadas por las representaciones de la OPS/OMS, la red de categorías y áreas programáticas de la Oficina las examinó y validó para garantizar que los criterios de medición establecidos en el compendio de indicadores se habían aplicado de manera sistemática y correcta.

25. A continuación se consolidaron los resultados de todos los países y territorios, junto con información adicional disponible a nivel regional, para determinar si se habían alcanzado las metas del bienio con respecto a cada indicador. Los indicadores netamente regionales, que no habían sido concebidos para ser evaluados a nivel de país, también fueron evaluados por la red de categorías y áreas programáticas. Esto fue particularmente cierto en el caso de la categoría 6, pues la Oficina es la responsable principal de los indicadores de esta categoría. En conjunto, esta información constituye la base de la evaluación del estado de los resultados inmediatos e intermedios del Programa y Presupuesto de la OPS 2014-2015 y el Plan Estratégico 2014-2019. En el anexo A se describe la evaluación realizada por la red de categorías y áreas programáticas, y los detalles acerca del método de evaluación institucional se presentan en la siguiente sección del presente informe.

Figura 2: Proceso de evaluación del Plan Estratégico y de los programas y presupuestos de la OPS, 2014-2019



Evaluación institucional de los resultados inmediatos, los resultados intermedios y las categorías

26. La red de categorías y áreas programáticas realiza una evaluación general de la ejecución de las categorías. La evaluación de cada categoría sigue un método integrado y de abajo arriba de toda la cadena de resultados, usando información cuantitativa y cualitativa, a fin de determinar el logro en la cadena de resultados de la OPS.

27. Los facilitadores de los resultados inmediatos evalúan estos resultados al medir el logro de las metas de cada indicador. Los aportes de los países y los territorios por intermedio del SPMS constituyen la información principal que se utiliza en la evaluación de los resultados inmediatos, que se complementa con fuentes adicionales de información a disposición de la Oficina. El logro general de los resultados inmediatos se califica de la siguiente manera:

- a) **Alcanzado:** La meta del indicador establecida en el Programa y Presupuesto 2014-2015 (número de países y territorios, número o porcentaje en el caso de los

- indicadores regionales) se ha alcanzado. Se señalan aquellos casos en los que se ha superado la meta del indicador.
- b) **Alcanzado parcialmente:** Se ha registrado un avance con respecto al valor de la línea de base establecido en el Programa y Presupuesto (número de países y territorios, número o porcentaje en el caso de los indicadores regionales), pero no se logró la meta prevista para el 2015. Se explican las razones por las cuales no se logró el indicador.
 - c) **Sin progreso:** No hubo aumento alguno con respecto al valor de la línea de base establecido en el Programa y Presupuesto (número de países y territorios, número o porcentaje en el caso de los indicadores regionales). Se señalan los factores que obstaculizan progreso y los casos en los que se ha registrado una disminución con respecto a la línea de base (es decir, países que han dejado de cumplir con el criterio medido en la línea de base).

28. De conformidad con la resolución CD53.R3 (2014), que autoriza a la Directora de la Oficina para que “incorpore los cambios que sean necesarios en el Programa y Presupuesto 2014-2015 de acuerdo con la versión modificada del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019”, se indican cambios a los indicadores de los resultados inmediatos del Programa y Presupuesto 2014-2016 en el cuadro de evaluación de los resultados inmediatos sobre la base del examen de mitad de período y de la validación realizados por la Oficina.

29. Los facilitadores de los resultados intermedios evalúan estos resultados al medir el avance para alcanzar las metas de los indicadores, para lo que utilizan la información recopilada por medio del SPMS y hacen un análisis cualitativo de los factores que contribuyen al avance o que obstaculizan el logro del resultado intermedio. El logro de los resultados intermedios se califica de la siguiente manera:

- a) **Alcanzado:** La meta del indicador establecida para el 2019 (número de países y territorios, número o porcentaje en el caso de los indicadores regionales) en el Plan Estratégico de la OPS ya ha sido alcanzada. Se señalan aquellos casos en los que se ha superado la meta del indicador.
- b) **En curso:** Se ha registrado un aumento con respecto al valor de la línea de base del indicador definido en el 2013 (número de países y territorios, número o porcentaje en el caso de los indicadores regionales) y se está llevando adelante el trabajo necesario para lograr la meta establecida en el Plan Estratégico para el año 2019.
- c) **Sin progreso:** No hubo aumento alguno con respecto al valor de la línea de base establecido en el 2013 (número de países y territorios, número o porcentaje en el caso de los indicadores regionales) y podría peligrar el avance hacia el logro de la meta del indicador para el 2019. Se señalan aquellos casos en los que se haya registrado una disminución con respecto a la línea de base (es decir, países que hayan dejado de cumplir con el criterio medido en la línea de base).

30. Los facilitadores de las categorías evalúan las categorías sobre la base del análisis consolidado de la evaluación de los resultados inmediatos e intermedios, al igual que de un análisis cualitativo de los factores que contribuyen al avance o que obstaculizan el logro de los resultados relacionados con esa categoría. La calificación obtenida en la evaluación general para cada categoría y área programática es determinada por los facilitadores de las categorías y las áreas programáticas, respectivamente, teniendo en cuenta la ejecución programática y presupuestaria, el análisis de los recursos (humanos y financieros) y los riesgos operativos y programáticos. Las calificaciones se definen de la siguiente manera:

- a) ***Expectativas cumplidas (verde):*** se alcanzaron entre 90% y 100% de los resultados para el período que se está evaluando. Se está progresando de acuerdo con lo planificado; no se prevén impedimentos ni riesgos que afectan el logro de los resultados.
- b) ***Expectativas parcialmente cumplidas (amarillo):*** se alcanzaron entre 75% y 89,9% de los resultados para el período que se está evaluado. El progreso podría estar en peligro y se deben tomar medidas correctivas para superar los retrasos, impedimentos y riesgos.
- c) ***Progreso insuficiente (rojo):*** se lograron menos de 75% de los resultados para el período que se está evaluando. El progreso está en peligro debido a obstáculos o riesgos que están afectando la consecución de los resultados. Se necesitan medidas correctivas inmediatas.

Ejecución del presupuesto

31. En la ejecución del presupuesto y el análisis de los recursos se consideran los fondos disponibles para ejecutar el Programa y Presupuesto 2014-2015, el nivel de ejecución de esos fondos, las brechas de financiamiento y las actividades de movilización de recursos para cerrar las brechas.

32. ***Ejecución presupuestaria:*** Este factor se evalúa para la Organización en su totalidad por nivel funcional (entidades a nivel de país, entre países, subregional y regional) y por categoría y área programática. También se analiza la ejecución por segmento del presupuesto (programas básicos, respuesta a brotes y crisis, y contribuciones voluntarias nacionales) y por fuente de financiamiento (presupuesto ordinario y otras fuentes de financiamiento). La tasa de ejecución presupuestaria se calcula al dividir los fondos ejecutados por la cantidad de fondos disponibles para ejecutar el programa.

33. ***Análisis de los recursos:*** En el Programa y Presupuesto se establece el nivel previsto de recursos (costo planificado) que necesita la Oficina en su totalidad para ejecutar el programa de trabajo aprobado por los Cuerpos Directivos para un bienio dado. En el Programa y Presupuesto se establecen también los requerimientos estimativos de recursos para cada categoría y área programática. Durante el bienio, se movilizan recursos para cubrir la brecha de financiamiento de la Organización con respecto al

Programa y Presupuesto aprobado. La brecha de financiamiento institucional se reduce progresivamente durante el bienio a medida que se movilizan los recursos y se los asigna a los niveles funcionales, las categorías y las áreas programáticas. Se analiza la asignación de los recursos por categoría, área programática y prioridad programática para determinar si la Organización pudo seguir la orientación de los Cuerpos Directivos para asignar las partidas apropiadas a las áreas prioritarias, como se definieron en el Plan Estratégico 2014-2019. Este análisis se hace comparando las asignaciones con el Programa y Presupuesto aprobado para una categoría y área programática en el bienio.

Aspectos destacados de la evaluación conjunta de fin del bienio 2014-2015

34. Como se señaló anteriormente, esta fue la primera evaluación realizada de manera conjunta, lo que va más allá de la autoevaluación interna que hacía la Oficina en el pasado y este cambio es el resultado de las solicitudes de los Estados Miembros en pro de una mayor rendición de cuentas. La evaluación conjunta solo se ha realizado en la Región de las Américas de la OMS; los Estados Miembros han recomendado incluir esta experiencia entre las mejores prácticas y compartirla con la Sede y otras regiones de la OMS. Asimismo, representa una mejora y una ampliación de la gestión basada en resultados, así como una oportunidad de reflexionar más a fondo acerca de la cooperación técnica que presta la Oficina.

35. El proceso de evaluación conjunta con los Estados Miembros se inició a mediados de noviembre del 2015⁴ con la designación de los puntos focales de las autoridades nacionales de salud, que coordinaron la autoevaluación de los indicadores de resultados inmediatos e intermedios por parte de los países y territorios con la colaboración de las representaciones. Gracias a que se realizaron actividades de orientación, capacitación y seguimiento activo, en las cuales participaron funcionarios de salud tanto a nivel técnico como responsables de la toma de decisiones, se logró una tasa de participación de 100%, lo que quiere decir que participaron todos los 51 países y territorios de la Región. La participación activa en la evaluación conjunta fomentó en muchos países y territorios un mayor sentido de pertenencia con respecto a la ejecución y la evaluación de los programas de la OPS. Esto se tradujo a su vez en un proceso meticuloso y riguroso que dio mayor validez a los resultados de la evaluación.

36. Considerando todos los vínculos específicos de los países y territorios, era posible hacer 2.301 evaluaciones de resultados inmediatos y 891 evaluaciones de resultados intermedios. De ese total, se presentaron 2.287 evaluaciones de resultados inmediatos y 884 de resultados intermedios, lo que implicó una tasa de respuesta superior al 99% para los dos tipos de resultados.

37. La red de categorías y áreas programáticas validó la mayor parte de las evaluaciones a nivel de país. En aquellos casos en los cuales la red no estaba de acuerdo de inmediato con una evaluación, frecuentemente se buscó información adicional para

⁴ Antes de iniciar la evaluación conjunta, se realizaron varias pruebas piloto con los puntos focales de las autoridades nacionales de salud de distintos países a fin de perfeccionar el sistema y garantizar que estuviera listo para usarse como herramienta en la evaluación conjunta.

fundamentarla. En varios casos, la red propuso un cambio en la evaluación y muchos de estos ajustes implicaron un aumento. Esto significa que, sobre la base de la evidencia disponible sobre las actividades a nivel de país, la red consideraba que el país había subestimado su desempeño. Se llegó a un consenso sobre las evaluaciones mediante la coordinación y el diálogo entre la red, las representaciones y las autoridades nacionales de salud.

38. En términos generales, los resultados indican que el SPMS fue una herramienta eficaz para realizar la evaluación conjunta. Esto no hubiera sido posible sin la colaboración del Departamento de Planificación y Presupuesto y el Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud, que colaboraron en el diseño y la administración del sistema, y el asesoramiento y la orientación brindados por el Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico en su aplicación. Los Estados Miembros apreciaron esta innovación y recomendaron compartirla con toda la OMS como parte de las mejores prácticas.

Enseñanzas extraídas del proceso de evaluación conjunta

39. El método utilizado en la evaluación conjunta representó un cambio importante que sirvió para mejorar la rendición de cuentas y la transparencia por parte de los Estados Miembros y la Oficina. Como esta era la primera vez que se lo aplicaba, el proceso requirió un enfoque flexible, actividades adecuadas de capacitación y orientación, y un diálogo constante entre todas las partes interesadas. El entusiasmo y el compromiso de todos los países y territorios, así como el liderazgo y el apoyo de los equipos gerenciales y técnicos de la Oficina, incluida la red de categorías y áreas programáticas, permitieron que el ejercicio lograra resultados satisfactorios y alcanzar una participación plena a pesar de los retos planteados por el tiempo, la coordinación, la capacidad y el contexto de cada país.

40. El Plan Estratégico modificado, aprobado en septiembre del 2014, incluyó indicadores perfeccionados del impacto y de los resultados intermedios, así como un compendio detallado de indicadores, que contaron con el respaldo del Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico y fueron aprobados por los Cuerpos Directivos de la OPS. Esto representó un marco sólido para las actividades conjuntas de seguimiento y evaluación acordadas con los Estados Miembros. Sin embargo, en la práctica la evaluación de algunos indicadores se topó con dificultades debido a limitaciones en los datos y a la pertinencia de los indicadores mundiales, que tuvieron que adoptarse y adaptarse para que la Región pudiera mantener la concordancia con el Programa General de Trabajo de la OMS. A continuación se describen algunas de las dificultades encontradas.

41. A fin de armonizar los resultados inmediatos del Programa y Presupuesto 2014-2015 con los resultados intermedios del Plan Estratégico, los Estados Miembros autorizaron a la Oficina a hacer los ajustes correspondientes al Programa y Presupuesto, por lo cual fue necesario revisar las líneas de base y las metas de los indicadores de los resultados inmediatos. Por consiguiente, en la evaluación del fin del bienio 2014-2015 se

usaron las líneas de base y las metas revisadas establecidas en el Plan Estratégico modificado y los ajustes de la Oficina al Programa y Presupuesto.

42. Dado que la ejecución del Programa y Presupuesto 2014-2015 ya estaba a mitad de camino cuando se aprobó el Plan Estratégico modificado, las líneas de base y las metas de los indicadores de resultados inmediatos del bienio 2014-2015 no se validaron plenamente con los países y los territorios, lo que afectó la evaluación general de estos resultados. Esto puede resolverse usando la evaluación de fin del bienio 2014-2015 para validar las líneas de base y las metas del Programa y Presupuesto 2016-2017 a fin de garantizar una evaluación más exacta cuando finalice el presente bienio. Además, los ODS recién aprobados también se utilizarán como referencia en todos los indicadores pertinentes.

43. Uno de los puntos fuertes del proceso fue el estricto enfoque adoptado por la mayoría de los países y territorios; sin embargo, esta rigurosa aplicación del método también llevó a que hubiera subestimaciones en algunos casos. Esto, aunado a lo ambicioso de ciertos indicadores y metas, dio lugar a una subestimación de algunos indicadores, en particular a nivel de los resultados inmediatos.

44. El proceso de evaluación conjunta no solo permitió medir el progreso en el bienio, sino también brindó la oportunidad para que los Estados Miembros y la Oficina reflexionaran en conjunto sobre los resultados y fortalecieran sus actividades de cooperación técnica.

45. Una inquietud que surgió con frecuencia durante la evaluación fue la posibilidad de que reconocer oficialmente el cumplimiento de un indicador se interpretara como una señal de que podría reducirse la cooperación técnica en esa área (el “efecto de graduación”). Esta inquietud es infundada, dado que los países a menudo requieren una colaboración permanente para mantener sus logros y alcanzar avances adicionales más allá de los resultados inmediatos e intermedios. Esto pone sobre el tapete la cuestión más amplia de las implicaciones de la evaluación y la manera en que se usarán los resultados para fundamentar los programas de trabajo que se adopten en el futuro. Estos resultados se utilizarán para examinar las líneas de base y las metas de los resultados inmediatos del Programa y Presupuesto 2016-2017 y hacer cualquier ajuste que sea necesario en los planes operativos de este bienio; además, servirán de insumo en la elaboración del Programa y Presupuesto 2018-2019. Será necesario establecer un diálogo entre la Oficina y los Estados Miembros para compaginar aún más los programas con las metas de la planificación y el seguimiento de los resultados.

46. Este informe provisional de la evaluación del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 y el Programa y Presupuesto 2014-2015 se centró en el logro de los resultados intermedios e inmediatos, respectivamente; sin embargo, también dio un panorama acerca de los resultados y retos a nivel del impacto. En los dos bienios restantes del Plan Estratégico deberá prestarse especial atención al seguimiento y la evaluación del progreso a nivel de impacto.

47. Las limitaciones en cuanto al tiempo disponible para hacer las consultas necesarias con los equipos técnicos de las autoridades sanitarias nacionales, así como para que la red de categorías y áreas programáticas proporcionara la retroalimentación necesaria, fueron a menudo una preocupación manifiesta. Además, para las autoridades que condujeron la evaluación, aquellos indicadores que estaban más allá de la responsabilidad directa de las autoridades nacionales de salud y requerían el aporte y la colaboración de otros sectores —como agricultura y ganadería, educación, medioambiente, seguridad pública y seguridad social— representaron un reto en términos de medición y coordinación. Dada la prevalencia y la importancia de los indicadores multidimensionales del desarrollo y la salud, es esencial que haya colaboración intersectorial a fin de obtener datos completos para la evaluación. Para abordar este reto deben planificarse y aclararse con anticipación las funciones y responsabilidades de todas las partes involucradas. En los procesos que se emprendan en el futuro se prestará mucha atención a estos temas, así como a la mejora de aspectos relacionados con el tiempo, la duración y la coordinación.

48. El proceso de validación de las evaluaciones, en el cual la red de categorías y áreas programáticas a veces solicitó más información a las autoridades o propuso cambios en las evaluaciones, representó una oportunidad para que los diferentes niveles entablaran un diálogo y logaran que todos tuvieran una comprensión común en cuanto a los criterios usados en la evaluación y los logros de los países. La resolución de discrepancias fue un proceso intensivo que no siempre condujo al consenso, debido a las diferentes interpretaciones de las definiciones de los indicadores y los métodos usados para medirlos así como a las deficiencias en cuanto a la disponibilidad y fiabilidad de los datos. Conforme a lo establecido en las directrices de la evaluación, en este informe dirigido a los Cuerpos Directivos no se publicaron las discrepancias que no pudieron resolverse.

49. Para abordar los temas anteriores, la Organización tendrá que reforzar la colaboración y el diálogo activos, no solo durante la fase de evaluación sino también durante las fases de planificación y ejecución del programa de trabajo.

IV. PANORAMA REGIONAL

50. En esta sección se resume el progreso logrado en los esfuerzos por impulsar las prioridades de salud pública de la Región durante la ejecución del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 y el Programa y Presupuesto de la OPS 2014-2015. Se destacan además algunos de los logros, retos y enseñanzas más significativos durante el bienio. En los informes que se presentan en el anexo A se suministra información detallada sobre cada una de las categorías.

Reducir la carga de las enfermedades transmisibles

51. Siguió observándose una reducción de la carga de las enfermedades transmisibles en la Región. Entre los logros clave y los progresos importantes alcanzados se encuentran los siguientes: *a)* un mayor acceso a intervenciones relacionadas con la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS); *b)* un mayor número de pacientes con tuberculosis diagnosticados y tratados con éxito; *c)* la creación de capacidad a nivel de país en cuanto a la vigilancia, la prevención, el control o la eliminación de la malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores y enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas; y *d)* una mayor cobertura de la vacunación en las poblaciones y comunidades de difícil acceso manteniendo al mismo tiempo los logros alcanzados hasta la fecha en cuanto al control, la erradicación y la eliminación de las enfermedades prevenibles mediante vacunación.

Logros clave

52. Entre los hitos alcanzados en el bienio 2014-2015 se encuentra que se certificó la eliminación de la transmisión materno-infantil de la infección por el VIH y la sífilis congénita en Cuba, así como que se verificó la eliminación de la oncocercosis en Ecuador y México. Un hito histórico en el campo de la salud pública a nivel regional y mundial fue que en abril del 2015 se declaró eliminada la transmisión endémica de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas.

53. La Región de las Américas continuó siendo la región con la mayor cobertura de tratamiento antirretroviral a escala mundial; se calcula que están cubiertas 46% de las personas con infección por el VIH. Once países y territorios han informado que tienen una cobertura mayor al 95% en el tratamiento profiláctico contra la infección por el VIH para la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH, y catorce países y territorios han informado una cobertura de por lo menos 95% en el tratamiento de la sífilis en las embarazadas.

54. Sobre la base de la información más reciente disponible, en el 2013 el número acumulado de pacientes con tuberculosis bacteriológicamente confirmada que han sido tratados con éxito aumentó en 403.000 y se ubicó en 1,85 millones, lo que representa un progreso importante hacia el logro de la meta de 2,5 millones para el 2019.

55. La tasa de letalidad por dengue se redujo de 0,07% a 0,05% entre el 2010 y el 2014, según los últimos datos disponibles, lo que representa un descenso de 28%.

56. En la Región siguió observándose una reducción de los casos confirmados de malaria; en el 2014 se registraron 389.390 casos, lo que implica una reducción de 67% en comparación con el 2000. Hubo 87 defunciones, lo que representa una disminución de 79% en el mismo período. Esto reafirma el progreso de la Región en la lucha contra la malaria. Además, 100% de los casos de malaria confirmados en el sector público están recibiendo tratamiento antimalárico de primera línea.

57. Según la información a fines del 2014, dieciséis de los veintitrés países donde la lepra es endémica alcanzaron la meta de eliminar la enfermedad como problema de salud pública. En los países se siguió aumentando el acceso al diagnóstico y el tratamiento de la leishmaniasis y a las actividades integradas mejoradas de vigilancia y control.

58. Durante el bienio 2014-2015, se continuó manteniendo un número bajo de defunciones debidas a la rabia canina en la Región, con un total de 20 casos mortales confirmados en comparación con los 22 casos registrados en el bienio 2012-2013.

59. La Región siguió manteniendo los logros en cuanto a la cobertura de la vacunación, con una cobertura regional promedio superior al 90% en las tres dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP).

Retos

60. Persisten las brechas en el acceso a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de varias enfermedades transmisibles como la infección por el VIH, las ITS, las hepatitis virales, la tuberculosis y la malaria, entre otras.

61. La insuficiencia de recursos financieros y humanos, y la coordinación limitada entre todos los asociados e interesados directos representan obstáculos para la vigilancia, la prevención, el tamizaje, el seguimiento y las intervenciones que se necesitan para poner freno a varias enfermedades transmisibles.

62. Evitar que se siga expandiendo la circulación de las enfermedades arbovirales y en especial de manera más reciente de los virus del chikunguña y el Zika requiere un enfoque integrado que supone importantes retos financieros, técnicos y de gestión.

Enseñanzas extraídas

63. El proceso realizado para validar la eliminación de la transmisión materno-infantil de la infección por el VIH y la sífilis congénita en Cuba, que incluyó la misión de evaluación y reuniones del Comité Regional de Validación, representó una valiosa experiencia que puede usarse para actualizar documentos y fundamentar el proceso que se realizará con otros países que ya han solicitado a la OPS que efectúe dicha validación.

64. En vista de que la iniciativa para el control de la tuberculosis en grandes ciudades se elaboró sobre la base de un sólido marco epidemiológico, teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud, y que ha tenido resultados exitosos, las enseñanzas extraídas de ese proceso se usarán para apoyar de la ampliación de la iniciativa a la infección por el VIH, la diabetes y la salud mental, entre otras áreas.

65. El trabajo intersectorial e interprogramático conduce a mejores sinergias y al logro de éxitos conjuntos, como se ha visto con las campañas integradas de desparasitación y vacunación, el trabajo sobre la tuberculosis en las grandes ciudades y otras iniciativas. Sin embargo, para mantener estos logros es necesario que tales esfuerzos, particularmente en el trabajo intersectorial, se realicen de manera continua, pues muchos países enfrentan cambios en sus autoridades políticas y asociados estratégicos.

66. La elaboración y la aprobación del *Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales* ha centrado nuevamente la atención necesaria en las epidemias silenciosas en la Región.

Enfrentar las enfermedades no transmisibles, los factores de riesgo y la salud mental

67. Durante el bienio 2014-2015, fue fundamental promover y fortalecer la coordinación multisectorial para abordar las enfermedades no transmisibles (ENT) y sus factores de riesgo. Además, se elaboraron o se actualizaron políticas, planes y directrices para ejecutar intervenciones basadas en la evidencia (mejores inversiones). Se promovió la concientización política con respecto a la importancia de las ENT y la necesidad de fomentar la inversión para incrementar las actividades multisectoriales. El Consejo Directivo de la OPS aprobó planes de acción regionales con respecto a la salud mental, la violencia contra la mujer, la seguridad vial, las discapacidades y la rehabilitación, y la prevención de la obesidad en la infancia y la adolescencia.

Logros clave

68. La evidencia procedente de la Región indica que el consumo de tabaco en los adultos se redujo de 19% en el 2010 a 16,4% en el 2015, lo cual indica que probablemente el logro de la meta establecida en los resultados intermedios (17%) seguirá estando encaminado para el 2019.

69. Para fines del 2015, dieciséis países de la Región tenían planes de acción nacionales sobre las ENT, y catorce países habían fijado metas e indicadores nacionales acordes con los compromisos establecidos en la reunión de alto nivel sobre enfermedades no transmisibles de la Asamblea General de las Naciones Unidas que se celebró en el 2014. Además, se elaboraron directrices sobre las ENT y el modelo de atención a las enfermedades crónicas para el tratamiento integrado de las ENT, lo cual ayudó a fortalecer los sistemas y servicios de salud para las ENT.

70. Veintiún países y territorios iniciaron o consolidaron la integración de la salud mental en la atención primaria.

71. La Declaración de Brasilia sobre Seguridad Vial y el plan mesoamericano de seguridad vial representan logros importantes, ya que proporcionan directrices concretas para las medidas que se adopten a nivel local y nacional a fin de lograr las metas del Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011-2020 y las metas relacionadas de los ODS.

72. La *Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer* fue aprobada por el 54.º Consejo Directivo de la OPS en el 2015, gracias a lo cual la Región de las Américas pasó a ser la primera región de la OMS en respaldar un marco de acción sobre la violencia contra la mujer. Este documento también representó una contribución importante en la elaboración del plan de acción mundial sobre la violencia, que será examinado por la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud en el 2016.

73. La ejecución del *Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación* ha contribuido al progreso observado en el acceso a los servicios de habilitación y rehabilitación y los servicios sociales para las personas con discapacidad.

74. La ejecución del *Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia* ha sido fundamental para brindar apoyo a los países en la formulación de políticas y leyes sobre la publicidad de alimentos dirigida a los niños, la mejora del entorno con respecto a la nutrición en los establecimientos escolares, y el etiquetado en el frente de los envases para informar mejor a los consumidores acerca de los alimentos con alto contenido de azúcar, grasas y sal. Entre las medidas concretas que han adoptado los países se encuentran la aplicación de impuestos a las bebidas azucaradas (en Barbados, Dominica y México) y la aprobación de normas sobre el etiquetado en el frente de los envases (en Bolivia, Chile y Ecuador). El modelo de perfil de nutrientes elaborado por la OPS está ayudando a apuntalar estos cambios importantes.

Retos

75. Para hacer frente a las ENT y establecer regulaciones en cuanto a los factores de riesgo es necesario no solo reconocer su importancia sino también ampliar la colaboración intersectorial y la capacidad de aplicar y hacer cumplir plenamente políticas sólidas y leyes eficaces. Los poderosos intereses de las industrias del tabaco, las bebidas alcohólicas y los alimentos, por una parte, y la falta de recursos financieros y humanos para abordar estos temas, por la otra, limitan las posibilidades de éxito en este frente.

76. La reducción del consumo nocivo de alcohol sigue siendo un gran reto, sin indicios de progreso durante el bienio pasado para alcanzar este resultado intermedio. Las tendencias actuales apuntan a un aumento del consumo de alcohol por habitante, mayor consumo en las mujeres y tasas más elevadas de episodios de consumo excesivo de alcohol. Si no se aplican las políticas con buenos resultados, no se alcanzarán las metas del resultado intermedio. Por consiguiente, es necesario dar más prioridad de inmediato al consumo de alcohol como una preocupación importante de salud. Aunque varios países han elaborado políticas o planes nacionales en materia de consumo de alcohol, la mayoría no fueron aprobados por las autoridades nacionales, lo cual pone en tela de juicio la voluntad para abordar este factor de riesgo.

77. Muchos países dependen de las encuestas quinquenales sobre las ENT y sus factores de riesgo, por lo que las brechas en las actividades de vigilancia no permiten medir la prevalencia de los factores de riesgo y las ENT, ni los indicadores relacionados

con la nutrición y la salud mental, que no están incluidos en los protocolos actuales de las encuestas.

78. Aunque en toda la Región se reconoce ampliamente la carga que representan la violencia, los traumatismos y las discapacidades en la salud y el desarrollo, la respuesta a este respecto no guarda consonancia con la magnitud del problema. Esto se debe a la falta de financiamiento, la disponibilidad insuficiente de información y la capacidad limitada en los países.

79. Aunque algunos países de la Región cumplen con los criterios de la OMS en cuanto a las mejores prácticas sobre la legislación relativa a la seguridad vial, existen puntos débiles con respecto al cumplimiento de estas leyes.

Enseñanzas extraídas

80. La experiencia del último bienio ha demostrado que para hacer frente a los retos antes mencionados se requiere un fortalecimiento de la capacidad a nivel regional y más recursos humanos y económicos a nivel subregional y de país. Al mismo tiempo, es necesario fortalecer la capacidad institucional nacional para elaborar, aplicar y hacer cumplir las políticas, los planes, los programas y la legislación.

Promover la buena salud a lo largo del ciclo de vida y abordar los determinantes de la salud

81. Durante el bienio, se lograron avances en aspectos clave de la salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto, adoptando un enfoque que abarca la totalidad del ciclo de vida y toma en consideración los determinantes sociales y ambientales de la salud y los temas transversales (género, equidad, derechos humanos y etnicidad). Habida cuenta de las dificultades para alcanzar el ODM 5, relacionado con la salud materna, se prestó más atención a la ejecución de planes para reducir la mortalidad materna y perinatal, y promover la salud sexual y reproductiva.

Logros clave

82. La Región mantuvo la tendencia descendente en la tasa de mortalidad en los menores de 5 años, lo que permitió alcanzar la meta establecida en el ODM 4 al registrar una reducción general de 69% entre los años 1990 y 2015.

83. En los países donde hay más de 7.000 partos al año, la tasa de mortalidad materna se redujo en 21% durante el bienio 2013-2014.

84. Gracias al esfuerzo colectivo de los países y los asociados, la tasa de fecundidad en adolescentes mantuvo la tendencia descendente y pasó de 65,6 por 1.000 en el 2013 a 64,4 en el 2014 en mujeres de 15 a 19 años. Seis países elaboraron o actualizaron estrategias y políticas nacionales sobre la salud en la adolescencia.

85. Dieciocho países estaban aplicando planes integrados para reducir la mortalidad materna y perinatal, en consonancia con los planes de acción regionales sobre mortalidad materna y salud neonatal.

86. La iniciativa Ciudades y Comunidades Adaptadas a las Personas Mayores⁵ se expandió a más de 65 ciudades de la Región; además, en dos países de América Latina y diez países del Caribe oriental se han puesto en marcha programas de autocuidado basados en la evidencia para personas mayores con múltiples enfermedades crónicas.

87. El 54.º Consejo Directivo aprobó la *Estrategia y plan de acción sobre demencias en las personas mayores*, mientras que la Organización de los Estados Americanos (OEA), con el apoyo de la OPS, aprobó a la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

88. Diez países han introducido normas y pautas sobre derechos humanos en declaraciones de alcance subregional y en políticas, leyes o decretos ministeriales de alcance nacional. Dos países reformaron sus códigos civiles sobre la base de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas, y aprobaron o actualizaron protocolos sobre salud mental por medio de decretos ministeriales para que estuvieran en consonancia con convenciones universales y regionales sobre derechos humanos. Ocho países han reformado leyes nacionales sobre la base de normas y pautas sobre derechos humanos en áreas como la infección por el VIH, la salud en la adolescencia, la discapacidad y el control del tabaco.

89. En diecinueve países se fortaleció la capacidad institucional para cuantificar y analizar las desigualdades sociales en el ámbito de la salud. Esto incluyó la elaboración de perfiles de la equidad en salud que abordaban las dimensiones sociales, económicas y ambientales del desarrollo sostenible.

90. El 53.º Consejo Directivo aprobó el *Plan de acción sobre la salud en todas las políticas* y se elaboró una hoja de ruta para su ejecución que incluye el contexto de la agenda para el desarrollo después del 2015. Además, se realizó una revisión sistemática del ODS 3 y sus treinta metas para que sirviera de guía en la ejecución de la agenda después del 2015.

91. Se fortaleció la capacidad de los países en torno a la vigilancia de la calidad del agua, la calidad del aire dentro de las viviendas, la salud ocupacional y la adaptación ante el cambio climático. Hubo un progreso considerable en la medición y reducción de las inequidades al fortalecer capacidad en los planes de seguridad del agua.

⁵ La iniciativa Ciudades y Comunidades Adaptadas a las Personas Mayores es una estrategia multisectorial de la OMS. Su objetivo es promover entornos adaptados a las personas mayores que puedan adoptarse eficazmente a nivel local, a fin de que las ciudades y las comunidades sean lugares mejores para las personas de edad que viven en ellas. De esa manera, estas personas pueden aportar a sus comunidades y preservar su autonomía y salud.

Retos

92. A pesar de la reducción en la tasa de mortalidad materna mencionada anteriormente, ningún país de la Región alcanzó la meta del ODM 5 de reducir en 75% la tasa de mortalidad materna entre los años 1990 y 2015. Al menos 11 países lograron un descenso significativo (de 40% o más) en dicha tasa durante ese período.

93. Persiste la urgente necesidad de reducir las causas evitables de muerte y morbilidad grave en madres y recién nacidos, en particular aumentando el acceso a servicios de alta calidad y salvando las brechas de información.

94. La colaboración con los interesados directos no tradicionales que están tomando decisiones importantes que afectan al derecho a la salud y los derechos humanos relacionados (parlamentos, ministerios de relaciones exteriores y otros ministerios, y comisiones nacionales de derechos humanos, entre otros) ha sido limitada.

95. Entre los interesados directos varía el grado de conocimiento y comprensión de los temas transversales y de la manera de integrarlos y aplicarlos de forma significativa en los programas de salud.

96. Se cuenta con una capacidad limitada de respuesta ante las demandas cada vez mayores de los países que requieren apoyo para traducir los determinantes sociales de la salud en medidas concretas.

97. En este período en que los países hacen la transición hacia los ODS, persisten grandes retos con respecto al cumplimiento de las metas de los ODM relativas al saneamiento, el cierre de la brecha entre las zonas urbanas y las zonas rurales en cuanto a agua y saneamiento, y la reducción del uso de combustibles sólidos como la principal fuente de energía doméstica en la Región. La coordinación y los esfuerzos multisectoriales emprendidos para abordar los problemas de salud ambiental y ocupacional que afectan a la Región tendrán un papel fundamental a este fin.

Enseñanzas extraídas

98. La visión integrada y el enfoque holístico aplicados en el proyecto Cero Muertes Maternas por Hemorragia, en el que se incorporaron aspectos relacionados con los programas y los servicios de salud, permitieron dar una respuesta más ágil a la emergencia de la hemorragia obstétrica usando los recursos de una manera más eficiente. Este modelo ha sido expandido por los ministerios de salud, con resultados positivos.

99. Para alcanzar los objetivos de las políticas sobre envejecimiento en la Región, es necesario adoptar un enfoque más amplio, multisectorial y que incluya a otros interesados directos dentro y fuera del sector de la salud.

100. Las actividades y los debates técnicos relacionados con los vínculos entre el virus del Zika, los derechos de la mujer y las desigualdades en materia de género, así como la particular vulnerabilidad de las personas que viven en situaciones de pobreza, muestran que se requiere una colaboración más estrecha para garantizar que en el trabajo que

realiza la Organización durante todas las emergencias de salud pública se preste suficiente atención a los temas transversales, las desigualdades estructurales, y las normas y pautas regionales e internacionales acerca de derechos humanos aplicables a la salud de la mujer.

101. Como parte de la ejecución del *Plan de acción sobre la salud en todas las políticas*, de alcance regional, existe la necesidad de documentar y difundir las mejores maneras de aplicar los conceptos de la salud en todas las políticas, los determinantes sociales de la salud y los ODS. Además, la aplicación de los ODS y los indicadores asociados brinda la oportunidad de aprovechar sus sinergias con la agenda de salud en todas las políticas.

102. La Región tiene que mejorar y consolidar la gobernanza de los recursos hídricos, para que se adopte un cambio de paradigmas que permita avanzar hacia la integración sostenible de la gestión de los recursos hídricos desde su captación hasta que llegan al consumidor, junto con esfuerzos para reducir las desigualdades. Deben adoptarse medidas para incluir planes sobre la salubridad del agua como parte de las estrategias nacionales sobre recursos hídricos.

Fortalecer los sistemas de salud para avanzar hacia la consecución progresiva de la salud universal

103. Siguió lográndose avances significativos en la aplicación de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. Entre ellos cabe destacar la elaboración de hojas de ruta nacionales que amplían el acceso a los servicios mediante la atención primaria dentro de redes integradas de servicios de salud; la elaboración de estrategias integrales de financiamiento en los países; el reajuste de las políticas sobre recursos humanos para la salud que satisfagan las necesidades actuales de los sistemas y servicios de salud; y un mejor acceso a medicamentos y tecnologías de la salud que sean seguros, eficaces y de calidad, conforme a las necesidades de salud de la población. También se observó progreso en la elaboración de sistemas integrados de información de salud, y se adoptaron medidas concretas en los países para mejorar los sistemas de información de salud y el seguimiento de los indicadores básicos, la capacitación y la elaboración de documentos a fin de facilitar el análisis de salud y brindar apoyo en la toma de decisiones a medida que los países avanzan hacia la salud universal.

Logros clave

104. En consonancia con la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* y la *Estrategia sobre legislación relacionada con la salud*, en diez países se registró una mayor cooperación técnica para brindar apoyo a la elaboración o la ejecución de planes de acción u hojas de ruta hacia la salud universal. Además, en once países se elaboraron marcos normativos para la salud universal y en quince se está trabajando en la ejecución de marcos financieros para la salud universal.

105. Con miras a mejorar la prestación integrada de servicios de salud que estén centrados en la persona y sean de buena calidad, a fines del 2015 veintitrés países habían

aplicado la estrategia de redes integradas de servicios de salud, y doce países habían aplicado estrategias o planes nacionales para mejorar la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes.

106. Gracias al trabajo realizado permanentemente para fortalecer los sistemas de regulación farmacéutica, diez países elaboraron planes de desarrollo institucional y se publicaron los perfiles regulatorios de 17 países. Además, en colaboración con el Consejo para el Desarrollo Humano y Social (COHSOD, por su sigla en inglés), se fortalecieron las políticas sobre preparaciones farmacéuticas en el Caribe. La colaboración de la OPS con el Mercado Común del Sur (MERCOSUR) en las negociaciones sobre los precios de los medicamentos de alto costo dio lugar a reducciones significativas en los precios de los medicamentos contra la infección por el VIH/sida y la hepatitis C.

107. Los países están logrando avances en la elaboración y ejecución de planes y políticas de recursos humanos para la salud con miras a lograr la meta de salud universal y atender las necesidades actuales y futuras de salud de sus poblaciones. Al menos diecisiete países tienen planes de acción acordes con las políticas y necesidades de sus sistemas de prestación de atención de salud.

108. La Región ha logrado avances considerables en el fortalecimiento de los sistemas de información de salud, la adopción de tecnologías y estrategias nuevas para la investigación y la evidencia, y la incorporación de la ética en las investigaciones en el campo de la salud. Esto ayuda a los países a mejorar el análisis de salud para respaldar la toma de decisiones a medida que se acercan a la salud universal. A este respecto, la OPS ha prestado cooperación técnica para fortalecer los sistemas de información de salud en toda la Región de las Américas, en consonancia con las estrategias presentadas en el *Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud* de la OPS. La creación de la Plataforma de Información de Salud de las Américas (PLISA), una plataforma virtual para la información de salud, representa otro recurso valioso que la Región y los países pueden usar en sus actividades de vigilancia de la mortalidad, las enfermedades transmitidas por vectores, los indicadores centrales de salud y el progreso en los indicadores del impacto establecidos en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019.

Retos

109. Se requiere seguir trabajando para definir políticas a fin de reformar las estrategias de financiamiento de la salud en los países de manera que contribuyan en el avance hacia la salud universal. Aunque varios países de la Región elaboraron estrategias para aumentar el gasto en salud pública, pocos informaron haber avanzado hacia la meta de que el gasto público destinado a la salud represente por lo menos 6% del producto interno bruto. El aumento del gasto en salud pública requerirá un fuerte compromiso político por parte de los países de la Región para crear el espacio fiscal necesario para lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal para la población.

110. A fin de aumentar la capacidad de los países de hacer el seguimiento y evaluar el progreso hacia la salud universal se necesitan sistemas de información más sólidos que puedan producir datos oportunos y de calidad para medir el progreso en el acceso a los

servicios de salud por parte de la población y la cobertura de los servicios de salud, la gobernanza y el liderazgo, la equidad y la eficiencia del financiamiento de la salud, y las acciones en cuanto a los determinantes sociales de la salud en la Región.

111. Se necesita un compromiso más fuerte para la aplicación de políticas y reformas que permitan fortalecer la prestación de servicios de salud y abordar la fragmentación, la escasa calidad técnica, las derivaciones tardías, la falta de acceso a servicios preventivos y la excesiva importancia que se da a la atención de cuadros agudos y el tratamiento basado en el hospital.

112. No hay suficiente información para determinar con exactitud en qué porcentaje se redujo en el 2015 el número de hospitalizaciones por condiciones médicas que pueden recibir atención ambulatoria. Se requieren esfuerzos adicionales para fortalecer los sistemas de información de la Región a este respecto.

113. Para los países y territorios de la Región los costos cada vez mayores de los medicamentos y las tecnologías de la salud representan un reto, por lo que se requiere la adopción de estrategias generales en este campo. Asimismo, debe darse prioridad al fortalecimiento de los sistemas de regulación en aquellos Estados Miembros con capacidad limitada en esta área.

114. Con respecto a los recursos humanos, entre los retos más importantes se encuentran la armonización de las políticas, los planes y los reglamentos de recursos humanos con los sistemas de salud y las necesidades de prestación integrada de los servicios; las limitaciones en los datos sobre recursos humanos; y la limitada integración del sector de la salud con el sector educativo.

Enseñanzas extraídas

115. Aprovechando el diálogo de alto nivel entablado en el 2015 con los países y varios organismos financieros internacionales, la Organización debe seguir trabajando con el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), entre otros, a fin de alcanzar un consenso sobre el financiamiento de la salud en la Región de las Américas, en particular con respecto a las recomendaciones para la preparación de subvenciones y proyectos sobre copagos y otros gastos directos.

116. La experiencia reciente con respecto a la preparación de los sistemas de salud para hacer frente a los brotes por los virus del Ébola, el chikunguña y el Zika ha brindado la oportunidad de mejorar la respuesta de los sistemas de salud a este respecto. A diferencia de lo que ocurría hace cierto tiempo, cuando la agenda mundial sobre la salud universal parecía competir con la agenda mundial sobre la seguridad en torno a la salud, hoy en día parece haber un consenso mundial cada vez mayor en torno a la idea de que la seguridad en la salud solo puede lograrse fortaleciendo aquellos sistemas de salud que avancen hacia la salud universal y que, al mismo tiempo, realicen esfuerzos para aumentar su resiliencia.

117. Un elemento clave para el avance hacia la salud universal es el fortalecimiento de la función rectora y la gobernanza del sector de la salud. El fortalecimiento de la capacidad para ejercer de manera sostenible las funciones esenciales de salud pública sigue siendo un reto para la mayoría de los países de la Región. Para las autoridades sanitarias nacionales, varios de los procesos de reforma puestos en práctica en los últimos 20 años han ocasionado una disminución involuntaria de su capacidad de lograr que los arreglos institucionales, los recursos humanos y el financiamiento estén en el lugar que les corresponde para la aplicación de las funciones esenciales de salud pública, en particular el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) del 2005 y las emergencias de salud y la preparación y respuesta en casos de desastres. En el 2015, la OPS emprendió la actualización del marco de las funciones esenciales de salud pública y brindó orientación a los países acerca de su aplicación. En el bienio siguiente, las actividades de cooperación técnica estarán centradas en brindar apoyo a los países para evaluar sus capacidades en cuanto a la aplicación de las funciones esenciales de salud pública y la elaboración de planes de acción para mejorarlas.

118. Una vez que se ha garantizado el compromiso político, los enfoques subregionales han demostrado ser alternativas viables para garantizar la eficiencia e intercambiar recursos entre aquellos Estados Miembros que tienen una capacidad limitada.

119. Para mejorar el acceso a los medicamentos y otras tecnologías sanitarias de alto costo posiblemente sea necesario explorar y elaborar estrategias nuevas para la colaboración entre los países.

120. La movilización de los recursos para realizar investigaciones en el ámbito de la salud requiere que se trabaje en forma concertada con otros sectores (por ejemplo, ciencia y tecnología, educación, industria y otros interesados directos del sector económico). Son particularmente importantes los asociados del sector económico e industrial, dada su capacidad para llevar los proyectos a una mayor escala.

Crear resiliencia y reducir la mortalidad, la morbilidad y los trastornos sociales causados por epidemias, emergencias y desastres

121. Los esfuerzos se centraron en el bienio en el fortalecimiento de la capacidad de los países en cuanto a la prevención, reducción de riesgos, preparación, vigilancia, respuesta y recuperación rápida al enfrentar emergencias, desastres y brotes de enfermedades. A raíz de que se redoblaron los esfuerzos para responder a los brotes por los virus del Zika y el Ébola, así como a varias inundaciones y sequías graves que afectaron la Región, se observó un aumento de la capacidad de los países para responder de manera más eficiente y eficaz a las emergencias y los desastres causados por todo tipo de amenazas. Se hizo particular hincapié en establecer las capacidades básicas previstas en el RSI del 2005, fortalecer la resiliencia de los establecimientos de salud ante los desastres, mejorar la capacidad de los países y territorios para coordinar la ayuda humanitaria de salud, y mantener la Región libre de brotes de fiebre aftosa.

Logros clave

122. En total, 22 países de la Región solicitaron y obtuvieron una prórroga para el período 2014-2016 en los planes de acción nacionales relativos al RSI, con lo cual mostraron su compromiso por establecer las capacidades nacionales en el campo de la salud pública. Como parte del desarrollo de las capacidades previstas en el RSI, se prestó apoyo técnico para actualizar estos planes en el contexto del marco de la OPS para el fortalecimiento de la preparación y la respuesta a nivel nacional frente a la enfermedad por el virus del Ébola (EVE) en la Región de las Américas. Este marco se elaboró y se ejecutó con la cooperación técnica directa prestada a más de 26 Estados Miembros como parte de las actividades permanentes de preparación y respuesta frente a los brotes de enfermedades infecciosas emergentes.

123. Se mantuvo el sistema epidemiológico de seguimiento y respuesta, que funciona las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para informar rápidamente a los Estados Miembros acerca de amenazas o riesgos para la salud pública. Durante el bienio, se difundieron 38 alertas y actualizaciones epidemiológicas, y se publicaron 31 actualizaciones de eventos (10 relacionadas con el virus del Zika) en el sitio web de información sobre eventos del RSI a los Centros Nacionales de Enlace para el RSI.

124. Los países mejoraron su capacidad para responder a los brotes de los virus del chikunguña y el Zika mediante la creación de instrumentos de gestión clínica y el fortalecimiento de la capacidad de laboratorio.

125. La tasa de letalidad por el cólera en Haití se mantuvo por debajo de 1% (0,89% en el 2015), y la OPS siguió brindando liderazgo y apoyo técnico para abordar la prolongada emergencia por el cólera.

126. La Organización movilizó activamente recursos nacionales e internacionales para las operaciones de respuesta en todas las emergencias de grado 1 y grado 2 que afectaron a la Región. Asimismo, aumentó su capacidad institucional en el ámbito de la preparación, la vigilancia y la respuesta en casos de desastres en relación con todo tipo de amenazas, de acuerdo con su política de respuesta institucional a emergencias y desastres.

127. Se proporcionó a los Estados Miembros liderazgo y apoyo técnico en la ejecución del *Plan de acción de hospitales seguros*. El número de países y territorios que aplican el índice de seguridad hospitalaria para evaluar la seguridad de los hospitales en casos de desastres aumentó a 36; la mayoría también está adoptando medidas correctivas en los establecimientos de salud prioritarios.

128. El esfuerzo innovador de integrar las consideraciones relativas al cambio climático y la reducción de los riesgos de desastres en el sector de la salud (la iniciativa de hospitales inteligentes) se ha ampliado a siete países del Caribe: Belice, Dominica, Granada, Guyana, Jamaica, Santa Lucía, y San Vicente y las Granadinas.

129. No se han notificado casos de fiebre aftosa en la Región de las Américas desde enero del 2012. No se ha notificado ningún brote nuevo en las zonas o países reconocidos como libres de fiebre aftosa desde abril del 2013, lo que representa un hito histórico. Se

prestó liderazgo y cooperación técnica para la ejecución del *Plan de acción 2011-2020 del Programa Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa*.

130. El 53.º y el 54.º Consejo Directivo aprobaron, respectivamente, el *Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria 2015-2019* así como el *Plan de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos*.

131. Siete Estados Miembros han fortalecido su capacidad de inspección de alimentos, haciendo hincapié en la inspección de alimentos basada en el riesgo.

Retos

132. Es importante garantizar que los países sigan comprometidos con los esfuerzos por crear las capacidades básicas sostenibles del RSI, teniendo en cuenta las enseñanzas obtenidas en la preparación y respuesta a la EVE y otras emergencias de salud pública.

133. Las limitaciones en los recursos financieros y humanos (capacitados y disponibles de inmediato) para la reducción de riesgos de desastre continúan representando un reto.

134. Es necesario que haya un fuerte compromiso nacional, actividades de coordinación multisectorial y enfoques interprogramáticos para fortalecer la capacidad en cuanto a la inocuidad de los alimentos y para integrarla en las estrategias y planes más amplios sobre nutrición y enfermedades no transmisibles en la Región.

135. Con respecto a la fiebre aftosa, la OPS enfrenta mayores expectativas y demanda de parte de los países para que preste cooperación técnica continua a fin de mantener los logros alcanzados hasta la fecha en la Región de las Américas. Deben adoptarse medidas para afrontar los retos pendientes en aquellos países que no han alcanzado la condición de libres de la fiebre aftosa e impulsar aún más los programas nacionales para alcanzar la condición de “libres sin vacunación”.

136. Es necesario intensificar las actividades regionales y el compromiso nacional de ejecutar los planes nacionales de resistencia a los antimicrobianos.

Enseñanzas extraídas

137. Deben aplicarse mecanismos para facilitar el intercambio de información y buenas prácticas entre los países a fin de fortalecer la preparación y respuesta a los agentes patógenos emergentes en el bienio 2016-2017.

138. En el contexto del marco para la preparación y la respuesta frente a la EVE, las misiones técnicas a los países han permitido detectar discrepancias entre los resultados de los expertos y las autoevaluaciones de los países de las puntuaciones relativas a las capacidades básicas del RSI. Esto demuestra que es necesario perfeccionar el método de monitoreo de la aplicación del RSI para dar un mayor énfasis a la función de los sistemas de salud pública.

139. El uso de cifras regionales sobre la carga de las enfermedades de transmisión alimentaria como herramienta de promoción de la causa llevó a que aumentara la conciencia en las autoridades nacionales y a que los Estados Miembros le asignaran una mayor prioridad a estas enfermedades. Esto ha contribuido a la elaboración de cálculos estimativos nacionales de carácter obligatorio.

140. Fortalecer la participación de los interesados directos de múltiples sectores, dentro y fuera del sector de la salud, es fundamental para alcanzar el éxito en la ejecución del *Plan de acción de hospitales seguros*.

Fomentar un funcionamiento eficiente y eficaz de la Organización

141. Además de los logros técnicos descritos anteriormente, la OPS avanzó de manera sostenida en el fortalecimiento y la mejora de sus funciones habilitadoras y servicios corporativos para la ejecución de sus programas de cooperación técnica. A este respecto, la Organización siguió fortaleciendo sus actividades de cooperación centrada en los países, y en la actualidad dispone de un marco nuevo de cooperación entre países para el desarrollo de la salud y una estrategia para los ocho países clave. Se adoptaron medidas concretas a fin de reforzar la cooperación técnica subregional. Se siguieron estableciendo alianzas en pro del liderazgo en salud con los equipos de las Naciones Unidas en los países. La gestión basada en los resultados siguió siendo la piedra angular de los procesos de planificación, presupuestación, gestión de programas, seguimiento y evaluación en toda la Organización, y hubo una mayor participación de los Estados Miembros mediante enfoques integrales de abajo arriba y de estratificación de prioridades.

Logros clave

142. La OPS siguió fortaleciendo y ampliando su compromiso con los Estados Miembros, el sistema de las Naciones Unidas y el sistema interamericano, los mecanismos de integración subregional y los asociados para la puesta en práctica del Plan Estratégico de la OPS, empleando enfoques que comprenden la totalidad del gobierno. Además, se fortaleció la colaboración con los países mediante una mayor promoción de la política de cooperación centrada en los países y se actualizó la estrategia de la OPS con los países clave para brindar apoyo a la cooperación técnica con fines específicos.

143. Por primera vez se realizó un proceso de evaluación conjunta del Plan Estratégico de la OPS y el Programa y Presupuesto, del que participaron todos los países y territorios. Para facilitar este proceso, se desarrolló y se puso a la disposición de todos los Estados Miembros el SPMS, un nuevo sistema que permite realizar en forma conjunta las actividades de evaluación y seguimiento. Esta iniciativa, única en todas las regiones de la OMS, mejorará la transparencia y la rendición de cuentas en la formulación y ejecución de los programas y presupuestos.

144. El Programa y Presupuesto 2014-2015 fue financiado en un 97% y los Estados Miembros aprobaron un presupuesto integrado con un aumento de 8,8% para el bienio 2016-2017.

145. Como parte integral de la planificación estratégica y la elaboración de programas y presupuestos, la OPS ha sido pionera en la elaboración de una metodología sólida y científica para la estratificación de las prioridades programáticas. Este enfoque innovador es resultado de una colaboración intensa y productiva emprendida con expertos clave de salud pública de las autoridades nacionales de salud de la Región.

146. En el 2015 la OPS adoptó, configuró e instaló el Sistema de Información Gerencial de la OSP (PMIS, por su sigla en inglés) dentro del presupuesto y el cronograma previstos, para lo cual usó un programa de planificación de recursos institucionales.

147. Se lograron avances en la aplicación de la política de gestión de riesgos institucionales; se determinaron los riesgos institucionales y se definieron los planes preventivos que se ejecutarán en el bienio 2016-2017.

148. A fin de reducir los costos y aumentar la eficiencia, se ejecutaron acuerdos sobre el nivel de servicios con indicadores clave de desempeño a fin de mejorar los servicios administrativos y de apoyo. Los resultados preliminares son alentadores, pues los costos operativos se redujeron entre 2% y 3%.

149. La Oficina también siguió empleando novedosas tecnologías y plataformas de comunicación para realizar sus actividades de cooperación técnica de una manera eficaz y eficiente. Los esfuerzos consolidados tanto en las actividades de divulgación a los medios de comunicación como en el desarrollo de la imagen de la página web contribuyeron a que la Organización lograra un mejor posicionamiento y jerarquización dentro de la comunidad internacional.

Retos

150. La posibilidad de aplicar un mecanismo de coordinación para múltiples asociados a nivel de país así como el uso de este mecanismo varían según el contexto nacional y la presencia de organismos de ayuda y desarrollo en los países y territorios.

151. Durante el tiempo que duró la negociación del marco de la OMS sobre la colaboración con los agentes no estatales, no hubo claridad sobre la manera en que la Organización podría colaborar con dichos agentes, especialmente con respecto a la movilización de recursos. La adopción del marco de la OMS sobre la colaboración con los agentes no estatales por la Asamblea Mundial de la Salud y su adaptación a las características particulares de la OPS debe ofrecer la orientación necesaria a este respecto.

152. Queda pendiente lograr un mayor progreso en el área de evaluación; se espera que un enfoque integrado consolide las enseñanzas extraídas de los informes de evaluación y otros medios.

153. Hubo dificultades constantes para atraer fondos suficientemente flexibles que pudieran asignarse estratégicamente a aquellas áreas programáticas que tuvieran mayor

necesidad o prioridad, así como para obtener el financiamiento pleno de la porción del presupuesto por programas de la OMS correspondiente a AMRO.

154. La necesidad de que hubiera personal que tuviera que dedicar una parte significativa de su tiempo al desarrollo del PMIS y las pruebas que se hicieron representó un reto considerable, pues el personal también tuvo que trabajar para cumplir con las responsabilidades programáticas y administrativas permanentes.

155. La capacidad desigual en las áreas de comunicación estratégica y gestión del conocimiento limita la posibilidad de promover y posicionar eficazmente la labor de la Organización.

Enseñanzas extraídas

156. Ampliar las alianzas estratégicas más allá de los interesados directos tradicionales en el ámbito de la salud ha contribuido a fortalecer la visibilidad de la OPS y su función como “intermediario”.

157. El proceso de elaborar estrategias de cooperación en los países brinda la oportunidad de fortalecer las funciones de la OPS de liderazgo y promoción en asuntos relacionados con la salud a nivel nacional, y brinda el marco principal de referencia para orientar el programa de cooperación técnica para los países y con ellos.

158. El apoyo y la colaboración constantes de la gerencia superior ha sido fundamental para lograr avances en los mecanismos de rendición de cuentas en toda la Organización.

159. Los procesos de abajo arriba de planificación y de estratificación de prioridades que se aplicaron en la elaboración del Plan Estratégico y el Programa y Presupuesto de la OPS representaron una contribución significativa para que se elaboraran planes y presupuestos más realistas, con un mayor énfasis en las prioridades que se definen conjuntamente con los Estados Miembros. La participación de los Estados Miembros y del personal de distintos departamentos de la Oficina en los procesos de planificación y presupuestación de la Organización, sin precedente alguno, debería traducirse en un mayor sentido de pertenencia y un mayor compromiso con la ejecución, el seguimiento y la evaluación del Plan Estratégico 2014-2019 y los tres programas y presupuestos correspondientes.

160. El nuevo sistema y proceso conjunto de seguimiento y evaluación instituido para el Plan Estratégico y el Programa y Presupuesto de la OPS, en el cual participan los Estados Miembros y la Oficina, mejoró la rendición de cuentas y la transparencia en la Organización y permitió arraigar aún más la gestión basada en resultados en toda la Organización.

161. El compendio de indicadores llevó a la formulación de sólidos criterios técnicos para la medición de indicadores y facilitó el diálogo y la resolución de las discrepancias en la evaluación conjunta con los Estados Miembros. También reveló la necesidad de

repetir esta buena práctica con todos los planes de acción que elabore la Organización a fin de garantizar que los resultados se evalúen de forma sistemática y objetiva.

162. La evaluación de fin de bienio ha llevado a reconsiderar las líneas de base y las metas de los resultados inmediatos que no habían sido validadas anteriormente. Los resultados de la evaluación de fin del bienio 2014-2015 se usarán como aporte para la validación y la posible revisión de las líneas de base y las metas de los resultados inmediatos del Programa y Presupuesto 2016-2017. Asimismo, las metas de los ODS relacionadas con la salud se utilizarán en la validación de los resultados inmediatos del bienio 2016-2017 para garantizar que contribuyan al logro de los compromisos establecidos en los ODS.

163. Ante los cambios observados en el entorno y las exigencias en cuanto a salud y desarrollo, la Organización debe seguir incorporando la innovación, la tecnología y la combinación adecuada de aptitudes para mantenerse a la vanguardia en la respuesta a los retos actuales y emergentes de salud pública en la Región.

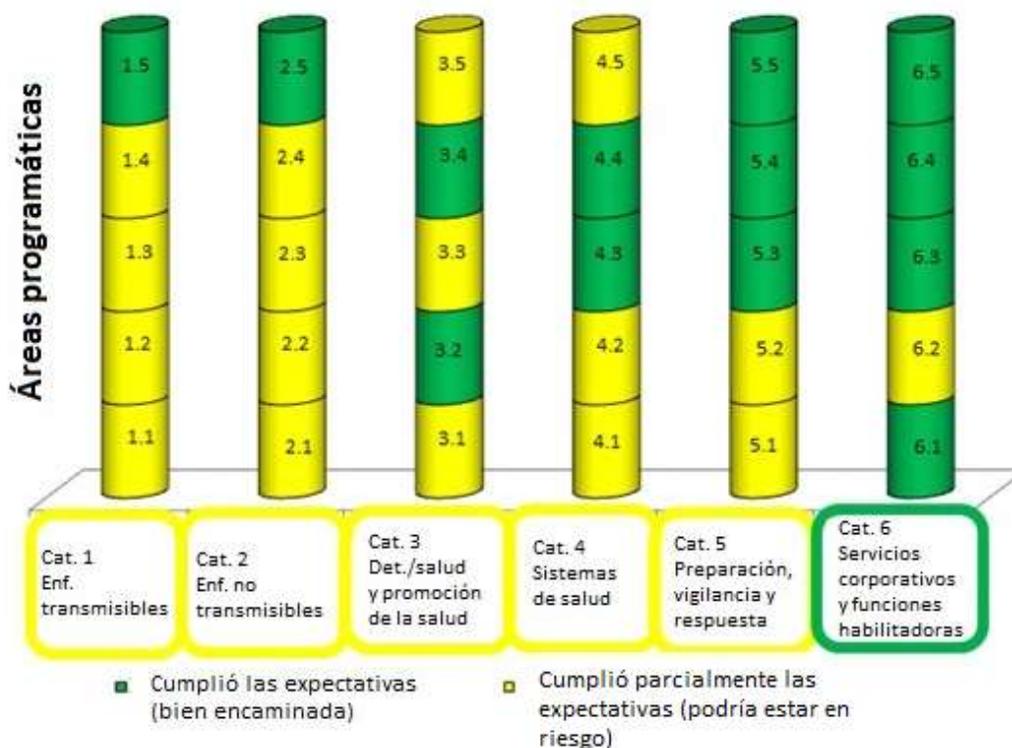
V. PANORAMA DE LA EJECUCIÓN PROGRAMÁTICA

164. En esta sección se presenta un resumen de los resultados de la evaluación, lo que incluye la ejecución del Programa y Presupuesto de la OPS 2014-2015 y los avances logrados hasta la fecha para alcanzar los resultados del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Se describe el estado de las categorías y las áreas programáticas, en especial el progreso para alcanzar los 83 indicadores de resultados intermedios y los 115 indicadores de resultados inmediatos, mediante los esfuerzos conjuntos de los Estados Miembros y la Oficina. También se presenta un resumen de la evaluación de los productos y servicios entregados por la Oficina en el bienio 2014-2015. En el anexo A figura un informe de progreso detallado por categoría y área programática, con la evaluación de los indicadores de los resultados intermedios y los resultados inmediatos.

Panorama de la evaluación de las categorías

165. Como se puede observar en la figura 3, en cinco de las seis categorías se cumplieron parcialmente las expectativas, mientras que en una, la categoría 6, se cumplieron plenamente las expectativas durante el bienio. En cuanto a las áreas programáticas, en 13 de 30 se cumplieron las expectativas, y estas áreas programáticas están bien encaminadas para lograr los resultados del Plan Estratégico en el 2019. Aunque en las 17 áreas programáticas restantes las expectativas se cumplieron parcialmente, se lograron avances importantes en cada una de ellas. Se deberán adoptar medidas decisivas para asegurar que los retrasos, impedimentos o retos que obstaculizan el progreso se aborden en el próximo bienio a fin de que estas áreas programáticas vuelvan a estar bien encaminadas, y se deben mantener los esfuerzos en aquellas áreas programáticas en las que se cumplieron las expectativas. Es digno de mención que en esta primera evaluación no se encontró ninguna categoría o área programática que estuviese en riesgo.

Figura 3: Panorama de las categorías y áreas programáticas, 2014-2019



Evaluación de los indicadores de los resultados intermedios

166. Como se muestra en las figuras 4 y 5, en el primer bienio del Plan Estratégico 2014-2019, la Región registró avances considerables para alcanzar las metas de los indicadores de resultados intermedios, que miden el progreso hacia el mejoramiento de la salud o la reducción de los factores de riesgo. Por ejemplo, en 5 (6%) de los 83 indicadores de los resultados intermedios ya se han logrado o se han excedido las metas fijadas para el 2019. Estos son los indicadores 1.3.1 (malaria), 1.5.4 (poliomielitis), 3.1.1 (métodos de planificación familiar), 3.1.5 (neumonía) y 5.5.1 (respuesta a una emergencia). Además, 70 (84%) de los 83 indicadores están en curso, y de ellos, 8 registraron logros de más de 80% de sus metas, lo que indica que la Región está bien encaminada para alcanzar los resultados intermedios en el 2019.

167. A pesar del progreso general constante hacia el logro de las metas fijadas para el período de seis años abarcado por el Plan, subsisten algunos retos para cumplir los indicadores establecidos para el 2019. Esto es especialmente cierto para los indicadores de resultados intermedios de la categoría 2 (enfermedades no transmisibles y factores de riesgo) y de la categoría 4 (sistemas de salud), donde el progreso dependerá de nuevos compromisos y requerirá esfuerzos y recursos adicionales en sector de la salud y fuera de él. Los indicadores de los resultados intermedios que no están avanzando según lo

previsto exigirán un seguimiento estrecho y medidas aceleradas para afrontar los retos subyacentes que están obstaculizando el progreso. En particular, cuatro de los siete indicadores de resultados intermedios que no mostraron ningún progreso en este bienio necesitarán la aplicación de medidas correctivas inmediatas: 2.1.1a, 2.1.1b y 2.1.1c, todos relacionados con el consumo del alcohol y sus consecuencias, así como el 4.1.2, que establece una meta para el gasto público destinado a la salud de por lo menos 6% del PIB. Estos indicadores, especialmente el que se relaciona con la salud universal (4.1.2), exigen un compromiso político fuerte y una intensa promoción de la causa tanto por parte de los Estados Miembros como de la Oficina, además de la colaboración intersectorial.

Figura 4: Panorama de la evaluación de los indicadores de resultados intermedios, 2014-2019

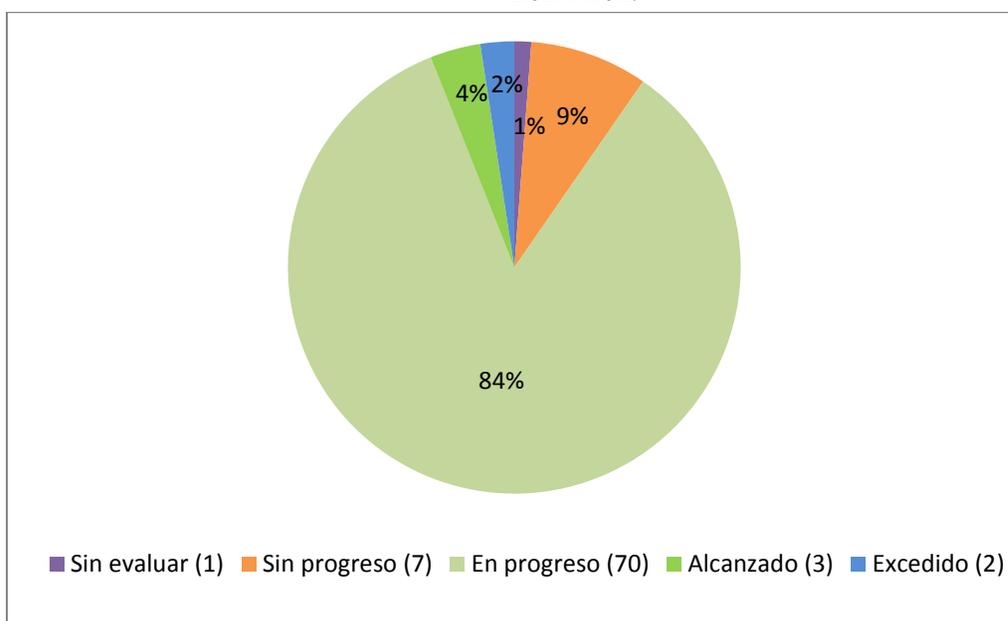
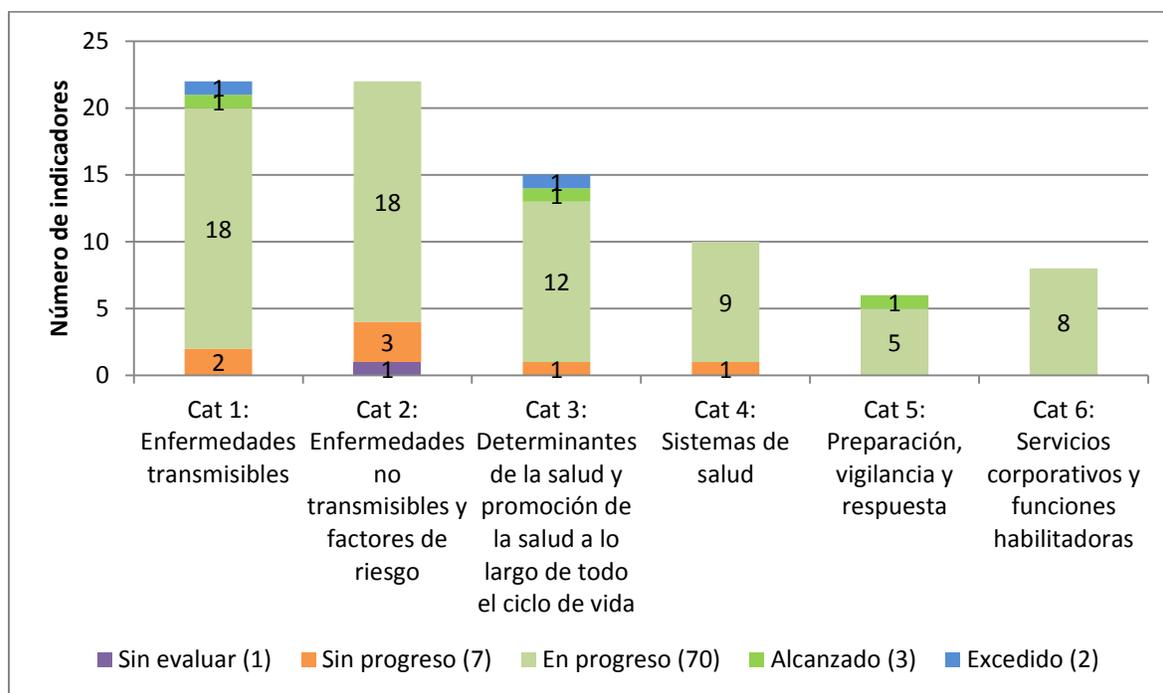


Figura 5: Evaluación de los indicadores de resultados intermedios por categoría, 2014-2019



Evaluación de los indicadores de los resultados inmediatos

168. Los indicadores de los resultados inmediatos miden los cambios en las políticas, las estrategias, los planes, los programas y las normas para mejorar los sistemas y los servicios. Como se muestra en la figuras 6 y 7, a fines del 2015, 58 de los 116 indicadores de resultados inmediatos se habían alcanzado o excedido, mientras que otros 56 se habían alcanzado parcialmente.⁶ De los 58 indicadores que se alcanzaron, en 37 se superaron las metas del 2015. Además, se hicieron avances considerables en los 56 indicadores que se alcanzaron parcialmente, en los que proseguirá el trabajo en el período 2016-2017. Los detalles sobre cada indicador de resultado inmediato se presentan en los informes por categoría, en el anexo A, incluida la lista de países y territorios que alcanzaron plenamente cada indicador y de aquellos que los alcanzaron parcialmente.

169. Los problemas principales que impidieron el logro de los indicadores de los resultados intermedios y de resultados inmediatos son: *a)* falta de información fidedigna que permita medir y hacer el seguimiento en forma apropiada del progreso por los países y los territorios; *b)* apoyo político insuficiente, capacidad institucional limitada y medidas intersectoriales débiles, así como las prioridades que compiten por los recursos en los

⁶ Además de los 114 indicadores de resultados inmediatos, un indicador de resultado inmediato, el 6.1.5, fue cancelado luego de la revisión de los indicadores del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, que se hizo con el Grupo de Trabajo de los Países y otro (6.2.3) no fue evaluado debido a la falta de datos para el bienio.

programas regionales y nacionales; y c) metas demasiado ambiciosas en algunos indicadores; por ejemplo, en 49 indicadores de resultados inmediatos se fijaron metas que duplicaban el valor de la línea de base.

Figura 6: Panorama de la evaluación de los indicadores de resultados inmediatos, 2014-2019

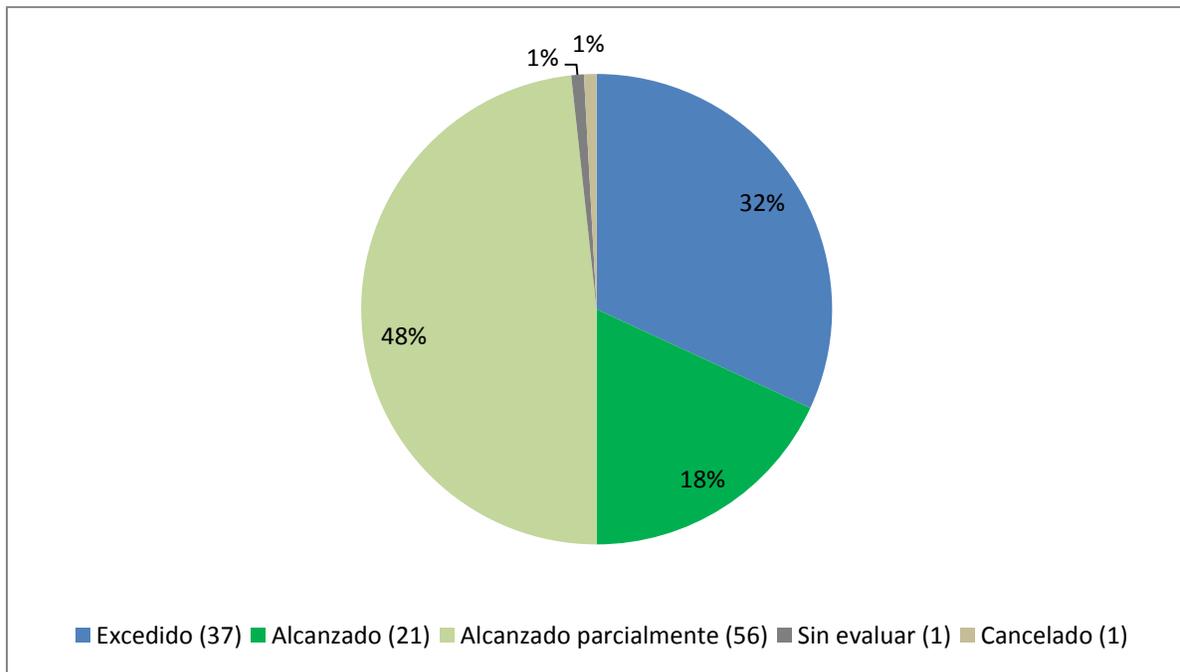
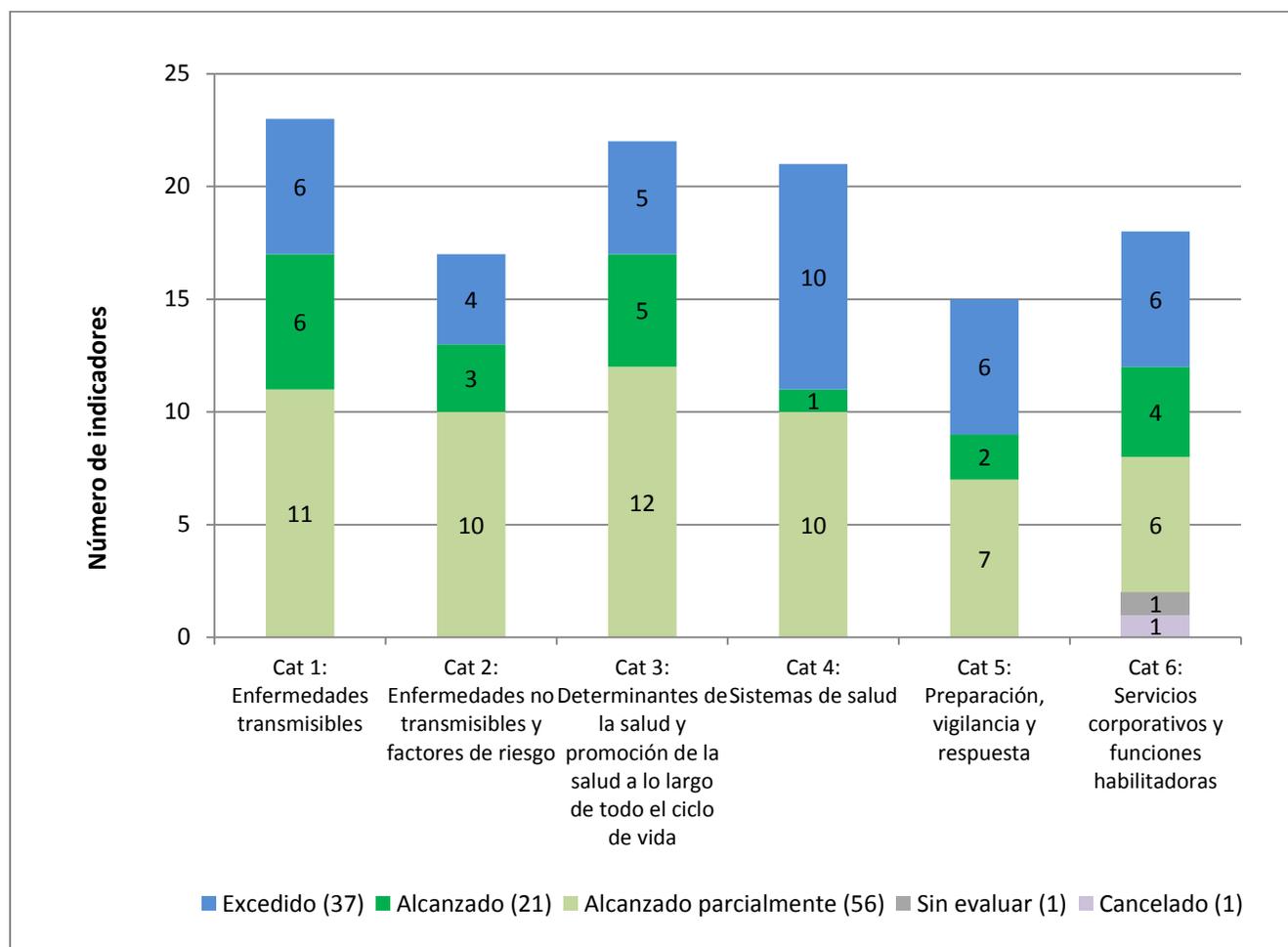


Figura 7: Evaluación de los indicadores de resultados inmediatos por categoría, 2014-2019



Panorama del logro de los productos y servicios, 2014-2015

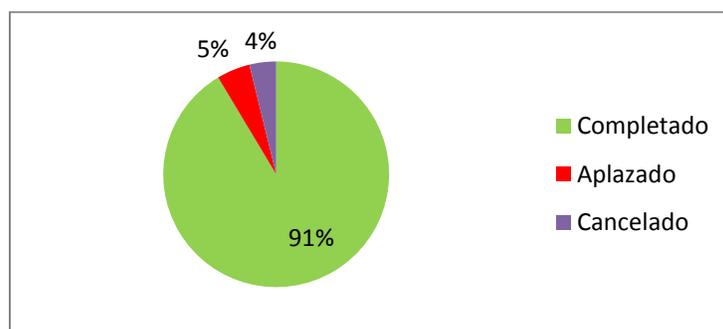
170. Como se describe en la sección III, además de la evaluación conjunta de los indicadores de resultados intermedios y de resultados inmediatos con los Estados Miembros, la Oficina finalizó el seguimiento y evaluación internos de la ejecución de los planes de trabajo bienales del período 2014-2015 en todas las 83 entidades en el nivel funcional nacional, subregional y regional. A continuación se presenta un resumen de la evaluación de los productos y servicios. Estos productos y servicios representan la contribución de la Oficina para lograr los resultados establecidos en el Programa y Presupuesto, de conformidad con las funciones básicas de la Organización:

- Ejercer liderazgo en temas cruciales para la salud y participar en alianzas cuando se requieran actuaciones conjuntas.
- Determinar las líneas de investigación y estimular la producción, aplicación y difusión de conocimientos valiosos.

- c) Definir normas y patrones, y promover y seguir de cerca su aplicación en la práctica.
- d) Formular opciones de política que aúnen principios éticos y fundamento científico.
- e) Establecer cooperación técnica, catalizar el cambio y crear capacidad institucional duradera.
- f) Seguir de cerca la situación en materia de salud y determinar las tendencias sanitarias.

171. Como se puede observar en la figura 8, el 91% de los productos y servicios definidos para el bienio 2014-2015 se cumplieron conforme a lo previsto, mientras que 5% se pospusieron y 4% se cancelaron. El seguimiento constante de la ejecución de los planes de trabajo permitió que la Oficina pudiera determinar los problemas clave y las medidas correctivas que condujeron a lograr la tasa elevada de cumplimiento de los productos y servicios planificados. Las razones principales para posponer o cancelar algunos de los productos y servicios fueron el surgimiento de prioridades que competían por los recursos y las solicitudes de cooperación técnica que aumentaron en otras áreas.

Figura 8: Panorama de los productos y servicios, 2014-2015



172. Con respecto al cumplimiento de los productos y servicios por nivel funcional, el grado de logro fue sistemáticamente alto en los tres niveles, como se muestra en el cuadro 1. Se prevé que el aumento de la presencia a nivel de país y subregional mejore la ejecución de los planes de trabajo en el bienio 2016-2017.

Cuadro 1: Evaluación de los productos y servicios por nivel funcional, 2014-2015

Nivel funcional	Productos y servicios cumplidos
Regional	876/930 (94%)
Subregional	137/154 (89%)
País	2.627/2.925 (90%)
Total	3.640/4.006 (91%)

VI. EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO

173. En esta sección se presenta un análisis de los fondos disponibles para ejecutar el Programa y Presupuesto de la OPS 2014-2015, incluida la asignación de recursos y el nivel de ejecución por nivel funcional, categoría programática y fuente de financiamiento. En esta sección también se examinan las actividades de movilización de recursos llevadas a cabo por la Oficina durante el bienio, incluidas las brechas y las tendencias.

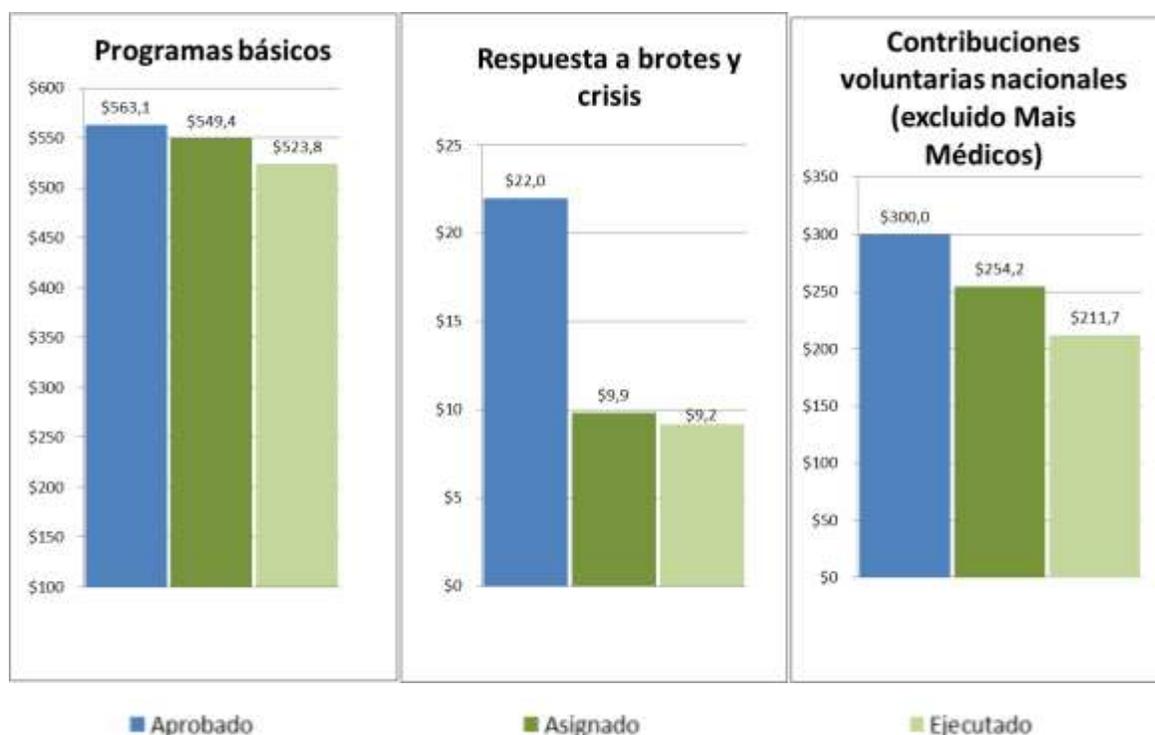
Panorama del presupuesto: 2014-2015

174. El Programa y Presupuesto aprobado para el bienio 2014-2015 fue de US\$ 563,1 millones para los programas básicos, lo que comprende \$279,1 millones (49,5%) procedentes del presupuesto ordinario y \$284,0 millones de las contribuciones voluntarias.⁷ El Programa y Presupuesto aprobado también incluía \$22 millones para la respuesta a brotes y crisis, y \$300 millones de las contribuciones voluntarias nacionales. El total de los recursos necesarios aprobados para el Programa y Presupuesto 2014-2015 de todos los segmentos del presupuesto ascendió a \$885,1 millones.

175. Los fondos disponibles para el bienio ascendieron a \$825,8 millones, o 93,3% procedentes de todos los segmentos. Esto excluye otros \$1.150 millones en financiamiento a partir de contribuciones voluntarias nacionales para el proyecto *Mais Médicos* de Brasil, cifra que no se había presupuestado en el Programa y Presupuesto 2014-2015. Como se muestra en la figura 9, el Programa y Presupuesto otorgado para los programas básicos representaba \$549,4 millones, las contribuciones voluntarias nacionales sumaban \$254,2 millones (excluido el proyecto *Mais Médicos*) y la respuesta a brotes y crisis representaba \$9,9 millones.

⁷ A menos que se indique otra cosa, todos los valores monetarios en este informe se expresan en dólares de los Estados Unidos.

Figura 9: Financiamiento total del Programa y Presupuesto por segmento, 2014-2015 (en millones de dólares de los Estados Unidos)



176. La ejecución presupuestaria general de los fondos disponibles en todos los segmentos fue de 95,3% (\$1.800 millones de \$1.900 millones, incluido el proyecto *Mais Médicos*). La ejecución desglosada por segmentos fue la siguiente:

- Programas básicos: 95,3% (\$523,8 de \$549,4 millones)
- Respuesta a brotes y crisis: 93,8% (\$9,2 millones de \$9,9 millones)
- Contribuciones voluntarias nacionales: 83,3% (\$211,7 millones de \$254,2 millones), excluido el proyecto *Mais Médicos*
- La tasa de ejecución del proyecto *Mais Médicos* fue de 99% (es decir, \$1.150 millones de \$1.160 millones).

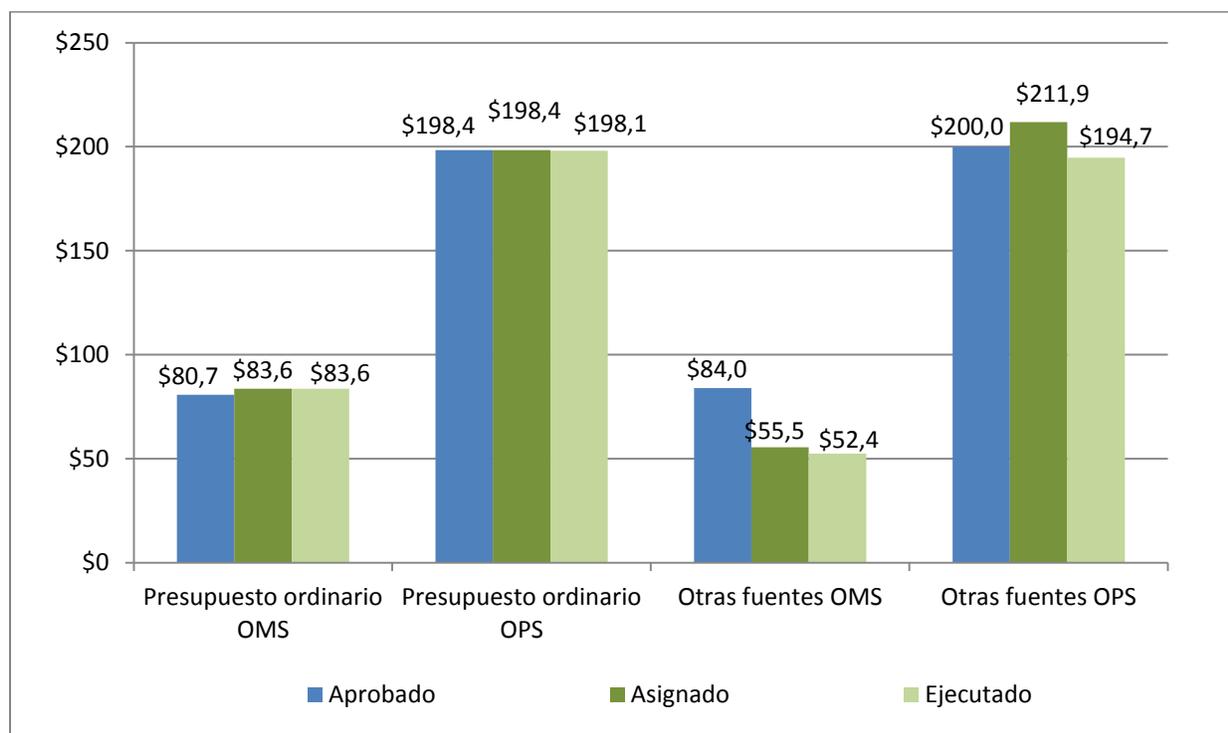
177. En comparación con el bienio anterior, en el bienio 2014-2015 hubo más fondos disponibles para los programas básicos, tanto en valores absolutos (\$549,4 millones en comparación con \$525 millones), como en términos relativos (97,6% en comparación con 86,0%).

178. En las secciones siguientes se presenta el análisis de cada segmento del presupuesto.

A) Segmento de los programas básicos

179. El presupuesto aprobado para el segmento de los programas básicos fue de \$563,1 millones, una disminución de casi \$50 millones con respecto al nivel del bienio 2012-2013, que fue de \$613,0 millones. La reducción fue el resultado de una tendencia descendente en las contribuciones directas de los donantes a la OPS y de las contribuciones voluntarias para la Región de las Américas (AMR) de la OMS. Esto fue el resultado de los efectos prolongados de la crisis financiera y la disminución de los presupuestos públicos destinados a la salud y a la ayuda para el desarrollo, así como el número en aumento de países de ingresos medianos de la Región que cada vez con menor frecuencia son destinatarios de la ayuda. La proporción de AMRO de la cuenta general del presupuesto de la OPS es de 30%, según se indica en la figura 10, en la que se muestra también el financiamiento y la ejecución en comparación con el presupuesto por fuente.

Figura 10: Panorama del presupuesto por fuente de financiamiento, 2014-2015 (en millones de dólares de los Estados Unidos)



180. La ejecución presupuestaria total de los programas básicos fue de 95,3% del Programa y Presupuesto aprobado (\$523,8 millones en comparación con \$549,4 millones). Los fondos del presupuesto ordinario tanto de la OPS como de la OMS

se ejecutaron en su totalidad, mientras que la ejecución de los fondos procedentes de otras fuentes (incluidas las contribuciones voluntarias y el remanente del bienio 2012-2013) fue de 92%. La mayoría de los fondos no ejecutados de las contribuciones voluntarias se transfirieron al bienio 2016-2017.

181. Los fondos del presupuesto ordinario se asignan a los niveles funcionales de conformidad con la *Política del presupuesto de la OPS* (documento CSP28/7 [2012]), cuya evaluación provisional se está presentando al Comité Ejecutivo en su 158.^a sesión (documento CE158/12 [2016]). En dicha política se estipula la siguiente distribución:

- a) País (40% mínimo): representa los fondos otorgados directamente a las representaciones de la OPS/OMS en los países para la cooperación técnica a nivel de país.
- b) Entre países (18%): representa los fondos para apoyar la cooperación técnica descentralizada y los programas multipaíses.
- c) Subregional (7%): fondos otorgados a las entidades subregionales del Caribe, Centroamérica y América del Sur para la cooperación técnica en el ámbito de la salud con los países dentro de cada subregión. Los programas de cooperación técnica a nivel subregional brindan apoyo a países individuales o a grupos de países hacia el logro de las metas de desarrollo en el ámbito de la salud, en el marco de los mandatos y compromisos de la Organización.
- d) Regional (35%): fondos para dirigir, coordinar y brindar apoyo a la cooperación técnica en toda la Región, incluidos los servicios corporativos y las funciones habilitadoras.

182. Las asignaciones a nivel de país, entre países y subregional ascienden a 65% del total del presupuesto ordinario y representan el apoyo directo a la cooperación técnica prestada a los países.

183. En el cuadro 2 se muestra el desglose de la asignación y la ejecución de los fondos del presupuesto ordinario a través de los niveles funcionales, en relación con la Política del presupuesto. El nivel de país recibió algo más de lo que establece la Política del presupuesto, mientras que el nivel regional recibió algo menos.

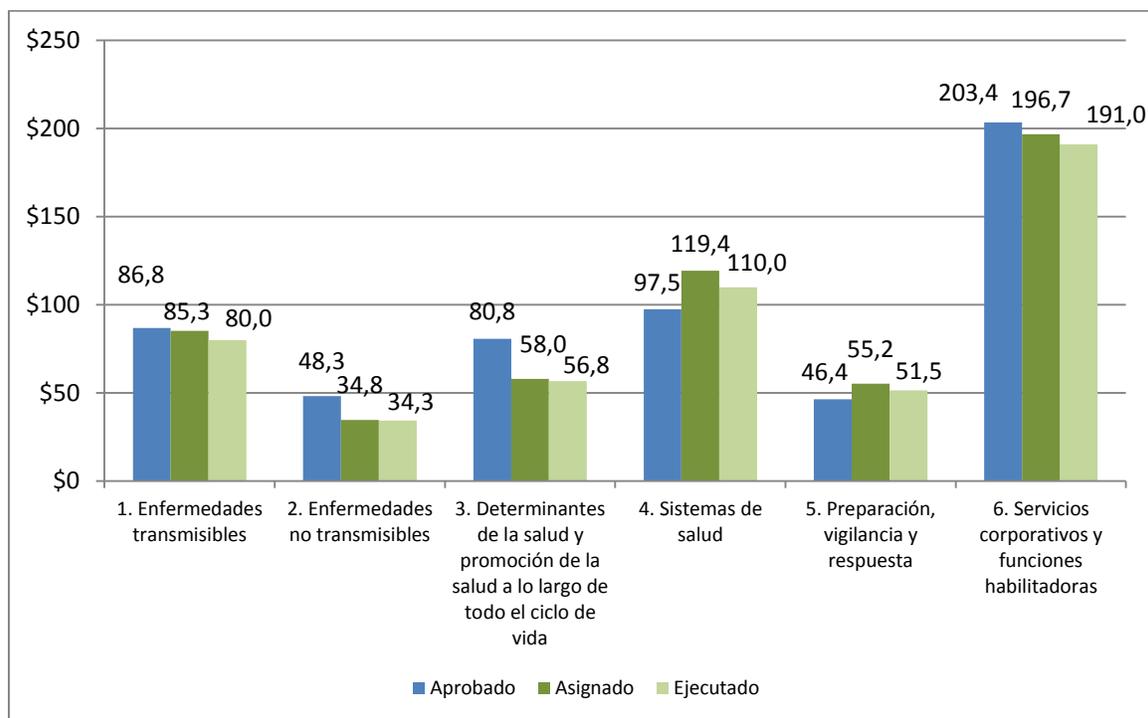
Cuadro 2: Panorama del presupuesto ordinario por nivel funcional, 2014-2015
(en millones de dólares de los Estados Unidos)

Nivel funcional	Asignación según la política del presupuesto	Política del presupuesto (%)	Asignación real	Porcentaje real de asignación (%)	Aumento neto (disminución)
País	109,6	40	113,0	41	3,4
Entre países	49,3	18	50,0	18	0,7
Subregional	19,2	7	20,0	7	0,8
Regional	95,9	35	94,0	34	(1,9)
Subtotal	274,1	100	277,0	100	2,9
Seguro de enfermedad de los jubilados	5,0		5,0		0
Total general	279,1		282,0		2,9

184. Como ya se ha mencionado, se financió el 97,6% del Programa y Presupuesto de la OPS, con la cantidad de \$549,4 millones. En la figura 11 más adelante se muestra la distribución de los fondos disponibles y la ejecución por categoría. Todas las categorías fueron financiadas a niveles del 70% o más con respecto al presupuesto aprobado, y a las categorías 4 y 5 se les otorgaron más fondos que sus niveles aprobados del presupuesto (\$119,4 y \$55,2 millones en comparación con los presupuestos aprobados de \$97,5 y \$46,4 millones, respectivamente). Esto se debe en gran parte a que se recibieron fondos para un fin determinado destinados a programas pertenecientes a estas categorías y fondos adicionales para la preparación para emergencias y desastres, en respuesta al brote de EVE.

185. La categoría 1 fue financiada casi totalmente. Sin embargo, las categorías 2 y 3 estuvieron muy subfinanciadas y recibieron solamente 72% de sus presupuestos aprobados (\$34,8 y \$48,3 millones y \$58,0 y \$80,8 millones, respectivamente). De acuerdo con la asignación de prioridades programáticas en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, estas dos categorías abarcan áreas programáticas de alta prioridad del nivel 1 —por ejemplo, las áreas programáticas 3.1 (salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto, y salud sexual y reproductiva) y 2.1 (enfermedades no transmisibles y factores de riesgo). En estas áreas, el logro de los resultados previstos se vio obstaculizado por las limitaciones de recursos, como se analiza en otra sección del informe. La categoría 6, que incluye el costo de la presencia básica y el liderazgo de la OPS en los países, se financió al 97% (\$196,7/\$203,4 millones).

**Figura 11: Panorama del presupuesto por categoría 2014-2015
(en millones de dólares de los Estados Unidos)**



186. La ejecución de los fondos otorgados fue superior al 90% en las seis categorías, siendo la más alta en la categoría 2 (99%), en la 3 (98%) y en la 6 (97%). Sin embargo, la ejecución más alta con respecto al Programa y Presupuesto aprobado fue en la categoría 4 (113%) y en la categoría 5 (111%). En los informes sobre las categorías presentados en el anexo A se incluyen más detalles sobre el presupuesto.

187. Veintitrés áreas programáticas (19 técnicas y 4 habilitadoras) de 29 (todas menos el área programática 5.5), recibieron 75% o más del financiamiento de su programa y presupuesto aprobado, lo que cumple con el indicador de resultado inmediato 6.3.2 en cuanto a la armonización de los recursos con las prioridades de la Organización. Sin embargo, hubo muchas variaciones en el financiamiento en comparación con el presupuesto por área programática, como se muestra en el cuadro 3. Aunque algunas de las áreas programáticas subfinanciadas son prioridades emergentes (por ejemplo, las enfermedades no transmisibles), todavía no son metas establecidas para la inversión por los donantes, una deficiencia que se abordará en la estrategia de movilización de recursos de la OPS. En otros casos, algunas áreas programáticas estuvieron sobrepresupuestadas, por ejemplo, el área programática 6.3, que se ha corregido en el Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017.

**Cuadro 3: Panorama del presupuesto por categoría y área programática 2014-2015
(en millones de dólares de los Estados Unidos)**

Categoría	Programa y Presupuesto aprobado	Asignado	Ejecución del presupuesto	Monto otorgado como % del Programa y Presupuesto aprobado	Monto ejecutado como % de la cantidad otorgada	Monto ejecutado como % del Programa y Presupuesto aprobado
1. Enfermedades transmisibles	86,8	85,3	80,0	98	94	92
1.1 Infección por el VIH/sida e ITS	15,7	12,7	11,9	80	94	75
1.2 Tuberculosis	3,9	6,7	6,5	174	97	169
1.3 Malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores (incluidos el dengue y la enfermedad de Chagas)	7,5	11,4	11,0	151	97	146
1.4 Enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas	11,5	14,5	12,9	126	89	112
1.5 Enfermedades prevenibles mediante vacunación (incluido el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis)	48,2	40,1	37,7	83	94	78
2. Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo	48,3	34,8	34,3	72	99	71
2.1 Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo	20,9	17,9	17,7	86	99	84
2.2 Salud mental y trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas	3,3	3,0	3,0	93	100	93
2.3 Violencia y traumatismos	7,6	4,2	4,1	55	99	54
2.4 Discapacidades y rehabilitación	2,2	2,0	2,0	94	97	91
2.5 Nutrición	14,3	7,7	7,5	54	98	53

Categoría	Programa y Presupuesto aprobado	Asignado	Ejecución del presupuesto	% otorgado del Programa y Presupuesto aprobado	% ejecutado de la cantidad otorgada	% ejecutado del Programa y Presupuesto aprobado
3. Determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida	80,8	58,0	56,8	72	98	70
3.1 Salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto, y salud sexual y reproductiva	42,7	27,0	26,2	63	97	61
3.2 Envejecimiento y salud	1,7	1,6	1,6	96	100	96
3.3 Género, equidad, derechos humanos y etnicidad	8,6	5,8	5,8	68	99	67
3.4 Determinantes sociales de la salud	11,6	11,8	11,7	102	99	101
3.5 Salud y medioambiente	16,2	11,7	11,6	72	99	71
4. Sistemas de salud	97,5	119,4	110,0	123	92	113
4.1 Gobernanza y financiamiento en el ámbito de la salud; políticas, estrategias y planes nacionales de salud	11,9	12,8	12,4	107	97	104
4.2 Servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad	13,6	17,4	17,2	128	99	127
4.3 Acceso a productos médicos y fortalecimiento de la capacidad regulatoria	22,9	25,7	22,8	112	89	100
4.4 Información y evidencia en apoyo de los sistemas de salud	32,9	30,5	28,6	93	94	87
4.5 Recursos humanos para la salud	16,2	16,9	13,4	104	79	83
PALTEX	--	16,1	15,5	--	96	--
5. Preparación, vigilancia y respuesta	46,4	55,2	51,5	119	93	111
5.1 Capacidad de alerta y respuesta	9,9	10,5	9,8	107	93	99
5.2 Enfermedades epidémicas y pandémicas	8,0	9,7	9,1	121	94	113
5.3 Gestión de emergencias, riesgos y crisis	19,0	21,0	19,7	111	94	104
5.4 Inocuidad de los alimentos	9,5	14,0	12,9	147	93	136
Subtotal de las categorías 1 a 5	359,7	352,7	332,8	98	94	93

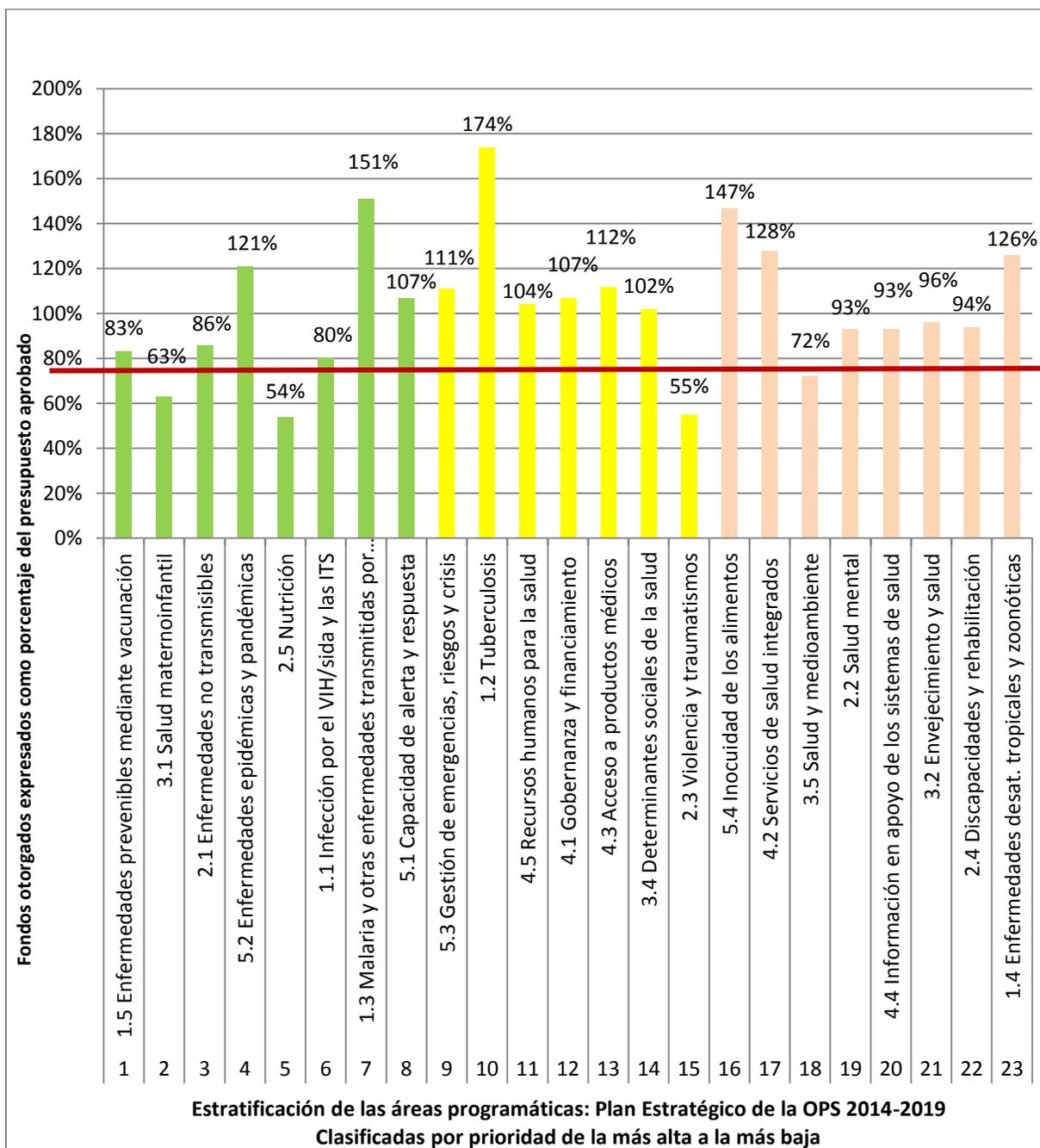
Categoría	Programa y Presupuesto aprobado	Asignado	Ejecución del presupuesto	% otorgado del Programa y Presupuesto aprobado	% ejecutado de la cantidad otorgada	% ejecutado del Programa y Presupuesto aprobado
6. Servicios corporativos y funciones habilitadoras	203,4	196,7	191,0	97	97	94
6.1 Liderazgo y gobernanza	58,5	61,8	60,4	106	98	103
6.2 Transparencia, rendición de cuentas y gestión de riesgos	4,9	4,7	4,6	96	99	96
6.3 Planificación estratégica, coordinación de recursos y presentación de informes	49,5	25,9	25,4	52	98	51
6.4 Gestión y administración	77,4	92,9	89,2	120	96	115
6.5 Comunicación estratégica	13,1	11,4	11,4	87	100	88
Total general	563,10	549,40	523,78	100	93	93

Análisis de la asignación de recursos frente a la priorización de las áreas programáticas

188. En el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 se clasificaron las áreas programáticas por prioridad programática (excluidas las áreas programáticas relacionadas con los temas transversales y las funciones habilitadoras) para guiar la movilización y la asignación de recursos durante la ejecución.

189. En la figura 12 se muestran 23 áreas programáticas clasificadas en tres niveles de prioridad, de acuerdo con lo aprobado en el Plan Estratégico: *a*) el nivel 1 o alto (a la izquierda, en verde), *b*) el nivel 2 o medio (al centro, en amarillo) y *c*) el nivel 3 o bajo (a la derecha, en rosado). También se muestra el nivel de financiamiento de cada área programática expresado como porcentaje del presupuesto aprobado en el Programa y Presupuesto 2014-2015. La barra roja fijada a 75% representa el nivel mínimo de financiamiento proyectado para cada área programática.

Figura 12: Clasificación de las prioridades programáticas frente a la asignación de recursos, 2014-2015



190. De acuerdo con la metodología de estratificación de las prioridades programáticas, cabría esperar que todas las áreas programáticas del nivel 1 (resaltadas en verde) hubiesen recibido por lo menos 75% de sus presupuestos aprobados. Sin embargo, esto sucedió en solo seis de las ocho áreas, y solo tres de las ocho áreas recibieron el financiamiento total o más. Esto puede deberse a la sobrepresupuestación o a la incapacidad de los programas prioritarios (especialmente los de las ENT) para atraer financiamiento de los donantes. Otras causas del financiamiento bajo o alineado de manera inadecuada en relación con las prioridades son: *a)* el monto limitado de fondos flexibles, no destinados a un fin particular, que pueden usarse para salvar las brechas, y *b)* la realidad de que 75% de los fondos del presupuesto ordinario están vinculados a puestos de plazo fijo, que no pueden transferirse o reorientarse fácilmente a las diferentes categorías o áreas programáticas dada la naturaleza técnica específica del programa donde se encuentran estos puestos. Otro punto que debe considerarse es que esas áreas programáticas no son mutuamente excluyentes; por ejemplo, las áreas programáticas transversales, como los sistemas de salud, contribuyen al trabajo que se hace en otras áreas programáticas técnicas.

191. Aunque el nivel de financiamiento es importante para que la Oficina pueda responder mejor a las demandas de cooperación técnica en todas las áreas programáticas, el nivel de la ejecución programática no depende exclusivamente de la disponibilidad de recursos financieros dentro de la Oficina. Las prioridades de los Estados Miembros y los asociados, reflejadas en sus inversiones de recursos y en su colaboración política, estratégica y técnica, representan una diferencia importante para lograr los resultados establecidos en cada una de las áreas programáticas y las categorías.

192. La adopción por la OPS de un presupuesto integrado a partir del bienio 2016-2017, que ya no prescribe con anticipación como parte de la resolución cómo y dónde se asignará el presupuesto ordinario, facilitará la asignación estratégica de los fondos más flexibles a las prioridades con brechas de financiamiento.

Movilización de recursos y análisis de las brechas de financiamiento

193. Al cierre del bienio, se había financiado el 97,6% (\$549,4 millones) del Programa y Presupuesto aprobado para el período 2014-2015. Como se puede observar en el cuadro 4, al comienzo del bienio había una brecha de financiamiento de \$171,4 millones, pero esta brecha había sido prácticamente cubierta al final del bienio, en especial mediante la movilización de más de \$120 millones en contribuciones voluntarias nuevas de la OPS/OMS.

**Cuadro 4: Estado de la brecha de financiamiento por bienio, 2014-2015
(en millones de dólares de los Estados Unidos)**

Tipo de financiamiento	Programa y Presupuesto 2014-2015	
	Comienzo del bienio	Final del bienio
Programa y Presupuesto aprobado	563,1	563,1
Presupuesto ordinario	279,1	282,0
Otras fuentes (incluidas las contribuciones voluntarias y el remanente)	112,6	267,7
Brecha de financiamiento	171,4	13,7

194. En el cuadro 5 se muestran los diez donantes principales de la OPS en el bienio 2014-2015 y las categorías que apoyaron. De manera conjunta, estos diez donantes principales aportaron la mitad del total de las contribuciones voluntarias a la OPS en el bienio 2014-2015 y 11% del presupuesto aprobado para los programas básicos. Durante el bienio, seis de estos diez donantes (los CDC, USAID, la Comisión Europea, Global Affairs Canada, PNUD y España) contribuyeron con más de \$5 millones al Programa y Presupuesto de la OPS para los programas básicos.

**Cuadro 5: Los diez donantes principales de la OPS en el bienio 2014-2015,
por categoría**

Donante	Fondos otorgados (en millones de dólares de los EE.UU.)	Categoría financiada					
		1. Enfermedades transmisibles	2. Enfermedades no transmisibles	3. Determinantes de la salud y la promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida	4. Sistemas de salud	5. Preparación, vigilancia y respuesta	6. Servicios corporativos y funciones habilitadoras
Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), Estados Unidos	13,8	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)	12,3	✓		✓	✓	✓	
Comisión Europea	6,9	✓	✓	✓		✓	

Donante	Fondos otorgados (en millones de dólares de los EE.UU.)	Categoría financiada					
		1. Enfermedades transmisibles	2. Enfermedades no transmisibles	3. Determinantes de la salud y la promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida	4. Sistemas de salud	5. Preparación, vigilancia y respuesta	6. Servicios corporativos y funciones habilitadoras
Global Affairs Canada	6,3	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)	6,1	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Gobierno de España	5,7		✓	✓	✓	✓	✓
Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI)	3,7	✓			✓		
Gobierno del Reino Unido (Departamento para el Desarrollo Internacional, DPDI)	2,3					✓	
Gobierno de Noruega (Organismo Noruego de Cooperación para el Desarrollo, NORAD)	1,7	✓		✓	✓		
Fundación Bill y Melinda Gates	1,5	✓			✓		

195. De los diez donantes principales, dos aportaron financiamiento para las seis categorías del Programa y Presupuesto. Por categoría, ocho de los diez donantes suministraron financiamiento para las categorías 1 y 4. El resto de los donantes financiaron en promedio entre dos y cinco categorías cada uno. Aunque todas las contribuciones de los asociados son bien recibidas por la OPS, todo financiamiento que acepte debe estar en consonancia con las prioridades del Programa y Presupuesto aprobadas por los Estados Miembros.

196. En los informes por categoría, que se presentan en el anexo A, se brindan más detalles acerca de las dificultades encontradas en la movilización de recursos, desglosadas por categoría y área programática.

B) Segmento de la respuesta a brotes y crisis

197. Durante el bienio, se puso a disposición un total de \$9,9 millones para este segmento, en comparación con alrededor de \$22 millones presentados en el Programa y Presupuesto 2014-2015. Aunque el segmento del Programa y Presupuesto para la respuesta a brotes y crisis fue aprobado en \$22 millones, la cantidad que realmente se necesitará depende de la escala y la gravedad de las emergencias y los brotes que surjan y, por consiguiente, no puede proyectarse con mucha precisión. Aunque la cantidad asignada fue de 45% de los recursos necesarios aprobados, representaba todas las necesidades de la Región de las Américas en el bienio 2014-2015, y se ejecutó el 93% de los fondos para la respuesta a brotes y crisis.

C) Segmento de las contribuciones voluntarias nacionales

198. En el período 2014-2015, se puso a disposición un total de \$254,2 millones en contribuciones voluntarias nacionales para la ejecución de los programas nacionales de cooperación técnica. Esta cantidad supera el total de las contribuciones señaladas de los Estados Miembros a los programas regionales de la OPS (\$192 millones). Los principales contribuyentes de las contribuciones voluntarias nacionales en este período se muestran en el cuadro 6.

Cuadro 6: Financiamiento de las contribuciones voluntarias nacionales (CVN) por país, 2014-2015

Donante	Fondos otorgados (en millones de dólares de los EE.UU.)	% de CVN
Gobierno de Brasil	217,50	85,57
Gobierno de Colombia, Fondo Financiero Distrital de Salud	19,04 0,33	7,62
Gobierno de Argentina	5,52	2,17
Gobierno de México	2,35	0,93
Gobierno de Panamá	0,71	0,28
Gobierno de Perú	0,68	0,27
Gobierno de Costa Rica	0,66	0,26
Gobierno de Ecuador	0,56	0,22
Gobierno de Honduras	0,52	0,20
Gobierno de Bahamas	0,41	0,16
Gobierno de Guatemala	0,18	0,07
Gobierno de Uruguay	0,18	0,07
Gobierno de Belice	0,17	0,07
Gobierno de Venezuela	0,12	0,05

Donante	Fondos otorgados (en millones de dólares de los EE.UU.)	% de CVN
Gobierno de El Salvador	0,03	0,01
Otros contribuyentes	5,21	2,05
Total general	254,16	100
<i>Mais Médicos</i> (Brasil)	1.163,00	
Total 2014-2015	1.417,16	

199. El total de las contribuciones voluntarias nacionales aumentó en 150% en comparación con el bienio anterior (de \$329,6 millones en el período 2010-2011 a \$565,5 millones en el 2012-2013 y a \$1.417,2 millones en el 2014-2015). El Gobierno de Brasil siguió siendo el mayor contribuyente a esta modalidad de financiamiento de la cooperación técnica en el país, ya que aportó 85,5% de las contribuciones voluntarias nacionales (excluido el proyecto *Mais Médicos*). Los gobiernos de Colombia y Argentina fueron los siguientes países principales en cuanto a las contribuciones voluntarias nacionales.

200. El proyecto *Mais Médicos* recibió por sí solo 357% del nivel de las contribuciones voluntarias nacionales (de todas las otras fuentes) recibidas en el bienio 2014-2015. Además, otras contribuciones voluntarias nacionales de Brasil representaron 85,5% del total de las contribuciones voluntarias nacionales recibidas (excluido el proyecto *Mais Médicos*) en el bienio 2014-2015.

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

201. La evaluación del Programa y Presupuesto 2014-2015 muestra que la Organización hizo progresos constantes para alcanzar las metas establecidas en el Plan Estratégico para el 2019, con 90% de los indicadores de resultados intermedios en camino y más de 97% del Programa y Presupuesto financiado y ejecutado. El progreso alcanzado hasta el momento es el resultado de la estrecha colaboración entre los países y los territorios, con el apoyo de la Oficina y los asociados a nivel de país, subregional y regional.

202. Según se documenta en la evaluación de las categorías y las áreas programáticas, se han hecho avances considerables para mejorar la salud y el bienestar en toda la Región. Entre los logros que han marcado hitos a nivel del impacto se encuentran la validación de la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita en Cuba; la declaración de la eliminación de la transmisión endémica de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas; la verificación de la eliminación de la oncocercosis en Ecuador y México; la reducción del número de casos de malaria y del dengue y de las muertes por estas causas; la disminución del consumo de tabaco; el logro de la meta del ODM 4, con una reducción general de la tasa de mortalidad en menores de 5 años de 69% entre 1990 y el 2015; reducciones en la mortalidad materna y en la fecundidad de las adolescentes; mejores resultados en materia de salud mediante la ampliación de la cobertura y el acceso a los servicios de salud; y el fortalecimiento de la preparación y de la capacidad a nivel regional y nacional para responder a los problemas persistentes y emergentes.

203. Sin embargo, subsisten retos y lagunas fundamentales en ciertas áreas programáticas, como las ENT y sus factores de riesgo, la salud materna, el financiamiento para la salud, el mantenimiento y fortalecimiento de las capacidades básicas de respuesta a emergencias y crisis, y el aumento de la resiliencia de los sistemas de salud. Tanto la Organización como los Estados Miembros y la Oficina, en colaboración con los asociados de toda la Región y de fuera de ella, tendrán que definir estrategias para afrontar importantes retos que están obstaculizando el progreso. También tendrán que seguir abogando por los recursos necesarios e invertirlos a fin de mantener los temas de salud pública en un lugar prioritario de la agenda política y de desarrollo. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible brindan una oportunidad excelente para situar la labor de la Organización en un lugar prominente.

204. Las enseñanzas extraídas de la evaluación de cada categoría que se presenta en este informe representan una oportunidad valiosa para reflexionar sobre los éxitos y los fracasos, repetir las intervenciones exitosas y evitar que se cometan los mismos errores.

205. La Organización tiene que seguir mejorando y promoviendo modelos exitosos para adoptar un enfoque integrado de cooperación técnica, con miras a optimizar los recursos y potenciar al máximo el impacto al abordar las prioridades de salud pública y las necesidades de los países. El fomento de las experiencias fructíferas mediante la colaboración interprogramática, intersectorial y entre los países, además del análisis de

nuevas modalidades de cooperación técnica, serán fundamentales para ampliar el alcance y la eficacia de la cooperación técnica de la OPS. A este respecto, la Oficina dispone de mecanismos y recursos creados con el fin de facilitar la elaboración y ejecución de proyectos interprogramáticos y proyectos que cumplen múltiples funciones. La Organización también tiene que procurar que sus programas se adapten y sean receptivos a las situaciones y necesidades propias de los Estados Miembros, al tiempo que se asegura de que agrega valor, de acuerdo con las funciones básicas de la Organización y los principios de la equidad y el panamericanismo.

206. Aunque el Programa y Presupuesto 2014-2015 se financió en más del 97%, ciertas áreas programáticas prioritarias no recibieron el nivel mínimo de financiamiento proyectado (75% del presupuesto aprobado). La Oficina debería aprovechar la adopción de un enfoque programático y presupuestario integrado para la movilización de recursos a fin de poder asignar estratégicamente recursos flexibles para aquellos programas y prioridades que están subfinanciados, como los de la categoría 2 (enfermedades no transmisibles y factores de riesgo) y los de la categoría 3 (determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida). La Organización debe seguir ampliando y profundizando sus fuentes externas de apoyo para el Programa y Presupuesto y el Plan Estratégico, en especial para los programas que han resultado menos atractivos para los donantes.

207. Con la introducción de la metodología de evaluación conjunta, la Organización ha avanzado considerablemente hacia una mayor consolidación de la gestión basada en resultados en estrecha colaboración con los Estados Miembros. Este progreso fue posible gracias al compromiso y la participación de todos los países y territorios de la Región, la Gerencia Ejecutiva y el personal de todos los niveles de la Oficina. Igualmente importante fue el desarrollo de procesos y herramientas para facilitar la aplicación de la metodología, incluido el SPMS.

208. A pesar del extenso trabajo realizado con los Estados Miembros en la creación del compendio de indicadores, luego de reflexionar sobre algunos problemas que plantearon los Estados Miembros con respecto a la interpretación de los indicadores durante la evaluación, fue patente que se necesita mejorar continuamente para fortalecer la calidad y la precisión de los indicadores. Gracias a las enseñanzas extraídas en esta evaluación, la Oficina continuará perfeccionando las definiciones y la medición de los indicadores del Programa y Presupuesto 2016-2017 y consultará al Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico cuando sea necesario. En el anexo D del presente documento se proponen algunas modificaciones al respecto. Además, en el futuro los Objetivos de Desarrollo Sostenible, recientemente aprobados, se usarán como referencia en la elaboración del Programa y Presupuesto.

209. No obstante, es evidente que el método de evaluación conjunta es adecuado para demostrar eficazmente el progreso hacia el logro de los indicadores de los resultados inmediatos y de los resultados intermedios. Uno de los retos clave es garantizar la aplicación uniforme del método en las evaluaciones futuras.

210. Un factor que contribuyó a que no se alcanzaran algunos resultados intermedios y resultados inmediatos fueron las metas poco realistas fijadas para el período previsto, establecidas sin la debida consideración de los retos particulares existentes en algunos países o de la necesidad de la acción multisectorial. Al mirar hacia el bienio 2016-2017 y más allá, la Organización tiene que adoptar un método equilibrado de fijación de metas para conseguir que estas puedan alcanzarse de manera razonable, pero que todavía sigan siendo lo suficientemente altas para motivar las medidas hacia los cambios necesarios, a nivel de los resultados intermedios y del impacto durante el período de planificación. La OPS colaborará con los Estados Miembros en la elaboración de medidas intersectoriales para abordar los problemas que requieran la colaboración de múltiples actores y sectores.

211. Si bien es cierto que se han logrado avances notables en la calidad tanto de los datos como de la presentación de informes, todavía hay áreas clave (como la salud materna, las enfermedades crónicas y los factores de riesgo, la salud mental, la violencia y los traumatismos, las discapacidades y la rehabilitación, y el acceso a los servicios de salud) en las que son pocos los datos actualizados y fiables que están disponibles para medir el progreso hacia el logro de los indicadores de impacto. Las limitaciones en cuanto a los datos plantearon un reto al momento de definir la línea de base de los indicadores y, por lo tanto, afectaron el proceso de seguimiento y evaluación.

212. Sobre la base de la experiencia positiva del proceso interno de seguimiento y evaluación del desempeño que ha fortalecido la ejecución de los planes de trabajo, deberá considerarse el seguimiento continuo del progreso hacia los resultados inmediatos y los resultados intermedios para detectar los retos y efectuar ajustes oportunos durante la ejecución. A este respecto, establecer algunos hitos podría considerarse como un enfoque eficaz y práctico para hacer el seguimiento del progreso provisional a lo largo del bienio.

213. La OPS promovió con éxito la evaluación conjunta con los Estados Miembros y produjo resultados válidos, a pesar de los retos en cuanto a la logística, los plazos y los datos. En vista de esta experiencia, así como de la responsabilidad compartida y el compromiso de los Estados Miembros y la Oficina para el logro de los resultados, el seguimiento y la evaluación de los indicadores de manera conjunta seguirá formando parte de las evaluaciones futuras del desempeño. En el futuro, las enseñanzas programáticas derivadas de la evaluación conjunta servirán de base para el diseño y la ejecución de las actividades de cooperación técnica.

214. En el espíritu de una Organización basada en el aprendizaje y de la promoción de las mejores prácticas, el proceso de evaluación conjunto y sus resultados se documentarán y difundirán a nivel de país, subregional, regional y mundial para mejorar aún más la rendición de cuentas, la gestión basada en los resultados y la colaboración con los Estados Miembros.

Intervención del Consejo Directivo

215. Se invita al Consejo Directivo a que tome nota de este informe de la evaluación de final del bienio del Programa y Presupuesto de la OPS 2014-2015 y primer informe provisional sobre el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, y a que formule las observaciones que estime pertinentes.

Anexos

Anexo A: Informes por categoría

Evaluación de fin del bienio 2014-2015
Informe de la categoría 1

CATEGORÍA 1: ENFERMEDADES TRANSMISIBLES				CALIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN GENERAL DE LA CATEGORÍA ¹ Expectativas parcialmente cumplidas			
PANORAMA PROGRAMÁTICO Y PRESUPUESTARIO DE LA CATEGORÍA							
Cuadro 1. Resumen programático y presupuestario de la categoría 1							
Área programática	Presupuesto aprobado (Programa y Presupuesto 2014-2015) (en millones de US\$)	Fondos asignados (en millones de US\$)	Porcentaje asignado al Programa y Presupuesto	Ejecución presupuestaria en comparación con el Programa y Presupuesto (%)	Ejecución presupuestaria en comparación con los fondos asignados (%)	Calificación de los indicadores de resultados inmediatos	Estado de los indicadores de resultados intermedios
1.1 Infección por el VIH/sida e infecciones de transmisión sexual	15,73	12,65	80,4	75,3	93,7	2 de 4 alcanzados, 2 de 4 alcanzados parcialmente	3 de 3 en curso
1.2 Tuberculosis	3,86	6,74	174,4	169,1	96,9	1 de 3 alcanzado, 2 de 3 alcanzados parcialmente	2 de 3 en curso, 1 de 3 sin progreso
1.3 Malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores (incluidos el dengue y la enfermedad de Chagas)	7,54	11,37	150,7	146,1	96,9	3 de 5 alcanzados, 2 de 5 alcanzados parcialmente	1 de 4 alcanzado, 3 de 4 en curso

¹ La calificación obtenida en la evaluación general para cada categoría y área programática es determinada por los facilitadores de las categorías y las áreas programáticas de la OPS, respectivamente, teniendo en cuenta la ejecución programática y presupuestaria, el análisis de los recursos (humanos y financieros) y los riesgos operativos y programáticos. Las calificaciones se definen de la siguiente manera:

- **Expectativas cumplidas (verde):** se alcanzaron entre 90% y 100% de los resultados para el período que se está evaluando. Se está progresando de acuerdo a lo planificado y no se prevén mayores impedimentos ni riesgos que afecten el logro de los resultados.
- **Expectativas parcialmente cumplidas (amarillo):** se alcanzaron entre 75% y 89,9% de los resultados para el período que se está evaluando. El progreso podría estar en peligro y se deben tomar medidas correctivas para superar los retrasos, impedimentos y riesgos.
- **Progreso insuficiente (rojo):** se alcanzaron menos de 75% de los resultados para el período que se está evaluando. El progreso está en peligro debido a obstáculos o riesgos que están afectando la consecución de los resultados. Se necesitan medidas correctivas inmediatas.

Área programática	Presupuesto aprobado (Programa y Presupuesto 2014-2015) (en millones de US\$)	Fondos asignados (en millones de US\$)	Porcentaje asignado al Programa y Presupuesto	Ejecución presupuestaria en comparación con el Programa y Presupuesto (%)	Ejecución presupuestaria en comparación con los fondos asignados (%)	Calificación de los indicadores de resultados inmediatos	Estado de los indicadores de resultados intermedios
1.4 Enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas	11,48	14,46	126,0	112,2	89,1	2 de 5 alcanzados, 3 de 5 alcanzados parcialmente	8 de 8 en curso
1.5 Enfermedades prevenibles mediante vacunación (incluido el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis)	48,19	40,09	83,2	78,3	94,1	4 de 6 alcanzados, 2 de 6 alcanzados parcialmente	1 de 4 alcanzado, 2 de 4 en curso, 1 de 4 sin progreso
TOTAL	86,81	85,32	98,3	92,2	93,8	12 de 23 alcanzados, 11 de 23 alcanzados parcialmente	2 de 22 alcanzados, 18 de 22 en curso, 2 de 22 sin progreso

Cuadro 2. Panorama presupuestario de la categoría 1 por nivel funcional

Nivel funcional	Fondos asignados (en millones de US\$)	Porcentaje asignado por nivel	Gasto total (en millones de US\$)	Ejecutado (%)
País	28,50	33,40	27,30	95,8
Entre países	20,10	23,56	18,07	89,9
Subregional	4,17	4,88	3,96	95,0
Regional	32,55	38,15	30,68	94,2
Total	85,32	100,00	80,01	93,8

ANÁLISIS PROGRAMÁTICO DE LA CATEGORÍA

Resumen de la evaluación general de la categoría

Durante el bienio 2014-2015, la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) trabajó con miras a alcanzar la meta última de reducir la carga de las enfermedades transmisibles en la Región, en colaboración con los Estados Miembros y asociados estratégicos. Tal como se detalla a continuación, se obtuvieron logros decisivos y se realizaron avances importantes para aumentar el acceso a intervenciones esenciales para la prevención y el

tratamiento de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS); mejorar el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis; aumentar la capacidad de los países en los ámbitos de la vigilancia, la prevención, el control o la eliminación de la malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores, así como de las enfermedades descuidadas, tropicales y zoonóticas, mediante la ejecución de planes y estrategias integrales; y aumentar la cobertura de vacunación de las poblaciones y las comunidades de difícil acceso, manteniendo al mismo tiempo los logros obtenidos hasta la fecha con el control, la erradicación y la eliminación de enfermedades prevenibles mediante vacunación.

Sobre la base de un análisis de los componentes programáticos y presupuestarios de la categoría 1 y sus áreas programáticas, y considerando la mitigación de los riesgos operativos y programáticos señalados, se considera que en la categoría 1 se cumplieron parcialmente las expectativas durante el bienio 2014-2015.

En términos generales, la red de áreas programáticas técnicas determinó que 2 de los 22 indicadores de resultados intermedios se habían alcanzado (9%), que 18 de estos 22 indicadores estaban en curso (82%) y que 2 de estos 22 indicadores (9%) no habían tenido progreso; se habían alcanzado 12 de los 23 indicadores de resultados inmediatos (52%) y 11 de estos 23 indicadores se habían alcanzado parcialmente (48%). A nivel de área programática, en una de cinco se cumplieron las expectativas y en cuatro de cinco se cumplieron parcialmente. En la evaluación se observó un progreso extraordinario en el logro de los indicadores pero también se pusieron de relieve retos importantes que deberán abordarse en el próximo bienio.

De acuerdo con la información financiera institucional presentada anteriormente, para la categoría 1 se movilizaron más de US\$ 85 millones durante el 2014-2015 mediante la acción conjunta en todos niveles funcionales de la Organización. En términos generales, para fines del 2015 se habían ejecutado 94% de los fondos asignados y 92% de los fondos en comparación con el presupuesto aprobado. Desglosados por nivel funcional, los porcentajes de fondos asignados en la categoría 1 a los niveles de país, entre países, subregional y regional fueron 33%, 24%, 5% y 38%, respectivamente. La ejecución de los fondos asignados era muy alta a nivel de país (96%), entre países (90%), subregional (95%) y regional (94%) para fines del 2015.

Hay grandes brechas de financiamiento en las áreas programáticas 1.1 y 1.5. Por otro lado, aunque los fondos asignados a las áreas programáticas 1.2, 1.3 y 1.4 excedieron el presupuesto aprobado, no se debe perder de vista el hecho de que varios programas (por ejemplo, dengue, enfermedad de Chagas, rabia y zoonosis) necesitan más recursos para alcanzar los resultados previstos. Además, pueden extraerse algunas enseñanzas importantes con respecto a las estimaciones iniciales de los costos planificados, la concordancia con la priorización de áreas programáticas y la capacidad de movilización de recursos cuando se hace un análisis más detallado de la ejecución en comparación con el Programa y Presupuesto 2014-2015 y los fondos asignados.

Resumen programático por área programática

1.1 Infección por el VIH/sida e infecciones de transmisión sexual

Panorama

La Región de las Américas siguió siendo la región con la cobertura de tratamiento antirretroviral más alta del mundo (46% de todas las personas que se estima que están infectadas por el VIH). En el 2013, la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió directrices actualizadas con un umbral mayor de linfocitos CD4 para el inicio del tratamiento antirretroviral, seguidas de la recomendación en el 2015 de “tratar a todos” independientemente del número de linfocitos CD4. Argentina, Brasil, Canadá, Estados Unidos y México ya han introducido el enfoque de tratar a todos y se prevé que más países actualizarán sus directrices nacionales en el próximo bienio. Según los cálculos del

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), a fines del 2014 los países con la cobertura más alta de tratamiento antirretroviral de los adultos (mayores de 15 años) con VIH eran Cuba (70%), Chile (64%), Belice (55%), Costa Rica (54%) y Panamá (53%). El logro de una cobertura de tratamiento antirretroviral de 80% en 22 países para el 2019 será un reto. Sin embargo, se está incrementando el acceso a medicamentos antirretrovirales a precios más bajos gracias a las compras conjuntas por medio del Fondo Estratégico de la OPS y los mecanismos de compras del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (el Fondo Mundial), componente decisivo de la cooperación técnica de la OPS con los países. Además, según la información actualizada al 2015 sobre la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis congénita en las Américas, usando los datos notificados por los países al Informe mundial de avances en la lucha contra el sida, del ONUSIDA-OMS (GARPR), 11 países y territorios han notificado una cobertura superior a 95% de tratamiento profiláctico del VIH para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH y 14 países y territorios han notificado una cobertura de 95% como mínimo de tratamiento de la sífilis en las embarazadas. Esto demuestra un progreso hacia las metas de 24 y 22 países para los indicadores de resultados intermedios 1.1.2 (tratamiento profiláctico del VIH para prevenir la transmisión materno-infantil) y 1.1.3 (tratamiento de la sífilis en las embarazadas), respectivamente.

Con respecto a los indicadores de resultados inmediatos para el 2014-2015, los países han realizado avances importantes en la adopción de estrategias y directrices nacionales adaptadas a las recomendaciones mundiales y regionales. Eso incluye la adopción de las cuatro prioridades programáticas emblemáticas del *Plan estratégico regional para el control de la infección por el VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual, 2006-2015*, en sus estrategias nacionales, así como la armonización de las directrices nacionales con las directrices de la OMS del 2013 sobre el uso de antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH. Además, se logró el consenso regional sobre las metas mundiales 90-90-90 para el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH en dos foros regionales, lo cual condujo a la actualización de las metas nacionales.

Logros

- Un logro clave durante el bienio fue la validación de la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis congénita en Cuba. Después de una misión de validación en marzo del 2015 y un proceso apoyado por la OPS/OMS, el Ministerio de Salud de Cuba y otros asociados regionales confirmaron la certificación el 24 de junio del 2015. Un informe de progreso sobre la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis congénita en la Región de las Américas, publicado en diciembre del 2015, reveló que 16 países y territorios de la Región notificaban datos compatibles con el logro de la meta de la doble eliminación (Anguila, Antigua y Barbuda, Barbados, Bermudas, Canadá, Chile, Cuba, Dominica, Estados Unidos, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Montserrat, Puerto Rico, Saba y Saint Kitts y Nevis). En el plan de eliminación de la transmisión materno-infantil para el 2016 se ha incluido la validación de las Bahamas, Barbados, los países de la Organización de los Estados del Caribe Oriental (OECS) y los territorios del Reino Unido en el Caribe.
- Otros logros son la aprobación de nuevas metas regionales 90-90-90 para el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH y para poner fin al estigma y la discriminación, en dos conferencias de nivel regional celebradas en la ciudad de México (mayo del 2014) y Rio de Janeiro, Brasil (agosto del 2015). Setenta y cinco por ciento de los países han incorporado o están incorporando en sus planes estratégicos nacionales las metas 90-90-90 para el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH.
- Los Cuerpos Directivos aprobaron el primer *Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales* en el 54.º Consejo Directivo de la OPS, mostrando el apoyo de los Estados Miembros a la intensificación de la respuesta de salud pública a las hepatitis virales en la Región. Se han formulado recomendaciones para la vigilancia y el seguimiento de la respuesta a las hepatitis virales B y C en los países, y seis países realizaron análisis de grandes volúmenes de datos (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, El Salvador y Panamá).

Retos

- Subsisten brechas en los servicios de prevención y atención de la infección por el VIH para grupos clave, incluidos los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, los profesionales del sexo y las mujeres transgénero. Esto requiere un enfoque integral del sistema de salud junto con medidas focalizadas para atender las necesidades específicas de estos grupos.
- Persisten los retos relacionados con la disponibilidad de información oportuna y completa de los países para evaluar adecuadamente el progreso en relación con las estrategias actualizadas sobre las ITS (resultado inmediato 1.1.3) y los resultados intermedios en los países, así como la situación regional. Esto se exagera con las dificultades para mantener el compromiso político y asignar recursos nacionales para abordar las ITS. Otro reto que enfrentan muchos países es la falta de información estratégica desglosada de buena calidad debido a la debilidad de los sistemas de información de salud orientados a la infección por el VIH y las ITS y vinculados a datos sobre la salud maternoinfantil.
- Los mecanismos sistemáticos para la notificación corriente de los casos de hepatitis en los países siguen siendo limitados. Se ha iniciado una labor para reforzar los datos de los países y la notificación pero hay varios puntos débiles interrelacionados en los países, entre ellos la falta de una respuesta coordinada y organizada frente a las hepatitis virales, datos insuficientes y dificultades para organizar los datos en un sistema de información estructurado.
- Asegurar el acceso a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las hepatitis virales representa un reto significativo para la Región. Es necesario mantener y ampliar los programas de vacunación contra la hepatitis B a fin de aumentar la cobertura de todos los niños y los integrantes de grupos clave y grupos vulnerables, en concordancia con el *Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales* (2015).

Enseñanzas

- El proceso para la validación de la eliminación de la transmisión maternoinfantil en Cuba, incluidas la misión de evaluación y las reuniones del Comité Regional de Validación, proporcionó una experiencia muy útil que puede usarse para actualizar los documentos y fundamentar el proceso para los próximos países que ya han solicitado a la OPS que valide la eliminación.
- La elaboración y la aprobación del *Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales* ha ayudado a dedicar la atención necesaria a las epidemias silenciosas en la Región.

1.2 Tuberculosis

Panorama

La OPS ha proporcionado cooperación técnica constante a los Estados Miembros para promover la adopción de técnicas de diagnóstico rápido, así como para actualizar y ejecutar los planes de los países de manera tal que reflejen las directrices de la OMS para el diagnóstico y el tratamiento tempranos de la tuberculosis multirresistente y la tuberculosis combinada con la infección por el VIH. A fines del 2015, el número acumulativo de pacientes con tuberculosis confirmada bacteriológicamente que habían sido tratados con éxito era 1,85 millones, cifra que representa un aumento de 403.000 respecto del 2012. Esto constituye un progreso importante para lograr el objetivo de 2,5 millones para el 2019. En el 2014 comenzaron a recibir tratamiento 3.568 pacientes con tuberculosis multirresistente en la Región. A pesar del progreso realizado en los países, la tasa de detección de casos para la Región bajó de 79% a 77%. Una posible explicación es que la tasa podría verse afectada por los cálculos actualizados de la OMS de la carga de la tuberculosis en la Región.

Logros

- Un logro clave es la aprobación del *Plan de acción para la prevención y el control de la tuberculosis* por los Cuerpos Directivos en el 54.º Consejo Directivo de la OPS, en concordancia con la estrategia mundial de la OMS para acabar con la tuberculosis después del 2015.
- La ejecución eficaz y la ampliación de la iniciativa de control de la tuberculosis en grandes ciudades ha permitido prestar más atención a las poblaciones en situaciones de vulnerabilidad durante el 2014-2015. Se propone ampliar aún más la iniciativa en el próximo bienio con la inclusión de más programas, como los programas para la infección por el VIH, la diabetes y la salud mental, entre otros.

Retos

- El nivel de compromiso político y la coordinación con los ministerios de salud influyó a menudo en la ejecución de las actividades planificadas durante el bienio. Por ejemplo, en el 2015 se cancelaron tres misiones de seguimiento y evaluación de la tuberculosis multirresistente que debía realizar el Comité Luz Verde Regional.
- La introducción de técnicas de diagnóstico rápido para la tuberculosis, como GeneXpert, ha sido más lenta de lo previsto debido a dificultades tanto técnicas como financieras, entre ellas la introducción de una tecnología nueva, la adaptación de directrices pertinentes y las limitaciones de recursos. Recientemente se presentó al Fondo Mundial una nota conceptual regional para fortalecer la red de laboratorios de tuberculosis a fin de abordar estas brechas. Se prevé que la ejecución de este plan comenzará en el 2017, tras su revisión y finalización en el 2016.

Enseñanzas

- En vista de que la iniciativa de control de la tuberculosis en grandes ciudades se elaboró con un marco epidemiológico sólido, teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud, y ha tenido resultados exitosos, las enseñanzas de este proceso se usarán para extender la iniciativa a la infección por el VIH, la diabetes y la salud mental, entre otras áreas.
- El trabajo con la iniciativa de control de la tuberculosis en grandes ciudades ha demostrado que el trabajo tanto intersectorial como interprogramático conduce a mejores sinergias y a éxitos conjuntos. Sin embargo, se necesita una labor continua para mantener estos logros (en particular en el trabajo intersectorial), ya que muchas ciudades se enfrentan con cambios políticos.

1.3 Malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores (incluidos el dengue y la enfermedad de Chagas)

Panorama

Los programas regionales de malaria, dengue y manejo integrado de vectores siguen fomentando alianzas con asociados estratégicos para proporcionar cooperación técnica de buena calidad a los países a fin de fortalecer los programas nacionales y asegurar la capacidad instalada para la prevención, la vigilancia, el control o la eliminación de la malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores. Los países siguen redoblando sus esfuerzos para eliminar la malaria, mejorando los sistemas de información corriente sobre la malaria, prestando especial atención a las poblaciones en situaciones de vulnerabilidad, fortaleciendo el manejo de casos de malaria, aumentando el acceso al tratamiento antimalárico de primera línea y mejorando la capacidad por medio de cursos que pueden repetirse en otros países. En relación con el dengue, los países han puesto en práctica la nueva clasificación del dengue recomendada por la OPS/OMS para mejorar el diagnóstico y el tratamiento, que ha llevado a un mejor manejo de casos en el nivel de la atención primaria de salud. Esta labor se realizó en el marco de la *Estrategia de gestión integrada para la prevención y el control del dengue* (EGI-Dengue) y en concordancia con la *Estrategia*

mundial de la OMS para la prevención y el control del dengue 2012-2020. Con respecto a la enfermedad de Chagas, ha habido un aumento gradual de la cobertura y la calidad de la atención de los pacientes infectados por *T. cruzi*. El progreso adicional realizado en los países con endemividad incluye el examen de todos los donantes de sangre para detectar la enfermedad de Chagas, la notificación de casos, la documentación de casos de enfermedad de Chagas congénita, la detección y el manejo de brotes, y la compra y el uso de medicamentos.

Logros

- En la Región siguió observándose una reducción de los casos confirmados de malaria; en el 2014 se registraron 389.390 casos, lo que implica una reducción de 67% en comparación con el 2000. Hubo 87 defunciones, es decir, un descenso de 79% en el mismo período. Esto reafirma el progreso de la Región en la lucha contra la malaria. Además, 100% de los casos confirmados de malaria en el sector público están recibiendo tratamiento antimalárico de primera línea.
- La disminución continua de los casos de malaria y las muertes en 19 de los 21 países con endemividad muestra el progreso de la Región en la lucha contra la malaria.
- Se han fortalecido los sistemas de vigilancia epidemiológica del dengue y se observó una disminución de la tasa de letalidad del dengue de 0,07% a 0,05% entre el 2010 y el 2014.
- De los 21 países donde la enfermedad de Chagas es endémica, 17 mantuvieron la interrupción de la transmisión domiciliar por el vector principal, lo cual se refleja en un índice de infestación doméstica de 1% o menos en el país o en sus zonas endémicas.
- Se establecieron dos grupos consultivos técnicos (GCT) para los programas de control y eliminación de vectores durante el bienio. El GCT para la malaria celebró su primera reunión en octubre del 2015 y será el grupo asesor principal de la OPS sobre asuntos relacionados con la malaria en la Región. Se estableció el GCT para la entomología a fin de fortalecer la coordinación de actividades sostenibles e integradas de control de vectores, reforzar la capacidad nacional para aumentar la eficacia de los programas de control de vectores y asegurar el uso racional de insecticidas.

Retos

- A pesar del progreso observado en la disminución de los casos de malaria en los países con endemividad, se podría acelerar la reducción de la carga de la malaria y el posterior logro de las metas de eliminación si se afrontaran los siguientes retos: *a)* la coordinación limitada entre todos los asociados e interesados directos en la intensificación de la labor para fomentar el acceso oportuno y universal a intervenciones de buena calidad basadas en datos probatorios; *b)* políticas y marcos estratégicos obsoletos para la malaria que no reflejan los esfuerzos acelerados hacia la eliminación de la malaria; *c)* la vigilancia débil en todos los niveles del sistema de salud, que dificulta la detección rápida de amenazas de malaria y la activación de respuestas apropiadas, así como la detección de la resistencia a antimaláricos e insecticidas; *d)* el compromiso limitado de los interesados directos, que se traduce en recursos insuficientes para la lucha contra la malaria; y *e)* la necesidad de abordar las especificidades contextuales y prepararse para la etapa final y las etapas subsiguientes.
- Es indispensable prevenir una mayor propagación de la circulación de arbovirus y, más recientemente, de los virus del chikunguña y del Zika, y disminuir la presencia del mosquito *Aedes aegypti* en todos los países a medida que va adaptándose a las zonas urbanas. Para eso se necesitará un enfoque integrado que presenta importantes retos financieros, técnicos y gerenciales.

Enseñanzas

- Entre las prácticas óptimas y los ejemplos de medidas eficaces para hacer frente a la malaria en la Región se encuentran la Red Amazónica de Vigilancia de la Resistencia a los Antimaláricos (RAVREDA)/Iniciativa contra la Malaria en la Amazonía y los Campeones contra el Paludismo en las Américas. La sostenibilidad de estas iniciativas y el logro de las metas establecidas subrayan el fuerte sentido de pertenencia de las comunidades y los países, las actividades eficaces de formación de capacidad y la participación de campeones locales que pueden abogar eficazmente por un apoyo técnico y programático continuo.
- EGI-Dengue ha proporcionado una plataforma a muchos países para incorporar los elementos de prevención y control de los virus del chikunguña y del Zika, así como de otros arbovirus.

1.4 Enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas

Panorama

La Región sigue haciendo grandes avances hacia la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas. En el 2014-2015, la OMS verificó la eliminación de la oncocercosis en Ecuador y México. Guatemala solicitó la verificación por la OPS y la OMS, que se llevará a cabo en el 2016. Brasil y Venezuela también han hecho grandes avances en la formulación de un plan de acción operativo 2015-2016 para la eliminación de la oncocercosis en la zona fronteriza donde habitan los yanomami. El programa regional para las enfermedades infecciosas desatendidas empleó un enfoque interprogramático a fin de superar los retos logísticos e introducir innovaciones en el trabajo técnico. El primer ejemplo fue el uso de un depósito en Panamá para almacenar y distribuir medicamentos para las enfermedades infecciosas desatendidas en respuesta a solicitudes urgentes de los Estados Miembros, que promovió el panamericanismo y proporcionó un apoyo oportuno a los países donde había escasez de medicamentos. Además, el trabajo interprogramático dio lugar a la creación y el uso de herramientas compartidas entre programas regionales (por ejemplo, una caja de herramientas para el seguimiento de la desparasitación y la cobertura de vacunación y la integración de la desparasitación en la Semana de Vacunación en las Américas) y promovió el uso de plataformas comunes para extender la cobertura de servicios de salud a los más necesitados.

En cuanto a la rabia, todas las recomendaciones de la 14.^a Reunión de Directores de los Programas Nacionales de Control de Rabia en América Latina (REDIPRA 14) se pusieron en práctica durante el bienio. Entre ellas cabe señalar *a)* el primer ejercicio regional de desempeño para los laboratorios nacionales de rabia, con la participación de 23 laboratorios; *b)* la elaboración de un nuevo modelo para guiar la vigilancia para el control y la eliminación de la rabia canina; y *c)* la cooperación técnica adaptada con seis países prioritarios (Bolivia, Brasil, Guatemala, Haití, Nicaragua y Perú) para fortalecer las campañas de vacunación de perros, aumentar el acceso a la profilaxis posterior a la exposición y elaborar planes nacionales de acción contra la rabia. De la REDIPRA 15, celebrada en septiembre del 2015, emanaron nuevas resoluciones para guiar la cooperación técnica de la OPS y el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) en el control y la eliminación de la rabia transmitida por perros en el próximo bienio, un paso importante hacia la consecución de la meta regional.

Logros

- Doce países tenían planes, programas o estrategias para las enfermedades infecciosas desatendidas. Seis de ellos pusieron en marcha planes de acción integrados para las enfermedades infecciosas desatendidas y ya han llevado a cabo algunas actividades. Además, los países donde ciertas enfermedades infecciosas desatendidas, como la filariasis linfática, el tracoma y la esquistosomiasis, son endémicas han alcanzado o están progresando hacia las metas de cobertura previstas para el tratamiento de las poblaciones en riesgo.

- Según los últimos datos disponibles (2014), 16 de 23 países donde la lepra es endémica han alcanzado la meta de la eliminación de esta enfermedad como problema de salud pública.
- Los países siguen fortaleciendo el acceso al diagnóstico y el tratamiento de la leishmaniasis y mejorando las medidas integradas de vigilancia y control.
- Durante el bienio, la Región siguió manteniendo un número bajo de defunciones por rabia canina, con 20 casos confirmados comparados con 22 y 30 en el 2012-2013 y el 2010-2011, respectivamente.

Retos

- La Región y los países donde las enfermedades infecciosas desatendidas son endémicas siguen enfrentándose con varios obstáculos para la eliminación. Entre ellos cabe señalar *a)* la falta de acceso oportuno y asequible a medicamentos esenciales, vacunas y equipo; *b)* la falta de suficientes recursos humanos y financieros para la vigilancia, la detección, el seguimiento y las intervenciones entomológicas para combatir diversas enfermedades infecciosas desatendidas; *c)* sistemas débiles de evaluación y seguimiento; *d)* voluntad política insuficiente en los niveles más altos del gobierno, que retrasa el logro de las metas nacionales y subnacionales de eliminación; *e)* brechas en la educación para la salud, la participación social, los buenos hábitos de higiene y el acceso a saneamiento adecuado y agua potable; *f)* servicios insuficientes para el tratamiento y la prevención de enfermedades infecciosas desatendidas en los niveles primario y secundario de atención de salud; *g)* el desperdicio de oportunidades interprogramáticas e intersectoriales para la eliminación y el control de enfermedades y para obtener donaciones de medicamentos de la OMS para enfermedades infecciosas desatendidas; y *h)* la falta de estrategias e intervenciones de eficacia comprobada para enfrentar los problemas de salud pública tras la eliminación que subsisten en las personas que viven en comunidades indígenas, afrodescendientes, rurales y periurbanas pobres de la Región.
- Las herramientas técnicas para la eliminación de la rabia humana transmitida por el perro están al alcance de los países que las necesitan. Sin embargo, la meta regional de la eliminación no se alcanzó en el 2015. Esto se debió principalmente al compromiso insuficiente de las autoridades nacionales y la falta de recursos para apoyar una acción sostenida de control de la rabia, incluida la profilaxis posterior a la exposición, la vacunación y vigilancia de perros, la vigilancia de la rabia humana y actividades de comunicación y educación.
- Los resultados de una encuesta para determinar las prioridades de los países con respecto a las zoonosis en la Región, combinados con la demanda creciente de apoyo para hacer frente a estos riesgos en los países, confirman que se necesita más cooperación técnica en relación con las zoonosis (por ejemplo, brucelosis, virus del Nilo Occidental y encefalitis equina) y más recursos para atender las necesidades de los países.

Enseñanzas

- La coordinación eficaz entre el programa regional de la OPS para las enfermedades infecciosas desatendidas, la sede de la OMS (Departamento de Control de Enfermedades Tropicales Desatendidas), asociados clave e interesados directos, que trabajaron mancomunadamente para impulsar y apoyar a los gobiernos a fin de hacer frente a las enfermedades infecciosas desatendidas en sus planes de salud nacionales y subnacionales, permitió a la Región avanzar con acciones para controlar y eliminar estas enfermedades. Además, el uso de un enfoque interprogramático ayudó a fortalecer la capacidad de los países con una cooperación técnica más eficaz e integrada, como la introducción de la desparasitación en las campañas de vacunación y el uso del depósito de Panamá para superar los problemas de desabastecimiento en los países.

1.5 Enfermedades prevenibles mediante vacunación

Panorama

En el 2014-2015, la Región de las Américas reafirmó su condición de líder mundial en la eliminación de las enfermedades prevenibles mediante vacunación y el fortalecimiento de los programas nacionales de vacunación. Como parte de los esfuerzos continuos para lograr una cobertura de vacunación elevada, llegando a las poblaciones en las comunidades de difícil acceso, se llevó a cabo la 13.^a Semana de Vacunación en las Américas en toda la Región, evento anual que llegó a más de 60 millones de personas con vacunas eficaces y de buena calidad. Los países también presentaron y ejecutaron planes de acción que incluyen intervenciones específicas para mejorar la cobertura de vacunación de las poblaciones sin vacunar y que no han recibido las vacunas necesarias. Se amplió el Sistema Informático Integrado para la Vigilancia de las Enfermedades Prevenibles por Vacunación. El brote de sarampión que se produjo en el nordeste del Brasil y constituyó el principal obstáculo para lograr la verificación de la eliminación del sarampión en la Región fue declarado interrumpido por el Comité Internacional de Expertos para la Eliminación del Sarampión y la Rubéola en las Américas. Además, los países han comenzado a introducir la vacuna antipoliomielítica de virus inactivados como parte del plan de vacunación corriente contra la poliomielitis y están preparándose para pasar de la vacuna antipoliomielítica oral trivalente a la vacuna antipoliomielítica oral bivalente como parte del *Plan estratégico integral para la erradicación de la poliomielitis y la fase final 2013-2018*. Por último, la adopción del *Plan de acción sobre inmunización 2016-2020* por el 54.^o Consejo Directivo de la OPS proporcionará una hoja de ruta para mantener los logros obtenidos hasta la fecha, adoptando al mismo tiempo las medidas necesarias para fortalecer los diversos componentes de los programas nacionales de vacunación. A pesar de estos adelantos observados, la Región ha experimentado una disminución de las tasas de cobertura de vacunación. La OPS insta a los países a que redoblen sus esfuerzos en el próximo bienio para asegurar el acceso universal y equitativo a la vacunación, así como el uso de datos de buena calidad sobre la vacunación.

Logros

- La declaración de la eliminación de la transmisión endémica de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas en abril del 2015 representa un hito histórico mundial y regional de la salud pública.
- La Región siguió manteniendo los logros en cuanto a la cobertura de la vacunación, con una cobertura regional promedio superior al 90%.
- Como parte de las actividades en curso para ayudar a los países a mejorar la cobertura de vacunación de las poblaciones sin vacunar y que no han recibido las vacunas necesarias, se crearon herramientas para detectar los municipios de baja cobertura y realizar intervenciones posteriormente. Su efecto en la cobertura se evaluará cuando se publiquen los datos del 2015.
- Por medio del Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas, 41 países compraron vacunas y productos biológicos por un total de más de \$1.000 millones durante el bienio.

Retos

- Las inversiones insuficientes en los programas nacionales de vacunación siguen planteando un reto para la sostenibilidad de los programas y podrían tener efectos negativos en las metas de cobertura de vacunación y en la eficacia de las operaciones.
- Hay que transmitir claramente a los países el concepto de cobertura universal de salud para darle visibilidad, fortalecer los programas prioritarios y lograr los objetivos regionales.

Enseñanzas

- El enfoque interprogramático de la ampliación de la vigilancia de la cobertura ha resultado ser uno de los métodos más eficaces y eficientes para aumentar el acceso a los servicios de inmunización para los grupos vulnerables o aislados, lo cual se manifiesta en la colaboración fructífera entre los programas de vacunación y los programas para las enfermedades infecciosas desatendidas (por ejemplo, desparasitación).

Riesgos

Los riesgos más pertinentes indicados para la categoría 1 en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 figuran a continuación, junto con información relativa a su estado y las medidas de mitigación tomadas para abordarlos. También se destacan los riesgos nuevos observados durante el bienio.

- Un cambio en las prioridades de salud a nivel mundial, regional o nacional da lugar a una disminución del apoyo financiero para los programas de vacunación y de lucha contra las enfermedades transmisibles.
 - Se observó una falta de seguridad fiscal en varios programas de enfermedades transmisibles durante el bienio (por ejemplo, en relación con la eliminación de la transmisión materno-infantil, las hepatitis virales y las enfermedades infecciosas desatendidas), que impidió la conclusión de algunas actividades programadas. La movilización de recursos mediante la formación de alianzas nuevas y la negociación de la prórroga de acuerdos llevaron a la diversificación de las fuentes de financiamiento para apoyar programas clave, además de aprovechar mejor los recursos existentes.
 - La Organización, junto con los países y los asociados, fomentó el interés en la malaria mediante una labor estratégica de promoción de la causa y comunicación, lo cual dio lugar a un aumento del financiamiento para las actividades relacionadas con la malaria y a un fuerte compromiso de los países con su eliminación. Este compromiso se mantiene con el esfuerzo redoblado de la OPS para consolidar, actualizar y ejecutar los planes nacionales para la malaria en los países. Estos planes afrontan grandes retos relacionados con el contexto de los países, incluidos los grupos vulnerables, la preparación para brotes y la respuesta, la cadena de suministro, etc.
- La movilidad de la gente a través de las fronteras contribuye a la complejidad de la prevención, el control y la eliminación de enfermedades.
 - Con respecto a la rabia y otras zoonosis, la movilidad de las personas, los animales y los productos a través de las fronteras contribuye a la complejidad de las actividades de prevención, control y eliminación en ciertos países (por ejemplo, entre Brasil y Bolivia). La promoción de la cooperación Sur-Sur entre países vecinos ha resultado eficaz para mejorar la coordinación de las actividades transfronterizas y en los grupos vulnerables.
- Las emergencias, los desastres y las pandemias desvían recursos asignados a programas clave de lucha contra las enfermedades transmisibles y dificultan o imposibilitan la recopilación y compilación de información estratégica.
 - El reto principal que obstaculiza la recopilación de información estratégica de buena calidad ha sido la debilidad de los sistemas de información de salud en los países que efectúan inversiones limitadas para mejorarlos. Se dio prioridad a este problema durante el bienio y se proporcionó cooperación técnica adaptada a los países para mejorar la capacidad nacional. Además, persiste la necesidad de elaborar modelos y proyecciones para detectar las tendencias de la salud y planear intervenciones a fin de abordarlas adecuadamente. Se asignarán recursos humanos el próximo bienio para obtener la pericia necesaria en este campo a nivel regional y de país.
- El estigma y la discriminación con respecto a las personas con la infección por el VIH van en aumento.
 - La estigmatización y la discriminación de grupos poblacionales clave afectados por la epidemia de la infección por el VIH es un reto persistente. Un mayor énfasis en la prevención de la infección por el

VIH combinada con otras infecciones y la aprobación de metas para el estigma y la discriminación en la Región proporcionaron oportunidades para abordar estos problemas.

- Las enfermedades infecciosas desatendidas siguen teniendo una prioridad muy baja en las agendas del gobierno de ciertos países y colaboradores.
 - Como se mencionó anteriormente en relación con las enseñanzas, la coordinación eficaz entre la OPS, la OMS y algunos colaboradores estratégicos clave permitió apoyar a los gobiernos que estaban haciendo frente a las enfermedades infecciosas desatendidas mediante la formulación y la puesta en práctica de planes de salud nacionales y subnacionales. Eso fomentó el sentido de pertenencia de los países y permitió a la Región avanzar con medidas para controlar y eliminar enfermedades infecciosas desatendidas. Cuando se presente el nuevo plan de acción para las enfermedades infecciosas desatendidas a los Cuerpos Directivos de la OPS en el 2016 y cuando se lo despliegue en la Región, será necesario difundir y utilizar las prácticas óptimas para dar más prioridad a estas enfermedades en los programas públicos, en particular considerando las metas de eliminación regionales.
- Escasean los medicamentos y productos biológicos para tratar las enfermedades infecciosas desatendidas y las enfermedades zoonóticas en la Región como consecuencia de la insuficiencia de materia prima.
 - En algunos países, la escasez de productos biológicos para tratar la rabia (por ejemplo, vacunas antirrábicas caninas y humanas, tratamiento profiláctico posterior a la exposición) se debe en algunos casos a la tecnología inadecuada para la producción de vacunas. Las medidas de mitigación incluyen la compra de vacunas antirrábicas modernas por medio del Fondo Rotatorio de la OPS, así como la promoción de la causa y la cooperación técnica para promover la producción de vacunas antirrábicas modernas (por ejemplo, cultivos celulares).
- La inversión en actividades de inmunización es baja o insuficiente, lo cual pone en peligro la meta de la cobertura universal.
 - Aunque esto sigue siendo un reto, hay un compromiso de los países para proporcionar vacunas de buena calidad a los más necesitados, como lo demuestra la participación de 41 países en el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas. Las compras de vacunas y productos biológicos representan una inversión de más de \$1.000 millones.

Nuevos riesgos observados durante el bienio:

- Las situaciones imprevisibles de emergencia sanitaria o los desastres pueden desbaratar las actividades en curso de planificación y ejecución.
 - Este riesgo surgió en el contexto de brotes de enfermedades infecciosas emergentes, especialmente las ocasionadas por los virus del Ébola y del Zika. La respuesta interprogramática de la Organización abordó la demanda creciente de apoyo de los países para sus preparativos y respuesta y ayudó a que la carga de la respuesta no recayera sobre un solo departamento. Es importante documentar las enseñanzas extraídas de la respuesta de la Organización a estos brotes a fin de mejorar las acciones para mitigar tales situaciones en el futuro.
- La eliminación de la rabia humana transmitida por el perro no se logró para el 2015.
 - Como ya se dijo, la meta de la eliminación no se alcanzó para el 2015 debido a varios factores, entre ellos el compromiso insuficiente de algunas autoridades nacionales con la continuación de las medidas de control de la rabia. Sin embargo, se fortaleció la cooperación técnica con países clave (por ejemplo, Bolivia y Haití) para mejorar la capacidad nacional. Las estrategias principales para lograr la eliminación para el 2019 son la ejecución del *Plan de acción para la eliminación de la rabia humana transmitida por perros*, aprobado por la REDIPRA 14 y reafirmado por la REDIPRA 15, así como los esfuerzos para impulsar la promoción de la causa en los más altos niveles en los países prioritarios a fin de aumentar su compromiso con la eliminación.

Análisis de la ejecución presupuestaria

Según la información financiera presentada en el cuadro 1, para la categoría 1 se movilizaron más de \$85 millones durante el 2014-2015 mediante la acción conjunta en todos los niveles funcionales de la Organización. En términos generales, para fines del 2015 se habían ejecutado 94% de los fondos asignados y 92% de los fondos en comparación con el presupuesto aprobado, con lo cual se alcanzó la meta de la ejecución presupuestaria para el bienio.

Un análisis presupuestario más detallado por área programática muestra que los fondos asignados a tres áreas programáticas, a saber, 1.2 (tuberculosis), 1.3 (malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores) y 1.4 (enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas) excedieron en gran medida las estimaciones presupuestarias aprobadas, con altos niveles de ejecución de fondos asignados y en comparación con el Programa y Presupuesto 2014-2015. Aunque en el Programa y Presupuesto 2014-2015 se aprobaron solo \$3,9 millones para el área programática 1.2, se asignaron \$6,7 millones, de los cuales se ejecutaron 97% durante el bienio. En vista de esta situación, de un análisis presupuestario retrospectivo para esta área y de la colaboración con donantes clave, es evidente que los fondos asignados en el 2014-2015 corresponden al presupuesto real para la tuberculosis. En cuanto al área programática 1.3, el presupuesto para la *Estrategia y plan de acción sobre la malaria 2011-2015*, que guió la labor de la OPS en el ámbito de la malaria en la Región, tenía un componente importante de apoyo a la promoción de la causa de la malaria y la movilización de recursos, tareas que se han llevado a cabo con éxito, como queda demostrado por el aumento considerable de los fondos externos para la malaria encauzados por medio de la OPS. En cuanto al área programática 1.4, el análisis frecuente de las brechas de financiamiento y de la ejecución de los fondos, combinado con un alto grado de compromiso de donantes y asociados, entre ellos la sede de la OMS, con el control y la eliminación de enfermedades infecciosas desatendidas en la Región, facilitó la movilización de recursos y el porcentaje elevado de ejecución de los fondos.

El cuadro 1 también pone de relieve importantes brechas de financiamiento en las áreas programáticas 1.1 y 1.5. Una razón de esto es la posible sobreestimación de los niveles de financiamiento en el Programa y Presupuesto 2014-2015, que incluía recursos humanos que no se contrataron en vista del financiamiento insuficiente. Además, surgieron retos con la movilización de recursos para ciertos programas técnicos de estas áreas programáticas, como las ITS, la información estratégica sobre la infección por el VIH y las ITS, la Iniciativa ProVac y el seguimiento de la cobertura de vacunación.

Cuadro 3. Panorama presupuestario de la categoría 1 por área programática y nivel funcional

Categoría, área programática y nivel funcional	Fondos asignados (en millones de US\$)	Porcentaje asignado por área programática	Gasto total (en millones de US\$)	Ejecución presupuestaria (%)
1. Enfermedades transmisibles	85,32	100,00	80,01	93,8
1.1 Infección por el VIH/sida e infecciones de transmisión sexual	12,65	14,83	11,85	93,7
País	4,01	4,70	4,00	99,7
Entre países	2,60	3,05	2,39	91,7
Subregional	0,69	0,81	0,63	91,8
Regional	5,34	6,26	4,83	90,4

Categoría, área programática y nivel funcional	Fondos asignados (en millones de US\$)	Porcentaje asignado por área programática	Gasto total (en millones de US\$)	Ejecución presupuestaria (%)
1.2 Tuberculosis	6,74	7,90	6,53	96,9
País	1,82	2,14	1,77	97,0
Entre países	1,38	1,62	1,34	97,0
Subregional	0,30	0,41	0,34	96,9
Regional	3,18	3,73	3,08	96,9
1.3 Malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores (incluidos el dengue y la enfermedad de Chagas)	11,37	13,33	11,02	96,9
País	5,30	6,22	5,20	98,0
Entre países	1,67	1,95	1,60	96,0
Subregional	0,44	0,52	0,43	96,1
Regional	3,96	4,64	3,80	96,0
1.4 Enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas	14,46	16,95	12,89	89,1
País	3,32	3,90	3,27	98,2
Entre países	7,41	8,68	6,09	82,2
Subregional	0,40	0,47	0,38	95,1
Regional	3,33	3,91	3,15	94,6
1.5 Enfermedades prevenibles mediante vacunación (incluido el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis)	40,09	46,99	37,71	94,1
País	14,03	16,45	13,07	93,1
Entre países	7,05	8,26	6,66	94,5
Subregional	2,28	2,67	2,18	95,5
Regional	16,73	19,61	15,81	94,5

En todos los niveles funcionales de la Organización (cuadro 2), los porcentajes de fondos asignados en la categoría 1 a nivel de país, entre países, subregional y regional fueron 33%, 24%, 5% y 38%, respectivamente. La ejecución de los fondos asignados a nivel de país (96%), entre países (90%), subregional (95%) y regional (94%) era muy alta para fines del 2015. Tal como se destaca en el cuadro 3, se observan tendencias similares en la asignación y en la ejecución en todos los niveles funcionales a nivel de área programática. Se ha hecho un análisis más pormenorizado para comprender estas tendencias en la asignación. En general, uno de los principales factores que contribuyen a una mayor asignación en los niveles entre países y regional es que a una parte considerable del personal regional, de centros colaboradores de la OPS (PANAFTOSA), descentralizado y de país se le aplica el tope presupuestario regional o entre países; otro factor es la cantidad considerable de recursos asignados a nivel regional que benefician directamente a los países con actividades de formación de capacidad, ejercicios de seguimiento y evaluación y misiones de cooperación técnica, entre otros. Es importante considerar las complejidades de los mecanismos de financiamiento utilizados para movilizar recursos, que requieren que el financiamiento se encauce principalmente por medio del nivel regional; por ejemplo, por medio de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

Movilización de recursos

En la categoría 1 se movilizaron \$85 millones para avanzar hacia la meta de reducir la carga de las enfermedades transmisibles en la Región. Se obtuvieron fondos por medio de sólidas alianzas con la Fundación Bill y Melinda Gates

(inmunización, malaria), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, de Estados Unidos (VIH, inmunización), el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (VIH, tuberculosis, malaria), el Gobierno de Brasil (hepatitis, leptospirosis, enfermedades infecciosas desatendidas, rabia, zoonosis), la Agencia Mexicana de Cooperación Internacional para el Desarrollo (malaria), la Fundación de la OPS (dengue), el Marco de presupuesto unificado, resultados y responsabilidad (UBRAF) del ONUSIDA (VIH, tuberculosis multirresistente, tuberculosis), el UNICEF (eliminación de la transmisión materno-infantil), la USAID (inmunización, tuberculosis, malaria, enfermedades infecciosas desatendidas) y la OMS (enfermedad de Chagas, leishmaniasis, lepra, malaria, enfermedades infecciosas desatendidas, poliomielitis, tuberculosis).

Aunque los fondos asignados a las áreas programáticas 1.2 (tuberculosis), 1.3 (malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores) y 1.4 (enfermedades infecciosas desatendidas) excedieron el presupuesto aprobado, no se debe perder de vista el hecho de que varios programas (por ejemplo, dengue, enfermedad de Chagas, enfermedades infecciosas desatendidas, rabia y zoonosis) necesitan más recursos para obtener resultados satisfactorios. Para las áreas que ya son deficitarias, como el área programática 1.1, se ha informado a la OPS que habrá reducciones drásticas del financiamiento que tradicionalmente se destinaba a actividades básicas (por ejemplo, una reducción de 50% de los fondos del ONUSIDA/UBRAF para la infección por el VIH y las ITS). Esto da lugar a una brecha de financiamiento considerable para el área programática.

La clasificación de prioridades realizada por los países podría haber influido hasta cierto punto en la movilización de recursos en las distintas áreas programáticas. La cantidad baja presupuestada para el área programática 1.2 durante el bienio podría atribuirse a su clasificación como área de prioridad media (nivel 2). Sin embargo, dada la capacidad del programa para movilizar recursos y el número de países que pidieron cooperación técnica, se solicitó un presupuesto estimado mayor para el 2016-2017, compatible con las cifras que constituyen la norma para la movilización y ejecución. En cuanto al área programática 1.3, se conceptualizó el presupuesto para la *Estrategia y plan de acción sobre la malaria 2011-2015* y se propuso de tal manera que se pudiera ampliar la escala de los programas (es decir, las metas podrían alcanzarse con más rapidez y de una manera más efectiva con recursos adicionales). Además de la alta prioridad (nivel 1) asignada por los países, un factor importante que contribuyó a la movilización de recursos para la malaria fue los Campeones contra el Paludismo en las Américas, que documentó prácticas óptimas de los países y demostró que se pueden alcanzar las metas cuando las inversiones técnicas y financieras de los contribuyentes tanto internos (del país) como externos son suficientes para cerrar las brechas. Aunque los países asignaron prioridad baja (nivel 3) al área programática 1.4 (enfermedades infecciosas desatendidas), hay una sólida alianza mundial que está trabajando para alcanzar las metas de eliminación establecidas. La coordinación eficaz entre la OPS/OMS, asociados clave e interesados directos, encaminada a impulsar y apoyar a los gobiernos para que hagan frente a las enfermedades infecciosas desatendidas, le permitieron a la Región avanzar con medidas para controlar y eliminar estas enfermedades debilitantes.

Recomendaciones

- Considerar la elaboración de una agenda robusta de eliminación basada en la salud pública, que incluya la eliminación de las hepatitis virales B y C como una amenaza para la salud pública para el 2030, según se indica en la estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis virales para el 2016-2021, de la OMS, y en el *Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales* (2015), de la OPS. Se necesitará una colaboración interdepartamental sostenida y grandes inversiones para alcanzar esta meta. En la agenda de la OPS para la eliminación deben abordarse algunas enfermedades infecciosas seleccionadas (VIH, tuberculosis, virus de la hepatitis C, enfermedades tropicales desatendidas), partir de la sólida plataforma para la eliminación de la transmisión materno-infantil e ir agregando otras infecciones de transmisión vertical, como el virus de la

hepatitis B y la enfermedad de Chagas en zonas endémicas (fase 2 de la eliminación de la transmisión materno-infantil o iniciativa reforzada para eliminar la transmisión materno-infantil).

- Abordar la escasez de penicilina benzatínica G (BPG), recomendando en foros mundiales y reuniones de alto nivel que los fabricantes de vacunas y otras partes pertinentes aumenten la producción. Mediante la colaboración funcional interprogramática y en colaboración con la OMS se hizo una evaluación regional de la escasez de BPG, incluidos los desabastecimientos y la demanda prevista para el 2016. El Fondo Estratégico de la OPS está asistiendo a un país con la compra de urgencia de BPG y, en respuesta a los resultados de la encuesta, está poniéndose en contacto con los otros cuatro que notificaron problemas de desabastecimientos a fin de determinar si están interesados en usar el mecanismo del Fondo Estratégico para compras futuras. Además, el Fondo Estratégico está evaluando la capacidad regional de producción de BPG y examinando la situación de fabricantes idóneos de la Región que podrían aumentar la producción para ayudar a suministrar BPG a los países a fin de mitigar la escasez en el futuro.
- Ampliar aún más la iniciativa para el control de la tuberculosis en grandes ciudades, que se ha ejecutado con éxito y se ampliado durante este bienio. En la iniciativa se podrían incluir programas adicionales como la infección contra el VIH, la diabetes y la salud mental, entre otros.
- Reforzar los recursos humanos en el Caribe y a nivel regional (sede de la OPS) para abordar la disminución súbita de los recursos del UBRAF, que ha generado una brecha financiera considerable en la planificación en el ámbito de la infección por el VIH y las ITS.
- Apoyar la aprobación y la ejecución del *Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016-2020*, que está actualmente en elaboración y se prevé someter a la consideración del Comité Ejecutivo en su 158.^a sesión en junio del 2016. La versión actual es el resultado de un proceso iniciado en las consultas regionales de la OPS/AMRO realizadas en abril del 2014 sobre la Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria 2016-2030 y el plan Acción e Inversión para vencer a la Malaria 2016-2030, seguidas de consultas con asociados e interesados directos en varias visitas a países y reuniones técnicas y de la consulta regional de octubre del 2015 sobre la elaboración del *Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016-2020*.
- Impulsar a los ministerios de salud y de agricultura y ganadería a que comprometan los recursos necesarios para la eliminación de la rabia humana transmitida por el perro en los países de alto riesgo (Bolivia, Haití, Nicaragua y Perú) que siguen teniendo dificultades.
- Apoyar la simplificación y el fortalecimiento de la coordinación entre la cobertura universal de salud y los programas prioritarios formulando y comunicando un mensaje común y uniforme a los Estados Miembros para el fortalecimiento operativo de los servicios de salud (incluidos los servicios comunitarios).
- Seguir apoyando el diálogo de alto nivel y las negociaciones con los fabricantes para mantener u obtener los mejores precios que sea posible para las vacunas (especialmente las vacunas nuevas), con la participación de los interesados directos clave.

Evaluación por área programática

<p>Área programática 1.1: Infección por el VIH/sida e infecciones de transmisión sexual</p> <p>RESULTADO INTERMEDIO: Aumento del acceso a intervenciones clave para la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH y las ITS</p> <p>Evaluación de los indicadores de los RIT: 3 de 3 en curso Evaluación de los indicadores de los RIM: 2 de 4 alcanzados, 2 de 4 alcanzados parcialmente</p>	<p>Calificación: Expectativas parcialmente cumplidas</p>
--	--

Evaluación de los indicadores de los resultados intermedios

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación (alcanzado, en curso, sin progreso) ^{2,3}
1.1.1	Número de países y territorios que tienen una cobertura de 80% con el tratamiento antirretroviral en la población que reúne los requisitos	6	22	En curso (alcanzado en 7 + 14 en curso)
<p>Siete países y territorios alcanzaron el indicador: BMU, BRB, CUB, CUW, SAB, STA, SXM.</p> <p>Además, 14 países y territorios están en curso para alcanzarlo: ABW, ARG, BHS, BON, CHL, CRI, DOM, ECU, GUY, JAM, PAN, PER, PRY, TTO.</p> <p>En el 2013, la OMS modificó las directrices para el inicio del tratamiento antirretroviral, recomendándolo para todos los adultos con VIH y un recuento de linfocitos CD4 de 500/mm³ o menos. En el 2015, la OMS recomendó tratar a todos, independientemente del número de linfocitos CD4. Estas nuevas directrices aumentaron el denominador de los pacientes que reúnen los requisitos para recibir tratamiento y, por consiguiente, redujeron la cobertura nacional de tratamiento antirretroviral en muchos países. No obstante, América Latina y el Caribe siguen siendo la región del mundo con la cobertura más alta de tratamiento antirretroviral (46% de todas las personas que se estima que están infectadas por el VIH). Actualmente, ningún Estado Miembro o país asociado de la Región ha alcanzado la meta de una cobertura de 80% (dos territorios lo han hecho: Saba y Bermudas). Sin embargo, la mayoría de los países han actualizado sus directrices de acuerdo con las directrices de la OMS del 2013 y algunos están adoptando el enfoque de tratar a todos (Argentina, Brasil y México). El logro de la cobertura de tratamiento antirretroviral de 80% en 22 países para el 2019 será un reto, pero el acceso a medicamentos antirretrovirales a precios más bajos está aumentando como resultado de las compras conjuntas por medio del Fondo Estratégico de la OPS y los mecanismos de compras del Fondo Mundial. Se está proporcionando cooperación técnica a los países para aumentar la eficiencia y la eficacia de los servicios y posiblemente alcanzar la meta fijada en el Plan Estratégico.</p>				

² Los resultados generales se califican de la siguiente manera:

- **Alcanzado:** Ya se ha alcanzado la meta del indicador establecida para el 2019 (número de países o territorios, número o porcentaje para los indicadores regionales) en el Plan Estratégico de la OPS.
- **En curso:** Ha habido un aumento respecto de la línea de base del indicador definida en el 2013 (número de países o territorios, número o porcentaje para los indicadores regionales) y el trabajo para alcanzar la meta para el 2019 establecida en el Plan Estratégico ya se ha iniciado o está en curso.
- **Sin progreso:** No ha habido un aumento respecto de la línea de base establecida en el 2013 (número de países o territorios, número o porcentaje para los indicadores regionales) y el progreso hacia la consecución de la meta del indicador para el 2019 podría estar en peligro.

³ Los indicadores regionales son evaluados por la entidad regional responsable o la red de categorías y áreas programáticas sobre la base de la información más reciente, según los criterios definidos en el compendio de indicadores.

CD55/5 - ANEXO A

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación (alcanzado, en curso, sin progreso) ^{2,3}
1.1.2	Número de países y territorios que tienen por lo menos 95% de cobertura del tratamiento profiláctico del VIH para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH	0	24	En curso (alcanzado en 15 + 9 en curso)
<p>Quince países y territorios alcanzaron el indicador: ABW, AIA, BMU, BON, BRB, CHL, CUB, CUW, DMA, GRD, KNA, SAB, SLV, STA, VCT.</p> <p>Otros nueve países y territorios están en curso: BLZ, CAN, COL, GUY, HND, MEX, PER, USA, VEN.</p> <p>El número y el porcentaje de embarazadas con VIH que reciben antirretrovirales han aumentado cada año. En el 2014, 81% (69%-95%) de las embarazadas seropositivas al VIH en los países de ingresos bajos y medianos de la Región recibieron tratamiento antirretroviral para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH. Esta cifra es 43% mayor que hace cinco años, con una cobertura que aumentó de 56% (48%-66%) en el 2010 a 81% en el 2014. La cobertura en el 2014 fue de 78% (64%-94%) en América Latina y 89% (78%-95%) en el Caribe. Según el informe del 2015 sobre la eliminación de la transmisión maternoinfantil basado en los datos notificados por los países, 11 países habían notificado una cobertura de tratamiento antirretroviral superior al 95% a fines del 2014, lo cual muestra el progreso realizado hacia la meta de 24 en el 2019.</p>				
1.1.3	Número de países y territorios que tienen por lo menos 95% de cobertura del tratamiento para la sífilis en embarazadas	0	22	En curso (alcanzado en 11 + 9 en curso)
<p>Once países y territorios alcanzaron el indicador: AIA, BMU, BON, BRB, CUB, CUW, DMA, GRD, HND, KNA, SAB.</p> <p>Otros nueve países y territorios están en curso: BLZ, CHL, COL, GUY, MEX, PER, SLV, VCT, VEN.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de un país.</p> <p>Según el informe del 2015 sobre la eliminación de la transmisión maternoinfantil, más de la mitad de los países de la Región (56% o 29 de 52) notificaron el tratamiento de embarazadas con sífilis en el 2014, seis más que en el 2010. Las cifras van de 50% a 100%, con un valor regional de 85% para la cobertura del tratamiento de la sífilis en las embarazadas.</p>				

Evaluación de los indicadores de los resultados inmediatos

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2012)	Meta (2015)	Calificación ^{4,5}
1.1.1	Ejecución y seguimiento de la estrategia regional sobre la infección por el VIH y las ITS mediante la cooperación técnica a nivel regional y nacional	Número de países y territorios que están ejecutando estrategias nacionales sobre la infección por el VIH y las ITS, de conformidad con la estrategia regional para el sector de la salud en materia de infección por el VIH e ITS para 2011-2015 y el plan regional para el sector de la salud en materia de infección por el VIH e ITS para 2006-2015	8	27	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 21 + alcanzado parcialmente en 6)
<p>Veintiún países y territorios alcanzaron el indicador: AIA, ABW, BMU, BOL, COL, CUW, DMA, DOM, HND, HTI, JAM, KNA, MEX, PRY, PER, SAB, SLV, STA, SUR, TTO, VGB. Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de un país.</p> <p>Otros seis países alcanzaron parcialmente el indicador: BHS, BON, ECU, GTM, GUY, VEN.</p> <p>Los países trabajaron en colaboración con la OPS para adaptar las estrategias mundiales y regionales y plasmarlas en estrategias nacionales que reflejen las particularidades del país. Los países han dado a conocer las estrategias nacionales actualizadas a las instituciones de salud pertinentes y han impartido capacitación a los sectores público y privado. El progreso de los países se ha documentado en informes regionales y en el examen a mitad de período del <i>Plan estratégico regional para el control de la infección por el VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual</i>. Esto demuestra que los países han adoptado las cuatro prioridades programáticas emblemáticas del plan actual y las han incorporado en sus estrategias nacionales, lo cual indica una estrecha concordancia con el plan regional. Además, en dos foros regionales, 26 países refrendaron las metas mundiales 90-90-90 para el tratamiento (México, 2014) y 23 países refrendaron las metas actualizadas para la prevención de la infección por el VIH (Brasil, 2015). Esto dio lugar a actualizaciones de los planes estratégicos nacionales a fin de que concordaran con la respuesta después del 2015 y con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas.</p>					

⁴ Los resultados generales se califican de la siguiente manera:

- **Alcanzado:** Se ha alcanzado la meta de indicador establecida en el Programa y Presupuesto 2014-2015 (número de países o territorios, número o porcentaje para los indicadores regionales). En los casos en que se han excedido las metas del indicador, así se lo indica.
- **Alcanzado parcialmente:** Se avanzó con respecto a la línea de base establecida en el Programa y Presupuesto (número de países o territorios, número o porcentaje para los indicadores regionales), pero no se alcanzó la meta para el 2015.
- **Sin progreso:** respecto de la línea de base establecida en el Programa y Presupuesto (número de países o territorios, número o porcentaje para los indicadores regionales).

⁵ Los indicadores regionales son evaluados por la entidad regional responsable o la red de categorías y áreas programáticas sobre la base de la información más reciente, según los criterios definidos en el compendio de indicadores.

CD55/5 - ANEXO A

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2012)	Meta (2015)	Calificación ^{4,5}
1.1.2	Adaptación y ejecución de las normas más actualizadas de prevención y tratamiento de la infección por el VIH en niños y adultos que integren la infección por el VIH con otros programas de salud y reduzcan las inequidades	Número de países y territorios que han adoptado o adaptado las directrices de la OPS/OMS del 2013 sobre el uso de medicamentos antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH	10	31	Excedido (alcanzado en 33 + alcanzado parcialmente en 5)
<p>Treinta y tres países y territorios alcanzaron el indicador: ABW, ARG, ATG, BLZ, BMU, BOL, BON, BRA, BRB, COL, CRI, CUB, CUW, DMA, DOM, ECU, GRD, GTM, GUY, HND, HTI, JAM, KNA, LCA, MEX, PAN, PER, PRY, SLV, STA, URY, VCT, VEN. Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de nueve países.</p> <p>Cinco países alcanzaron parcialmente el indicador: BHS, SAB, SXM, TCA, TTO.</p> <p>Otros tres países incluidos en la meta están adaptando sus directrices nacionales de acuerdo con las recomendaciones del 2013 de la OMS (criterio de CD4 \leq 500 para iniciar el tratamiento antirretroviral): Bahamas, República Dominicana y Trinidad y Tabago.</p>					
1.1.3	Facilitación de la formulación, aplicación y seguimiento de estrategias nacionales para la prevención y el control de las infecciones de transmisión sexual	Número de países y territorios que han actualizado su estrategia sobre las ITS de acuerdo con las recomendaciones mundiales o regionales	26	34	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 16 + alcanzado parcialmente en 12)
<p>Dieciséis países y territorios alcanzaron el indicador: ARG, BMU, BRA, CAN, COL, CUB, CUW, DMA, HND, JAM, MEX, NIC, PAN, PER, URY, VEN. Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de un país.</p> <p>Otros doce países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: BHS, BLZ, BOL, CHL, DOM, GTM, GUY, HTI, SAB, SLV, STA, TTO.</p> <p>La elaboración de las estrategias para las ITS en la Región se ha guiado por la Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de las ITS. Se proporcionó asistencia técnica en materia de ITS en oportunidades vinculadas al VIH, ya que hay ocas inversiones específicas en ITS en la Región, excepto por el Programa de vigilancia de la sensibilidad de los gonococos a los agentes antimicrobianos.</p>					

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2012)	Meta (2015)	Calificación ^{4,5}
1.1.4	Actualización y ejecución de planes nacionales de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita	Número de países y territorios que ejecutan un plan nacional de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita	35	39	Alcanzado (alcanzado en 39 + alcanzado parcialmente en 2)
<p>Treinta y nueve países y territorios alcanzaron el indicador: ABW, AIA, ARG, ATG, BHS, BLZ, BMU, BON, BRA, BRB, BOL, CHL, COL, CRI, CUB, CYM, DMA, DOM, ECU, GRD, GTM, GUY, HND, HTI, JAM, KNA, LCA, MEX, MSR, NIC, PAN, PRY, SLV, SUR, TTO, URY, VCT, VEN, VGB. Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de un país.</p> <p>Además, dos países alcanzaron parcialmente el indicador: PER, TCA.</p> <p>En el 2014, 34 países y territorios tenían planes nacionales para eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH, en algunos casos combinados con planes para la eliminación de la sífilis congénita.</p>					

<p>Área programática 1.2: Tuberculosis</p> <p>RESULTADO INTERMEDIO: Aumento del número de pacientes con tuberculosis diagnosticados y tratados con éxito</p> <p>Evaluación de los indicadores de los RIT: 2 de 3 en curso, 1 de 3 sin progreso</p> <p>Evaluación de los indicadores de los RIM: 1 de 3 alcanzados, 2 de 3 alcanzados parcialmente</p>	<p>Calificación: Expectativas parcialmente cumplidas</p>
---	---

Evaluación de los indicadores de los resultados intermedios

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
1.2.1	Número acumulado de pacientes con tuberculosis confirmada bacteriológicamente tratados con éxito en programas que han adoptado la estrategia recomendada por la OMS desde 1995	1.450.000 pacientes	2500.000 pacientes	En curso (1.850.000 de 2.500.000)
<p>El número de casos nuevos de tuberculosis tratados con éxito en el 2013 fue de 201.000. Cuando se combinan con los 202.000 del 2012, se obtiene un total de 403.000 casos más tratados con éxito respecto de la línea de base del 2012. Esto muestra el progreso realizado en la Región para alcanzar el indicador del resultado intermedio. Los datos están disponibles dos años después del tratamiento, lo cual limita la medición del indicador del éxito del tratamiento en el 2015.</p>				

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
1.2.2	Número anual de pacientes con tuberculosis multirresistente presunta o confirmada, basado en las definiciones de la OMS (2013), incluidos los casos resistentes a la rifampicina, que reciben tratamiento para la tuberculosis multirresistente en (la Región de) las Américas	2.960 pacientes	5.490 pacientes	En curso (3.568 pacientes)
En el 2014, 3.568 pacientes con tuberculosis multirresistente comenzaron a recibir tratamiento en la Región. Se está ultimando el análisis de los datos del 2015.				
1.2.3	Porcentaje de nuevos pacientes con tuberculosis diagnosticada en comparación con el total de casos incidentes de tuberculosis	79%	90%	Sin progreso (77%)
En el 2014, la tasa de detección de casos en la Región fue de 77%. A pesar del progreso observado en los países, esto representa una disminución leve. Una posible explicación está relacionada con la forma en que la OMS actualiza las estimaciones de la carga de la tuberculosis en la Región. En el primer semestre del 2016 se planea realizar una reunión del programa regional contra la tuberculosis para examinar estas estimaciones.				

Evaluación de los indicadores de los resultados inmediatos

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2012)	Meta (2015)	Calificación
1.2.1	Países habilitados para adoptar nuevos enfoques y medios de diagnóstico para fortalecer el diagnóstico de la tuberculosis	Número de países y territorios que utilizan las pruebas recomendadas por la OMS para el diagnóstico rápido de la tuberculosis.	11	27	Alcanzado (alcanzado en 25 + alcanzado parcialmente en 3)
Veinticinco países y territorios alcanzaron el indicador: ARG, BRA, BON, CAN, CHL, COL, CRI, CUW, DMA, DOM, ECU, GTM, GUY, HND, HTI, MEX, NIC, PER, PRY, PRI, SLV, SUR, URY, USA, VEN. Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de cinco países.					
Además, tres países alcanzaron parcialmente el indicador: BLZ, JAM, PAN.					
Según el <i>Informe mundial sobre la tuberculosis 2015</i> , de la OMS, así como informes de misiones y la información transmitida por los países, 25 países están introduciendo técnicas de diagnóstico rápido de la tuberculosis. La Región ha progresado significativamente en la compra y utilización de GeneXpert, así como otros métodos rápidos de diagnóstico, a pesar de que el lanzamiento ha sido más lento de lo previsto en varios países.					

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2012)	Meta (2015)	Calificación
1.2.2	Recomendaciones de políticas y guías técnicas actualizadas para fortalecer la capacidad en los países de diagnóstico y tratamiento temprano de los pacientes con tuberculosis multirresistente	Número de países y territorios que aplican las directrices de la OMS para el diagnóstico y el tratamiento temprano de los pacientes con tuberculosis multirresistente	16	28	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 25 + alcanzado parcialmente en 8)
<p>Veinticinco países y territorios alcanzaron el indicador: BHS, BMU, BON, BRA, BRB, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, CUW, DMA, DOM, ECU, GRD, HND, HTI, MEX, NIC, PER, PRI, PRY, SLV, URY, VEN. Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de tres países.</p> <p>Otros ocho países alcanzaron parcialmente el indicador: ARG, BOL, GTM, GUY, JAM, PAN, SUR, TTO.</p> <p>Según el <i>Informe mundial sobre la tuberculosis 2015</i>, así como informes de misiones y la información transmitida por los Estados Miembros, 23 países y territorios han actualizado sus directrices para la tuberculosis multirresistente de acuerdo con las últimas recomendaciones de la OMS. Seis países del Caribe (Bahamas, Barbados, Bermudas, Dominica, Granada y Jamaica) actualizaron sus directrices para el diagnóstico y el tratamiento temprano de la tuberculosis multirresistente siguiendo las directrices del Organismo de Salud Pública del Caribe (CARPHA), que reflejan las directrices de la OMS. La OPS/OMS ha proporcionado apoyo técnico a nivel regional, subregional y de país, así como mediante visitas de seguimiento y evaluación del Comité Luz Verde Regional.</p>					
1.2.3	Recomendaciones de políticas y guías técnicas actualizadas para fortalecer la capacidad en los países de diagnóstico y tratamiento temprano de los pacientes con coinfección por el VIH y la tuberculosis	Número de países y territorios que aplican las directrices de la OMS para el diagnóstico y tratamiento temprano de la coinfección por el VIH y el bacilo de la tuberculosis	20	33	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 24 + alcanzado parcialmente en 5)
<p>Veinticuatro países y territorios alcanzaron el indicador: ABW, ARG, BHS, BMU, BOL, BON, BRA, BRB, CHL, COL, CUW, DMA, DOM, GRD, GUY, HND, JAM, MEX, NIC, PER, PRY, SLV, TTO, VEN. Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de un país.</p> <p>Otros cinco países alcanzaron parcialmente el indicador: ECU, GTM, LCA, PAN, VCT.</p> <p>Los países están actualizando y aplicando sus directrices para la tuberculosis y la infección por el VIH de acuerdo con las últimas recomendaciones de la OMS. A nivel regional, se están actualizando las directrices clínicas para la tuberculosis y el VIH, que apoyarán aún más este proceso en el bienio 2016-2017. Todavía se necesita una sólida colaboración entre los programas contra la tuberculosis y los programas contra la infección por el VIH en todos los niveles.</p>					

<p>Área programática 1.3: Malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores (incluidos el dengue y la enfermedad de Chagas)</p> <p>RESULTADO INTERMEDIO: Aumento de la capacidad de los países para formular y ejecutar planes, programas o estrategias integrales de vigilancia, prevención, control o eliminación de la malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores</p> <p>Evaluación de los indicadores de los RIT: 1 de 4 alcanzado, 3 de 4 en curso Evaluación de los indicadores de los RIM: 3 de 5 alcanzados, 2 de 5 alcanzados parcialmente</p>	<p>Calificación: Expectativas parcialmente cumplidas</p>
--	---

Evaluación de los indicadores de los resultados intermedios

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
1.3.1	Porcentaje de casos confirmados de malaria en el sector público que reciben tratamiento con antimaláricos de primera línea de acuerdo con la política nacional (sobre la base de las recomendaciones de la OPS/OMS)	85%	95%	Excedido (100%)
<p>Según la información de la base de datos regional sobre la malaria, 100% de los casos de malaria confirmados en el sector público están recibiendo tratamiento antimalárico de primera línea. La información actual se basa en las cifras presentadas directamente por los países a la OPS, partiendo del supuesto de que los desabastecimientos y los problemas de gestión de la cadena de suministro se abordan adecuadamente. Continúa la coordinación con el Programa Mundial contra el Paludismo de la OMS a fin de buscar otro método para dar seguimiento a este indicador, en vista de las posibles dificultades en el sistema.</p>				
1.3.2	Número de países y territorios con capacidad instalada para eliminar la malaria	10	21	En curso (alcanzado en 16 + 4 en curso)
<p>Dieciséis países y territorios alcanzaron el indicador: ABW, ARG, BLZ, BMU, BOL, COL, CRI, CUW, GTM, HND, JAM, MEX, PAN, PRY, SLV, SUR. Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de un país.</p> <p>Otros cuatro países están en curso para alcanzar este indicador: DOM, ECU, HTI, NIC.</p> <p>Los países han realizado avances importantes en el fortalecimiento de los programas nacionales contra la malaria, incluida la ejecución de intervenciones clave de diagnóstico, tratamiento y vigilancia en los sectores públicos y privado. También se ha avanzado en la obtención del compromiso político necesario y la participación de los interesados directos, de acuerdo con las directrices de la OMS (2012).</p>				
1.3.3	Número de países y territorios con capacidad instalada para el manejo de todos los casos de dengue	14	30	En curso (alcanzado en 18 + 12 en curso)
<p>Dieciocho países y territorios alcanzaron el indicador: BHS, BMU, BON, BRA, COL, CRI, CUW, DMA, GUY, HND, JAM, MEX, PAN, SAB, SLV, SXM, TTO, VEN.</p> <p>Además, 12 países y territorios están en curso para alcanzar este indicador: ABW, ARG, BOL, DOM, ECU, GTM, KNA, NIC, PER, PRI, PRY, STA.</p> <p>La segunda edición de las directrices clínicas para el dengue ha sido una herramienta clave para la capacitación del personal de salud en los países sobre el manejo adecuado de los casos del dengue en toda la Región. Tras la</p>				

CD55/5 - ANEXO A

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
<p>difusión de la clasificación del dengue del 2009 de la OMS y la realización de varios cursos clínicos, que se ofrecieron en colaboración con el Grupo de Trabajo Internacional sobre el Dengue (GT-Dengue), se observó una disminución de 28% (de 0,07% a 0,05%) en la tasa de letalidad del dengue en la Región de las Américas. Sin embargo, uno de los retos destacados por los países, que será particularmente pertinente en el próximo bienio, es cómo modificar los servicios a fin de incluir el tratamiento del chikunguña y la infección por el virus del Zika.</p>				
1.3.4	Número de países y territorios donde toda la zona o unidad territorial endémica tiene un índice de infestación doméstica (por la especie principal de vectores de triatominos o por el vector sustituto, según sea el caso) inferior o igual a 1%	17	21	En curso (alcanzado en 13 + 7 en curso)
<p>Trece países y territorios alcanzaron el indicador: BRA, CHL, COL, CRI, GTM, GUF, GUY, MEX, NIC, PAN, PER, SLV, URY. Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de tres países.</p> <p>Otros siete países están en curso para alcanzar este indicador: ARG, BLZ, BOL, ECU, HND, PRY, SUR. Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de un país.</p> <p>Los países y territorios que lo alcanzaron tomaron medidas para interrumpir la transmisión domiciliar por vectores (índice de infestación doméstica de 1% o menos) en todos sus territorios endémicos y mantener este logro. Los países que están en curso interrumpieron la transmisión domiciliar por vectores en algunos de sus territorios. Para avanzar en este indicador, se necesitarán políticas propicias y más recursos.</p>				

Evaluación de los indicadores de los resultados inmediatos

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2012)	Meta (2015)	Calificación
1.3.1	Países habilitados para ejecutar planes estratégicos contra la malaria, con énfasis en mejores pruebas de diagnóstico y tratamiento, eficacia terapéutica, y seguimiento y vigilancia	Número de países y territorios donde la malaria es endémica en los cuales se está efectuando una evaluación de las tendencias de la malaria usando sistemas ordinarios de vigilancia	22	25	Alcanzado (alcanzado en 25)
<p>Veinticinco países y territorios alcanzaron el indicador: ABW, ARG, BLZ, BOL, BRA, COL, CRI, CUW, DOM, ECU, GLP, GTM, GUF, GUY, HND, HTI, MEX, MTQ, NIC, PAN, PER, PRY, SLV, SUR, VEN. Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de cuatro países.</p> <p>Veinticinco países, entre ellos países donde la malaria es endémica y países sin endemividad, alcanzaron el indicador y siguen reforzando sus sistemas de información corriente sobre la malaria como parte de su compromiso oficial y su aspiración de eliminar la malaria. Además, presentan a la OPS informes oficiales sobre la malaria anualmente, incluidos los informes de casos de malaria importados.</p>					

CD55/5 - ANEXO A

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2012)	Meta (2015)	Calificación
1.3.2	Recomendaciones actualizadas sobre políticas y directrices estratégicas y técnicas con respecto al control de vectores, las pruebas de diagnóstico, el tratamiento antimalárico, el manejo integrado de los cuadros febriles, la vigilancia, la detección epidémica y la respuesta	Número de países y territorios donde la malaria es endémica que están aplicando estrategias contra la malaria para avanzar hacia la eliminación de acuerdo con los criterios de la OMS	9	18	Alcanzado (alcanzado en 18)
<p>Dieciocho países y territorios alcanzaron el indicador: ARG, BLZ, COL, CRI, DOM, ECU, GTM, GUY, HND, HTI, MEX, NIC, PAN, PER, PRY, SLV, SUR, VEN. Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de cinco países.</p> <p>Estos países y territorios siguen intensificando su labor para eliminar la malaria, concentrándose en los grupos vulnerables, el fortalecimiento del manejo de casos de malaria y la impartición de capacitación que pueda repetirse en otros países.</p>					
1.3.3	Aplicación de la nueva clasificación del dengue de la OPS/OMS para mejorar el diagnóstico y el tratamiento en el marco de la estrategia integrada de manejo del dengue y la estrategia mundial de la OMS para el período 2012-2020	Número de países y territorios que ejecutan las estrategias recomendadas por la OPS/OMS para mejorar la vigilancia epidemiológica integral del dengue y el manejo de pacientes	12	29	Excedido (alcanzado en 32 + alcanzado parcialmente en 2)
<p>Treinta y dos países y territorios alcanzaron el indicador: ABW, AIA, ARG, ATG, BOL, BON, BRA, BRB, COL, CRI, CUW, DMA, DOM, ECU, GTM, GUY, HND, JAM, KNA, LCA, MEX, NIC, PAN, PER, PRY, SAB, SLV, STA, SXM, VCT, VEN, VGB. Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de seis países.</p> <p>Otros dos países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: GRD, MSR.</p> <p>Se está introduciendo la nueva clasificación del dengue de la OPS/OMS para mejorar el diagnóstico y el tratamiento, en el marco de la EGI-Dengue y la <i>Estrategia mundial de la OMS para la prevención y el control del dengue 2012-2020</i>, en toda la Región, utilizando una modalidad subregional de capacitación. Los países están fortaleciendo sus sistemas de vigilancia epidemiológica con el apoyo del GT-Dengue y los centros colaboradores para el dengue. Esto ha contribuido a una reducción de la tasa de letalidad de 0,07% a 0,05% entre el 2010 y el 2014.</p>					

CD55/5 - ANEXO A

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2012)	Meta (2015)	Calificación
1.3.4	Aplicación de la estrategia y el plan de acción para la prevención, el control y la atención médica de la enfermedad de Chagas	Número de países y territorios que han establecido programas integrados de control de la enfermedad de Chagas en las unidades territoriales endémicas donde la transmisión es domiciliaria	17	21	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 17 + alcanzado parcialmente en 1)
<p>Diecisiete países y territorios alcanzaron el indicador: ARG, BOL, BRA, CHL, COL, CRI, GTM, GUF, GUY, HND, MEX, NIC, PAN, PER, PRY, SLV, URY. Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de un país.</p> <p>Además, un país alcanzó parcialmente el indicador: SUR.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de tres países.</p> <p>Los países de la Región han establecido programas nacionales de control de la enfermedad de Chagas que están integrados en la promoción, la prevención, el control y la atención primaria de salud, incluidas las iniciativas subregionales. Además, hay cuatro iniciativas subregionales en marcha.</p>					
1.3.5	Países endémicos habilitados para fortalecer la cobertura y la calidad de la atención a los pacientes infectados por <i>Trypanosoma cruzi</i> .	Número de países y territorios endémicos que ejecutan planes nacionales de acción para ampliar la cobertura y la calidad de la atención a los pacientes infectados por <i>Trypanosoma cruzi</i>	18	21	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 10 + alcanzado parcialmente en 9)
<p>Diez países y territorios alcanzaron el indicador: ARG, CHL, CRI, GTM, GUF, HND, MEX, NIC, PAN, URY.</p> <p>Otros nueve países alcanzaron parcialmente el indicador: BLZ, BOL, BRA, COL, ECU, PER, PRY, SLV, SUR. Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de dos países.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de dos países.</p> <p>Ha habido un aumento gradual de la cobertura y la calidad de la atención de los pacientes infectados por <i>T. cruzi</i>. El progreso realizado en los países con endemidad incluye la notificación de casos, la documentación de los casos de enfermedad de Chagas congénita, la detección y el manejo de brotes, y la compra y el uso de medicamentos.</p>					

<p>Área programática 1.4: Enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas</p> <p>RESULTADO INTERMEDIO: Aumento de la capacidad de los países para formular y ejecutar planes, programas o estrategias integrales de vigilancia, prevención, control o eliminación de las enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas</p> <p>Evaluación de los indicadores de los RIT: 8 de 8 en curso Evaluación de los indicadores de los RIM: 2 de 5 alcanzados, 3 de 5 alcanzados parcialmente</p>	<p>Calificación: Expectativas parcialmente cumplidas</p>
---	---

Evaluación de los indicadores de los resultados intermedios

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
1.4.1	Número de países que han registrado un aumento anual en la proporción de casos diagnosticados y tratados de leishmaniasis, según el tratamiento recomendado en las directrices de la OPS/OMS	0	12	En curso (alcanzado en 2 + 10 en curso)
<p>Dos países alcanzaron el indicador: BRA, MEX.</p> <p>Otros diez países están en curso para alcanzar el indicador: ARG, BOL, COL, GTM, HND, NIC, PAN, PER, PRY, SLV.</p> <p>Tanto Brasil como México alcanzaron este indicador y seguirán trabajando para fortalecer el acceso al diagnóstico y el tratamiento de la leishmaniasis. Los países que están en curso están llevando a cabo actividades para mejorar el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad de acuerdo con las directrices de la OPS/OMS y están proporcionando los datos disponibles al Sistema Regional de Información de Leishmaniasis (SisLeish). Algunos retos afrontados por los países son la vigilancia activa limitada en los servicios de salud y la escasez de medicamentos para tratar las diferentes manifestaciones clínicas de la enfermedad.</p>				
1.4.2	Número de países y territorios endémicos con una carga elevada de lepra que han reducido en 35% la tasa de casos nuevos con discapacidad de grado 2 por 100.000 habitantes en comparación con sus propios datos correspondientes a la línea de base del 2012	0 de 10	10 de 10	En curso (alcanzado en 1 + 9 en curso)
<p>Un país alcanzó el indicador: ARG.</p> <p>Nueve países están en curso para alcanzar este indicador: BOL, BRA, COL, CUB, DOM, ECU, MEX, PRY, VEN. Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de un país.</p> <p>Argentina, Brasil, México y Paraguay han progresado satisfactoriamente hacia la consecución de la meta. Colombia, Cuba, República Dominicana y Venezuela tienen que fortalecer la vigilancia y redoblar sus esfuerzos para detectar casos de forma temprana. Bolivia y Ecuador tienen que fortalecer sus programas, incluidos la detección y el manejo de casos. Todos los países tienen que mejorar la calidad y la cobertura de la evaluación de discapacidades en el momento del diagnóstico y sus programas de prevención de discapacidades. Se proporcionará cooperación técnica en el próximo bienio para fortalecer los sistemas de vigilancia e información sobre la lepra en los países.</p>				

CD55/5 - ANEXO A

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
1.4.3	Número de países endémicos que han logrado la meta de cobertura de tratamiento recomendada (65% o más) de la población en riesgo de contraer filariasis linfática	1 de 4	4 de 4	En curso (alcanzado en 2 + 2 en curso)
<p>Dos países alcanzaron el indicador: BRA, HTI.</p> <p>Otros dos países están en curso para alcanzar este indicador: DOM, GUY.</p> <p>Brasil está en curso para eliminar la filariasis linfática en su único foco de transmisión activa, en el estado de Pernambuco, en los próximos cinco años. En Haití, el programa de eliminación ha hecho grandes avances en circunstancias a menudo difíciles. Se necesita un mayor esfuerzo en la República Dominicana y en Guyana para mantener la cobertura del tratamiento para la enfermedad en las zonas endémicas, con rondas de administración masiva de medicamentos.</p>				
1.4.4	Número de países endémicos que han logrado la meta de cobertura de tratamiento recomendada (85% o más para cada ronda de tratamiento) de la población en riesgo de contraer oncocercosis	1 de 2	2 de 2	En curso (alcanzado en 1 + 1 en curso)
<p>Un país alcanzó el indicador: BRA.</p> <p>Otro país está en curso para alcanzar el indicador: VEN.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de un país.</p> <p>Brasil y Venezuela han alcanzado la meta de cobertura de tratamiento en las comunidades endémicas conocidas. Sin embargo, Venezuela debe reforzar las medidas para llegar a comunidades aisladas que fueron descubiertas hace poco a fin de determinar la situación con respecto a la endemidad de la oncocercosis y planificar las intervenciones necesarias.</p>				
1.4.5	Número de países endémicos que han logrado la meta de cobertura de tratamiento recomendada (80% o más) de la población en riesgo de contraer tracoma que puede ocasionar ceguera	0 de 3	3 de 3	En curso (alcanzado en 1 + 2 en curso)
<p>Un país alcanzó el indicador: COL.</p> <p>Otros dos países están en curso para alcanzar este indicador: BRA, GTM.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de un país.</p> <p>Brasil, Colombia y Guatemala han alcanzado la cobertura de tratamiento prevista en sus focos conocidos. Sin embargo, se recomienda que Brasil reevalúe la situación epidemiológica en varios municipios para redefinir el número de personas que necesitan tratamiento. Guatemala debe evaluar el impacto de la ronda de tratamiento concluida en el 2014 para determinar si se necesita tratamiento adicional. Se recomienda que Colombia establezca un plan operativo para tratar a las personas en tres focos nuevos descubiertos hace poco.</p>				

CD55/5 - ANEXO A

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
1.4.6	Número de países endémicos que han logrado la meta de cobertura de tratamiento recomendada (75% o más) de la población en riesgo de contraer esquistosomiasis	0 de 2	2 de 2	En curso (2 en curso)
<p>Dos países en curso para alcanzar este indicador: BRA, VEN.</p> <p>Además, para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de un país.</p> <p>Brasil está logrando la cobertura de tratamiento, pero los criterios para tratar a las personas son diferentes de las recomendaciones de la OMS; hay que evaluar el impacto de estos criterios para alcanzar la meta de eliminación. Venezuela no ha alcanzado la cobertura prevista y, por consiguiente, debe seguir trabajando para lograr la cobertura mínima necesaria, de acuerdo con las recomendaciones de la OMS, para enfrentar esta enfermedad y alcanzar la meta de eliminación.</p>				
1.4.7	Número de países endémicos que han logrado la meta de cobertura de tratamiento recomendada (75% o más) de la población en riesgo de contraer geohelmintiasis	5 de 24	16 de 24	En curso (alcanzado en 5 + 8 en curso)
<p>Cinco países alcanzaron el indicador: DOM, HND, MEX, NIC, TTO.</p> <p>Otros ocho países están en curso para alcanzar este indicador: BOL, BRA, COL, ECU, GUY, HTI, PRY, SLV.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de un país.</p> <p>Según los datos sobre desparasitación recibidos de 11 países, 19,2 millones de niños en edad escolar en riesgo de infección fueron tratados en el 2014, lo que equivale a una cobertura regional de 56,7% (46,7% en el 2013). Además, fueron tratados más de 5 millones de niños en edad preescolar en riesgo de infección, alcanzándose una cobertura regional de 38,7%. Los países seguirán trabajando para aumentar la cobertura prevista de tratamiento de las poblaciones en riesgo de geohelmintiasis.</p>				
1.4.8	Número de países y territorios con capacidad establecida y procesos eficaces para eliminar la rabia humana transmitida por el perro	28	35	En curso (alcanzado en 16 + 12 en curso)
<p>Dieciséis países y territorios alcanzaron el indicador: ARG, BLZ, BRB, CAN, CHL, CRI, CUB, HND, JAM, MEX, PAN, PRY, SLV, TTO, USA, URY.</p> <p>Además, 12 países y territorios están en curso para alcanzar el indicador: BHS, BOL, BRA, DOM, ECU, GRD, GTM, GUY, HTI, NIC, PER, VEN.</p> <p>Los países y territorios han progresado mucho en la creación de la capacidad necesaria para eliminar la rabia humana transmitida por el perro con campañas nacionales de vacunación, el fortalecimiento de la vigilancia en áreas prioritarias y la formulación de estrategias para el análisis de riesgos. El plan de acción adoptado en la REDIPRA 14 y actualizado en la REDIPRA 15 proporciona orientación esencial para este proceso. Sin embargo, los países siguen experimentando algunas dificultades para actualizar las políticas con objeto de facilitar este trabajo y concretar los protocolos relacionados con la vigilancia.</p>				

Evaluación de los indicadores de los resultados inmediatos

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2012)	Meta (2015)	Calificación
1.4.1	Ejecución y seguimiento de la hoja de ruta de la OMS para reducir las enfermedades infecciosas desatendidas por medio del plan regional de enfermedades infecciosas desatendidas	Número de países y territorios endémicos que ejecutan un plan, programa o estrategia nacional o subnacional para reducir la carga de las enfermedades infecciosas desatendidas prioritarias según su situación epidemiológica	6	11	Excedido (alcanzado en 13 + alcanzado parcialmente en 1)
<p>Trece países alcanzaron el indicador: ARG, BRA, COL, GTM, GUY, HND, HTI, MEX, NIC, PER, PRY, SLV, SUR.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de dos países.</p> <p>Un país alcanzó parcialmente el indicador: VEN.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de cuatro países.</p> <p>Doce países cuentan con planes, programas o estrategias para enfermedades infecciosas desatendidas. Además, seis de ellos han lanzado planes de acción integrados para enfermedades infecciosas desatendidas (Brasil, Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua) y ya han llevado a cabo algunas actividades como parte de sus esfuerzos nacionales para enfrentar las enfermedades infecciosas desatendidas. Brasil y Venezuela han progresado mucho en la formulación de un plan de acción operativo 2015-2016 para eliminar la oncocercosis en la zona donde habitan los yanomami.</p>					
1.4.2	Países endémicos habilitados para establecer sistemas de vigilancia integrada de la leishmaniasis en la población humana	Número de países y territorios endémicos que cuentan con un sistema de vigilancia integrada de la leishmaniasis humana	4	10	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 9 + alcanzado parcialmente en 3)
<p>Nueve países alcanzaron el indicador: ARG, BRA, COL, MEX, NIC, PAN, PRY, SLV, VEN.</p> <p>Otros tres países alcanzaron parcialmente el indicador: BOL, GUY, PER.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de dos países.</p> <p>Los ocho países que alcanzaron este indicador en el 2015 lo hicieron proporcionando información actualizada acerca de la vigilancia de la leishmaniasis humana por medio del sistema de información SisLeish. Aunque se han hecho grandes avances, estos países deben seguir mejorando la acción integrada de vigilancia y control.</p>					
1.4.3	Ejecución del plan de acción de la OPS/OMS para la eliminación de la lepra	Número de países y territorios endémicos que aplican las estrategias recomendadas de la OPS/OMS para la	18	23	Alcanzado (alcanzado en 22 + alcanzado parcialmente en 2)

CD55/5 - ANEXO A

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2012)	Meta (2015)	Calificación
		eliminación de la lepra como problema de salud pública en el primer nivel administrativo subnacional			
<p>Veintidós países y territorios alcanzaron el indicador: ABW, BOL, COL, CRI, CUB, CUW, DOM, ECU, GTM, GUY, HND, HTI, JAM, MEX, NIC, PAN, PER, SLV, SUR, TTO, URY, VEN. Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de cinco países.</p> <p>Otros dos países alcanzaron parcialmente el indicador: ARG, PRY.</p> <p>Veintitrés países y territorios informan que están aplicando y ejecutando las estrategias recomendadas por la OPS/OMS para la eliminación de la lepra como problema de salud pública en el primer nivel administrativo subnacional (departamentos, estados, provincias, etc.). Según los últimos datos disponibles (2014), 16 países han alcanzado la meta de eliminación de la lepra como problema de salud pública (prevalencia inferior a 1 por 10.000 habitantes) en el primer nivel administrativo subnacional.</p>					
1.4.4	Países habilitados para ejecutar planes de acción para la prevención, la vigilancia, el control y la eliminación de la rabia	Número de países y territorios que ejecutan planes de acción para fortalecer la prevención, la profilaxis, la vigilancia, el control y la eliminación de la rabia	30	37	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 25 + alcanzado parcialmente en 6)
<p>Veinticinco países y territorios alcanzaron el indicador: ABW, ARG, BLZ, BMU, BOL, BRA, BRB, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, CUW, GRD, GUY, HND, HTI, JAM, MEX, NIC, PRY, SLV, URY, USA, VEN.</p> <p>Además, seis países alcanzaron parcialmente el indicador: DOM, ECU, GTM, PAN, PER, TTO.</p> <p>Ha habido grandes avances en la aplicación de las recomendaciones en relación con la rabia contenidas en el plan de acción acordado durante la REDIPRA 14. Se dio prioridad a los países clave (Bolivia, Haití, Nicaragua, Perú) en la ejecución de actividades de elaboración de planes nacionales contra la rabia, el fortalecimiento de la vacunación de perros, la capacitación para el tratamiento profiláctico posterior a la exposición, vacunas y reactivos seguros, la preparación de materiales para las campañas de vacunación, la creación y difusión de material didáctico, y así sucesivamente. Se llevó a cabo el primer ejercicio regional de desempeño para los laboratorios nacionales de rabia y se crearon herramientas innovadoras para la eliminación de la rabia canina (modelo epidemiológico, aplicación para teléfonos inteligentes, curso virtual, alertas epidemiológicas). Se organizó la REDIPRA 15, de la cual emanaron nuevas recomendaciones que guiarán el plan de trabajo de la OPS/PANAFTOSA para el control y la eliminación de la rabia humana transmitida por el perro en el próximo bienio. Se mejoró el Sistema de Información Regional para la Vigilancia Epidemiológica de la Rabia (SIRVERA); la versión definitiva estará al alcance de los países a principios del 2016. Además, por medio del Grupo de Trabajo sobre Salud Pública Veterinaria CaribVET, se hizo una encuesta regional subregional sobre la rabia en el Caribe.</p>					

CD55/5 - ANEXO A

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2012)	Meta (2015)	Calificación
1.4.5	Países habilitados para ejecutar planes de acción para el fortalecimiento de los programas de prevención, vigilancia y control de las enfermedades zoonóticas	Número de países y territorios que ejecutan planes de acción para fortalecer los programas de prevención, vigilancia y control de las enfermedades zoonóticas de acuerdo con las normas internacionales	2	19	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 10 + alcanzado parcialmente en 5)
<p>Diez países y territorios alcanzaron el indicador: ABW, BMU, BRA, CAN, GUY, MEX, PAN, SLV, USA, VEN.</p> <p>Otros cinco países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: BON, COL, PRY, PER, TTO. Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de tres países.</p> <p>Diez países y territorios han terminado un plan de acción priorizado para las zoonosis y han establecido un sistema integral de vigilancia para las zoonosis prioritarias. Otros cuatro países están elaborando planes de acción para facilitar la acción intersectorial contra las zoonosis y fortalecer la detección de las zoonosis y la respuesta a estas enfermedades. Además, se proporcionó cooperación técnica a los países (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Nicaragua, Paraguay, Perú, Uruguay) para ejecutar intervenciones de prevención y control de enfermedades y fortalecer la vigilancia de las zoonosis. Se hizo una encuesta sobre las zoonosis para determinar las prioridades de los países y guiar el apoyo que necesitan. En las reuniones del Comité Directivo de CaribVET y del Grupo de Trabajo sobre Salud Pública Veterinaria CaribVET se siguió promoviendo “Una sola salud” en los más altos niveles de la agricultura y la ganadería y la salud en los países del Caribe, así como la introducción del segundo y tercer módulo de la serie de liderazgo sobre “Una sola salud”. Se siguió brindando apoyo a la red de hidatidosis con su reunión anual del 2015 y la publicación por PANAFTOSA del primer informe epidemiológico sobre la situación de la equinocosis quística en América del Sur.</p>					

<p>Área programática 1.5: Enfermedades prevenibles mediante vacunación (incluido el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis)</p> <p>RESULTADO INTERMEDIO: Aumento de la cobertura de vacunación de las poblaciones y comunidades de difícil acceso y mantenimiento del control, la erradicación y la eliminación de las enfermedades prevenibles mediante vacunación</p> <p>Evaluación de los indicadores de los RIT: 1 de 4 alcanzados, 2 de 4 en curso, 1 de 4 sin progreso</p> <p>Evaluación de los indicadores de los RIM: 4 de 6 alcanzados, 2 de 6 alcanzados parcialmente</p>	<p>Calificación: Expectativas cumplidas</p>
---	--

Evaluación de los indicadores de los resultados intermedios

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
1.5.1	Promedio de la cobertura regional con tres dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DPT)	92%	94%	Sin progreso (90%)
<p>Durante el bienio, la Región mantuvo tasas regionales de cobertura superiores al 90% en promedio gracias al compromiso político y técnico de los Estados Miembros con los programas de vacunación que ofrecen vacunas seguras, eficaces y asequibles. La cobertura de la vacunación se ha mantenido y ha mejorado en la mayor parte de los Estados Miembros de la Región. Al mismo tiempo, sin embargo, la Región ha experimentado una reducción de la cobertura. Algunos Estados Miembros no han mostrado el avance previsto o han informado disminuciones en la cobertura por diversos motivos, incluidos retos operativos y financieros, lo que por lo tanto afecta de manera significativa la cobertura promedio en la Región. Esto trae a la atención la situación de un país que informó una disminución en la cobertura de la vacunación de más de 15% entre el 2014 y el 2015 en comparación con el 2013 debido a un cambio en su sistema de registro de la vacunación. Si bien estos cambios fueron considerados como una buena práctica por el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización en la evaluación del <i>Plan de acción mundial sobre vacunas</i>, han tenido un impacto significativo sobre el promedio de la cobertura regional de la vacunación. La OPS insta a los países a que redoblen sus esfuerzos para asegurar el acceso universal y equitativo a la vacunación, así como el uso de datos sobre vacunación de buena calidad.</p>				
1.5.2	Número de países y territorios donde se ha reanudado la transmisión endémica del virus del sarampión y de la rubéola	0	0	En curso
<p>En abril del 2015 se declaró la eliminación de la transmisión endémica de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región. También se está avanzando hacia la eliminación del sarampión, con el último caso detectado en Brasil en julio del 2015 (tras la reanudación temporal de la transmisión endémica del sarampión en el 2014). Se ha preparado el informe regional de verificación de la eliminación del sarampión, que se presentará al Comité Internacional de Expertos para la Eliminación del Sarampión y la Rubéola en las Américas (Instituto Evandro Chagas) y al Consejo Directivo de la OPS en octubre del 2016.</p>				
1.5.3	Número de países y territorios que han introducido una o varias vacunas nuevas	34	51	En curso (alcanzado en 37 + 13 en curso)
<p>Treinta y siete países y territorios alcanzaron el indicador: ABW, ARG, ATG, BHS, BMU, BON, BRB, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, CUW, CYM, DMA, ECU, GLP, GUF, GUY, HND, HTI, MEX, MTQ, NIC, PAN, PER, PRY, SAB, SLV, STA, SUR, TTO, URY, USA, VCT, VEN, VGB.</p>				

CD55/5 - ANEXO A

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
<p>Otros 13 países y territorios están en curso: AIA, BLZ, BOL, BRA, DOM, GTM, JAM, KNA, LCA, MSR, PRI, SXM, TCA. Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de dos países.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de otro país más.</p> <p>Los países trabajaron en colaboración con la OPS para introducir vacunas nuevas en los planes nacionales de vacunación teniendo en cuenta los últimos datos probatorios disponibles, incluidos los datos generados por 18 hospitales centinela en ocho países, así como análisis de costos y beneficios. Las principales vacunas nuevas que se han introducido son la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH), la vacuna antineumocócica conjugada, la vacuna antirrotavírica y la vacuna antipoliomielítica de virus inactivados (IPV). Además, el Fondo Rotatorio realizó negociaciones fructíferas con fabricantes para que las vacunas contra el VPH estén al alcance de los países a precios reducidos.</p>				
1.5.4	Número de países y territorios que notificaron casos de parálisis debida al poliovirus salvaje o a la circulación del poliovirus derivado de la vacuna en los 12 meses anteriores	0	0	Alcanzado
<p>Todos los países mantienen la vigilancia de los casos de parálisis flácida aguda y la OPS vigila los indicadores de vigilancia de la calidad a fin de generar recomendaciones para los países. Además, la OPS ha prestado apoyo continuo a fin de preparar adecuadamente a los países para la introducción de la IPV y para el paso de la vacuna antipoliomielítica oral trivalente a la vacuna antipoliomielítica oral bivalente, con reuniones presenciales y virtuales, la preparación de documentos técnicos y material didáctico y para la comunicación. A principios del 2015, 32 países tenían planes que comprendían solamente una vacuna antipoliomielítica oral; para fines del 2015, 22 de ellos habían introducido la IPV. En términos generales, 36 países participarán en la transición, y 31 de ellos han presentado sus planes a la OPS.</p>				

Evaluación de los indicadores de los resultados inmediatos

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2012)	Meta (2015)	Calificación
1.5.1	Ejecución del Plan de Acción Mundial sobre Vacunas como parte del Decenio de Colaboración en materia de Vacunas a fin de alcanzar a las poblaciones sin vacunar o insuficientemente vacunadas	Número de países y territorios con <95% de cobertura de vacunación que están aplicando estrategias dentro de sus planes de vacunación nacional para llegar a las poblaciones sin vacunar o insuficientemente vacunadas	15	23	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 19 + alcanzado parcialmente en 9)
<p>Diecinueve países y territorios alcanzaron el indicador: ABW, ARG, BHS, BRB, CHL, CUW, DMA, DOM, GUY, JAM, KNA, LCA, PER, SAB, STA, SUR, SXM, TTO, VEN. Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de tres países.</p> <p>Otros nueve países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: BMU, BOL, COL, CRI, SLV, GTM, PAN, PRY, TCA.</p> <p>Además, varios países y territorios (Anguila, Antigua y Barbuda, Belice, Bonaire, Islas Vírgenes Británicas, Islas Caimán, Cuba, Curazao, Guayana Francesa, Granada, Guatemala, Honduras, Haití, Martinica, Montserrat,</p>					

CD55/5 - ANEXO A

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2012)	Meta (2015)	Calificación
<p>Nicaragua, San Eustaquio, San Vicente y las Granadinas) han presentado planes de acción que incluyen intervenciones específicas para mejorar la cobertura de vacunación de las poblaciones sin vacunar y que no han recibido las vacunas necesarias. Concluyó la preparación de herramientas para detectar los municipios con baja cobertura y realizar intervenciones posteriormente a fin de ayudar a los países a mejorar la cobertura de vacunación en las poblaciones sin vacunar y que no han recibido las vacunas necesarias. Se terminó de redactar el borrador del documento sobre las enseñanzas del trabajo para llegar a los municipios con baja cobertura en países seleccionados. Este documento guiará la cooperación técnica para los países en el próximo bienio a fin de repetir las experiencias fructíferas y difundir las prácticas óptimas. Prosigue el trabajo para impulsar el seguimiento integrado de la cobertura utilizando un enfoque interprogramático. Se realizó un taller regional conjunto para examinar el seguimiento integrado y las metodologías y las herramientas presentadas en los módulos.</p>					
1.5.2	Ejecución del <i>Plan de acción para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas</i>	Número de países y territorios que ejecutan el <i>Plan de acción para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas</i>	7	42	Alcanzado (alcanzado en 42)
<p>Cuarenta y dos países y territorios alcanzaron el indicador: ABW, ARG, ATG, BHS, BLZ, BMU, BOL, BRA, BRB, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, CUW, DMA, DOM, ECU, GRD, GTM, GUY, HND, HTI, JAM, KNA, LCA, MEX, NIC, PAN, PER, PRY, SAB, SLV, STA, SUR, SXM, TTO, URY, USA, VCT, VEN, VGB. Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de tres países.</p> <p>Los países que alcanzaron el indicador están ejecutando intervenciones que concuerdan con el <i>Plan de acción para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas, 2012-2014</i>. Durante el bienio se alcanzó un hito importante para la salud pública con la declaración de la eliminación de la transmisión endémica de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región en abril del 2015. El Comité Internacional de Expertos declaró interrumpido el brote de sarampión del nordeste del Brasil y la Región continúa avanzando hacia la verificación de la eliminación del sarampión.</p>					
1.5.3	Países capacitados para generar evidencia sobre la introducción de vacunas nuevas	Número de países y territorios que generan evidencia para apoyar las decisiones sobre la introducción de vacunas nuevas	12	19	Excedido (alcanzado en 21 + alcanzado parcialmente en 1)
<p>Veintiún países y territorios alcanzaron el indicador: ABW, ARG, BMU, BOL, BRA, CHL, COL, DMA, DOM, ECU, GTM, GUY, HND, JAM, NIC, PER, PRY, SAB, SLV, STA, VEN. Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de ocho países.</p> <p>Además, un país alcanzó parcialmente el indicador: KNA.</p> <p>Concluyeron los estudios del impacto de la vacuna antineumocócica conjugada en Chile, Colombia y Perú, y se iniciaron protocolos de estudio de la eficacia de la vacuna antineumocócica conjugada decavalente y tridecavalente en Brasil y la República Dominicana, respectivamente. Además, hubo avances considerables con respecto a la vigilancia centinela de la introducción de vacunas nuevas y la calidad de los datos: 18 hospitales centinela en ocho países (Bolivia, Ecuador, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú y Venezuela) están avanzando hacia la inclusión en la red mundial de vigilancia de vacunas nuevas.</p>					

CD55/5 - ANEXO A

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2012)	Meta (2015)	Calificación
1.5.4	Mantenimiento de sistemas regionales de vigilancia para el seguimiento de parálisis flácida aguda	Número de países y territorios con un sistema de vigilancia actualizado al sistema para las enfermedades prevenibles mediante vacunación conocido como ISIS o que han establecido conexiones a la base de datos centralizada de inmunización y la base de datos de la OMS	15	21	Excedido (alcanzado en 26 + alcanzado parcialmente en 2)
<p>Veintiséis países y territorios alcanzaron el indicador: ABW, ARG, BHS, BON, BRA, CHL, COL, CRI, DMA, DOM, ECU, GTM, GUY, HND, HTI, JAM, KNA, MEX, NIC, PAN, PER, PRY, SLV, SUR, URY, VEN. Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de dos países.</p> <p>Otros dos territorios alcanzaron parcialmente el indicador: CUW, STA.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de dos países.</p> <p>Durante el bienio se amplió el uso del Sistema Informático Integrado para la Vigilancia de las Enfermedades Prevenibles por Vacunación o de un sistema puente con la base de datos centralizada sobre inmunización y la base de datos de la OMS, con avances importantes en la República Dominicana, Ecuador, Guyana y Panamá. Bolivia todavía está usando el Sistema de Vigilancia de la Eliminación de la Poliomieltis y planea actualizarlo en el 2016.</p>					
1.5.5	Países habilitados para la aplicación de nuevos algoritmos para el aislamiento y la diferenciación intratípica de poliovirus e indicadores de desempeño mejorados	Número de países y territorios que aplican los nuevos algoritmos de diagnóstico a nivel nacional o subnacional	6	35	Excedido (alcanzado en 35 + alcanzado parcialmente en 3)
<p>Treinta y cinco países y territorios alcanzaron el indicador: ABW, ARG, ATG, BHS, BLZ, BOL, BON, BRA, BRB, CAN, COL, CRI, CUB, DMA, DOM, ECU, GRD, GTM, HND, HTI, JAM, KNA, LCA, MEX, NIC, PAN, PER, PRY, SLV, STA, SUR, TTO, URY, VCT, VEN. Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de 24 países.</p> <p>Otros tres países alcanzaron parcialmente el indicador: CHL, GUY, SAB.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de un país.</p> <p>La red regional de laboratorios de poliomieltis está integrada por 11 laboratorios que usan nuevos algoritmos y prestan servicios a todos los países y territorios a nivel nacional o subregional. Con este mecanismo se ha mantenido la vigilancia de la poliomieltis desde el último caso producido por el poliovirus salvaje en 1991. La vigilancia es técnicamente muy exigente; de ahí el uso mancomunado de servicios entre países.</p>					
1.5.6	Procesos establecidos para la gestión de riesgos de poliovirus a largo plazo, incluida la contención de	Número de países y territorios que han ejecutado la fase II del plan de acción para la	0	46	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 35 + alcanzado

CD55/5 - ANEXO A

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2012)	Meta (2015)	Calificación
	todas las reservas de poliovirus y la certificación de la erradicación de la poliomielitis en la Región	contención del poliovirus			parcialmente en 11)
<p>Treinta y cinco países y territorios alcanzaron el indicador: ABW, ARG, BLZ, BMU, BOL, BRA, BRB, CAN, CUB, CUW, CYM, DMA, DOM, ECU, GRD, GTM, GUF, HND, HTI, JAM, KNA, LCA, MSR, NIC, PAN, PRY, SAB, STA, SUR, SXM, TTO, URY, USA, VEN, VGB. Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de tres países.</p> <p>Además, 11 países alcanzaron parcialmente el indicador: AIA, ATG, BHS, CHL, COL, CRI, GUY, MEX, PER, SLV, VCT.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de un país.</p> <p>En el 2014, la OMS publicó un plan de acción mundial (también conocido como GAPIII o Esquema de Certificación de Contención) a fin de reducir al mínimo el riesgo de transmisión de poliovirus asociada a establecimientos tras la erradicación de tipos específicos de poliovirus salvaje y la cesación secuencial del uso corriente de la vacuna antipoliomielítica oral. En el 2015 se reunió un grupo de trabajo pequeño para definir la ejecución de este plan mundial en la Región y en junio del 2015 se ultimó el formato de la encuesta. Después de estos pasos iniciales, se mantuvo una comunicación constante con los países para iniciar el proceso de ejecución y avanzar hacia los objetivos del GAPIII. Todos los países y territorios han estado ejecutando el GAPIII regional con actividades de formación de capacidad basadas en las recomendaciones de la Oficina.</p>					

Evaluación de fin del bienio 2014-2015
Informe de la categoría 2

CATEGORÍA 2: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y FACTORES DE RIESGO				CALIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN GENERAL DE LA CATEGORÍA ⁶ Expectativas parcialmente cumplidas			
PANORAMA PROGRAMÁTICO Y PRESUPUESTARIO DE LA CATEGORÍA							
Cuadro 1. Resumen programático y presupuestario de la categoría 2							
Área programática	Presupuesto aprobado (Programa y Presupuesto 2014-2015) (en millones de US\$)	Fondos asignados (en millones de US\$)	Porcentaje asignado al Programa y Presupuesto	Ejecución presupuestaria en comparación con el Programa y Presupuesto (%)	Ejecución presupuestaria en comparación con los fondos asignados (%)	Calificación de los indicadores de resultados inmediatos	Estado de los indicadores de resultados intermedios
2.1 Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo	20,96	17,93	85,5	84,4	98,7	2 de 7 alcanzados, 5 de 7 alcanzados parcialmente	10 de 14 en curso, 3 de 14 sin progreso, 1 de 14 no evaluado
2.2 Salud mental y trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas	3,26	3,02	92,7	92,9	100,2	1 de 3 alcanzado, 2 de 3 alcanzados parcialmente	1 de 1 en curso
2.3 Violencia y traumatismos	7,59	4,16	54,9	54,3	98,9	1 de 3 alcanzado, 2 de 3 alcanzados parcialmente	2 de 2 en curso
2.4 Discapacidades y rehabilitación	2,16	2,04	94,1	91,1	96,8	1 de 2 alcanzado, 1 de 2 alcanzado parcialmente	2 de 2 en curso

⁶ La calificación obtenida en la evaluación general para cada categoría y área programática es determinada por los facilitadores de las categorías y las áreas programáticas de la OPS, respectivamente, teniendo en cuenta la ejecución programática y presupuestaria, el análisis de los recursos (humanos y financieros) y los riesgos operativos y programáticos. Las calificaciones se definen de la siguiente manera:

- **Expectativas cumplidas (verde):** se alcanzaron entre 90% y 100% de los resultados para el período que se está evaluando. Se está progresando de acuerdo a lo planificado y no se prevén mayores impedimentos ni riesgos que afecten el logro de los resultados.
- **Expectativas parcialmente cumplidas (amarillo):** se alcanzaron entre 75% y 89,9% de los resultados para el período que se está evaluando. El progreso podría estar en peligro y se deben tomar medidas correctivas para superar los retrasos, impedimentos y riesgos.
- **Progreso insuficiente (rojo):** se alcanzaron menos de 75% de los resultados para el período que se está evaluando. El progreso está en peligro debido a obstáculos o riesgos que están afectando la consecución de los resultados. Se necesitan medidas correctivas inmediatas.

Área programática	Presupuesto aprobado (Programa y Presupuesto 2014-2015) (en millones de US\$)	Fondos asignados (en millones de US\$)	Porcentaje asignado al Programa y Presupuesto	Ejecución presupuestaria en comparación con el Programa y Presupuesto (%)	Ejecución presupuestaria en comparación con los fondos asignados (%)	Calificación de los indicadores de resultados inmediatos	Estado de los indicadores de resultados intermedios
2.5 Nutrición	14,32	7,67	53,6	52,7	98,3	2 de 2 alcanzados	3 de 3 en curso
Total TOTAL	48,29	34,82	72,1	71,1	98,7	7 de 17 alcanzados, 10 de 17 alcanzados parcialmente	18 de 22 en curso, 3 de 22 sin progreso, 1 de 22 no evaluado

Cuadro 2. Panorama presupuestario de la categoría 2 por nivel funcional

Nivel funcional	Fondos asignados (en millones de US\$)	Porcentaje asignado por nivel	Gasto total (en millones de US\$)	Ejecutado (%)
País	13,10	37,62	12,94	98,8
entre países	5,95	17,08	5,86	98,6
Subregional	1,66	4,76	1,64	98,6
Regional	14,12	40,55	13,91	98,6
Total	34,82	100,00	34,35	98,7

ANÁLISIS PROGRAMÁTICO DE LA CATEGORÍA

Resumen de la evaluación general de la categoría

La finalidad de la categoría 2 es reducir la carga de las enfermedades no transmisibles (ENT) mediante la promoción de la salud, la reducción de riesgos y la prevención, el tratamiento y el seguimiento de las ENT y sus factores de riesgo. La categoría comprende cinco áreas programáticas para hacer frente a este reto: ENT y factores de riesgo (2.1), salud mental (2.2), violencia y traumatismos (2.3), discapacidad (2.4) y nutrición (2.5).

Cada año, 3 de cada 4 muertes en la Región de las Américas pueden atribuirse a las ENT, y 34% de estas muertes ocurren prematuramente en personas 30 a 69 años. En consecuencia, las ENT y sus factores de riesgo conexos son la principal causa de enfermedades, discapacidad y muerte prematura en la Región y constituyen a la vez un complejo problema de salud pública y una amenaza para el desarrollo social y económico.

Como resultado, hay un mayor reconocimiento a nivel mundial de la importancia de las ENT y sus factores de riesgo, así como de la salud mental, el uso de sustancias psicoactivas, la violencia, la seguridad humana y la seguridad vial, las discapacidades y la rehabilitación, y la nutrición, no solo como importantes preocupaciones para la salud, sino también como factores sumamente pertinentes para el desarrollo humano. En consecuencia, se ha dado prioridad a las ENT en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, en el *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019*, en el *Plan de acción mundial para la prevención y el control de las*

enfermedades no transmisibles ENT 2013-2020 de la OMS y en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas bajo el tema de la buena salud y el bienestar.

Durante el bienio 2014-2015, la OPS promovió la coordinación multisectorial, formuló directrices y apoyó a los países en la formulación de políticas y planes para las ENT y en la ejecución de intervenciones basadas en datos probatorios (“las mejores inversiones”). Se organizaron reuniones regionales y subregionales para aumentar la conciencia política sobre la importancia de las ENT y promover la inversión a fin de ampliar la acción multisectorial. Además, el Consejo Directivo aprobó planes de acción regionales sobre salud mental, violencia contra la mujer, seguridad vial, discapacidad y rehabilitación, y prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia. En consecuencia, 16 países han elaborado planes de acción nacionales, mientras que 14 países han establecido metas nacionales para las ENT.

Sin embargo, persisten retos importantes. Para hacer frente a las ENT y reglamentar los factores de riesgo se necesitará no solo reconocer su importancia, sino también ampliar la escala de la colaboración intersectorial y la capacidad para aplicar y hacer cumplir políticas sólidas y leyes eficaces. El éxito en este frente está constreñido por los poderosos intereses de las industrias del tabaco, las bebidas alcohólicas y los alimentos, así como por la falta de recursos financieros y humanos para abordar estos asuntos.

De manera análoga, la OPS ha experimentado un aumento de la demanda de la cooperación técnica en el campo de las ENT, los factores de riesgo y la salud mental. En el bienio pasado hemos visto que, para satisfacer esta mayor demanda, además de fortalecer la capacidad a nivel regional es necesario reforzar los recursos humanos y financieros a nivel de país y subregional de la Organización.

Como se muestra en el cuadro 1, se considera que en la categoría 2 se han cumplido parcialmente las expectativas, con 18 de los 22 indicadores de resultados intermedios en curso, 3 sin progreso (que requerirán una acción acelerada en el nuevo bienio) y 1 que no pudo ser evaluado debido a retos que se enfrentaron en las mediciones. Entre los 17 indicadores de resultados inmediatos, 7 se alcanzaron y 10 se alcanzaron parcialmente. En cuanto al presupuesto aprobado, la categoría recibió US\$ 35 millones de \$48 millones (72%), con una ejecución de 99%. A continuación se presentan los detalles de la ejecución programática y presupuestaria.

Resumen programático por área programática

2.1 Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo

Esta área programática aborda las políticas, los programas y los servicios con respecto a las ENT y sus factores de riesgo, y procura mejorar la capacidad de vigilancia de los países con la meta de dar seguimiento al progreso hacia el cumplimiento de los compromisos mundiales y regionales en esta área.

Logros

- Los indicadores de los resultados intermedios muestran una disminución del consumo de tabaco entre los adultos, de 19,0% en el 2010 a 16,4% en el 2015, lo cual es una señal de la probabilidad de que se alcance la meta del resultado intermedio en el 2019. Entre todas las estrategias para combatir los factores de riesgo de ENT, la que podría tener el mayor impacto en la reducción de la carga de morbilidad y mortalidad prematura es el control del tabaco.
- Dieciséis países de la Región han elaborado planes de acción nacionales para las ENT y 14 han establecido metas e indicadores nacionales para las ENT, cumpliendo los compromisos asumidos en la Reunión de Alto Nivel de las Asamblea General de las Naciones Unidas del 2014 sobre las ENT.

- El tema central de este bienio ha sido la formulación de políticas para las ENT, planes nacionales, políticas de reducción de factores de riesgo y estrategias de manejo y vigilancia. A fin de dar seguimiento a los avances en estas áreas, la Organización coordinó una encuesta sobre la capacidad nacional para hacer frente a las ENT, que los Estados Miembros respondieron en el 2015.
- Al menos 12 países han hecho encuestas sobre la prevalencia de factores de riesgo y han proporcionado estimaciones a la Organización, que también se han difundido por medio del portal de datos sobre las ENT.
- Se formularon directrices y orientación sobre la reducción de la sal y la hipertensión; la diabetes; el cáncer cervicouterino, el cáncer de mama y el cáncer en la niñez; la enfermedad renal crónica y el modelo de atención de las enfermedades crónicas para el tratamiento integrado de las ENT. Todo esto ha contribuido al fortalecimiento de los sistemas y servicios de salud para las ENT.
- En la subregión del Caribe se celebró un foro de interesados directos clave en las ENT para reavivar el compromiso político con este tema. Con objeto de complementar este foro se hizo una serie de entrevistas de informantes clave con el propósito de definir estrategias para alcanzar ese fin. Posteriormente prosiguió el trabajo para fortalecer la participación política en el campo de las ENT en esta subregión.
- A nivel regional se ha establecido un Grupo Interamericano de Trabajo sobre las Enfermedades No Transmisibles para aprovechar y apalancar recursos y conocimientos técnicos especializados a fin de dar una respuesta multisectorial. Este grupo de trabajo, encabezado por la OPS, está integrado por organismos clave del sistema interamericano, a saber, la Organización de los Estados Americanos, el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe y el Banco Interamericano de Desarrollo, así como el Banco Mundial.

Retos

- La atención y los recursos destinados a las políticas de reducción de factores de riesgo, el fortalecimiento de sistemas de salud para las ENT y el seguimiento y la vigilancia constantes son insuficientes, especialmente en vista de la existencia de otras prioridades de salud pública y de la interferencia del sector privado, en particular las industrias del tabaco, los alimentos y las bebidas.
- La obesidad sigue siendo un grave problema, con 29% de los adultos con un índice de masa corporal de más de 30 kg/m² en la Región, en comparación con 11% en todo el mundo. El consumo de tabaco sigue siendo elevado: 19% de los adultos de la Región fuman y 22% informan que han tenido episodios de consumo excesivo de alcohol.
- La diabetes está vinculada a la obesidad, y en pocos países se hacen encuestas frecuentes que permiten estimar la prevalencia de la diabetes con el transcurso del tiempo. Sin embargo, las estimaciones indican que el número de diabéticos en la Región aumentará de 62 millones a 109 millones para el 2030.
- Hay pocos datos actualizados sobre el control de la hipertensión, que es una intervención clave para reducir la carga de las enfermedades cardiovasculares, las complicaciones conexas y la muerte prematura.
- El consumo de sal es otro factor relacionado con la hipertensión y hay una urgente necesidad de aumentar la capacidad de los países para medir el consumo de sal a nivel de la población en lugar de seguir dependiendo de la información obtenida en investigaciones.
- Todavía queda mucho trabajo que hacer para alcanzar las metas relativas a la detección del cáncer cervicouterino y el tratamiento de las enfermedades renales, tanto crónicas como en etapa terminal.
- Como muchos países recurren a encuestas quinquenales sobre las ENT y los factores de riesgo, las brechas en la vigilancia están impidiendo la medición de la prevalencia de los factores de riesgo y las ENT, así como de indicadores nutricionales y de salud mental, que no están incluidos en los protocolos actuales para las encuestas.

Enseñanzas

- Las experiencias de los dos últimos años indican que se necesita más creación de capacidad, mejor infraestructura y más financiamiento para alcanzar las metas y los objetivos relacionados con las ENT para el 2019.
- Hay una urgente necesidad de establecer redes intersectoriales para hacer frente a las ENT y sus factores de riesgo, ya que muchos de los factores subyacentes que propician la epidemia están fuera del sector de la salud.
- Aunque la prevención de los factores de riesgo sigue siendo un pilar clave del esfuerzo para enfrentar las ENT y los factores de riesgo, también es evidente que se debe hacer más énfasis en el manejo de enfermedades crónicas, en vista de que los países que han notificado la mayor disminución de muertes prematuras (principalmente una reducción de las enfermedades cardiovasculares) lo han logrado con una mejor atención de casos agudos.
- Será importante establecer sistemas eficaces de vigilancia para dar seguimiento al aumento y la disminución de la prevalencia de las ENT y los factores de riesgo para responder con programas eficaces de prevención y control, así como políticas públicas adecuadas.
- La fuerte participación política y el liderazgo son fundamentales para avanzar con la agenda de reducción de las ENT y los factores de riesgo. En algunos casos hay marcos legislativos, en particular el Convenio Marco para el Control del Tabaco, pero se necesita voluntad política para una ejecución plena y una labor continua de seguimiento y aplicación de la normativa.

2.2 Salud mental y trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas

Esta área programática procura fortalecer la capacidad nacional en el campo de la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas, haciendo hincapié en la mejora del tratamiento y la atención con un enfoque comunitario y de derechos humanos.

Logros

- En 31 países y territorios hay políticas o planes nacionales de salud mental. La mitad de estos planes y políticas están actualizándose de acuerdo con la *Estrategia y plan de acción sobre salud mental*.
- Veintiún países y territorios han iniciado una labor, o la han consolidado en algunos casos, para integrar la salud mental en el nivel de la atención primaria capacitando a sus profesionales en el Programa Mundial de Acción en Salud Mental (mhGAP), herramienta creada por la OMS con ese fin.
- Los representantes de 29 países y territorios reafirmaron el compromiso de abordar la salud mental en una conferencia regional sobre la salud mental.

Retos

- El área programática 2.2 enfrenta limitaciones sociopolíticas y financieras agudas más pronunciadas que las de otras áreas programáticas. Por ejemplo, las personas que sufren problemas de salud mental, discapacidades y trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas en nuestra Región todavía afrontan un estigma considerable; en consecuencia, los países no han invertido recursos financieros en medida suficiente para abordar estas preocupaciones de salud pública.
- Aunque casi todos los países y territorios de la Región están trabajando en algunas de las prioridades en el ámbito de la salud mental señaladas en el Plan Estratégico de la OPS, el interés no siempre está correlacionado con los fondos que se aportan en la práctica.

- Los servicios de salud mental siguen estando insuficientemente integrados en la atención primaria de salud, lo cual limita el acceso a un tratamiento apropiado para las personas que sufren trastornos mentales en la Región.
- El desarrollo insuficiente de los sistemas de información o su ausencia en el campo de la salud mental llevan a una falta de datos probatorios nacionales sobre la prevalencia, la carga de morbilidad y la mortalidad.
- La reducción del consumo nocivo de alcohol sigue siendo un gran reto, sin indicios de progreso para alcanzar este resultado intermedio durante el bienio. Las tendencias actuales apuntan a un aumento del consumo de alcohol per cápita, mayor en las mujeres, y tasas más elevadas de episodios de consumo excesivo de alcohol. Si no se aplican las políticas, no se alcanzarán las metas del resultado intermedio. Por consiguiente, hay que dar más prioridad de inmediato al consumo de alcohol como importante motivo de preocupación de salud. Aunque varios países han elaborado políticas o planes nacionales en materia de alcohol, la mayoría no fueron aprobados por las autoridades nacionales, lo cual demuestra que la voluntad para abordar este riesgo sigue siendo insuficiente para superar las barreras a la aplicación de las políticas.

Enseñanzas

- La estrategia de integración de los servicios de salud mental y la atención de trastornos causados por el consumo de sustancias psicoactivas en el nivel de la atención primaria ha sido fundamental para el logro de las prioridades señaladas en Plan Estratégico de la Organización 2014-2019. La adopción de la *Estrategia y plan de acción sobre salud mental* ha sido decisiva para el progreso en algunos puntos de la agenda, como la integración de la salud mental en la atención primaria y un enfoque más claro del desarrollo de servicios comunitarios como alternativa en vez de la atención en instituciones mentales tradicionales. Con este esfuerzo de integración se está estableciendo y fortaleciendo gradualmente una colaboración más estrecha con otros programas técnicos. La integración de la salud mental y la atención de trastornos causados por el consumo de sustancias psicoactivas en el contexto de la salud, en particular en el nivel de la atención primaria, aumenta la probabilidad de que las personas con estos trastornos tengan acceso a los servicios de salud que necesitan.
- En el caso del alcohol, al encarar este factor de riesgo de una manera sistemática e integrada, junto con los otros factores de riesgo de ENT, como el consumo de tabaco, la alimentación poco saludable y la inactividad física, se ha observado el poco progreso realizado en la reglamentación del alcohol en comparación con otros riesgos, así como la necesidad de fortalecer la capacidad institucional de las autoridades sanitarias para hacer los cambios necesarios.

2.3 Violencia y traumatismos

Esta área programática se centra en la ejecución de políticas y programas que aborden la prevención de la violencia y los traumatismos, en particular en las áreas de la seguridad vial y la violencia contra la mujer, los niños y los jóvenes.

Logros

- Varios países cumplen actualmente los criterios de la OMS con respecto a las prácticas óptimas en la legislación relacionadas con la conducción en estado de ebriedad (6 países), los límites de velocidad (5), el uso de cascos (7), el uso de cinturones de seguridad (19) y el uso de dispositivos de retención para niños (13).
- La Declaración de Brasilia sobre la Seguridad Vial, aprobada en noviembre del 2015, proporciona directrices concretas para ayudar a los gobiernos a alcanzar las metas del Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011-2020 e incorporar los ODS relacionados con la seguridad vial (metas 3.6 y 11.2).
- Se formuló el Plan Maestro para el Fortalecimiento de la Seguridad Vial en las Ciudades de Mesoamérica, centrado en medidas de seguridad vial en las zonas urbanas de Centroamérica y la República Dominicana, entre ellas el fortalecimiento del liderazgo en el ámbito de la seguridad vial, la promoción de la adopción y el

cumplimiento de las leyes, la mejora de la movilidad sostenible, el desarrollo de sistemas de información (incluida la calidad de los datos) y la mejora de la atención después de los accidentes de tránsito. También se elaboraron planes para 14 ciudades, que concuerdan con los objetivos del plan maestro.

- En el área de la violencia contra la mujer, en este bienio se alcanzó un hito importante con la aprobación por el 54.º Consejo Directivo de la OPS de la *Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer* (documento CD54/9 Rev. 2). Al aprobar este documento, la Región de las Américas se convirtió en la primera región de la OMS cuyas máximas autoridades respaldaron un marco para la acción en relación con la violencia contra la mujer. Este documento también ha servido de insumo importante para la redacción del *Plan de acción mundial sobre la violencia*, que será examinado por la Asamblea Mundial de la Salud en el 2016. Esto indudablemente facilitará el logro del indicador del resultado intermedio para la fecha prevista, 2019.
- En el área de la violencia contra los niños, la Organización ha iniciado importantes actividades colaborativas (por ejemplo, con UNICEF, la Universidad Johns Hopkins y la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres) a fin de avanzar con la base de evidencia sobre la prevalencia de la violencia contra los niños en la Región de las Américas y la respuesta de los sistemas de salud a este problema. La Organización también está apoyando los esfuerzos para elaborar directrices clínicas y de política sobre este tema, así como un paquete de medidas de prevención, a fin de armonizar la acción de diversos organismos (OMS, UNICEF, Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades) en torno a las mismas recomendaciones sobre la prevención de la violencia contra los niños.
- En diciembre del 2014, la OMS publicó el primer Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia, con la participación de 21 países de la Región. Para reforzar esta labor, se recopilaron datos, aplicando el mismo protocolo, de nueve países más del Caribe de habla inglesa en el 2015. Además, se obtuvo una subvención del Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad Humana a fin de incorporar el enfoque de la seguridad humana en los planes nacionales de prevención de la violencia juvenil en los países centroamericanos y en la República Dominicana.

Retos

- La disponibilidad de los datos sigue siendo un importante motivo de preocupación; algunos países dicen que no pueden proporcionar datos sobre los indicadores acordados sobre seguridad vial. Otros retos son el trabajo intersectorial limitado, las prioridades nacionales en pugna, la inversión insuficiente en políticas de seguridad vial y la poca capacidad para hacer cumplir la normativa. En concreto, aunque varios países reúnen los criterios de la OMS relativos a las prácticas óptimas en la legislación con respecto a la conducción en estado de ebriedad, los límites de velocidad y el uso de cascos, cinturones de seguridad y dispositivos de retención para niños, la aplicación de las leyes en estas cinco áreas sigue siendo débil en toda la Región.
- Los ODS hacen un llamamiento para que se logre una reducción de 50% de la mortalidad relacionada con los choques en la vía pública para el 2020, a diferencia del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, en el cual la meta es que no aumente la mortalidad para el 2019 (la mortalidad asciende actualmente a 150.000 muertes al año). Para alcanzar la meta más estricta de los ODS, no se puede seguir haciendo lo mismo de siempre y la Organización y la Región deben dar la máxima prioridad a esta meta. Eso requerirá no solo la asignación de más recursos, sino también un gran compromiso político con la reducción del número de traumatismos y muertes para alcanzar los niveles acordados en los ODS.
- Aunque los Estados Miembros y los territorios están reconociendo en medida creciente que la violencia contra la mujer y los niños constituye una amenaza tanto para la salud como para el desarrollo, el financiamiento insuficiente y la capacidad limitada conducen a respuestas que no corresponden a la magnitud del problema.
- En el marco de la salud en todas las políticas y el enfoque de la seguridad humana, uno de los retos principales para prevenir la violencia es fortalecer la colaboración entre el sector de la salud y el sector de las fuerzas

policiales y judiciales en la ejecución de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. En particular, esta colaboración debe incluir la mejora de los sistemas de vigilancia, la evaluación de las intervenciones para prevenir la violencia y el fortalecimiento de la relación entre los servicios de atención primaria de salud y las unidades policiales de la comunidad.

Enseñanzas

- La Declaración de Brasilia sobre la Seguridad Vial, las resoluciones de la OPS y de la OMS sobre el fortalecimiento de los sistemas de salud para abordar la violencia y la participación de los Estados Miembros en el Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia, de la OMS, demuestran que en la Región existe la voluntad política para hacer frente a la violencia y los traumatismos pero que se necesitan más recursos humanos, técnicos y financieros, así como alianzas intersectoriales sólidas, para lograr los ODS.
- La legislación es una estrategia clave para mejorar el comportamiento de los usuarios de las vías de tránsito y disminuir el número de víctimas de accidentes de tránsito. La mayoría de los países de la Región pueden mejorar sus leyes sobre los factores de riesgo y de protección para que concuerden con las mejores prácticas internacionales.

2.4 Discapacidades y rehabilitación

Esta área programática proporciona cooperación técnica a fin de ampliar el acceso a servicios clave para las personas con discapacidades y también incluye servicios de salud bucodental, ocular y del oído como parte de un mayor fortalecimiento de los sistemas de salud.

Logros

- Se ha avanzado en la mejora del acceso a servicios de habilitación y rehabilitación, así como a servicios sociales, para las personas con discapacidades, y ha aumentado el acceso a la cirugía de cataratas. Sin duda, la aprobación del *Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación* ha ayudado a impulsar la agenda relacionada con la discapacidad y la rehabilitación.

Retos

- Aunque la mayoría de los países de la Región han firmado la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, de las Naciones Unidas, todavía no han actualizado sus leyes y políticas para que concuerden con la Convención y con las recomendaciones de la OPS/OMS.
- Lo que se necesita es un examen, en cada país, de las políticas, los sistemas y los servicios generales y los referidos específicamente a las discapacidades con la finalidad de indicar las brechas y las barreras, seguido de medidas para abordarlas. Sin embargo, las discapacidades no siempre se clasifican como una prioridad, lo cual dificulta la consecución de esta meta.
- Además de los servicios generales, las personas con discapacidades podrían requerir acceso a servicios especializados, como rehabilitación, y a servicios de apoyo, entre ellos aparatos de ayuda tecnológica. Sin embargo, en la mayoría de los casos no se invierte en programas y servicios orientados específicamente a las personas con discapacidades.
- Es vital mejorar la comprensión pública de la discapacidad, afrontar las percepciones negativas y presentar la discapacidad de una manera justa. Sin embargo, las autoridades decisorias de la Región no han dado prioridad a la educación del público en este tema.
- Muchos países tienen poco personal en los campos relacionados con la rehabilitación. El establecimiento de normas para la capacitación de personal de rehabilitación de diferentes tipos y niveles puede ayudar a abordar las brechas en los recursos.

- No hay sistemas nacionales de recopilación de datos sobre las discapacidades, y con frecuencia no se cuenta con datos desglosados por discapacidad.

Enseñanzas

- A fin de lograr el acceso universal y la cobertura universal de salud, es necesario fortalecer los servicios públicos que incluyen servicios para las personas con discapacidades y refinar las herramientas de evaluación para medir la mejora del acceso a los servicios.
- La generación y publicación de datos probatorios con respecto a prácticas óptimas ha sido eficaz como una sólida herramienta para la promoción de la causa y planificación.

2.5 Nutrición

Esta área programática procura fortalecer la base de datos probatorios sobre intervenciones nutricionales eficaces y elaborar y evaluar políticas, reglamentos y programas, promoviendo enfoques multisectoriales que abarquen sectores clave, como la educación, la agricultura y la ganadería, y el medio ambiente.

Logros

- El foco en este bienio ha sido la formulación de políticas nutricionales relacionadas con la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia, las carencias de micronutrientes, el retraso del crecimiento y la promoción de la lactancia materna. La adopción del *Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia* por los Estados Miembros en el 2014 ha ayudado a los países a elaborar leyes y políticas sobre la comercialización de alimentos a los niños, la mejora de la nutrición escolar (almuerzo y refrigerios proporcionados por las escuelas y alimentos que se venden en las escuelas) y rotulación en el frente del envase para informar mejor a los consumidores acerca de los alimentos con un alto contenido de sal, grasas y azúcar. A fin de facilitar esta labor, la OPS ha elaborado un modelo de perfil nutricional que puede usarse para respaldar estas reformas.
- En Bolivia, Brasil, El Salvador y Honduras se fortaleció la legislación de acuerdo con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, mientras que en México se prohibió la donación de preparados para lactantes en hospitales y servicios de atención de salud.
- Se aplicaron impuestos sobre las bebidas azucaradas en Barbados, Dominica y México, mientras que en Bolivia, Chile y Ecuador se introdujeron leyes sobre la rotulación en el frente del envase en concordancia con las recomendaciones de la OMS.
- Se impusieron restricciones a la comercialización de alimentos y bebidas a los niños en Brasil, Bolivia, Chile y México. En muchos países se adoptaron políticas para mejorar la alimentación en el entorno escolar.
- A nivel regional, se han tomado medidas para revitalizar la iniciativa “hospitales amigos del niño”, establecer metas para los países y dar seguimiento al progreso. En particular, Uruguay y Estados Unidos han tenido mucho éxito con esta iniciativa y están dando seguimiento al progreso sistemáticamente. México también ha progresado mucho en este frente.
- Se celebraron reuniones regionales y subregionales sobre prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia y se proporcionó apoyo a la formulación de planes nacionales de ejecución en Honduras y Puerto Rico, entre otros.

Retos

- Para prevenir el sobrepeso, hay que prestar especial atención a los cambios en el ambiente alimentario, con la aplicación de políticas fiscales y reglamentarias que incidan directamente en las industrias de la bebida y los

alimentos. En consecuencia, la industria ha tomado medidas enérgicas para parar o debilitar leyes. Lo mismo ocurre con la acción para mejorar las leyes y el seguimiento del consumo de preparaciones para lactantes de conformidad con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

- La nutrición escolar es un área estratégica para la acción en la cual la OPS todavía no está trabajando activamente.
- Aunque muchos países tienen leyes, políticas y normas para mejorar la nutrición, muchas no se aplican o se aplican irregularmente.
- No hay sistemas de vigilancia para medir indicadores nutricionales clave y la cobertura de las intervenciones nutricionales eficaces.

Enseñanzas

- Aunque en la Región hay voluntad política para prevenir la obesidad y promover la lactancia materna, hay poderosos intereses económicos que están en contra de la aplicación de las leyes y los reglamentos que se necesitan para impulsar a los consumidores a elegir opciones saludables, en particular cuando se trata de productos alimenticios y bebidas procesadas. Es necesario mejorar la capacidad institucional de los países para elaborar leyes, marcos sólidos de seguimiento y evaluación y mecanismos debidamente establecidos para imponer sanciones cuando estén indicadas.

Riesgos

A continuación figuran los riesgos más pertinentes para la categoría 2 que se señalan en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, con información sobre su estado y las medidas de mitigación que se hayan tomado para abordarlos.

- Las prioridades nacionales en pugna reducen la atención que se presta a las ENT y sus factores de riesgo, incluidas las intervenciones para la salud mental y las discapacidades a nivel de la atención primaria de salud.
- La poca capacidad regulatoria institucional a nivel nacional permite que las industrias del tabaco, el alcohol, los alimentos procesados y las bebidas azucaradas interfieran y obstaculicen el progreso en los países.
- La aplicación de las leyes que abordan los factores de riesgo de ENT (entre ellos la seguridad vial y la violencia) es limitada a nivel de país.
 - Aunque los encargados de adoptar las decisiones a nivel nacional y regional reconocen la necesidad de abordar las ENT y los factores de riesgo, debido a la falta de una enérgica participación política el progreso ha sido insuficiente en áreas clave tales como la plena implementación del Convenio Marco para el Control del Tabaco, las limitaciones con respecto al consumo nocivo de alcohol y la reducción de la producción y el consumo de productos alimenticios insalubres. La situación se ha complicado debido a la existencia de prioridades en pugna, entre ellas los preparativos para el virus del Ébola y la epidemia del chikunguña. Esto recalca la importancia del compromiso político, el trabajo intersectorial y el reconocimiento cabal de la importancia de las ENT y los factores de riesgo para los sistemas de salud, las sociedades y el desarrollo, con inversiones apropiadas, como requisitos previos para el progreso.
 - Además de la elaboración de programas nacionales eficaces para abordar las ENT y los factores de riesgo, hay que dar prioridad a la promoción del trabajo intersectorial, dado que, para abordar los temas de la categoría 2, se necesitan enfoques que van mucho más allá del sector de la salud. Queda mucho trabajo que hacer en ambos frentes para contrarrestar los efectos de la poca prioridad política de las ENT y los factores de riesgo, la falta de capacidad de reglamentación y el cumplimiento limitado de las leyes existentes.
- La agregación de los datos y la disponibilidad limitada de información sobre las ENT y sus factores de riesgo ocultan aspectos importantes de la equidad en relación con estas enfermedades y afecciones, debilitando las intervenciones basadas en evidencia.

- La complejidad de los sistemas de vigilancia y notificación, incluida la variedad de metodologías utilizadas, reduce la capacidad de los países y territorios para informar sobre su progreso en la lucha contra las ENT y los factores de riesgo.
- Se asigna baja prioridad a la prevención de la violencia, tanto porque las consecuencias de la violencia a menudo son invisibles en las estadísticas actuales de salud como porque la evaluación del progreso es igualmente difícil.
 - Aunque se han tomado medidas para abordar esta situación, queda mucho que hacer para mejorar la calidad de los datos, los sistemas de vigilancia y la estandarización de los mecanismos de notificación. Además, las barreras técnicas y financieras persistentes limitan la capacidad de los Estados Miembros para evaluar los resultados de la ejecución de las políticas públicas e informar sobre el progreso realizado hacia las metas.
- La inversión en la prevención y el control de las ENT es insuficiente a nivel nacional e internacional, lo cual pone en peligro la aplicación de la estrategia mundial contra las ENT y el plan de acción regional contra las ENT propuesto para 2013-2019.
 - Un factor que exacerba las dificultades descritas anteriormente es que, a diferencia de lo que ocurre con las enfermedades infecciosas, los temas de la categoría 2 no han despertado el interés de donantes externos, que no se han ofrecido a aportar los fondos que se necesitan en medida creciente para las ENT, los factores de riesgo y la salud mental. La realidad es que estos problemas de salud cambian lentamente con el transcurso del tiempo y no presentan el tipo de progreso cuantificable que estimula el interés de los donantes y las inversiones como los que se observan en relación con otros problemas de salud pública, entre ellos las enfermedades transmisibles y la salud maternoinfantil.

Análisis de la ejecución presupuestaria

El nivel general de financiamiento comparado con el Programa y Presupuesto 2014-2015 para la categoría 2 fue de 72% (\$35 millones), cifra inferior a la meta de financiamiento de 75% como mínimo para las categorías. Evidentemente hay una falta de concordancia con el nivel prioritario de los temas de la categoría 2, que se reconoce que se encuentran entre las principales prioridades de salud pública para la Región. Esto se debe principalmente a las dificultades para movilizar recursos para estos temas, como se mencionó anteriormente. No obstante, el trabajo realizado en la categoría 2 ha suscitado interés en estos temas pertinentes y ha promovido las agendas relacionadas con las ENT y los factores de riesgo, la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas, la violencia, las discapacidades y la nutrición, a pesar de las limitaciones de un programa severamente subfinanciado.

El área programática 2.1 (ENT y factores de riesgo) recibió 85,5% del financiamiento solicitado y necesitará más fondos para alcanzar las metas en condiciones óptimas en el 2016-2017. Cabe destacar que, durante el bienio 2014-2015, los países y territorios clasificaron el área programática 2.1 como la prioridad número uno entre todas las áreas programáticas de la Organización, lo cual recalca aún más la incongruencia de la brecha del presupuesto para esta área.

Las áreas programáticas 2.4 (discapacidades y rehabilitación) y 2.2 (salud mental) recibieron 94,1% y 92,7% del presupuesto aprobado, respectivamente. Cabe señalar que estas áreas programáticas tenían los presupuestos más moderados. En vista de la alta tasa de ejecución en ambas áreas programáticas, se puede suponer que el presupuesto planificado no estaba a la altura de la capacidad para ejecutar el programa de trabajo. El área programática 2.2 se clasificó en el medio en cuanto a prioridad. Las áreas programáticas 2.3 (violencia y traumatismos) y 2.5 (nutrición) recibieron una cantidad de fondos mucho menor que la solicitada: solo 54,9% y 53,6%, respectivamente, de su presupuesto planificado. También en este caso, la ejecución presupuestaria elevada en ambas áreas programáticas, de 98,9% y 98,3% respectivamente, indica que podrían haberse usado más fondos para avanzar aún más hacia las metas

técnicas de ambas áreas programáticas, particularmente en el caso del área programática 2.5, que operó con un déficit del presupuesto planificado de \$6,65 millones y que, igual que el área programática 2.2, se clasificó en el medio en lo que se refiere a prioridad.

Cuadro 3. Panorama presupuestario de la categoría 2 por área programática y nivel funcional

Categoría, área programática y nivel funcional	Fondos asignados (en millones de US\$)	Porcentaje asignado por área programática	Gasto total (en millones de US\$)	Ejecución presupuestaria (%)
2. Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo	34,82	100,00	34,35	98,7
2.1 Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo	17,93	51,49	17,69	98,7
País	7,60	21,83	7,58	99,7
Entre países	2,83	8,14	2,78	97,9
Subregional	0,76	2,19	0,75	98,0
Regional	6,73	19,33	6,59	97,9
2.2 Salud mental y trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas	3,02	8,68	3,03	100,2
País	0,82	2,36	0,2	99,9
Entre países	0,59	1,71	0,60	100,3
Subregional	0,20	0,56	0,20	100,2
Regional	1,41	4,05	1,41	100,3
2.3 Violencia y traumatismos	4,16	11,96	4,12	98,9
País	2,49	7,15	2,49	100,0
Entre países	0,45	1,30	0,44	97,3
Subregional	0,14	0,41	0,14	97,7
Regional	1,08	3,10	1,05	97,3
2.4 Discapacidades y rehabilitación	2,04	5,85	1,97	96,8
País	0,41	1,17	0,36	89,5
Entre países	0,45	1,29	0,44	98,7
Subregional	0,12	0,34	0,12	98,7
Regional	1,06	3,05	1,05	98,7
2.5 Nutrición	7,67	22,03	7,54	98,3
País	1,78	5,11	1,69	95,0
Entre países	1,62	4,64	1,60	99,3
Subregional	0,44	1,26	0,44	99,4
Regional	3,83	11,01	3,81	99,3

Como se muestra en los cuadros 2 y 3, la asignación de fondos por nivel funcional coincidió con la intención general de la Política del Presupuesto de la OPS. Es importante observar que los \$13,10 millones asignados a los países probablemente hayan sido insuficientes para abordar lo que es claramente una epidemia regional creciente. A fin de hacer frente a esta cuestión, la Organización hizo todo lo posible para movilizar fondos para los países a lo largo del bienio, y los \$5,95 millones de la asignación entre países complementaron los recursos para cooperación técnica directa con los países. En toda la Región, la limitación de los recursos humanos necesarios para abordar los temas de la

categoría 2 representó otro obstáculo para afrontar los desafíos. A continuación se presentan recomendaciones al respecto.

El alto grado de ejecución en cada nivel funcional también parece indicar que, si se hubieran movilizado más fondos, la ejecución programática podría haber sido mayor. Aunque a nivel regional se movilizaron niveles moderados de recursos en el 2014-2015, esto no se logró a nivel subregional. En resumen, el bienio 2014-2015 fue un período durante el cual los temas de la categoría 2 suscitaron atención pero esto no estuvo acompañado de los niveles correspondientes de financiamiento para ampliar el trabajo de cooperación técnica.

Mobilización de recursos

Durante el bienio 2014-2015, el nivel regional cultivó las relaciones con donantes actuales y nuevos, como los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), la Fundación de los CDC, el Gobierno de Brasil, la Asociación Estadounidense del Corazón, la Federación de Rusia, el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (Canadá), Bloomberg Philanthropies, el Gobierno del Reino Unido, el Gobierno de Noruega, la Fundación Mundial de la Diabetes, la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y la Federación Internacional de la Industria del Medicamento (FIIM), entre otros. Se está tratando de obtener recursos del Fondo OPEP para el Desarrollo Internacional y se están buscando nuevas oportunidades para resolver las necesidades financieras de la categoría 2.

En vista de que la categoría estuvo encabezada por un departamento que fue reestructurado a comienzos del bienio, la categoría 2 movilizó recursos pero en última instancia no pudo superar el gran déficit presupuestario. Cabe destacar que a lo largo del bienio fueron entrando sumas considerables del presupuesto ordinario.

Recomendaciones

- Examinar los recursos asignados a la categoría 2 para asegurar que haya suficientes fondos y recursos humanos adecuados en todos los niveles funcionales para que el programa de trabajo pueda ejecutarse plenamente.
- Elevar el nivel de conciencia política de los plazos para la consecución de las metas para el 2019 del Plan Estratégico de la OPS a fin de poner de relieve la urgencia del programa de trabajo.
- Coordinar con mecanismos de integración subregional, entre ellos Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR), el Mercado Común del Sur (MERCOSUR) y el Sistema de Integración Centroamericana (SICA), en un nivel político alto, para concientizar a los líderes políticos, como se hizo en la reunión de interesados directos del Caribe sobre las ENT.
- Asegurar que todas las representaciones de la OPS/OMS estén al tanto de la prioridad de las ENT, los factores de riesgo y los temas de salud mental y estén posicionadas para avanzar con el trabajo de los países para abordar las ENT.
- Formular una respuesta institucional para la vigilancia de las ENT, los factores de riesgo y la salud mental de manera tal que los países tengan poder de decisión para usar escasos recursos con el fin de informar sobre su progreso de una manera sostenible.

Evaluación por área programática

<p>Área programática 2.1: Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo</p> <p>RESULTADO INTERMEDIO: Aumento del acceso a intervenciones para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo</p> <p>Evaluación de los indicadores de los RIT: 10 de 14 en curso, 3 de 14 sin progreso, 1 de 14 no evaluado</p> <p>Evaluación de los indicadores de los RIM: 2 de 7 alcanzados, 5 de 7 alcanzados parcialmente</p>	<p>Calificación: Expectativas parcialmente cumplidas</p>
---	---

Evaluación de los indicadores de los resultados intermedios

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación (alcanzado, en curso, sin progreso) ^{7, 8}
2.1.1a	Total (registrado y sin registrar) del consumo de alcohol por habitante entre personas mayores de 15 años de edad en un año calendario, en litros de alcohol puro, según corresponda, en el contexto nacional	8,4 litros/persona/año (2010)	5% de reducción	Sin progreso (Sin datos ⁹)
<p>El consumo de alcohol por habitante en el 2014, según las estimaciones de la OMS y sobre la base de los datos del 2008-2010, fue de 8,4 litros por persona al año. La OMS no ha hecho ninguna otra estimación para evaluar el progreso o proyectar cifras para el 2019. Dado que las tendencias estimadas indican un aumento probable del consumo de alcohol por habitante, es improbable que se alcance esta meta si no se cambian las políticas.</p>				
2.1.1b	Prevalencia de los trastornos por consumo de alcohol entre adolescentes y adultos, según corresponda, dentro del contexto nacional	6,0% para los códigos de la CIE-10 (2,6% para uso nocivo y 3,4% para dependencia del alcohol) en el 2010	5% de reducción	Sin progreso (Sin datos)
<p>Este indicador fue evaluado originalmente con datos del 2010, y los datos proporcionados para la línea de base son las estimaciones de la OMS publicadas en el 2014. La OMS no ha hecho ninguna otra estimación para evaluar el</p>				

⁷ Los resultados generales se califican de la siguiente manera:

- **Alcanzado:** Ya se ha alcanzado la meta del indicador establecida para el 2019 (número de países o territorios, número o porcentaje para los indicadores regionales) en el Plan Estratégico de la OPS.
- **En curso:** Ha habido un aumento respecto de la línea de base del indicador definida en el 2013 (número de países o territorios, número o porcentaje para los indicadores regionales) y el trabajo para alcanzar la meta para el 2019 establecida en el Plan Estratégico ya se ha iniciado o está en curso.
- **Sin progreso:** No ha habido un aumento respecto de la línea de base establecida en el 2013 (número de países o territorios, número o porcentaje para los indicadores regionales) y el progreso hacia la consecución de la meta del indicador para el 2019 podría estar en peligro.

⁸ Los indicadores regionales son evaluados por la entidad regional responsable o la red de categorías y áreas programáticas sobre la base de la información más reciente, según los criterios definidos en el compendio de indicadores.

⁹ Indicadores regionales sin información actualizada; normalmente recurren a encuestas y a otras fuentes de información que no se actualizan cada dos años.

CD55/5 - ANEXO A

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación (alcanzado, en curso, sin progreso) ^{7, 8}
<p>progreso o proyectar cifras para el 2019. Es improbable que se alcance esta meta, dado que las tendencias estimadas indican un aumento del consumo de alcohol, así como del consumo excesivo entre las mujeres, y un alcance limitado de los servicios de salud.</p>				
2.1.1c	Prevalencia estandarizada según la edad de episodios de consumo excesivo de alcohol	13,7%	5% de reducción	Sin progreso (Sin datos)
<p>Este indicador se evaluó por primera vez con datos del 2010, y los datos proporcionados para la línea de base son las estimaciones de la OMS publicadas en el 2014. La OMS no ha hecho ninguna otra estimación para evaluar el progreso o proyectar cifras para el 2019. En vista de las tendencias estimadas que indican un aumento de los episodios de consumo excesivo de alcohol entre los adolescentes y los adultos, es improbable que se alcance esta meta si no se cambian las políticas.</p>				
2.1.2a	Prevalencia del consumo de tabaco actual entre adolescentes de 13 a 15 años de edad	Por decidir	Por decidir	No evaluado (Sin datos)
<p>La OPS está colaborando con la OMS con el propósito de producir estimaciones para este grupo etario a fin de mantener la uniformidad con los indicadores de la OMS. La OMS no ha establecido otra meta para la prevalencia del consumo de tabaco entre los adolescentes.</p>				
2.1.2b	Prevalencia estandarizada según la edad del consumo de tabaco actual (mayores de 18 años)	21%	17%	En curso (para el grupo de mayores de 15 años, de 19,0% en el 2010 a 16,4% en el 2015)
<p>Aunque la OPS no tiene datos propios para hacer estimaciones para este grupo etario (mayores de 18 años), el indicador para los mayores de 15 años muestra que la prevalencia disminuyó de 19,0% en el 2010 a 16,4% en el 2015. Esto indica que la meta podría lograrse para el 2019.</p>				
2.1.3a	Prevalencia de la actividad física insuficiente en adolescentes de 13 a 17 años de edad	Los últimos datos de prevalencia sobre actividad física insuficiente notificados por el país entre el 2009 y el 2012	Una reducción de 5% con respecto al valor de la línea de base de la prevalencia para el país en el período 2016-2019	En curso (Sin datos)
<p>Los datos sobre la actividad física se recopilan en la Encuesta Mundial de Salud Escolar. Sin embargo, los países recién están empezando a ejecutar políticas y programas en las escuelas para promover la actividad física, y sería prematuro evaluar el impacto a esta altura. Estas políticas podrían acelerarse como resultado del <i>Plan de acción de la OPS para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia</i>.</p>				

CD55/5 - ANEXO A

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación (alcanzado, en curso, sin progreso) ^{7, 8}
2.1.3b	Prevalencia estandarizada según la edad de actividad física insuficiente en adultos	Los últimos datos de prevalencia sobre actividad física insuficiente notificados por el país entre el 2009 y el 2012	Una reducción de 5% con respecto al valor de la línea de base de la prevalencia para el país en el período 2016-2019	En curso (Sin datos)
La mayoría de los países están construyendo carriles para bicicletas y fomentando actividades recreativas para promover la actividad física. Sin embargo, hay que mejorar los instrumentos para registrar el uso de tales intervenciones de actividad física a fin de proporcionar una base para estimar su impacto.				
2.1.4	Porcentaje de hipertensión controlada a nivel de la población (<140/90 mmHg) entre personas mayores de 18 años	15%	35%	En curso (Sin datos)
Se prevé que este objetivo se alcanzará para el 2019. Se recopila información cada cuatro o cinco años a nivel de país, y la información disponible todavía no es suficiente para hacer un análisis válido de alcance regional. Sin embargo, según los informes de grandes estudios epidemiológicos y la información suministrada por algunos países, la brecha para lograr la meta de 35% para el control todavía es muy grande. De hecho, solo tres países notifican datos a nivel nacional que reflejan un 35% de control de la hipertensión: Canadá, Cuba y Estados Unidos. Como el control de la hipertensión es sumamente eficaz en función del costo para reducir la mortalidad por causas cardiovasculares, se ha dado prioridad al apoyo a los países para poner en práctica métodos innovadores para alcanzar esta meta. Actualmente, Barbados, Chile, Colombia y Cuba están avanzando hacia la ejecución de iniciativas de este tipo.				
2.1.5	Prevalencia estandarizada según la edad de glucemia elevada y diabetes entre personas mayores de 18 años	18,8%	18,8%	En curso (Sin datos)
Solo un país ha repetido una encuesta sobre factores de riesgo que incluye la diabetes (Argentina); no se notificó un aumento de la prevalencia. Muchos países han hecho una sola encuesta y algunos posiblemente la repitan antes del 2019, de manera tal que se contará con datos de prevalencia comparables.				
2.1.6a	Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes de 13 a 17 años de edad	Por decidir	Por decidir	En curso (Sin datos)
Los datos autonotificados sobre el sobrepeso y la obesidad se recopilan en la Encuesta Mundial de Salud Escolar. Sin embargo, los países recién están empezando a ejecutar políticas y programas en las escuelas para mejorar el ambiente nutricional escolar, y sería prematuro evaluar el progreso. Del mismo modo que la obesidad en la niñez, la meta debe ser detener el aumento de la prevalencia. Estas políticas probablemente se aceleren como resultado del <i>Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia</i> de la OPS.				
2.1.6b	Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos (hombres y mujeres mayores de 18 años)	Por decidir	Por decidir	En curso (Sin datos)
Aunque muchos países están ejecutando políticas y programas para abordar la obesidad en adultos, las encuestas representativas a nivel nacional se hacen con intervalos de alrededor de cinco años en algunos países y se recopilan				

CD55/5 - ANEXO A

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación (alcanzado, en curso, sin progreso) ^{7, 8}
<p>datos solo sobre las mujeres en edad fecunda. Desde el 2013, pocos países han hecho encuestas nuevas; por lo tanto, no se puede evaluar el progreso real a nivel regional. Es muy difícil reducir la prevalencia de la obesidad en adultos: hay pocos ejemplos de programas exitosos y ninguno hasta ahora a nivel nacional.</p>				
2.1.7	Consumo promedio de sal (cloruro de sodio) por día, en gramos, estandarizado según la edad en la población de personas mayores de 18 años	11,5 g	7 g	En curso (Sin datos)
<p>Para el 2019 se podrá calcular la ingesta promedio regional, ya que más países están evaluando su consumo de sal. En particular, los datos sobre el consumo de sal provienen de estudios de investigación y no de estudios basados en la población, de manera que el tamaño de la muestra y las metodologías difieren. Solo Argentina, Barbados y Brasil han usado estudios basados en una submuestra de sus poblaciones para evaluar la ingesta de sodio en la población en general.</p>				
2.1.8	Número de países y territorios que tienen un programa de tamizaje para la detección del cáncer cervicouterino que alcanza una cobertura del 70%, medida por la proporción de mujeres de 30 a 49 años que han sido examinadas para detectar cáncer cervicouterino por lo menos una vez o más a menudo, y para los grupos de mujeres más jóvenes o mayores, según los programas o políticas nacionales, en el 2019	5	15	En curso (alcanzado en 4 países + 10 en curso)
<p>Cuatro países alcanzaron el indicador: ARG, CAN, COL, USA.</p> <p>10 países lograron progreso en el indicador: BOL, BRA, CHL, CRI, GTM, HND, JAM, MEX, PRY, TTO.</p> <p>Los países de la línea de base (BRA, CHL y JAM) tienen que fortalecer su programa nacional contra el cáncer cervicouterino para llegar a una cobertura de detección de 70% y mantener el indicador. Los países en la meta (BOL, CRI, GTM, HND, MEX, PRY y TTO) tienen que fortalecer sus programas de país para alcanzar este indicador.</p>				
2.1.9	Número de países y territorios con una tasa de prevalencia del tratamiento de la enfermedad renal terminal de por lo menos 700 pacientes por millón de habitantes	8	17	En curso (alcanzado en 6 países + 9 en curso)
<p>Seis países alcanzaron el indicador: ARG, BRA, CAN, CHL, PRI, USA. Estos países ya han superado la meta de 700 pacientes por millón de habitantes.</p> <p>Los nueve países siguientes han notificado un progreso parcial: COL, CRI, CUB, DOM, ECU, PAN, PER, SLV, VEN. Ecuador y Colombia están cerca de alcanzar la meta. En general, hay progreso, pero se necesitará un gran esfuerzo para alcanzar la meta.</p>				

Evaluación de los indicadores de los resultados inmediatos

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2012)	Meta (2015)	Calificación ^{10, 11}
2.1.1	Países habilitados para elaborar políticas y planes nacionales multisectoriales a fin de prevenir y controlar las ENT y sus factores de riesgo, de conformidad con el plan de acción regional sobre las ENT	Número de países y territorios que han ejecutado planes de acción nacionales multisectoriales para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo	14	20	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 16 + alcanzado parcialmente en 12)
<p>Dieciséis países y territorios mantuvieron o alcanzaron el indicador: ARG, BMU, BRA, CAN, COL, CRI, DMA, GUY, HND, JAM, KNA, MEX, PRY, TCA, USA, VGB.</p> <p>Otros 12 países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: ABW, BRB, CHL, CUB, CUW, ECU, GTM, PER, SAB, SLV, SUR, TTO. La mayoría de ellos no lo alcanzaron plenamente debido a dificultades con la ejecución del plan de acción nacional para las ENT una vez formulado. La acción multisectorial para abordar las causas fundamentales de las ENT con un enfoque de salud en todas las políticas sigue siendo un reto en todos los países.</p>					
2.1.2	Países habilitados para fortalecer las intervenciones, los reglamentos y las directrices basados en la evidencia para la prevención y el control de las ENT y sus factores de riesgo	Número de países y territorios que ejecutaron al menos una de las intervenciones más costoeficaces (como las define la OMS) para enfrentar cada una de las cuatro ENT principales y los cuatro factores de riesgo (ocho intervenciones en total)	35	35	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 15 + alcanzado parcialmente en 12)
<p>Quince países y territorios alcanzaron el indicador: BMU, BRA, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, DMA, DOM, JAM, MEX, SXM, USA, VEN, VGB.</p> <p>Doce países y territorios ejecutaron solo parcialmente al menos una de las intervenciones eficaces en función de los costos para las ENT y sus factores de riesgo: ARG, BHS, BON, BRB, ECU, GTM, GUY, KNA, MSR, PER, SAB, TTO.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de un país.</p>					

¹⁰ Los resultados generales se califican de la siguiente manera:

- **Alcanzado:** Se ha alcanzado la meta de indicador establecida en el Programa y Presupuesto 2014-2015 (número de países o territorios, número o porcentaje para los indicadores regionales). En los casos en que se han excedido las metas del indicador, así se lo indica.
- **Alcanzado parcialmente:** Se avanzó con respecto a la línea de base establecida en el Programa y Presupuesto (número de países o territorios, número o porcentaje para los indicadores regionales), pero no se alcanzó la meta para el 2015.
- **Sin progreso:** respecto de la línea de base establecida en el Programa y Presupuesto (número de países o territorios, número o porcentaje para los indicadores regionales).

¹¹ Los indicadores regionales son evaluados por la entidad regional responsable o la red de categorías y áreas programáticas sobre la base de la información más reciente, según los criterios definidos en el compendio de indicadores.

CD55/5 - ANEXO A

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2012)	Meta (2015)	Calificación ^{10, 11}
<p>El progreso es especialmente lento en las políticas de reducción de los factores de riesgo y se insta a los países a que pongan en práctica reglamentos y políticas para reducir el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, así como para promover los alimentos saludables y la actividad física.</p>					
2.1.3	Países habilitados para fortalecer sus sistemas de vigilancia de las ENT y sus factores de riesgo	Número de países y territorios que notifican regularmente las ENT y los factores de riesgo, incluidos los marcadores de riesgo de la enfermedad renal crónica	9	11	Alcanzado (alcanzado en 11 + alcanzado parcialmente en 6)
<p>Once países y territorios alcanzaron el indicador: ARG, BMU, BRA, BRB, CAN, CHL, COL, JAM, MEX, URY, USA.</p> <p>Además, seis países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: BHS, BON, PAN, SLV, TTO, VEN.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de tres países.</p> <p>Barbados y Uruguay han hecho una Encuesta Nacional de Factores de Riesgo que les permitirá dar seguimiento a las metas y los indicadores mundiales y regionales para las ENT. También han avanzado en el fortalecimiento de otras fuentes clave de información sobre las ENT.</p>					
2.1.4	Países habilitados para aumentar al porcentaje de personas con hipertensión que toman medicación para disminuir la presión arterial	Número de países y territorios en los que por lo menos 50% de las personas con hipertensión toman medicación para disminuir la presión arterial	5	10	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 5 + alcanzado parcialmente en 2)
<p>Cinco países alcanzaron el indicador: BRA, CAN, CHL, CUB, USA.</p> <p>Otros dos países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: ARG y BON.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de diez países.</p> <p>En términos generales, la información proporcionada es bastante estable, ya que se basa en encuestas de la población que se hacen cada cuatro o cinco años. Sin embargo, como se ha informado en la bibliografía basada en grandes estudios epidemiológicos, alcanzar una meta de 50% para el tratamiento es muy poco común en los países de ingresos medianos y bajos. Por consiguiente, es muy importante insistir en la necesidad de adherirse a lo que se define en el indicador y notificar la fuente de datos y la exactitud de la información proporcionada para evaluar el progreso correctamente.</p>					

CD55/5 - ANEXO A

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2012)	Meta (2015)	Calificación ^{10, 11}
2.1.5	Países habilitados para aumentar el porcentaje de personas con diabetes que toman medicación para reducir la glucemia	Número de países y territorios en los que por lo menos 50% de las personas con diabetes toman medicación para disminuir la glucemia	6	10	Excedido (alcanzado en 11 + alcanzado parcialmente en 4)
<p>Once países y territorios alcanzaron el indicador: ARG, BMU, BRA, CAN, CHL, CRI, CUB, SAB, STA, USA, VEN.</p> <p>Además, cuatro países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: BON, COL, CUW, MEX.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de un país.</p> <p>Es importante colaborar con los países para que adopten indicadores y métodos de evaluación que les permita medir el progreso con exactitud.</p>					
2.1.6	Aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT)	Número de países que han puesto en marcha políticas, estrategias o leyes de acuerdo con el CMCT	5	8	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 4 + alcanzado parcialmente en 7)
<p>Cuatro países alcanzaron el indicador: BRA, CHL, PAN, URY.</p> <p>Otros siete países alcanzaron parcialmente el indicador: BRB, COL, HND, JAM, MEX, PER, VEN.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de 10 países.</p> <p>Jamaica y Perú todavía están tratando de presentar proyectos de ley sobre el control del tabaco en el parlamento que les permitan alcanzar la meta para el próximo bienio. A fin de mejorar la definición y la medición de este resultado inmediato y su indicador, la red de categorías y áreas programáticas de la Oficina propone los cambios que se indican a continuación para el 2016-2017 (RIM 2.1.2e). Los cambios propuestos se incluirían en el sistema de seguimiento del Plan Estratégico de la OPS para que los países los evalúen a fines del 2017.</p> <p><i>Resultado inmediato: Países habilitados para ejecutar intervenciones muy eficaces en función de los costos ("las mejores inversiones") a fin de reducir los cuatro factores de riesgo modificables de enfermedades no transmisibles (consumo de tabaco, alimentación poco saludable, inactividad física y consumo nocivo de alcohol).</i></p> <p><i>Nombre del indicador: Número de países que han puesto en marcha políticas, estrategias o leyes de acuerdo con el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT).</i></p> <p><i>Definición del indicador: Número de países que han ejecutado al menos tres de las cuatro medidas básicas para el control del tabaco consideradas como "las mejores inversiones" para la prevención y el control de las ENT en su nivel más alto de logro a nivel nacional.</i></p> <p><i>Línea de base y meta: 4 y 7, respectivamente.</i></p>					

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2012)	Meta (2015)	Calificación ^{10, 11}
2.1.7	Países habilitados para mejorar la vigilancia de la enfermedad renal crónica	Número de países y territorios con un registro de alta calidad de diálisis y de trasplantes para casos de enfermedad renal crónica	12	21	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 10 + alcanzado parcialmente en 13)
<p>Diez países y territorios alcanzaron el indicador: ARG, BON, CAN, CHL, COL, CUB, PRI, URY, USA, VEN.</p> <p>Además, 13 países alcanzaron parcialmente el indicador: BOL, BRA, CRI, DOM, ECU, GTM, HND, JAM, KNA, NIC, PAN, PER, SLV.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de seis países.</p> <p>La cooperación técnica se ha centrado en los países de Centroamérica y la zona andina, y se prevén avances dado que estos países fortalecieron sus registros nacionales. Cabe destacar la calidad y la exactitud de la información y la adherencia al indicador técnico para que las mediciones sean fiables. De todos modos, la Región de las Américas, y en particular América Latina, es la única que tiene un registro regional de calidad aceptable.</p> <p>A fin de mejorar la definición y la medición de este resultado inmediato y su indicador, la red de categorías y áreas programáticas de la Oficina propone los cambios que se indican a continuación para el 2016-2017 (RIM 2.1.5). Los cambios propuestos se incluirían en el sistema de seguimiento del Plan Estratégico de la OPS para que los países los evalúen a fines del 2017.</p> <p><i>Nombre del indicador: Número de países y territorios con un registro de diálisis de buena calidad y de trasplantes para casos de enfermedad renal crónica.</i></p>					

<p>Área programática 2.2: Salud mental y trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas</p> <p>RESULTADO INTERMEDIO: Aumento de la cobertura de servicios de tratamiento para los trastornos mentales y los trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas</p> <p>Evaluación de los indicadores de los RIT: 1 de 1 en curso Evaluación de los indicadores de los RIM: 1 de 3 alcanzados, 2 de 3 alcanzados parcialmente</p>	<p>Calificación: Expectativas parcialmente cumplidas</p>
---	---

Evaluación de los indicadores de los resultados intermedios

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
2.2.1	Número de países y territorios que han aumentado la tasa de consultas en establecimientos ambulatorios de salud mental por encima del promedio regional de 975 por 100.000 habitantes	19	30	En curso (alcanzado en 9 + 17 en curso)
<p>Nueve países alcanzaron el indicador: ARG, BLZ, BRA, CRI, CUB, DMA, PER, TTO, USA.</p> <p>Además, 17 países y territorios alcanzaron parcialmente este indicador: ATG, BHS, CHL, DOM, ECU, GRD, GUY, JAM, KNA, LCA, MEX, NIC, PAN, PRY, SUR, VCT, VGB.</p> <p>El compromiso mostrado por los países en los dos resultados inmediatos relacionados con la salud mental (en las áreas programáticas 2.1 y 2.2) indica un claro progreso hacia el logro de este resultado intermedio.</p>				

Evaluación de los indicadores de los resultados inmediatos

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2012)	Meta (2015)	Calificación
2.2.1	Países habilitados para elaborar y ejecutar políticas y planes nacionales en consonancia con la estrategia regional sobre salud mental y el plan de acción mundial sobre salud mental 2013-2020	Número de países y territorios que tienen una política o plan nacional sobre salud mental en consonancia con la estrategia regional sobre salud mental y el plan de acción mundial sobre salud mental 2013-2020	20	30	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 21 + alcanzado parcialmente en 13)
<p>Veintiún países y territorios alcanzaron el indicador: ARG, ATG, BON, BRA, CHL, COL, CRI, CUB, CUW, DOM, ECU, JAM, MEX, MSR, NIC, PAN, PRY, SLV, SUR, SXM, VEN.</p> <p>Otros 13 países y territorios alcanzaron parcialmente este indicador: ABW, BMU, BRB, DMA, GTM, GUY, HND, KNA, LCA, PER, STA, TTO, VCT. La red de categorías y áreas programáticas de la Oficina considera que “alcanzado parcialmente” significa que se elaboró un plan o una política pero que este plan o política no fue aprobado.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de dos países.</p>					

CD55/5 - ANEXO A

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2012)	Meta (2015)	Calificación
<p>Hay que tener en cuenta que este indicador es una meta que cambia constantemente. El indicador se creó hace varios años y en la nota técnica de la definición de los indicadores de resultados inmediatos se menciona la necesidad de tener políticas o planes aprobados o actualizados después del 2001, con los países de la línea de base señalados debidamente. Posteriormente se actualizó el indicador para que concordara con un hito más reciente: el <i>Plan de acción sobre salud mental 2013-2020</i>, lo cual implica que todos los países deben haber actualizado su política o plan después del 2013. Para esta tarea, dejamos los países de la línea de base indicados a fines del último año, lo cual no significa necesariamente que han actualizado su política y planes desde el 2013.</p>					
2.2.2	Países habilitados para integrar un componente de salud mental en la atención primaria de salud usando la guía de intervención del plan de acción mundial sobre la salud mental	Número de países y territorios que han establecido un programa para integrar la salud mental en la atención primaria de salud usando la guía de intervención del plan de acción mundial sobre la salud mental	8	21	Excedido (alcanzado en 23)
<p>Veintitrés países y territorios alcanzaron el indicador: ARG, BHS, BLZ, BRA, BRB, CHL, COL, CRI, CUB, DOM, ECU, GTM, GUY, HND, JAM, KNA, MEX, PAN, PER, PRY, SAB, SLV, TTO. Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de dos países.</p> <p>En todos los países que informaron que habían comenzado o “establecido” el proceso de integración de la salud mental en la atención primaria de salud se consideró que habían alcanzado el indicador en consonancia con el compendio de indicadores.</p>					
2.2.3	Países habilitados para ampliar y fortalecer las estrategias, los sistemas y las intervenciones dirigidos a los trastornos debidos al consumo de alcohol y de sustancias psicotrópicas	Número de países y territorios con una política o un plan nacional en materia de consumo de alcohol a fin de prevenir y tratar los trastornos debidos al consumo de alcohol de acuerdo con el plan de acción regional y la estrategia mundial para reducir el consumo nocivo de alcohol	10	17	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 7 + alcanzado parcialmente en 12)
<p>Siete países alcanzaron el indicador: BRA, CHL, COL, CUB, MEX, PRY, USA.</p> <p>Otros doce países alcanzaron parcialmente el indicador: ARG, BLZ, CRI, DOM, ECU, GRD, HND, PER, SLV, SUR, TTO, URY.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de siete países.</p> <p>Los países están elaborando políticas o planes o los han elaborado pero no se han aprobado. En vista de las dificultades para aplicar políticas en materia de alcohol basadas en la salud pública en nuestra Región, entre ellas la aceptación social del consumo de alcohol, la falta de conciencia de su impacto negativo y el escaso compromiso político con la reducción del consumo nocivo de alcohol, es improbable que la Región alcance la meta del resultado</p>					

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2012)	Meta (2015)	Calificación
intermedio correspondiente para el 2019. Cabe destacar que en este indicador se mide solo el progreso en relación con las intervenciones de los programas sobre el consumo de alcohol.					

<p>Área programática 2.3: Violencia y traumatismos</p> <p>RESULTADO INTERMEDIO: Reducción de los factores de riesgo relacionados con la violencia y los traumatismos, haciendo hincapié en la seguridad vial, los traumatismos infantiles y la violencia contra los niños, las mujeres y los jóvenes</p> <p>Evaluación de los indicadores de los RIT: 2 de 2 en curso Evaluación de los indicadores de los RIM: 1 de 3 alcanzados, 2 de 3 alcanzados parcialmente</p>	<p>Calificación: Expectativas parcialmente cumplidas</p>
---	---

Evaluación de los indicadores de los resultados intermedios

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
2.3.1	Número de países y territorios con por lo menos 70% de uso de los cinturones de seguridad por todos los pasajeros	4	7	En curso (alcanzado en 2 + 2 en curso)
<p>Dos países alcanzaron el indicador: CAN, USA. Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de un país.</p> <p>Además, dos países están en curso para alcanzar este indicador: ARG, KNA.</p> <p>Las autoevaluaciones de otros dos países todavía requieren aclaración, pero si las discrepancias se resuelven para fines del 2019 se podrá alcanzar el indicador. Los países deben mejorar la recopilación de datos sobre el uso de cinturones de seguridad y hacer cumplir firmemente sus leyes al respecto a fin de alcanzar este indicador para el 2019. El sector de la salud debe trabajar intersectorialmente, en particular con los sectores del transporte y la policía, para cumplir el indicador.</p>				
2.3.2	Número de países y territorios que usan una perspectiva de salud pública como parte de un enfoque integrado de la prevención de la violencia	3	7	En curso (alcanzado en 5 + 6 en curso)
<p>Basándose en las respuestas de los países, tres países alcanzaron el indicador: CAN, MEX, USA.</p> <p>Además, basándose en los criterios establecidos en el compendio de indicadores, cinco países alcanzaron el indicador (BRA, CAN, JAM, MEX, USA) y seis países y territorios lograron avances hacia la meta (ABW, BON, SAB, STA, TTO, VEN).</p> <p>Los países han adoptado medidas para aplicar una perspectiva de salud pública en un enfoque integrado de la prevención de la violencia. Por ejemplo, El Salvador ha elaborado el plan "El Salvador Seguro", que refleja una perspectiva de salud pública. Ecuador está ejecutando un plan nuevo de prevención de la violencia, usando una</p>				

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
	<p>estrategia de salud pública integrada, como componente de su “Plan Nacional para el Buen Vivir”. Trinidad y Tabago está trabajando para alcanzar esa meta, y los países de la línea de base, como Estados Unidos y Canadá, han estado usando esta perspectiva durante varios años.</p> <p>Por otro lado, las directrices del 2013 de la OMS para la prestación de servicios de salud a las víctimas de violencia sexual o infligida por el compañero íntimo y el Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014, de la OMS, han impulsado avances en esta área en los países. Se espera que la adopción del plan de acción regional de la OPS sobre el fortalecimiento de los sistemas de salud para abordar la violencia contra la mujer y la adopción del plan mundial de la OMS para fortalecer el papel del sistema de salud en la acción para abordar la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres, las niñas y los niños, ayude a alcanzar el indicador del resultado intermedio para la fecha prevista.</p>			

Evaluación de los indicadores de los resultados inmediatos

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2012)	Meta (2015)	Calificación
2.3.1	Países habilitados para elaborar y ejecutar planes y programas multisectoriales a fin de prevenir los traumatismos haciendo hincapié en lograr las metas establecidas en el contexto del Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011-2020	Número de países y territorios que aplican leyes integrales sobre la reducción de los factores de riesgo de traumatismos a causa del tránsito (exceso de velocidad y conducción bajo los efectos del alcohol) y sobre el aumento de los factores protectores (casco, cinturones de seguridad y dispositivos de retención para niños)	2	9	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 3 + alcanzado parcialmente en 5)
<p>Tres países alcanzaron el indicador: CAN, CUB, URY.</p> <p>Otros cinco países alcanzaron parcialmente el indicador: ARG, CHL, JAM, KNA, SLV.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de nueve países.</p> <p>El análisis legislativo indica que los países que alcanzaron este indicador tienen leyes integrales sobre todos los riesgos (velocidad y conducción en estado de ebriedad) y factores protectores (uso de casco, cinturón de seguridad y dispositivos de retención para niños). El análisis de la OPS muestra que la mayoría de estos países tienen leyes integrales sobre cuatro de cinco factores que influyen en la seguridad vial (Argentina, Brasil, Ecuador, Chile y Colombia).</p> <p>Los Estados Miembros están fortaleciendo las leyes en materia de seguridad vial y los países incluidos en la meta están progresando hacia el cumplimiento de este indicador. Sin embargo, el nivel de aplicación de las leyes es bajo en toda la Región. Los países tienen que fortalecer la aplicación de las leyes y mejorar la reglamentación teniendo en cuenta las recomendaciones de la OPS/OMS.</p>					

CD55/5 - ANEXO A

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2012)	Meta (2015)	Calificación
2.3.2	Países y asociados habilitados para evaluar y mejorar las políticas y los programas nacionales sobre la prevención integral de la violencia, incluida la violencia contra los niños, las mujeres y los jóvenes	Número de países y territorios que ejecutan, planes o programas nacionales sobre prevención de la violencia que incluyen intervenciones de salud pública basadas en la evidencia	4	7	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 6 + alcanzado parcialmente en 6)
<p>Seis países alcanzaron el indicador: BRA, CAN, JAM, MEX, SLV, USA.</p> <p>Otros seis países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: ABW, BON, SAB, STA, TTO, VEN.</p> <p>Los países han seguido incluyendo intervenciones de salud pública basadas en datos probatorios para la violencia contra la mujer, los niños y los jóvenes en sus programas de prevención de la violencia. El Salvador ha elaborado el plan nacional de prevención de la violencia “El Salvador Seguro”, que comprende intervenciones de salud pública basadas en datos probatorios tales como Familias Fuertes para promover una mejor crianza. Jamaica tiene un Observatorio Nacional de la Delincuencia, basado en la colaboración intersectorial, para fundamentar intervenciones de salud pública, programas de capacitación en aptitudes para la vida y un programa de escuelas seguras. El plan de Trinidad y Tabago está ultimándose y comenzará a ejecutarse en el 2016.</p> <p>La OPS está trabajando para mejorar el componente de prevención de la violencia juvenil en las políticas, los planes y los programas de los países durante el bienio 2016-2017, promoviendo la incorporación del enfoque de la seguridad humana.</p>					
2.3.3	Países habilitados para elaborar y ejecutar un protocolo nacional para la prestación de servicios de salud a las víctimas de violencia sexual y de pareja de conformidad con las directrices de la OMS del 2013	Número de países y territorios que cuentan con un protocolo nacional para la prestación de servicios de salud a las víctimas de violencia sexual y de pareja en consonancia con las directrices de la OMS del 2013	0	4	Alcanzado (alcanzado en 4 + alcanzado parcialmente en 12)
<p>Cuatro países alcanzaron el indicador: BOL, GRD, MEX, SLV.</p> <p>Doce países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: ABW, ARG, BMU, BON, COL, CRI, GUY, KNA, PER, STA, TTO, VEN.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de un país.</p> <p>Durante esta evaluación, resultó evidente que algunos países estaban vinculándose al indicador equivocado (2.3.2). A fin de abordar esta confusión y mejorar la definición y la medición de este resultado inmediato y su indicador, la red de categorías y áreas programáticas de la Oficina propone los cambios que se indican a continuación para el 2016-2017 (RIM 2.3.3). Los cambios propuestos se incluirían en el sistema de seguimiento del Plan Estratégico de la OPS para que los países los evalúen a fines del 2017.</p>					

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2012)	Meta (2015)	Calificación
<p><i>Resultado inmediato:</i> Formulación y aplicación de políticas y programas facilitados a fin de abordar la violencia contra las mujeres y los niños (esto concuerda con el producto de la OMS).</p> <p><i>Nombre del indicador:</i> Número de países y territorios que crean o ajustan procedimientos normalizados de trabajo, protocolos o directrices nacionales compatibles con las directrices de la OMS para la respuesta de los sistemas de salud a la violencia sexual y de pareja.</p>					

<p>Área programática 2.4: Discapacidades y rehabilitación</p> <p>RESULTADO INTERMEDIO: Aumento del acceso a servicios sociales y de salud para personas con discapacidades, incluida la prevención</p> <p>Evaluación de los indicadores de los RIT: 2 de 2 en curso Evaluación de los indicadores de los RIM: 1 de 2 alcanzados, 1 de 2 alcanzados parcialmente</p>	<p>Calificación: Expectativas parcialmente cumplidas</p>
---	--

Evaluación de los indicadores de los resultados intermedios

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
2.4.1	Número de países que han alcanzado por lo menos 12% de acceso a servicios de habilitación y rehabilitación y a servicios sociales para personas con discapacidades	0	16	En curso (alcanzado en 1 + 6 en curso)
<p>Un país logró el indicador: MEX.</p> <p>Basándose en el análisis realizado por la red de categorías y áreas programáticas de la Oficina, otros seis países están en curso para alcanzar el indicador: ARG, BRA, CHL, CUB, ECU, VEN.</p> <p>En el 2014-2015, estos países definieron una metodología para evaluar el acceso a servicios de rehabilitación para las personas con discapacidades. Se espera que haya progreso en Bolivia, Colombia, Costa Rica y Guyana, aunque será necesario realizar un gran esfuerzo para que estos países alcancen el indicador para el 2019. Otros países que pueden alcanzar este indicador para el 2019 son República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Panamá, y Trinidad y Tabago.</p>				
2.4.2	Número de países y territorios cuya tasa de cirugía de cataratas llega a 2.000 por millón de habitantes al año	19	25	En curso (alcanzado en 16 + 6 en curso)
<p>Dieciséis países y territorios alcanzaron el indicador: ABW, ARG, BRA, BRB, CHL, CRI, CUB, CUW, DMA, GUY, LCA, PRI, SUR, URY, USA, VEN.</p> <p>Otros seis países están en curso para alcanzar el indicador: COL, DOM, NIC, PAN, PER, TTO.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de tres países.</p> <p>La mayoría de los países notifican la tasa de cirugía de cataratas anualmente y la tendencia nacional en la mayoría de los países muestra un aumento anual. Los países que no están en la línea de base querían alcanzar la meta de</p>				

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
	<p>2.000 por millón de habitantes al año para el 2019 porque la mayoría de ellos estaban muy por debajo de la meta y necesitarán varios años de aumentos continuos para alcanzarla.</p> <p>Con respecto al método usado para evaluar este indicador, hasta el 2013 esto se hizo por medio de las asociaciones nacionales de oftalmología. Considerando que en la actualidad quienes presentan informes acerca de este indicador son las autoridades nacionales de salud (y no las asociaciones nacionales de oftalmología), es posible que deba modificarse el indicador. La mayoría de los Estados Miembros solo están recabando las cifras del sector público. Como la principal responsabilidad del sector público es la población de menores ingresos, en la cual normalmente hay una mayor prevalencia de ceguera por cataratas, la red de categorías y áreas programáticas de la Oficina propone que en los próximos años se mida la tasa de cirugías por cataratas en el sector público. Dicho esto, un diálogo con los Estados Miembros en el 2016 puede traducirse en una mayor cooperación con el sector privado y el sector sin fines de lucro a fin de obtener las cifras correctas.</p>			

Evaluación de los indicadores de los resultados inmediatos

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2012)	Meta (2015)	Calificación
2.4.1	Aplicación de las recomendaciones del informe mundial sobre la discapacidad y de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre discapacidad y desarrollo	Número de países y territorios que aplican programas integrales sobre salud y rehabilitación de conformidad con el informe mundial sobre la discapacidad y la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre discapacidad y desarrollo	5	9	Excedido (alcanzado en 10 + alcanzado parcialmente en 7)
<p>Diez países y territorios alcanzaron el indicador: ARG, BMU, BRA, CHL, COL, CUB, ECU, GUY, HND, VEN. Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de un país.</p> <p>Además, siete países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: ABW, BON, CUW, PER, SAB, SLV, TCA.</p> <p>Se han hecho grandes avances en la elaboración y ejecución de programas asistenciales integrales para personas con discapacidades en los sectores sociales y de la salud. Es importante destacar las tasas de éxito de los Estados Miembros con un sistema federal del gobierno, como Argentina, Brasil, Canadá, México y Estados Unidos. Varios países con un sistema descentralizado de gobierno también han tenido éxito, como en el caso de Colombia (alcanzado) y Perú (alcanzado parcialmente).</p> <p>Guyana ha ejecutado un nuevo plan estratégico de conformidad con las recomendaciones de este indicador. Otros países que han avanzado hacia el cumplimiento de este indicador son Bolivia, Guatemala, la República Dominicana y Trinidad y Tabago.</p>					

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2012)	Meta (2015)	Calificación
2.4.2	Países habilitados para ejecutar políticas más eficaces y prestar servicios integrales a fin de reducir la discapacidad debida a deficiencias visuales y pérdida de la audición	Número de países y territorios que han puesto en marcha políticas y servicios sobre la salud ocular y auditiva de acuerdo con las recomendaciones de la OPS/OMS	26	29	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 14 + alcanzado parcialmente en 13)
<p>Catorce países y territorios alcanzaron el indicador: ARG, BRA, COL, CUB, DMA, GUY, MEX, NIC, PAN, PER, PRY, SAB, USA, VEN.</p> <p>Además, 13 países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: ABW, BOL, BON, BRB, CHL, ECU, GTM, JAM, KNA, SLV, STA, SUR, TTO.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de cuatro países.</p> <p>Cabe destacar que la medición de la pérdida de la visión y la audición en un solo indicador llevará inevitablemente a un progreso parcial en la mayoría de los casos. La línea de base y la meta se calculaban originalmente sobre la base de las “políticas y servicios oculares O auditivos”. Algunos países interpretan esto como “políticas y servicios oculares Y auditivos”. Los programas auditivos apenas están comenzando, por lo que muchos califican el indicador como parcialmente alcanzado. En el 2016, un diálogo con los Estados Miembros puede implicar un cambio en la interpretación, lo cual puede conducir a que el indicador se alcance en el futuro. Eso no resta valor a los avances hechos por los países, aunque estén progresando a ritmos diferentes con las políticas para la salud ocular y la salud auditiva.</p>					

<p>Área programática 2.5: Nutrición</p> <p>RESULTADO INTERMEDIO: Reducción de los factores de riesgo nutricionales</p> <p>Evaluación de los indicadores de los RIT: 3 de 3 en curso Evaluación de los indicadores de los RIM: 2 de 2 alcanzados</p>	<p>Calificación: Expectativas cumplidas</p>
---	---

Evaluación de los indicadores de los resultados intermedios

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
2.5.1	Porcentaje de menores de 5 años que padecen retraso del crecimiento	13,5%	7,5%	En curso (Sin datos)
<p>Aunque muchos países están ejecutando políticas y programas para abordar el retraso del crecimiento, pocos países han realizado encuestas nuevas durante el bienio para vigilar las tendencias en relación con este problema. Por este motivo, no se puede evaluar el progreso en este momento. Sin embargo, los pocos países con datos actualizados, como Bolivia, El Salvador y Perú, muestran disminuciones importantes.</p>				

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
2.5.2	Porcentaje de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) con anemia	22,5%	18%	En curso (Sin datos)
<p>Aunque muchos países están ejecutando políticas y programas para prevenir la anemia en las mujeres en edad fecunda, el análisis del progreso en este indicador adolece del mismo problema de escasez de datos actualizados que se describe en relación con el indicador 2.5.1.</p>				
2.5.3	Porcentaje de menores de 5 años que tienen sobrepeso	7%	7%	En curso (Sin datos)
<p>Como resultado de la aprobación por el 53.º Consejo Directivo del <i>Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia</i>, la mayoría de los países están elaborando y ejecutando políticas y programas para detener la prevalencia creciente de la obesidad para fines del período abarcado por el Plan Estratégico 2014-2019. Se podrá medir el impacto solo en los países que inviertan en sistemas de vigilancia nutricional o que lleven a cabo encuestas nutricionales nacionales.</p>				

Evaluación de los indicadores de los resultados inmediatos

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2012)	Meta (2015)	Calificación
2.5.1	Países habilitados para elaborar, ejecutar y vigilar sus planes de acción sobre la base del plan mundial de ejecución integral sobre la salud de la madre, el recién nacido y el niño pequeño	Número de países y territorios que ejecutan planes nacionales de acción basados en el plan de ejecución integral sobre la salud de la madre, el recién nacido y el niño pequeño	6	12	Excedido (alcanzado en 14 + alcanzado parcialmente en 2)
<p>Catorce países y territorios alcanzaron el indicador: ARG, BMU, BOL, BRA, CAN, CHL, COL, CRI, GTM, GUY, JAM, MEX, PER, SLV.</p> <p>Otros dos países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: SAB, SXM.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de cinco países.</p> <p>Cabe señalar que Uruguay se destaca en la Región por haber certificado o recertificado 84% de los establecimientos de maternidad “amigos del lactante”. En Bolivia, Brasil, El Salvador y Honduras se promulgaron leyes nuevas o se fortalecieron leyes existentes sobre la comercialización de sucedáneos de la leche materna. México adoptó medidas para prohibir la donación de preparaciones para lactantes a establecimientos de atención de salud y Chile extendió la protección de maternidad hasta los seis meses para facilitar la lactancia materna exclusiva.</p>					

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2012)	Meta (2015)	Calificación
2.5.2	Normas y criterios actualizados sobre la nutrición de la madre, el recién nacido y el niño pequeño, metas alimentarias para la población y lactancia materna; opciones de política proporcionadas a fin de adoptar medidas nutricionales eficaces en relación con el retraso del crecimiento, la emaciación y la anemia	Número de países y territorios que ejecutan medidas nutricionales eficaces en relación con el retraso del crecimiento, la emaciación, la anemia y el sobrepeso, de acuerdo con el contexto nacional	5	11	Alcanzado (alcanzado en 11 + alcanzado parcialmente en 7)
<p>Once países alcanzaron el indicador: BOL, BRA, CHL, COL, GTM, GUY, HND, JAM, MEX, NIC, SLV.</p> <p>Otros siete países alcanzaron parcialmente el indicador: ARG, CRI, CUW, ECU, KNA, PER, VEN.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de cuatro países.</p> <p>La mayoría de los países están fortaleciendo sus planes para mejorar las normas en materia de nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño. La mayoría de los países tienen normas para la administración de suplementos de micronutrientes a las embarazadas y los niños, la prevención del retraso del crecimiento y la promoción de la lactancia materna. No obstante, estas normas a menudo no se aplican bien.</p> <p>A excepción de Ecuador y Perú, todos los países de América Latina tienen directrices dietéticas basadas en los alimentos. En medida creciente, los países están elaborando normas para prevenir el sobrepeso, incluida la mejora de la alimentación en el entorno escolar. Chile, Costa Rica, México y Estados Unidos han sido particularmente activos en esta área. Se han elaborado proyectos de políticas de nutrición escolar en muchos países del Caribe.</p>					

**Evaluación de fin del bienio 2014-2015
Informe de la categoría 3**

CATEGORÍA 3: DETERMINANTES DE LA SALUD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD A LO LARGO DE TODO EL CICLO DE VIDA				CALIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN GENERAL DE LA CATEGORÍA ¹² Expectativas parcialmente cumplidas			
PANORAMA PROGRAMÁTICO Y PRESUPUESTARIO DE LA CATEGORÍA							
Cuadro 1. Resumen programático y presupuestario de la categoría 3							
Área programática	Presupuesto aprobado (Programa y Presupuesto 2014-2015) (en millones de US\$)	Fondos asignados (en millones de US\$)	Porcentaje asignado al Programa y Presupuesto	Ejecución presupuestaria en comparación con el Programa y Presupuesto (%)	Ejecución presupuestaria en comparación con los fondos asignados (%)	Calificación de los indicadores de resultados inmediatos	Estado de los indicadores de resultados intermedios
3.1 Salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto, y salud sexual y reproductiva	42,74	27,03	63,2	61,2	96,8	2 de 5 alcanzados, 3 de 5 alcanzados parcialmente	2 de 7 alcanzados, 5 de 7 en curso
3.2 Envejecimiento y salud	1,68	1,62	96,2	95,9	99,7	2 de 3 alcanzados, 1 de 3 alcanzados parcialmente	1 de 1 en curso
3.3 Género, equidad, derechos humanos y etnicidad	8,61	5,84	67,8	67,3	99,3	2 de 5 alcanzados, 3 de 5 alcanzados parcialmente	1 de 1 en curso
3.4 Determinantes sociales de la salud	11,56	11,82	102,3	101,2	98,9	3 de 4 alcanzados, 1 de 4 alcanzados parcialmente	1 de 1 en curso

¹² Las calificación obtenida en la evaluación general de la categoría y las áreas programáticas y los resultados intermedios es determinada por los facilitadores de las categorías y las áreas programáticas de la OPS, respectivamente, teniendo en cuenta la ejecución programática y presupuestaria, el análisis de los recursos (humanos y financieros) y los riesgos operativos y programáticos. Las calificaciones se definen de la siguiente manera:

- **Expectativas cumplidas (verde):** se alcanzaron entre 90% y 100% de los resultados para el período que se está evaluando. Se está progresando de acuerdo a lo planificado y no se prevén mayores impedimentos ni riesgos que afecten el logro de los resultados.
- **Expectativas parcialmente cumplidas (amarillo):** se alcanzaron entre 75% y 89,9% de los resultados para el período que se está evaluando. El progreso podría estar en peligro y se deben tomar medidas correctivas para superar los retrasos, impedimentos y riesgos.
- **Progreso insuficiente (rojo):** se alcanzaron menos de 75% de los resultados para el período que se está evaluando. El progreso está en peligro debido a obstáculos o riesgos que están afectando la consecución de los resultados. Se necesitan medidas correctivas inmediatas.

Área programática	Presupuesto aprobado (Programa y Presupuesto 2014-2015) (en millones de US\$)	Fondos asignados (en millones de US\$)	Porcentaje asignado al Programa y Presupuesto	Ejecución presupuestaria en comparación con el Programa y Presupuesto (%)	Ejecución presupuestaria en comparación con los fondos asignados (%)	Calificación de los indicadores de resultados inmediatos	Estado de los indicadores de resultados intermedios
3.5 Salud y medioambiente	16,20	11,67	72,1	71,3	99,0	1 de 5 alcanzado, 4 de 5 alcanzados parcialmente	4 de 5 en curso, 1 de 5 sin progreso
TOTAL	80,78	57,98	71,8	70,3	98,0	11 de 22 alcanzados, 11 de 22 alcanzados parcialmente	2 alcanzados, 12 en curso, 1 sin progreso

Cuadro 2. Panorama presupuestario de la categoría 3 por nivel funcional

Nivel funcional	Fondos asignados (en millones de US\$)	Porcentaje asignado por nivel	Gasto total (en millones de US\$)	Ejecutado (%)
País	26,00	44,85	25,72	98,9
Entre países	14,93	25,75	14,43	96,7
Subregional	2,53	4,36	2,49	98,5
Regional	14,52	25,04	14,18	97,7
Total	57,98	100,00	56,82	98,0

ANÁLISIS PROGRAMÁTICO DE LA CATEGORÍA

Resumen de la evaluación general de la categoría

Durante el bienio 2014-2015, el trabajo realizado en la categoría 3 se orientó hacia cuestiones clave relacionadas con la salud a todo lo largo del ciclo de vida, e incluye salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto, teniendo en cuenta los determinantes sociales y ambientales de la salud, además de los temas transversales: género, equidad, derechos humanos y etnicidad. El año 2015 marcó una coyuntura importante en la transición de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

La evaluación de los indicadores de los resultados intermedios y de los resultados inmediatos de la categoría 3 muestra un avance considerable en los esfuerzos para mejorar las condiciones de salud a lo largo de todo el ciclo de vida y reducir las desigualdades en la Región. Todos los 22 indicadores de resultados inmediatos se han alcanzado plenamente (11) o se han alcanzado parcialmente (11), y los indicadores de resultados intermedios se han calificado como en curso (12) o alcanzados (2). Un resultado intermedio se evaluó sin progreso. El nivel elevado de logro de los resultados inmediatos es un buen indicio de que se alcanzarán los resultados intermedios al finalizar la ejecución del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Sin embargo, debido a una brecha considerable de financiamiento, a los actuales problemas relacionados con los recursos humanos y a otras dificultades estratégicas, técnicas y de gestión abordadas en este informe, la calificación de la evaluación general de la categoría 3 indica que las expectativas se cumplieron parcialmente.

Los países que ejecutan planes sobre mortalidad materna y perinatal (18) y aplican las directrices sobre planificación familiar (24) han avanzado con firmeza hacia las metas definidas para el 2015. La Región ejecutó el proyecto interdepartamental cero muertes maternas por hemorragia. Se registró un aumento de la cooperación técnica en materia de prevención del embarazo de adolescentes. La Organización de los Estados Americanos (OEA), con el apoyo técnico de la OPS, aprobó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, mientras que la OPS emitió un llamamiento a la acción para la aplicación del Convenio. Las normas de derechos humanos se han incorporado en las declaraciones subregionales y en las políticas, leyes y decretos ministeriales nacionales de varios países. La mayoría de los países han presentado evaluaciones sobre sus esfuerzos de integración de la perspectiva de género. El plan regional de acción sobre la salud en todas las políticas fue aprobado por el 53.º Consejo Directivo de la OPS, y se elaboró una hoja de ruta para la puesta en práctica del plan. Durante la misma sesión, se organizó una mesa redonda acerca de la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015; los países formularon recomendaciones y acordaron cuáles serán las actividades futuras. Luego, se puso en práctica una red regional sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Los retos más importantes identificados en la categoría 3 se referían a la coordinación y al trabajo interprogramático a través de todos los niveles de la Organización. La integración de los temas transversales en los planes de trabajo también debe mejorarse.

Desde el punto de vista presupuestario, la categoría 3 recibió US\$ 58 millones de los \$81 millones aprobados para el bienio 2014-2015 (72%). La ejecución del presupuesto alcanzó el 98%, una cifra sin precedentes a pesar de los retos que se enfrentaron.

Resumen programático por área programática

3.1 Salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto, y salud sexual y reproductiva

Esta área programática responde a los mandatos sobre la salud de la madre, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto a través de la generación de información estratégica, así como de la formulación y ejecución de políticas, estrategias y planes, haciendo hincapié en la atención primaria de salud y la atención obstétrica.

Logros

- La información suministrada por los países con más de 7.000 partos por año muestra una reducción de la razón de mortalidad materna de aproximadamente 21% en el bienio 2013-2014. A fines del 2016, se dispondrá de información actualizada procedente del informe final sobre el plan de acción regional para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave.
- Desde 1990 hasta el 2015, la Región mostró una reducción de 69% en la tasa de mortalidad en menores de 5 años, con lo cual se alcanzó la meta fijada para el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM 4). Además, 18 países cuentan con estrategias acerca del desarrollo del niño en la primera infancia.
- Ha continuado la tendencia descendente en la tasa de fecundidad de las adolescentes, al pasar de 65,6 por 1.000 en el 2013 a 64,4 en el 2014 para mujeres de 15 a 19 años de edad. La reducción es lenta y desigual tanto entre los países como en el interior de ellos. Este progreso es el resultado de los esfuerzos colectivos emprendidos por los países, la OPS y los asociados regionales. Seis países también actualizaron o elaboraron estrategias y políticas nacionales sobre salud de los adolescentes.

- Dieciocho países están ejecutando planes integrados para la reducción de la mortalidad materna y perinatal, de acuerdo con los planes regionales de acción sobre salud materna y neonatal.
- La OPS y varios de sus asociados recopilaron evidencia y datos sobre la magnitud y las consecuencias de la violencia contra los niños en la Región. Este es un hito importante para cerrar la brecha de información que existe en esta área clave.
- La ejecución continua de la *Estrategia y plan de acción para la salud integral en la niñez* y la *Estrategia y plan de acción regional sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes* se facilitó mediante la elaboración de materiales técnicos, instrumentos de capacitación y actividades conjuntas con los asociados clave.
- Se mejoró la evidencia sobre la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente mediante la investigación operativa y materiales actualizados basados en la evidencia.
- Una asociación estratégica entre Noruega y la OPS dio lugar al proyecto para la prevención de la infección por el VIH en los jóvenes, por medio de un marco de derechos humanos en Centroamérica y el Caribe, que contribuyó enormemente a la formulación de políticas y planes que protegen y promueven la salud de los adolescentes y los jóvenes en estas subregiones.
- Durante una reunión celebrada en Honduras, las primeras damas de ocho países de la Región firmaron una declaración sobre prevención del embarazo de adolescentes.
- Se hicieron avances para aumentar la disponibilidad de información estratégica sobre salud de los adolescentes. Con el apoyo de la OPS, se llevó a cabo un análisis multipaíses de las encuestas de salud de los adolescentes realizadas en seis territorios de ultramar en el Caribe, con el objeto de reducir la brecha en la información sobre salud de los adolescentes. Se prestó apoyo para ayudar a Haití a administrar la encuesta mundial sobre salud escolar.

Retos

- Todavía hay enormes retos que influyen en los esfuerzos para reducir las causas evitables de muerte y de morbilidad grave en los recién nacidos y las madres, en particular en relación con el acceso a servicios de alta calidad.
- Hay una necesidad constante de coordinar eficazmente las actividades entre los departamentos de la Oficina Sanitaria Panamericana y las representaciones de la OPS/OMS para la aplicación eficaz del proyecto interdepartamental cero muertes maternas por hemorragia.
- La ejecución del plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave exige el seguimiento continuo.
- Hay necesidad de llevar a cabo una evaluación final de la *Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño*.
- Para velar por la continuidad del proceso iniciado con la estrategia y plan de acción mencionado, las metas y las estrategias regionales deben actualizarse sobre la base del plan de acción mundial “Todos los recién nacidos”, aprobado por la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud (2014).
- Hay varios retos que afrontar para la aplicación de la estrategia mundial de salud de las mujeres, los niños y los adolescentes.

Enseñanzas

- La definición de prioridades para la cooperación técnica ha permitido que el trabajo sea más productivo, así como el logro de resultados sostenibles y permanentes en los países.
- El establecimiento de una coordinación interna mejorada, entre los departamentos y dentro de ellos, ha fortalecido la integración y ha tenido una repercusión positiva en el trabajo con los países; esto ha creado un ambiente de trabajo en equipo a nivel nacional y regional.

- El trabajo interdepartamental sobre el proyecto cero defunciones maternas por hemorragia le permitió a la Organización enfocar el problema de la hemorragia materna con una visión integrada y una respuesta holística. El proyecto incorporó aspectos programáticos y de servicios de salud, lo que facilitó la respuesta directa a la emergencia de la hemorragia obstétrica y utilizar los recursos de manera más eficiente. Los ministerios de salud adoptaron el mismo enfoque, que tuvo una repercusión positiva sobre el trabajo en las diversas áreas de la intervención.

3.2 Envejecimiento y salud

Estas áreas programáticas subrayan la ejecución del plan regional de acción sobre la salud de las personas mayores, destinado a promover la integración de los servicios de salud para las personas mayores en los sistemas de salud.

Logros

- Con el apoyo de la OPS, la Asamblea General de la OEA aprobó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, y la OPS emitió un llamamiento a la acción para la aplicación de la Convención.
- La iniciativa de ciudades y comunidades adaptadas a las personas mayores, con un enfoque multisectorial, se ha ampliado a más de 65 ciudades de la Región.
- El programa de autocuidado basado en la evidencia para las personas mayores con varios trastornos de salud crónicos se ha ejecutado en dos países latinoamericanos y en 10 países del Caribe oriental.
- El *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* fue presentado en Washington, D.C., en ocasión del 54.º Consejo Directivo de la OPS, celebrado en el 2015.
- El 54.º Consejo Directivo aprobó la *Estrategia y plan de acción sobre demencias en las personas mayores*.

Retos

- La capacidad institucional en la OPS es limitada para responder al impacto que tendrán las poblaciones que están envejeciendo en los sistemas de salud de la Región.

Enseñanzas

- Para analizar las políticas sobre el envejecimiento en la Región es necesario adoptar un enfoque más amplio y multisectorial que incluya a otros interesados directos de dentro y fuera del sector de la salud.
- Los países han comenzado a incluir los temas del envejecimiento como una prioridad en sus programas, debido a las transiciones demográficas rápidas a las que deben hacer frente.

3.3 Género, equidad, derechos humanos y etnicidad

Esta área programática aborda la incorporación de los cuatro temas transversales establecidos en el Plan Estratégico de la OPS (género, equidad, derechos humanos y etnicidad) en todos los programas de la OPS, como enfoques estratégicos para mejorar los resultados de salud a través de planes interprogramáticos, políticas, y leyes.

Logros

- Diecinueve países fortalecieron sus capacidades institucionales para cuantificar y analizar las desigualdades sociales en cuanto a la salud, incluida la producción de perfiles sobre la equidad en relación con la salud

(principalmente con la salud maternoinfantil), que abordaban por lo menos las tres dimensiones del desarrollo sostenible (social, económico, ambiental).

- Diez países han introducido normas de derechos humanos en las declaraciones subregionales y en las políticas, leyes y decretos ministeriales nacionales. Dos países reformaron su código civil sobre la base de la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidades y aprobaron o actualizaron los protocolos sobre salud mental, mediante decreto ministerial y de manera compatible con las convenciones universales y regionales de derechos humanos. Ocho países han reformado las leyes nacionales y las han fundamentado en las normas de derechos humanos en temas como la infección por el VIH, salud de los adolescentes, discapacidad o control del tabaco.
- Treinta y dos países llevaron a cabo autoevaluaciones sobre la igualdad de género, cuyos resultados se analizaron y presentaron en el informe sobre la evaluación final del plan de acción 2009-2014 para la aplicación de la *Política en materia de igualdad de género de la OPS*. En septiembre del 2015, el 54.º Consejo Directivo aprobó nuevas líneas estratégicas de acción.
- Los conocimientos técnicos especializados y el apoyo para las actividades relacionadas con la etnicidad y la salud se han mejorado significativamente. La OPS ha desempeñado una función interinstitucional clave como copresidente del Grupo de Apoyo Interinstitucional sobre Cuestiones Indígenas, del Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de América Latina y el Caribe (GNUD ALC). Uno de los aspectos prioritarios dentro del grupo, así como en la cooperación técnica de la OPS y en sus esfuerzos para fortalecer aún más su capacidad, ha sido el de apoyar a los países a mejorar la disponibilidad y la calidad de sus datos sobre la etnicidad y la salud.
- La secretaría de temas transversales se estableció formalmente en la Oficina Sanitaria Panamericana. El trabajo interprogramático de acuerdo con esta iniciativa está contribuyendo a la aplicación de un marco conceptual integrado para mejorar la asistencia técnica de la OPS en los cuatro temas transversales (género, equidad, derechos humanos y etnicidad). Como parte de sus actividades, la secretaría de temas transversales empezó su trabajo con la institución University College London en un examen regional de los cuatro temas transversales en relación con los determinantes sociales de la salud.

Retos

- Ha sido limitada la colaboración con los interesados directos no tradicionales que están tomando decisiones importantes que influyen en el derecho a la salud y los derechos humanos asociados (parlamentos, ministerios de relaciones exteriores, y otros ministerios y comisiones de derechos humanos nacionales, entre otros).
- Los interesados directos tienen diferentes niveles de conocimiento y comprensión de los conceptos de los temas transversales, de su integración y los resultados. Una colaboración mayor y más activa con otros departamentos técnicos y con las Representaciones de la OPS/OMS puede contribuir a que la integración y la ejecución sean más significativas.

Enseñanzas

- Las actividades y los debates técnicos relacionados con los vínculos entre el zika, los derechos de las mujeres y las desigualdades por razón de género, así como las vulnerabilidades particulares de las personas que viven en situaciones de pobreza, demuestran que es necesario intensificar la colaboración para asegurar que mientras la OPS participa en las emergencias de salud pública considere en forma adecuada los temas transversales, las desigualdades estructurales y las normas de derechos humanos, tanto internacionales como regionales aplicables a la salud de la mujer.

- Es necesario contar con flujos de información más eficaces, oportunos e incluyentes y con otros medios de coordinación para asegurar la alineación de las herramientas, los métodos, los enfoques y los marcos conceptuales de la OPS sobre el género, la equidad, los derechos humanos y la etnicidad a través de todas las áreas de la OPS y con la OMS.
- Aunque la colaboración interprogramática es excelente entre los departamentos pertinentes dentro de la secretaría de temas transversales para brindar apoyo a la integración de los temas transversales, es necesario contar con mayores recursos a fin de asegurar la coordinación continua de esta área sustancial del trabajo estratégico en toda la Organización.

3.4 Determinantes sociales de la salud

Esta área programática se centra en la ejecución de la Declaración Política de Rio sobre los determinantes sociales de la salud e implica fortalecer las alianzas entre los sectores para abordar las marcadas desigualdades que existen en la Región.

Logros

- En abril del 2015, se establecieron el grupo de estudio y el grupo de trabajo sobre la salud en todas las políticas y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), compuestos por expertos regionales. Su función es identificar y abordar sinergias entre el marco de los ODS y el plan regional de acción sobre la salud en todas las políticas, con la meta general de contribuir a la causa del desarrollo sostenible y la equidad en materia de salud en la Región de las Américas. Dos documentos principales fueron elaborados y presentados por el grupo de estudio y el grupo de trabajo, a saber: una Nota de Referencia sobre los ODS y la salud en todas las políticas y un plan de trabajo para guiar la ejecución de la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015.
- En respuesta a las solicitudes de los Estados Miembros de orientación sobre cómo lograr los ODS, la OPS publicó un documento de exposición de conceptos, *Preparar a la Región de las Américas para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible sobre la salud*, e inició un proceso de cooperación técnica con los países, en el que se comparan las metas de los ODS con los programas y las políticas de salud actuales de cada país.
- De acuerdo con el plan regional de acción sobre la salud en todas las políticas, la OPS impartió tres cursos subregionales de capacitación sobre la salud en todas las políticas, inauguró una red regional sobre la salud en todas las políticas, formuló planes de trabajo subregionales acerca de la salud en todas las políticas y documentó las prácticas adecuadas acerca de la salud en todas las políticas para demostrar cómo puede aplicarse el concepto de manera concreta. Además, al final del bienio se publicó una hoja de ruta que guía la ejecución de la salud en todas las políticas, un libro blanco sobre la salud en todas las políticas y un documento sobre la salud en todas las políticas y sus indicadores.
- Como resultado del Tercer Foro Regional de Salud Urbana, celebrado en Medellín (Colombia) en diciembre del 2015, se emitió el Llamado a la Acción de Medellín para Ciudades Saludables, en el que figuraba la salud en las políticas como uno de los temas principales. Este llamado orientará la cooperación técnica futura sobre la salud urbana y los municipios saludables.
- En noviembre del 2015 se llevó a cabo en Medellín una consulta regional sobre los ODS a fin de mejorar las capacidades de las representaciones de la OPS/OMS, los ministerios de salud y otras instituciones públicas relacionadas con la ejecución de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en la Región de las Américas. Como resultado de la reunión, se estableció una lista de recomendaciones y se inauguró una red regional sobre los ODS.
- Se aprobó un estudio regional sobre las desigualdades en materia de salud y los cuatro temas transversales, que se realizará en 13 países a lo largo de dos años; además, se aseguró el financiamiento.

Retos

- Es limitada la capacidad para responder a las solicitudes de apoyo cada vez mayores que hacen los países para llevar a la práctica las acciones relacionadas con los determinantes sociales de la salud.

Enseñanzas

- Es necesario aprovechar y fortalecer aún más las redes sobre los determinantes sociales de la salud para lograr que la cooperación técnica sea exitosa y oportuna.
- Como parte de la ejecución del plan regional de acción sobre la salud en todas las políticas, hay una necesidad urgente de documentar y de intercambiar las mejores maneras de aplicar los conceptos de los determinantes sociales de la salud, la salud en todas las políticas y los ODS.
- La ejecución de los ODS y los indicadores asociados brinda una oportunidad de aprovechar sus sinergias con el programa de la salud en todas las políticas.

3.5 Salud y medioambiente

Esta área programática comprende la respuesta a los compromisos regionales y mundiales pertinentes a la salud ambiental y ocupacional. La meta es aumentar las capacidades institucionales de reducción de los riesgos para la salud y de su impacto, así como la formulación de políticas basadas en la evidencia.

Logros

- La calidad del aire en las viviendas se ha incorporado en la agenda relacionada con la salud de los países destinatarios, y ha mejorado el conocimiento de los riesgos de la contaminación del aire ambiental y de los productos químicos. Ha aumentado la participación en los mecanismos intersectoriales como el Enfoque estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional (SAICM, por su sigla en inglés) y en las actividades relacionadas con el Convenio de Minamata sobre el mercurio.
- Se han logrado avances considerables hacia el logro de las metas de *la Estrategia y el plan de acción sobre el cambio climático*, aunque todavía subsisten algunas brechas.
- Un aspecto destacado del área programática fue la reunión con 35 centros colaboradores de la OPS/OMS, con la OMS, el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), otros organismos intergubernamentales y organizaciones no gubernamentales sobre el tema de las “sociedades sostenibles y respetuosas del clima: abordaje de las vulnerabilidades de la salud pública y promoción de la adaptación sostenible ahora”. La reunión, celebrada en Montreal en septiembre del 2015, examinó la situación actual de la investigación y la estrategia de la OPS sobre desarrollo sostenible y equidad en materia de salud. Las recomendaciones de la reunión guiarán la ejecución por los centros colaboradores del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Esto es particularmente importante debido a los compromisos contraídos en el Acuerdo de París sobre Cambio Climático, emanado de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático del 2015 (COP21), así como para brindar apoyo al cumplimiento de los ODS relacionados con la salud y el medioambiente.
- La aprobación del *Plan de acción sobre la salud de los trabajadores* con pleno apoyo de los Estados Miembros, el acuerdo firmado con la Conferencia Interamericana de Ministros del Trabajo para colaborar en la ejecución de este plan y los adelantos en la actualización de los reglamentos sobre salud y seguridad ocupacionales en muchos países, muestran un compromiso firme con esta área programática.
- Mediante la puesta en práctica de los programas de vigilancia de la calidad del agua y los planes de seguridad del agua, se fortalecieron las capacidades nacionales. Por ejemplo, se logró la sistematización del seguimiento de la calidad del agua en la República Dominicana. El Programa Conjunto de Monitoreo para el Abastecimiento de Agua y Saneamiento de la OMS/UNICEF publicó un informe final que evaluaba el progreso

hacia el cumplimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio sobre el agua y el saneamiento.

- También se lograron progresos significativos en la medición de las inequidades y el fortalecimiento de la capacidad en los planes de seguridad del agua, en especial, los relacionados con los eventos de emergencia. El Equipo Técnico Regional de Agua y Saneamiento (ETRAS) elaboró un curso libre en línea, en español, sobre los planes de seguridad del agua, dirigido al personal que trabaja en el sector del agua; en el curso se tratan los temas de gestión, ingeniería y las responsabilidades operativas. En respuesta a diferentes brotes, en los países prioritarios se fortalecieron las capacidades regionales y nacionales para la formulación de planes de seguridad del agua, con un enfoque de preparativos y respuesta ante situaciones de emergencia. Esta iniciativa también incluía el establecimiento de una red para intercambiar experiencias y conocimientos. Estas iniciativas les han permitido a los países de la Región mejorar el acceso al agua potable, con lo cual se promueven los derechos humanos y se reducen las desigualdades.

Retos

- Persisten grandes retos con respecto al cumplimiento de los ODM relacionados con el saneamiento, el cierre de la brecha entre los entornos urbanos y los rurales en materia de agua y saneamiento, y la disminución del uso de los combustibles sólidos como fuente principal de energía doméstica en la Región. Las metas de los ODM relacionadas con la salud ambiental se incorporaron en el programa de los ODS y siguen siendo una prioridad en la Región.
- Hay que fortalecer la capacidad y los recursos para responder a la necesidad y la demanda significativa de los países de cooperación técnica, para ayudarles a incorporar y fortalecer la salud ambiental y ocupacional en sus programas nacionales.
- Se necesitan mayores esfuerzos y una coordinación multisectorial más fuerte para abordar los problemas de salud ambiental y ocupacional que afectan a la Región.

Enseñanzas

- Hay necesidad de fortalecer la capacidad para el trabajo intersectorial con los asociados no tradicionales del sector de la salud.
- La Región tiene que mejorar y consolidar la buena administración del agua, con un cambio de paradigma hacia la integración sostenible de la gestión de los recursos hídricos, desde la captación hasta el consumidor, junto con los esfuerzos para reducir las desigualdades. Deben tomarse las medidas necesarias para incluir los planes de agua y saneamiento como parte de las estrategias nacionales sobre el agua.

Riesgos

Los riesgos más resaltantes identificados para la categoría 3 en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 figuran a continuación, junto con información relativa a su estado y las medidas de mitigación adoptadas para atenderlos. También se destacan los nuevos riesgos observados en el bienio.

- Las prioridades que compiten entre ellas, los desastres y las epidemias, la conmoción política o los disturbios civiles limitan los recursos para las áreas programáticas de esta categoría, con lo cual está en peligro el logro de los resultados.
 - Se identificaron brechas de financiamiento en áreas programáticas prioritarias, en particular en relación con el área programática 3.1. Se prevé que en el bienio 2016-2017, los países prioritarios tendrán un punto focal y que esta área programática será financiada plenamente para brindar apoyo al logro de los resultados intermedios y los resultados inmediatos.
- Los sistemas de información generan pocos datos desglosados, mientras que los datos sobre los determinantes sociales de la salud son escasos.

- La secretaría de temas transversales y el grupo de trabajo de temas transversales elaboraron una propuesta bienal para recabar y consolidar datos y evidencia de diferentes sectores, como parte de un estudio regional sobre las desigualdades en materia de salud.
- El estudio se iniciará en mayo del 2016 y facilitará la recopilación de la evidencia existente sobre los determinantes sociales de la salud.
- El personal del área de salud no está preparado para la elaboración de nuevos programas sobre el envejecimiento activo.
 - En el curso en línea ofrecido por el Campus Virtual de Salud Pública, “Gestión de la salud para las personas mayores”, han participado 300 estudiantes y se ha impartido en tres idiomas: inglés español y portugués.
 - Se estableció el Consorcio universitario sobre salud pública y envejecimiento, con la participación de 17 países de América Latina y 10 del Caribe.
- Aunque las prioridades de salud a los niveles mundial, regional y nacional priorizan los temas transversales, estos son eclipsados o evitados fácilmente cuando encuentran la oposición de grupos de interés, ya sean nacionales o internacionales. Entre los asociados, el conocimiento y el consenso acerca de las definiciones, marcos y estrategias de los temas transversales son limitados.
 - Tanto la secretaría como el grupo de trabajo de temas transversales se establecieron dentro de la Oficina Sanitaria Panamericana en diciembre del 2014, y han guiado los esfuerzos para incorporar los temas transversales en todo el trabajo de la OPS. El grupo de trabajo de temas transversales se encarga de la prestación del apoyo a la secretaría para hacer avanzar el programa colectivo de temas transversales, mediante el fortalecimiento de los conocimientos y el consenso entre los asociados acerca de las definiciones, los marcos y las estrategias de los temas transversales.
 - El grupo de trabajo de temas transversales está realizando esfuerzos activos para alentar a los departamentos y las unidades de la OPS a que trabajen de manera interprogramática. El progreso ha sido más notable entre los departamentos que son miembros del grupo de trabajo, porque han elaborado un modelo de colaboración que es cada vez más sólido, coherente y transparente. Integrar los temas transversales, y lograr que su integración en todos los programas y en las actividades de las representaciones en los países se convierta en algo habitual, exigirá un esfuerzo a largo plazo, cuya promoción deberá centrarse más en conseguir el apoyo del nivel técnico y del ejecutivo.
- Las políticas y las leyes desactualizadas, así como el cumplimiento limitado de las políticas y leyes vigentes, dificultan el abordaje eficaz de la salud ambiental y la salud los trabajadores.
 - A petición de sus Estados Miembros, en el 2014 y el 2015, la OPS facilitó las consultas subregionales para considerar las líneas estratégicas de acción destinadas a formular y a examinar las leyes y los reglamentos nacionales vinculados con la salud, de manera compatible con los tratados y las normas de derechos humanos universales y regionales.
 - El Comité Ejecutivo de la OPS estableció un grupo de trabajo sobre las leyes relacionadas con la salud y, en el 2015, el Consejo Directivo aprobó la *Estrategia sobre legislación relacionada con la salud*. Esto comprende medidas y objetivos concretos relacionados con las leyes sobre el medioambiente, salud de los trabajadores y otras áreas, según lo estipulado en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019.

Los nuevos riesgos que surgieron en el bienio son:

- El enfoque multisectorial no es prominente ni se ha adoptado en los programas y los proyectos. Las actividades interdepartamentales deben reforzarse de manera que formen parte de la cultura institucional.
- Es posible que haya duplicación del trabajo sobre la salud y los derechos humanos en los países, debido a que diferentes organismos de las Naciones Unidas se están ocupando de este tema.

Análisis de la ejecución presupuestaria**Cuadro 3. Panorama presupuestario de la categoría 3 por área programática y nivel funcional**

Categoría, área programática y nivel funcional	Fondos asignados (en millones de US\$)	Porcentaje asignado por área programática	Gasto total (en millones de US\$)	Ejecución presupuestaria (%)
3. Determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida	57,98	100,00	56,82	98,0
3.1 Salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto, y salud sexual y reproductiva	27,03	46,62	26,17	96,8
País	13,95	24,05	13,75	98,6
Entre países	8,79	15,17	8,38	95,4
Subregional	0,87	1,51	0,85	97,1
Regional	3,42	5,89	3,19	93,3
3.2 Envejecimiento y salud	1,62	2,79	1,61	99,7
País	0,50	0,87	0,50	100,0
Entre países	0,31	0,53	0,31	99,6
Subregional	0,08	0,14	0,08	99,6
Regional	0,73	1,26	0,72	99,6
3.3 Género, equidad, derechos humanos y etnicidad	5,84	10,07	5,79	99,3
País	1,12	1,94	1,12	99,7
Entre países	1,26	2,17	1,25	99,2
Subregional	0,47	0,81	0,47	99,4
Regional	2,99	5,15	2,96	99,2
3.4 Determinantes sociales de la salud	11,82	20,39	11,69	98,9
País	5,34	9,20	5,28	98,9
Entre países	1,78	3,08	1,76	98,8
Subregional	0,47	0,81	0,46	98,8
Regional	4,24	7,31	4,19	98,8
3.5 Salud y medioambiente	11,67	20,13	11,55	99,0
País	5,09	8,79	5,06	99,4
Entre países	2,79	4,81	2,73	98,0
Subregional	0,63	1,09	0,63	99,5
Regional	3,15	5,44	3,12	99,1

Para el bienio 2014-2015, la categoría 3 tenía un presupuesto aprobado de \$81 millones, de los cuales \$58 millones (72%) estaban financiados. La ejecución del presupuesto alcanzó la cifra sin precedente de 98%. La brecha de financiamiento entre el presupuesto aprobado y los fondos asignados seguía siendo amplia, y ascendía a \$23 millones o 28%.

Según se observa en el cuadro 1, el área programática 3.1 recibió únicamente 63% de su presupuesto aprobado, nivel que no corresponde a su posición prioritaria en el Plan Estratégico de la OPS (nivel 1 o alto). En razón de la brecha de financiamiento y de las necesidades reales de esta área programática prioritaria, es necesario prestar más atención a su financiamiento. Por ejemplo, en el bienio 2016-2017 se crearán varios puestos en los países para atender, en particular, la agenda inconclusa en materia de reducción de la mortalidad materna. Los fondos otorgados al área programática 3.2 casi llegaron al nivel del presupuesto aprobado, es decir, 96%. Por el contrario, la brecha de financiamiento en el área programática 3.3, siguió siendo alta, en 32%. Cabe señalar que, debido a la naturaleza de los temas transversales, su ejecución puede extenderse a varias áreas programáticas. El financiamiento para el área programática 3.4 superó levemente el presupuesto aprobado, en 1%. El área programática 3.5 recibió 72% del presupuesto aprobado y alcanzó una tasa de ejecución de 99%.

El nivel de país recibió la porción más grande de los fondos otorgados (45%), seguido del nivel entre países (26%), y de los niveles regional (25%) y subregional (4%). Es digno de mención que 24% de los recursos para toda la categoría fueron al nivel de país para el área programática 3.1, de acuerdo con las prioridades y necesidades de los países. Esto podría reflejar un impulso final por los países para lograr las metas del área programática 3.1, que forman parte de la agenda inconclusa de la Región.

Mobilización de recursos

La categoría 3 movilizó financiamiento por medio de alianzas con la empresa Colgate Palmolive Company; la Comisión Europea; los gobiernos de Brasil, Canadá, España, Noruega, Perú y la República de Corea; varios organismos de las Naciones Unidas, incluido el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Fondo de Población de las Naciones Unidas, el UNICEF, el PNUMA y el Fondo Fiduciario de Naciones Unidas para la Seguridad Humana; además de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID).

Recomendaciones

- Alentar y reforzar la categoría 3 para promover un abordaje multisectorial con el objeto de cumplir las metas del ODS3 de la siguiente manera:
 - Reducir la mortalidad de la madre, el recién nacido y el niño a los niveles especificados;
 - Lograr el acceso universal a los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar;
 - Lograr la cobertura universal de salud y la protección contra los riesgos financieros.
- Fortalecer la promoción de la salud y el enfoque del curso de vida, por medio del trabajo más integrado para alcanzar otras metas estratégicas.
- Garantizar el apoyo financiero a las áreas prioritarias.
- Mejorar el apoyo a la integración de los temas transversales en el trabajo de todas las categorías y áreas programáticas.

Evaluación por área programática

<p>Área programática 3.1: Salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto, y salud sexual y reproductiva</p> <p>RESULTADO INTERMEDIO: Aumento del acceso a las intervenciones para mejorar la salud de la mujer, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto</p> <p>Evaluación de los indicadores de los RIT: 2 de 7 alcanzados, 5 de 7 en curso</p> <p>Evaluación de los indicadores de los RIM: 2 de 5 alcanzados, 3 de 5 parcialmente alcanzados</p>	<p>Calificación: Expectativas parcialmente cumplidas</p>
--	---

Evaluación de los indicadores de los resultados intermedios

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación (alcanzado, en curso, sin progreso) ^{13, 14}
3.1.1	Porcentaje de necesidades insatisfechas con respecto a los métodos modernos de planificación familiar	15%	11%	Alcanzado (10,7%)
<p>La estimación de la mediana de las Naciones Unidas acerca de la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos en América Latina y el Caribe en su totalidad es de 10,7%; pero hay brechas muy grandes entre los países, así como en el interior de ellos entre las poblaciones más ricas y las más pobres.</p> <p>La necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos es de 16,3% en la subregión del Caribe, de 11,2% en Centroamérica y de 9,7% en América del Sur. A nivel de país, Haití tiene la necesidad insatisfecha más alta, 32,9%, seguido de Guyana, 26,5%, mientras que la cifra más baja, 6%, corresponde a Puerto Rico; estas cifras muestran la amplia variación que existe entre los países y territorios. Al mismo tiempo, la variación intrapaíses también es elevada. En Bolivia, por ejemplo, el 20% de la población más rica tiene una necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos de 11,9%; mientras que para 20% de la población más pobre su necesidad insatisfecha es de 25,3%, es decir dos veces más alta. Esta situación se repite en todos los países de la Región.</p> <p>Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, "Tendencias en el uso de métodos anticonceptivos en todo el mundo, 2015".</p>				

¹³ Los resultados generales se califican de la siguiente manera:

- **Alcanzado:** Ya se ha alcanzado la meta del indicador establecida para el 2019 (número de países o territorios, número o porcentaje para los indicadores regionales) en el Plan Estratégico de la OPS.
- **En curso:** Ha habido un aumento respecto de la línea de base del indicador definida en el 2013 (número de países o territorios, número o porcentaje para los indicadores regionales) y el trabajo para alcanzar la meta correspondiente al 2019 establecida en el Plan Estratégico ya se ha iniciado o está en curso.
- **Sin progreso:** No ha habido un aumento respecto de la línea de base establecida en el 2013 (número de países o territorios, número o porcentaje para los indicadores regionales) y el progreso hacia la consecución de la meta del indicador para el 2019 podría estar en peligro.

¹⁴ Los indicadores regionales son evaluados por la entidad regional responsable o la red de categorías y áreas programáticas sobre la base de la información más reciente, según los criterios definidos en el compendio de indicadores.

CD55/5 - ANEXO A

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación (alcanzado, en curso, sin progreso) ^{13, 14}
3.1.2	Porcentaje de nacidos vivos atendidos por personal de salud competente	95%	97%	En curso (95,6%)
Según las especificaciones técnicas del indicador, la información debe provenir de los Indicadores Básicos de la OPS. Los Indicadores Básicos de la OPS correspondientes al 2015 muestran que el porcentaje de partos atendidos por personal competente en la Región fue de 95,6%. El progreso es lento, pero está en curso.				
3.1.3	Porcentaje de madres y recién nacidos que reciben atención posnatal dentro de los siete días siguientes al parto	40%	60%	En curso (POR DECIDIR)
Los países de la Región no están midiendo este indicador de manera regular. Hasta el momento, la única manera de recopilar datos sobre este indicador ha sido mediante el seguimiento del plan regional de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. Este indicador se medirá en el 2017 para el informe final del plan, o cuando se incorpore en los Indicadores Básicos de la OPS.				
3.1.4	Porcentaje de niños menores de 6 meses alimentados exclusivamente mediante la lactancia materna	38%	44%	En curso (<40%)
Según las bases de datos de la OMS y del UNICEF, y el último número de la revista <i>The Lancet</i> acerca de la lactancia materna (2016), siete países llevaron a cabo encuestas nacionales entre el 2011 y el 2012. La prevalencia en seis de ellos fue inferior a 40% (intervalo: 14,4% a 39,7%); un país, Perú, tenía una prevalencia de 67,6%. En el 2013, solo tres países realizaron las encuestas nacionales e informaron sobre cifras de prevalencia de 6,7%, 22,0% y 72,3% (de nuevo, la cifra más alta correspondió a Perú). Debido a que se dispone de pocos datos, es difícil determinar si nos estamos acercando a la meta.				
3.1.5	Porcentaje de niños de 0 a 59 meses con neumonía presunta que reciben antibióticos	29%	40%	Excedido (46%)
Según datos de la OMS y el UNICEF, siete países realizaron encuestas nacionales entre el 2011 y el 2012. Cuatro de estos países tenían una prevalencia de 60% a 70%; en uno, la prevalencia era de 50% a 60%, y en dos de ellos era de 40% a 50%. En el 2013, solamente se llevaron a cabo encuestas nacionales en dos países; en uno de ellos la prevalencia fue de 51,5% y en el otro de 46,6%. La línea de base del 2012 es de 29%, cifra que parece bastante baja de acuerdo a los pocos datos disponibles. La meta de 40% también parece haberse fijado demasiado baja, ya que los países que habían hecho encuestas en el 2012 ya tenían porcentajes más altos. La prevalencia para la Región de las Américas publicada por la OMS es de 46%.				
3.1.6	Tasa de fecundidad específica en las mujeres de 15 a 19 años	65,6 por 1.000	52 por 1.000	En curso (64,4 por 1.000)
Durante los últimos cinco años la Región ha registrado una tendencia descendente lenta en la fecundidad de las adolescentes. Según UNdata, la tasa de fecundidad específica calculada fue de 65,6 en el 2013 y de 64,4 en el 2014. Es importante reconocer que las reducciones no han sido iguales entre los países o en el interior de ellos. La línea de base del 2013 establecida para el indicador 3.1.6 del resultado intermedio se revisó en este informe y pasó de 60,0 a 65,6 por 1.000 sobre la base de las cifras informadas por UNdata para el 2013. Los cambios correspondientes se incorporarán en la definición técnica del indicador y se utilizarán en las evaluaciones futuras.				

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación (alcanzado, en curso, sin progreso) ^{13, 14}
3.1.7	Número de países y territorios que aumentan el acceso y la cobertura de las evaluaciones médicas ocupacionales para la población de trabajadores adultos (de 18 a 65 años)	3	10	En curso (alcanzado en 4 + 4 en curso)
<p>Cuatro países alcanzaron el indicador: ARG, CHL, CUB, URY.</p> <p>Cuatro países están en curso: DOM, ECU, PER, VEN.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de dos países.</p> <p>Los resultados son muy prometedores. Se ha previsto que Cuba y Uruguay logren el indicador en el 2019. La mayoría de los países tienen reglamentos vigentes y, en muchos, la autoridad para estas evaluaciones la ejerce el Ministerio de Trabajo o es compartida entre varios organismos (por ejemplo, Colombia). En consecuencia, para favorecer la ejecución es necesario contar con la coordinación y las actividades intersectoriales.</p>				

Evaluación de los indicadores de los resultados inmediatos

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación ^{15, 16}
3.1.1	Ejecución del plan regional de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave, y de la estrategia regional y plan de acción para la salud neonatal dentro del proceso continuo de la atención de la madre, el recién nacido y el niño	Número de países y territorios que están ejecutando un plan integrado sobre la mortalidad materna y perinatal en consonancia con los planes de acción regionales sobre la mortalidad materna y la salud neonatal	4	19	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 12 + alcanzado parcialmente en 4)
<p>Doce países y territorios alcanzaron el indicador: COL, CUB, DMA, DOM, GTM, HND, MEX, NIC, PRY, SLV, STA, VEN.</p>					

¹⁵ Los resultados generales se califican de la siguiente manera:

- **Alcanzado:** Se ha alcanzado la meta del indicador establecida en el Programa y Presupuesto 2014-2015 (número de países o territorios, número o porcentaje para los indicadores regionales). En los casos en que se han excedido las metas del indicador, así se indica.
- **Alcanzado parcialmente:** Se avanzó con respecto a la línea de base establecida en el Programa y Presupuesto (número de países o territorios, número o porcentaje para los indicadores regionales), pero no se alcanzó la meta para el 2015.
- **Sin progreso:** respecto de la línea de base establecida en el Programa y Presupuesto (número de países o territorios, número o porcentaje para los indicadores regionales).

¹⁶ Los indicadores regionales son evaluados por la entidad regional responsable o la red de categorías y áreas programáticas sobre la base de la información más reciente, según los criterios definidos en el compendio de indicadores.

CD55/5 - ANEXO A

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación ^{15, 16}
Cuatro países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: ARG, BOL, CUW, JAM. Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de seis países.					
3.1.2	Ejecución de la estrategia regional y plan de acción para la salud integral de la niñez, haciendo hincapié en los más vulnerables	Número de países y territorios que están ejecutando una política o estrategia nacional integrada sobre la salud infantil o un plan congruente con los marcos jurídicos o la normativa	8	12	Excedido (alcanzado en 15 + alcanzado parcialmente en 4)
Quince países y territorios alcanzaron el indicador: ABW, BRA, CHL, COL, CUB, CUW, GLP, GUY, HND, JAM, MEX, PAN, SLV, STA, VEN.					
Cuatro países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: ARG, BON, SAB, TTO.					
Tres países (El Salvador, Honduras, Jamaica) han completado o actualizado sus planes o estrategias nacionales, adoptan un enfoque del curso de vida y hacen énfasis especialmente en integrar la nutrición, la salud y el desarrollo de los niños. Otros dos países o territorios (Bonaire y, Trinidad y Tabago) están en proceso de mejorar su respuesta.					
3.1.3	Ejecución de la estrategia mundial de salud sexual y reproductiva, haciendo hincapié en abordar las necesidades insatisfechas	Número de países y territorios que aplican las directrices de la OPS/OMS con respecto a la planificación familiar	8	22	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 18 + alcanzado parcialmente en 5)
Dieciocho países y territorios alcanzaron el indicador: ABW, BLZ, BRA, COL, CUB, DOM, GTM, JAM, MEX, NIC, PAN, PER, PRY, SLV, SUR, SXM, URY, VEN.					
Cinco países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: CRI, KNA, SAB, STA, TTO. Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de tres países.					
3.1.4	Investigación emprendida, y datos científicos generados y resumidos a fin de diseñar intervenciones clave con respecto a la salud reproductiva y la salud de la madre, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto, así como otros problemas y cuestiones conexas	Número de estudios realizados para fundamentar el diseño de intervenciones nuevas o mejoradas con respecto a la salud reproductiva y la salud de la madre, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto	4	10	Alcanzado (3 revisiones sistemáticas y 10 monografías)
Se publicaron tres revisiones sistemáticas y diez monografías científicas acerca de la línea de base.					

CD55/5 - ANEXO A

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación ^{15, 16}
<p><u>Revisiones sistemáticas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Neonatal near miss: a systematic review.</i> BMC Pregnancy Childbirth 2015;15(1):320. • Costos de la prematuridad en la bibliografía biomédica para contrastarlos con los resultados regionales: una revisión sistemática. Presentada para la publicación. • Revisión sistemática sobre la disponibilidad de programas y acciones dirigidos a dar respuesta a la retinopatía del prematuro. Presentada para la publicación. <p><u>Monografías:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Neonatal near miss: the need for a standard definition and appropriate criteria and the rationale for a prospective surveillance system. Clinics (São Paulo) 2015;70(12):820-826. • Avances en la reducción de las desigualdades en materia de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil en América Latina y el Caribe: un programa inacabado. Rev Panam Salud Publica 2015;38(1):9-16. • Sífilis gestacional y mortinatalidad en las Américas: una revisión sistemática y metanálisis. Rev Panam Salud Publica 2015;37(6):422-429 • Maternal and congenital syphilis in selected Latin America and Caribbean countries: a multi-country analysis using data from the Perinatal Information System. Sex Health 2015;12(2):164-169. • Gestational syphilis and stillbirth in Latin America and the Caribbean. Int J Gynaecol Obstet 2015;128(3):241-245. • Progresos y desafíos en salud neonatal en la Región de las Américas. Rev Panam Salud Publica (en evaluación). • An analysis of three levels of scaled-up coverage for 28 interventions to avert stillbirths and maternal, newborn and child mortality in 27 countries in Latin America and the Caribbean with the Lives Saved Tool (LiST). BMC Public Health (en evaluación). • Descripción de la situación de acompañamiento continuo en las mujeres en trabajo de parto y parto en países de América Latina y el Caribe. Preparado con el Centro Colaborador de la OMS en la Universidad de Chile y OMS/MCAH. Presentado en la 5.ª Conferencia Regional de la Confederación Internacional de Matronas (ICM) de las Américas, Suriname, julio del 2015. • Taxonomía de países latinoamericanos respecto a algunas variables obstétricas y neonatales relativas a la modalidad de atención del parto. Preparado con el Centro Colaborador de la OMS en la Universidad de Chile. Presentado en la 5.ª Conferencia Regional de la Confederación Internacional de Matronas (ICM) de las Américas, Suriname, julio del 2015. • Morbilidad materna extremadamente grave y capacidad predictiva de condiciones potencialmente mortales en hospitales de maternidad seleccionados en América Latina. Presentado para la publicación. 					
3.1.5	Ejecución del plan regional de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes	Número de países y territorios que estaban ejecutando políticas o planes sanitarios nacionales con respecto a la salud integral del adolescente	16	30	Parcialmente alcanzado (alcanzado en 15 + parcialmente alcanzado en 13)
<p>Quince países alcanzaron el indicador: BOL, BRA, CHL, COL, CRI, CUB, GTM, HND, HTI, MEX, NIC, SLV, SUR, URY, VEN.</p> <p>Trece países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: ABW, ARG, BON, CUW, DOM, ECU, GUY, KNA, PER, SAB, STA, TTO, VGB. Se lograron avances importantes en varios países prioritarios, como Bolivia, Guatemala, Suriname y Haití, en cuanto a la formulación o actualización de sus políticas nacionales o de los planes relacionados con la salud de los adolescentes.</p>					

<p>Área programática 3.2: Envejecimiento y salud</p> <p>RESULTADO INTERMEDIO: Aumento del acceso a intervenciones para que los adultos mayores puedan llevar una vida independiente</p> <p>Evaluación de los indicadores de los RIT: 1 de 1 en curso Evaluación de los indicadores de los RIM: 2 de 3 alcanzados, 1 de 3 parcialmente alcanzado</p>	<p>Calificación: Expectativas parcialmente cumplidas</p>
---	--

Evaluación de los indicadores de los resultados intermedios

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
3.2.1	Número de países y territorios con un aumento del acceso a servicios integrados comunitarios y a programas de autocuidado para adultos mayores	No corresponde	15	En curso (1 alcanzado)
<p>Un país logró el indicador: PER.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de un país.</p> <p>La Región empezó a ejecutar al programa <i>Tomando control de su salud</i> que funciona actualmente en Argentina, Chile y el Caribe oriental. Los instructores principales recibieron orientación y el programa se está difundiendo gradualmente en todos los países. Se está llevando a cabo el trabajo interdepartamental con el Departamento de Enfermedades no Transmisibles. México y Perú están creando condiciones para la puesta en práctica del programa.</p>				

Evaluación de los indicadores de los resultados inmediatos

N.º	Título del resultado inmediato	Indicador del resultado inmediato	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
3.2.1	Ejecución del plan de acción regional para la salud de los adultos mayores, incluidas estrategias para promover el envejecimiento activo y saludable	Número de países y territorios que han incorporado estrategias para promover el envejecimiento activo y saludable o el acceso a un proceso integral continuo de atención en sus planes nacionales	7	11	Alcanzado (alcanzado en 11 + alcanzado parcialmente en 9)
<p>Once países y territorios alcanzaron el indicador: ARG, BRA, CAN, CHL, CRI, CUB, MEX, TTO, USA, VEN, VGB. Para la fecha de publicación del presente informe estaba pendiente la confirmación de tres países.</p> <p>Nueve países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: ABW, BON, BRB, CUW, DMA, JAM, KNA, SAB, SLV. Es importante poner de manifiesto que todos ellos lograron cambios.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de un país.</p>					

N.º	Título del resultado inmediato	Indicador del resultado inmediato	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
<p>México tiene un plan nacional para promover el envejecimiento saludable, el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Argentina desempeñó una función importante de liderazgo en el proceso que tuvo lugar en torno a la nueva Convención Interamericana para Proteger los Derechos Humanos de las Personas Mayores y en la consulta mundial sobre la <i>Estrategia y el plan de acción mundial sobre el envejecimiento y la salud</i>.</p>					
3.2.2	Países habilitados para evaluar y abordar las necesidades de los adultos mayores para una mejor atención	Número de países y territorios que hacen el seguimiento y cuantifican las diversas necesidades de salud de los adultos mayores, de acuerdo con las medidas y los modelos recomendados por la OMS	5	10	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 9 + alcanzado parcialmente en 9)
<p>Nueve países y territorios alcanzaron el indicador: ABW, ARG, CAN, CHL, CUB, JAM, MEX, SAB, USA.</p> <p>Nueve países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: BON, BRA, COL, CRI, CUW, KNA, NIC, SLV, VEN.</p> <p>Brasil y México han avanzado en la investigación nacional longitudinal sobre el envejecimiento. Colombia ya ha finalizado una encuesta nacional sobre la salud y el bienestar. Nicaragua ha incluido los temas relacionados con las personas mayores como una prioridad en el Ministerio de Salud, y también incluye algunos datos sobre las personas mayores en la evaluación de los servicios de salud. Aunque no se han alcanzado todos los objetivos, los países muestran un compromiso de seguir trabajando para mejorar la atención de las personas mayores, de acuerdo a sus necesidades.</p>					
3.2.3	Países habilitados para ejecutar políticas y planes centrados en la salud de la mujer después de la edad reproductiva	Número de países y territorios que aplican políticas, leyes o planes nacionales relacionados con la salud de la mujer después de la edad reproductiva	0	5	Excedido (alcanzado en 8)
<p>Ocho países alcanzaron el indicador: ARG, CAN, CHL, CRI, CUB, MEX, PER, USA. Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de siete países.</p> <p>Estos países han puesto en práctica planes y programas específicos centrados en la salud de las mujeres después de la edad fecunda. Además, se está considerando la publicación de un documento de orientación política acerca de la situación de salud de las mujeres mayores en la Región, como una forma de estimular otros esfuerzos en esta área.</p>					

<p>Área programática 3.3: Género, equidad, derechos humanos y etnicidad</p> <p>RESULTADO INTERMEDIO: Aumento de la capacidad del país de integrar el género, la equidad, los derechos humanos y la etnicidad en el ámbito de la salud</p> <p>Evaluación de los indicadores de los RIT: 1 de 1 en curso Evaluación de los indicadores de los RIM: 2 de 5 alcanzados, 3 de 5 parcialmente alcanzados</p>	<p>Calificación: Expectativas parcialmente cumplidas</p>
--	---

Evaluación de los indicadores de los resultados intermedios

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
3.3.1	Número de países y territorios con una respuesta institucional a las inequidades en el ámbito de la salud (género y etnicidad) y los derechos humanos	32	39	En curso (alcanzado en 21 + 16 en curso)
<p>Veintiún países y territorios alcanzaron el indicador al reunir al menos dos de las condiciones especificadas en la definición técnica del indicador: ABW, ARG, BOL, BON, BRA, CAN, CHL, CRI, CUW, DOM, GTM, HND, JAM, MEX, NIC, PAN, PRY, SAB, SLV, SXM, VEN.</p> <p>Otros 16 países y territorios estaban en curso: AIA, BRB, COL, CUB, ECU, GUY, HTI, KNA, LCA, MSR, PER, STA, TTO, URY, USA, VGB.</p> <p>Los países están logrando adelantos significativos en cada una de las áreas técnicas específicas (género, equidad, derechos humanos y etnicidad) incluidas en el RIT 3.3.1; por ejemplo, la evaluación reciente del plan de acción sobre la igualdad de género reveló que casi 80% de los países y territorios informaron que tienen planes y políticas de género en ejecución. Sin embargo, todavía subsisten varios retos, según se observa debajo de cada uno de los indicadores de resultados inmediatos pertinentes. La OPS está renovando su compromiso de apoyar a los países para ampliar estos adelantos y afrontar los desafíos, no solo mediante el trabajo técnico continuo en cada área sino también mediante el establecimiento y las actividades de la secretaría de temas transversales y el grupo de trabajo de temas transversales. Según se observa en el resultado inmediato 3.3.1, la secretaría y el grupo de trabajo de temas transversales se están esforzando para asegurar que todo el apoyo técnico que da la OPS a los países integre el énfasis en los temas transversales para ayudar a que los 39 países y territorios alcancen la meta en el 2019.</p>				

Evaluación de los indicadores de los resultados inmediatos

N.º	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
3.3.1	Perspectiva de género, equidad, derechos humanos y etnicidad incorporada en los programas de la OPS	Proporción de entidades de la Oficina que incorporan la perspectiva de género, equidad, derechos humanos y etnicidad en la planificación operativa	En la actualidad no se están midiendo estos datos	80%	Excedido (81%)
<p>El 81% de las entidades funcionales de la Oficina (un total de 49 Representaciones de la OPS/OMS, departamentos técnicos y oficinas técnicas) integraron los temas transversales en sus planes de trabajo para el bienio 2014-2015. El grupo de trabajo de la OPS sobre temas transversales es único dentro del sistema de la OMS en cuanto a su función de incorporación del género, la equidad, los derechos humanos y la etnicidad en la planificación operativa y la presentación de informes. Con este fin, el grupo ha participado en los procesos de presentación de informes y ha actualizado las directrices para los procesos de planificación del plan de trabajo bienal de todas las entidades de la OPS.</p> <p>Durante el bienio 2014-2015, se vincularon a los temas transversales 2.495 (62%) del total de 4.030 productos y servicios a través de todas las entidades; el nivel más alto de vinculación correspondió a la equidad (1.947, o 48%), seguida de los derechos humanos (1.692, o 42%) y el género (1.553, o 39%). El nivel más bajo de vinculación correspondió a la etnicidad (1.122, o 28%). Excluidas las entidades habilitadoras, 81% de las restantes 74 entidades de la Oficina (Representaciones de la OPS/OMS y entidades técnicas) han integrado los temas transversales en sus planes de trabajo, según se observó en los planes de trabajo bienales correspondientes al 2014-2015 y 2016-2017.</p> <p>En las revisiones de los informes, el grupo de trabajo de temas transversales determinó que hay varios retos para continuar la integración y lograr la implantación realista de los temas transversales en toda la Organización. Estos retos incluyen niveles dispares del conocimiento y la comprensión de los conceptos de los temas transversales (especialmente, de la etnicidad), integración que a menudo es demasiado ambiciosa (en especial con respecto a la equidad), pocos resultados tangibles y carencia de un medio sistemático de aprovechar los puntos de acceso (pasar de un tema transversal a otro). Por otro lado, la aplicación eficaz de los temas transversales no necesariamente se capta en los procesos de seguimiento y evaluación del desempeño. Aunque la presentación de informes acerca de los nexos es buena, la falta relativa de informes descriptivos acerca de este indicador demuestra una vez más que sigue siendo difícil captar de manera adecuada todos los logros.</p> <p>El grupo de trabajo de temas transversales está perfeccionando más sus mecanismos, entre otros el de capacitación, con el propósito de mejorar el apoyo a los procesos institucionales y así aumentar los nexos a los temas transversales durante la planificación y la presentación de informes. También está trabajando para lograr que la aplicación de los temas transversales a través de los diferentes programas sea más integrada y orientada a la consecución de resultados. La secretaría de temas transversales ha elaborado una propuesta de que se haga un estudio regional de los cuatro temas transversales en relación con los determinantes sociales de la salud, en colaboración con el Instituto de la equidad en materia de salud en el University College London. Esto ayudará a establecer una base firme de evidencia para la labor sobre los temas transversales que se hará a nivel de país y además, generar el debate acerca de las opciones de política para cerrar las brechas en cuanto a la equidad y la desigualdad en el ámbito de la salud.</p>					

N.º	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
3.3.2	Países habilitados para ejecutar y hacer el seguimiento de las políticas o los planes que aborden la igualdad de género	Número de países y territorios que ejecutan políticas o planes de salud que abordan la igualdad de género	16	22	Parcialmente alcanzado (alcanzado en 11 + alcanzado parcialmente en 8)
<p>Once países alcanzaron el indicador: ARG, CRI, DOM, GTM, HND, MEX, NIC, PAN, SLV, URY, VEN.</p> <p>Ocho países alcanzaron parcialmente el indicador: BOL, COL, ECU, GUY, HTI, PER, PRY, TTO.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de cinco países.</p> <p>La gran mayoría de los países de la Región están impulsando la igualdad de género en la salud. Los países informan sobre progresos importantes con respecto a documentos de política elaborados y en proceso de aplicación, a iniciativas interprogramáticas y otros adelantos.</p>					
3.3.3	Países habilitados para ejecutar y hacer el seguimiento de políticas, planes o leyes que aborden los derechos humanos	Número de países y territorios que aplican normas y criterios relativos a los derechos humanos en la formulación de políticas, planes o leyes	26	33	Parcialmente alcanzado (alcanzado en 15 + alcanzado parcialmente en 8)
<p>Quince países y territorios alcanzaron el indicador: ARG, BON, CHL, CUW, DOM, GTM, HND, JAM, KNA, NIC, PAN, PRY, SLV, SXM, VGB. Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de un país.</p> <p>Ocho países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: AIA, COL, GUY, HTI, LCA, MSR, PER, TTO.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de siete países.</p> <p>A los niveles regional y subregional, la OPS ha facilitado la formulación de convenciones de derechos humanos y declaraciones basadas en las normas de derechos humanos. Algunos ejemplos son: en la OEA, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, y en el Sistema de Integración Centroamericana (SICA), un plan para la prevención del embarazo de adolescentes. A nivel de país, hay algunos logros importantes relacionados con la reforma de las leyes y las políticas basada en los derechos humanos en las áreas de salud mental, discapacidad y salud reproductiva, como por ejemplo en el Perú.</p> <p>Una recomendación para el próximo bienio es la de coordinar con anticipación con las Representaciones de la OPS/OMS, en forma virtual o presencial, según corresponda, los pasos concretos hacia la formulación de políticas, planes, o leyes que aborden los derechos humanos. Todos los Estados Miembros de la OPS negociaron y aprobaron en el Consejo Directivo del 2015 la <i>Estrategia sobre legislación relacionada con la salud</i>, que formula recomendaciones y directrices específicas sobre cómo formular leyes nacionales basadas en los instrumentos de derechos humanos.</p>					

N.º	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
3.3.4	Países habilitados para ejecutar políticas o planes de salud que aborden la equidad en torno a la salud	Número de países y territorios que ejecutan políticas, planes o leyes de salud que abordan la equidad en torno a la salud	8	13	Excedido (alcanzado en 24 + 1 alcanzado parcialmente)
<p>24 países y territorios alcanzaron el indicador (ABW, ARG, BOL, BON, BRA, BRB, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, CUW, DOM, JAM, MEX, PER, PRY, SAB, SLV, STA, SXM, TTO, USA, VEN). Esto significa que ejecutaron políticas, planes o leyes relativos a la salud que abordaban la equidad en salud, y que incluían actividades con respecto a los determinantes sociales de la salud, así como el logro gradual de la universalidad en la atención de salud.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de cuatro países.</p> <p>Además, un país alcanzó parcialmente el indicador: BHS.</p>					
3.3.5	Países habilitados para ejecutar políticas, planes o leyes que aborden la etnicidad	Número de países y territorios que ejecutan políticas, planes o leyes de salud para grupos étnicos o raciales	12	18	Alcanzados parcialmente (alcanzado en 10 + alcanzado parcialmente en 9)
<p>Diez países y territorios alcanzaron el indicador: ABW, BOL, BON, BRA, CAN, HND, PAN, SAB, SXM, VEN.</p> <p>Nueve países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: COL, CUW, ECU, GTM, GUY, MEX, PER, PRY, SLV.</p> <p>En este bienio se lograron adelantos en este indicador de los resultados inmediatos a nivel regional, subregional y de país, con la participación de los países destinatarios. Se llevaron a cabo dos consultas técnicas regionales con los ministerios de salud, con la participación amplia de los países de la Región. Estas iniciativas han sido clave para colocar a la etnicidad en un lugar más prominente en los programas de salud, tanto nacionales como regionales. En el caso de Honduras, se inició un proceso para la preparación de un perfil de salud de las poblaciones indígenas y de ascendencia africana. Perú y México han logrado avances para cumplir el indicador del resultado inmediato, según se refleja en sus evaluaciones de país. Sin embargo, siguen existiendo retos, dada la complejidad de los temas incluidos. Para abordar estos retos más plenamente, así como lograr avances en otros países, el nivel regional subraya su disposición a ofrecer apoyo técnico a los países en relación con este indicador e insta a los países a comunicarse para coordinar este apoyo.</p>					

<p>Área programática 3.4: Determinantes sociales de la salud</p> <p>RESULTADO INTERMEDIO: Mayor liderazgo del sector de la salud para abordar los determinantes sociales de la salud</p> <p>Evaluación de los indicadores de los RIT: 1 de 1 en curso Evaluación de los indicadores de los RIM: 3 de 4 alcanzados, 1 de 4 alcanzados parcialmente</p>	<p>Calificación: Expectativas cumplidas</p>
---	--

Evaluación de los indicadores de los resultados intermedios

N.º	Indicador del resultado intermedio	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
3.4.1	Número de países y territorios que están ejecutando al menos dos de los cinco pilares de la Declaración Política de Río sobre los determinantes sociales de la salud.	13	27	En curso (alcanzado en 2 + 2 en curso)
<p>Dos países alcanzaron el indicador: CAN, MEX.</p> <p>Dos países alcanzaron parcialmente el indicador: BHS, PER.</p> <p>Los países están logrando grandes avances en la ejecución de la Declaración Política de Río sobre los determinantes sociales de la salud, y utilizan la salud en todas las políticas como la herramienta operativa. Perú, Suriname y Bahamas han demostrado resultados concretos en los ámbitos de gobernanza y acción intersectorial. Todos los países destinatarios han sido invitados a participar en el examen sobre las desigualdades en la esfera de la salud, coordinado por la secretaría y el grupo de trabajo de temas transversales, que se iniciará en mayo del 2016.</p>				

Evaluación de los indicadores de resultados inmediatos

N.º	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
3.4.1	Aplicación del marco de la OMS de la salud en todas las políticas para la acción en los países, incluida la acción intersectorial y la participación social a fin de abordar los determinantes sociales de la salud	Número de países y territorios que aplican el marco de la OMS de la salud en todas las políticas para la acción en los países	6	12	Alcanzado (alcanzado en 12 + alcanzado parcialmente en 4)
<p>Seis países y territorios informaron que habían alcanzado el indicador: ABW, ARG, CHL, CUB, SLV, VEN.</p> <p>Diez países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: BHS, COL, CRI, ECU, MEX, PAN, SAB, TCA, TTO, VGB. Según el cálculo de la Oficina Sanitaria Panamericana, seis países que actualmente se califican como parcialmente alcanzados en realidad podrían calificarse como alcanzados.</p> <p>Todos los países destinatarios se han ocupado activamente de la aplicación del marco de la OMS de salud en todas las políticas para las actividades en los países. A partir de los debates estratégicos, el Instituto Nacional de Salud</p>					

CD55/5 - ANEXO A

N.º	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
<p>Pública (INSP, México), la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, Brasil) y la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO, Chile) surgieron como instituciones clave para transferir este programa ambicioso a la Región de las Américas. Desde su participación en la primera capacitación de instructores de salud en todas las políticas, impartida por la OMS en Ginebra, en marzo del 2015, estas instituciones han contribuido activamente con sus conocimientos de formación de capacidad y su experiencia para orientar la Consulta de expertos sobre la salud en todas las políticas, celebrada en Washington, D.C., así como para elaborar una hoja de ruta para la ejecución de la salud en todas las políticas, de acuerdo con el plan regional de acción de la OPS sobre la salud en todas las políticas. Cada organización ha impartido o impartirá un taller de capacitación sobre este tema, conjuntamente con la OPS, en su subregión respectiva. De esta forma, se creará la propiedad regional de la iniciativa, se formará la capacidad, y se crearán redes de profesionales capacitados. En la última parte del bienio, tuvieron lugar dos capacitaciones, una en México y otra en Brasil.</p>					
3.4.2	Países habilitados para generar perfiles de equidad a fin de abordar los determinantes sociales de la salud	Número de países y territorios que elaboran perfiles de equidad en los cuales se abordan al menos dos determinantes sociales de la salud	0	9	Alcanzado (alcanzado en 9 + alcanzado parcialmente en 8)
<p>Nueve países y territorios alcanzaron el indicador: ARG, BRA, CAN, CUW, HND, NIC, PAN, SLV, VEN.</p> <p>Ocho países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: BLZ, BOL, BON, COL, CRI, ECU, PER, TTO.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de cuatro países.</p> <p>Los países fortalecieron sus capacidades institucionales para cuantificar y analizar las desigualdades sociales en la esfera de la salud, incluida la producción de perfiles de la equidad en salud (principalmente en salud materno-infantil) que abordaban por lo menos las tres dimensiones del desarrollo sostenible (social, económico, ambiental).</p>					
3.4.3	Países habilitados para ampliar las experiencias locales usando estrategias de promoción de la salud para reducir la inequidad en materia de salud y mejorar la participación y el empoderamiento comunitarios	Número de países y territorios que aplican estrategias de promoción de la salud para reducir las desigualdades en materia de salud y aumentar la participación comunitaria	10	20	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 13 + alcanzado parcialmente en 7)
<p>Trece países y territorios alcanzaron este indicador: ABW, BRA, CAN, CHL, COL, CUB, MEX, PAN, PRY, SAB, SLV, TTO, VEN.</p> <p>Siete países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: BLZ, CRI, CUW, EL ECU, PER, STA, SUR.</p>					

N.º	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
3.4.4	Países habilitados para abordar el tema de la salud en la agenda para el desarrollo después del 2015, respondiendo a los determinantes sociales de la salud	Número de países y territorios que integran la salud en la agenda para el desarrollo después del 2015 en sus procesos de planificación nacionales	5	10	Alcanzado (alcanzado en 10 + alcanzado parcialmente en 4)
<p>Diez países y territorios alcanzaron este indicador: ARG, BRA, CUW, ECU, GTM, HND, MEX, PAN, SLV, VEN.</p> <p>Cuatro países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: CHL, CRI, POR, SAB.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de dos países.</p> <p>La OPS ha venido colaborando estrechamente con los países a fin de prepararlos para ejecutar la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, así como con varias instituciones de la Región para fortalecer la capacidad de los países que les permitirá cumplir los ODS. Un ejemplo es la colaboración de la OPS con el Centro Colaborador situado en la FIOCRUZ (Brasil) y con la Red de soluciones para el desarrollo sostenible, acerca de cuál es la mejor manera de fortalecer la capacidad de cumplir los ODS en toda la Región. Tanto los análisis como la formación de capacidad han guiado las consultas nacionales que se han efectuado y se siguen efectuando en toda la Región, centradas en la manera en que los países cumplirán los ODS. La OPS estableció un grupo de trabajo conjunto con la OEA para analizar los mandatos de la OEA y los programas existentes que representan oportunidades multisectoriales de promover la equidad en la esfera de la salud, incluida la participación de los países campeones como Colombia y México. Durante la última parte del bienio, la OPS publicó dos documentos importantes sobre los ODS, que se han difundido e intercambiado con los países.</p>					

<p>Área programática 3.5: Salud y medioambiente</p> <p>RESULTADO: Reducción de las amenazas medioambientales y ocupacionales para la salud</p> <p>Evaluación de los indicadores de los RIT: 4 de 5 en curso, 1 de 5 sin progreso</p> <p>Evaluación de los indicadores de los RIM: 1 de 5 alcanzado, 4 de 5 alcanzados parcialmente</p>	<p>Calificación: Expectativas cumplidas parcialmente</p>
--	--

Evaluación de los indicadores de los resultados intermedios

N.º	Indicador de RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
3.5.1	Número de países y territorios que han reducido la brecha entre el acceso de la población urbana y la rural al abastecimiento de agua de calidad controlada de acuerdo con las recomendaciones de la OMS	9	24	En curso (alcanzado en 9 + 12 en curso)
<p>Nueve países y territorios alcanzaron el indicador: ARG, BHS, BLZ, CAN, CHL, CUB, GLP, URY, USA.</p> <p>Doce países están en curso: BOL, COL, DOM, ECU, GUY, HND, JAM, NIC, PAN, PER, PRY.</p> <p>Guyana y Honduras ya finalizaron los planes institucionales para fortalecer sus programas de seguimiento de la calidad del agua en cooperación con sus ministerios de salud. Bolivia y El Salvador han recibido apoyo para los planes de agua y saneamiento. Perú aprobó los reglamentos para ejecutar su plan de agua y saneamiento. Haití está considerando la metodología de los planes de agua y saneamiento y su aplicación; además, está examinando una propuesta de elaboración de un programa nacional para el seguimiento de la calidad del agua.</p>				
3.5.2	Proporción de la población con acceso a servicios mejorados de saneamiento	88%	92%	En curso
<p>La Región no cumplió los ODM en el 2015, aunque 36% de la población obtuvo acceso al saneamiento mejorado. De todos modos, 106 millones de personas de la Región no tienen ningún acceso al saneamiento mejorado. Los siguientes países y territorios alcanzaron la meta de los ODM: Anguila, Argentina, Aruba, Bahamas, Barbados, Belice, Brasil, Islas Vírgenes Británicas, Chile, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Granada, Honduras, México, Paraguay, Perú, Puerto Rico, Uruguay y Venezuela. Los siguientes lograron avances pero no alcanzaron la meta: Bolivia, Islas Caimán, Colombia, Dominica, Guadalupe, Guyana, Haití, Jamaica, Nicaragua, Panamá, Suriname, Trinidad y Tabago e Islas Vírgenes de Estados Unidos.</p>				
3.5.3	Número de países y territorios en los que se redujo la proporción de la población que depende de combustibles sólidos	14	20	Sin progreso (alcanzado en 5 + 8 en curso)
<p>Cinco países alcanzaron el indicador: BRB, CAN, ECU, USA, VEN.</p> <p>Ocho países están en curso: ARG, GRD, HND, KNA, NIC, PER, PRY, TTO.</p> <p>Aunque algunos países muestran tendencias descendentes en el uso de combustibles sólidos, como Honduras (-1%), Perú (-2%) y Paraguay (-7%), el progreso general fue insuficiente con respecto a lo que se había previsto. Los países que aumentaron el uso de combustibles sólidos son: Guatemala (+7%), México (+1%) y Haití (+1%). Todos los países en curso tienen probabilidad de lograr la meta para el 2019; sin embargo, Guatemala y Haití afrontan varios retos y será necesario un compromiso sólido de reforzar los programas nacionales para lograr la meta.</p>				

CD55/5 - ANEXO A

N.º	Indicador de RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
<p>Entre los países de la línea de base, todos mantuvieron las tendencias descendentes en el uso de combustibles sólidos. Además, Colombia no registró ningún cambio y mantuvo su uso de combustibles sólidos en 14%; la República Dominicana tuvo un aumento de +2%; y El Salvador disminuyó de 22% a 19%, pero sigue expuesto a un riesgo significativo. Hay retos con respecto a la recopilación de datos y la medición.</p>				
3.5.4	Número de países y territorios con capacidad para abordar el tema de la salud (ocupacional) de los trabajadores con énfasis en sectores económicos críticos y enfermedades ocupacionales	11	24	En curso (alcanzado en 4 + 14 en curso)
<p>Cuatro países y territorios alcanzaron el indicador: ARG, BRA, CAN, USA.</p> <p>Catorce países y territorios están en curso: ABW, BHS, BON, COL, DMA, GUY, HND, JAM, PER, SAB, SLV, TCA, TTO, VEN.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de tres países.</p> <p>Aparentemente, los reglamentos para la salud y seguridad ocupacionales están avanzando. Sin embargo, debe fortalecerse la cooperación técnica para asegurar los resultados óptimos.</p>				
3.5.5	Número de países y territorios con capacidad de abordar el tema de la salud ambiental	11	24	En curso (alcanzado en 10 + 19 en curso)
<p>Diez países alcanzaron el indicador: BON, BRA, BRB, CAN, CUW, DMA, ECU, SAB, USA, VEN. Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de tres países.</p> <p>Diecinueve países están en curso: ABW, ARG, BHS, COL, GRD, GUY, HND, JAM, KNA, MEX, NIC, PER, PRY, SLV, STA, SXM, TCA, TTO, VEN. Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de cuatro países.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de un país.</p> <p>Para apoyar la formación de capacidad, se está preparando un curso de autoaprendizaje sobre epidemiología ambiental.</p>				

Evaluación de los indicadores de los resultados inmediatos

N.º	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
3.5.1	Países habilitados para fortalecer su capacidad de evaluar los riesgos para la salud, y elaborar y ejecutar políticas, estrategias y reglamentos para la prevención, la mitigación y la gestión del impacto en la salud de los riesgos ambientales	Número de países y territorios que cuentan con sistemas nacionales de vigilancia para evaluar el riesgo para la salud derivado del agua y el saneamiento inadecuados	7	16	Alcanzado (alcanzado en 15 + alcanzados parcialmente en 8)

CD55/5 - ANEXO A

N.º	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
<p>Quince países y territorios alcanzaron el indicador: BON, BRA, BRB, CHL, COL, CRI, CUW, DMA, DOM, USA, JAM, MEX, TCA, TTO, VGB.</p> <p>Ocho países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: AIA, ARG, BOL, PER, SAB, SLV, STA, VEN.</p> <p>Brasil ha fortalecido sus capacidades nacionales en materia de salud con respecto a su plan de seguridad del agua y su plan de seguridad del saneamiento, incluido un componente de seguimiento de la calidad del agua. Colombia y Costa Rica han fortalecido sus capacidades para preparar sus planes de agua y saneamiento con un enfoque de emergencia. La República Dominicana ha creado los instrumentos para uso por los equipos de respuesta a emergencias mediante la coordinación sectorial en agua y saneamiento. Jamaica tiene un sistema para el seguimiento constante de los riesgos mediante evaluaciones rutinarias de la calidad del agua. El Salvador ha apoyado la formulación de un plan de agua y saneamiento. Perú aprobó una reglamentación para ejecutar su plan de agua y saneamiento y ha fortalecido los equipos de respuesta ante emergencias en materia de agua y saneamiento.</p>					
3.5.2	Países habilitados para elaborar y aplicar normas, criterios y pautas con respecto a los riesgos ambientales para la salud y los beneficios de una buena calidad del aire y la seguridad química	Número de países y territorios con normas nacionales sobre la calidad del aire basadas en las directrices de la OMS y con servicios de salud pública relativos a la seguridad química	8	10	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 8 + alcanzado parcialmente en 7)
<p>Ocho países y territorios alcanzaron el indicador: BRA, CHL, JAM, MEX, PRI, STA, USA, VEN.</p> <p>Siete países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: ARG, BON, COL, CRI, CUW, PAN, PER.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de dos países.</p>					
3.5.3	Países habilitados para elaborar y ejecutar políticas, leyes, planes y programas nacionales sobre la salud de los trabajadores	Número de países y territorios con una matriz de exposición ocupacional a carcinógenos y sistemas de información nacionales sobre traumatismos y enfermedades ocupacionales	6	11	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 5 + alcanzado parcialmente en 5)
<p>Cinco países alcanzaron el indicador: CAN, COL, GTM, PAN, SLV.</p> <p>Cinco países alcanzaron parcialmente el indicador: ARG, CHL, CRI, NIC, PER.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de tres países.</p> <p>Este proyecto exige trabajo sustancial a nivel de país, con interacciones intensivas interdisciplinarias e intersectoriales. Se impartió un curso de capacitación regional y el comité directivo regional de CAREX (EXposición a los CARcinógenos), encabezado por la OPS, hizo el seguimiento. Los próximos países que lograrán el indicador probablemente serán Chile y Perú; Argentina y México también están comprometidos con lograr avances en esta</p>					

CD55/5 - ANEXO A

N.º	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
<p>área. Estos progresos son muy importantes para establecer el sistema regional de CAREX para la Región de las Américas.</p>					
3.5.4	Ejecución de la estrategia y el plan de acción de la OPS/OMS sobre el cambio climático	Número de países y territorios que han ejecutado la estrategia y el plan de acción de la OPS/OMS sobre el cambio climático	2	16	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 4 + alcanzado parcialmente en 9)
<p>Cuatro países alcanzaron el indicador: BRA, DMA, HND, NIC.</p> <p>Nueve países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: ARG, BHS, BON, CHL, COL, CRI, CUW, MEX, PER.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de un país.</p> <p>Los países demuestran un alto nivel de compromiso con respecto al abordaje del cambio climático, ya que sus representantes en la COP21 participaron vigorosamente en los debates y apoyaron por unanimidad la inclusión de la salud en el texto del Acuerdo de París sobre el Cambio Climático. Venezuela, en particular se ocupó de los aspectos de la inequidad en relación con el cambio climático.</p>					
3.5.5	Países habilitados para elaborar y ejecutar políticas, planes o programas nacionales para reducir el uso de combustibles sólidos para cocinar	Número de países y territorios que han puesto en marcha programas en gran escala para reemplazar las cocinas ineficientes por modelos que cumplan con las directrices sobre la calidad del aire en locales cerrados de la OMS	1	3	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 1 + alcanzado parcialmente en 2)
<p>Un país alcanzó el indicador: HND.</p> <p>Dos países alcanzaron parcialmente el indicador: GTM y PER.</p> <p>Guatemala, Honduras y Perú tienen programas nacionales. Honduras tiene un plan nacional ambicioso para reemplazar las cocinas tradicionales con otras mejoradas; Perú tiene un programa nacional en gran escala, de dos niveles, para reemplazar las cocinas tradicionales con cocinas mejoradas de biomasa y estufas de gas licuado de petróleo (GLP). Guatemala tiene un programa nacional para reemplazar las cocinas tradicionales con estufas de biomasa menos contaminantes y tiene un foro llamado “mesa de leña” en el que participa la OPS. También hay unas iniciativas privadas prometedoras para promover el uso del GLP.</p> <p>Todos los países donde 10% o más de la población usa combustibles sólidos participaron en un taller de capacitación celebrado en Honduras en junio del 2015, con la finalidad de prepararlos para poner en práctica las directrices de la OMS sobre la calidad del aire en locales cerrados. Doce países que asistieron el taller lograron avances en esta área.</p>					

**Evaluación de fin del bienio 2014-2015
Informe de la categoría 4**

CATEGORÍA 4: SISTEMAS DE SALUD				CALIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN GENERAL DE LA CATEGORÍA ¹⁷ Expectativas parcialmente cumplidas			
PANORAMA PROGRAMÁTICO Y PRESUPUESTARIO DE LA CATEGORÍA							
Cuadro 1. Resumen programático y presupuestario de la categoría 4							
Área programática	Presupuesto aprobado (Programa y Presupuesto 2014-2015) (en millones de US\$)	Fondos asignados (en millones de US\$)	Porcentaje asignado al Programa y Presupuesto	Ejecución presupuestaria en comparación con el Programa y Presupuesto (%)	Ejecución presupuestaria en comparación con los fondos asignados (%)	Calificación de los indicadores de resultados inmediatos	Estado de los indicadores de resultados intermedios
4.1 Gobernanza y financiamiento en el ámbito de la salud; políticas, estrategias y planes nacionales de salud	11,95	12,79	107,0	104,1	97,2	3 de 4 alcanzados, 1 de 4 alcanzado parcialmente	1 de 2 en curso, 1 de 2 sin progreso
4.2 Servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad	13,58	17,39	128,1	126,8	99,0	1 de 2 alcanzado, 1 de 2 alcanzado parcialmente	1 de 1 en curso
4.3 Acceso a productos médicos y fortalecimiento de la capacidad regulatoria	22,90	25,69	112,2	99,7	88,9	4 de 4 alcanzados	2 de 2 en curso
4.4 Información y evidencia en apoyo de los sistemas de salud	32,86	30,54	92,9	87,1	93,7	3 de 7 alcanzados, 4 de 7 alcanzados parcialmente	2 de 2 en curso

¹⁷ La calificación obtenida en la evaluación general para cada categoría y área programática es determinada por los facilitadores de las categorías y las áreas programáticas de la OPS, respectivamente, teniendo en cuenta la ejecución programática y presupuestaria, el análisis de los recursos (humanos y financieros) y los riesgos operativos y programáticos. Las calificaciones se definen de la siguiente manera:

- **Expectativas cumplidas (verde):** se alcanzaron entre 90% y 100% de los resultados para el período que se está evaluando. Se está progresando de acuerdo a lo planificado y no se prevén mayores impedimentos ni riesgos que afecten el logro de los resultados.
- **Expectativas parcialmente cumplidas (amarillo):** se alcanzaron entre 75% y 89,9% de los resultados para el período que se está evaluando. El progreso podría estar en peligro y se deben tomar medidas correctivas para superar los retrasos, impedimentos y riesgos.
- **Progreso insuficiente (rojo):** se alcanzaron menos de 75% de los resultados para el período que se está evaluando. El progreso está en peligro debido a obstáculos o riesgos que están afectando la consecución de los resultados. Se necesitan medidas correctivas inmediatas.

Área programática	Presupuesto aprobado (Programa y Presupuesto 2014-2015) (en millones de US\$)	Fondos asignados (en millones de US\$)	Porcentaje asignado al Programa y Presupuesto	Ejecución presupuestaria en comparación con el Programa y Presupuesto (%)	Ejecución presupuestaria en comparación con los fondos asignados (%)	Calificación de los indicadores de resultados inmediatos	Estado de los indicadores de resultados intermedios
4.5 Recursos humanos para la salud*	16,19	16,90	104,4	82,82	79,34	4 de 4 alcanzados parcialmente	3 de 3 en curso
TOTAL	97,48	103,31	106,0	97,0	91,5	11 de 21 alcanzados, 10 de 21 alcanzados parcialmente	9 de 10 en curso, 1 de 10 sin progreso

*Esta área programática recibió \$16,11 millones adicionales para la gestión del programa PALTEX, de los cuales se utilizaron \$15,52 millones (96,3%). PALTEX es un programa especial de la OPS que facilita el acceso a libros de texto y material didáctico para recursos humanos en el ámbito de la salud en los Estados Miembros.

Cuadro 2. Panorama presupuestario de la categoría 4 por nivel funcional

Nivel funcional	Fondos asignados (en millones de US\$)	Porcentaje asignado por nivel	Gasto total (en millones de US\$)	Ejecutado (%)
País	48,12	46,57	41,37	86,0
Entre países	18,51	17,91	22,25	95,8
Subregional	7,52	7,27	8,25	97,2
Regional	29,16	28,22	22,64	96,4
Total	103,31	100,00	94,51	91,48

ANÁLISIS PROGRAMÁTICO DE LA CATEGORÍA

Resumen de la evaluación general de la categoría

La finalidad del trabajo en la categoría 4 es fortalecer los sistemas de salud basados en la atención primaria, haciendo hincapié en servicios integrados y de buena calidad centrados en la persona. Otra área de trabajo de esta categoría es la gobernanza y el financiamiento en el ámbito de la salud, a fin de avanzar progresivamente hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

Los Estados Miembros han progresado mucho en esta categoría. Los países y territorios han notificado avances de conformidad con la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*, adoptada por el 53.º Consejo Directivo de la OPS en el 2014 (resolución CD53.R14). En general se reconoce que los procesos en curso de reforma de los sistemas de salud revisten gran importancia, entre ellos la preparación de hojas de ruta nacionales hacia la salud universal que amplían el acceso a los servicios mediante la atención primaria en redes integradas de servicios de salud, la elaboración de estrategias integrales de financiamiento en los países, la realineación de las políticas en materia de recursos humanos para la salud que responden a las necesidades actuales de los sistemas y servicios de salud y el acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias seguros, eficaces y de buena calidad de

acuerdo con las necesidades de la población. El desarrollo de sistemas integrados de información sobre la salud está avanzando. Los países están tomando medidas para mejorar sus sistemas de información sobre la salud y dar seguimiento a los indicadores básicos, la metodología, la capacitación y la preparación de documentos para facilitar el análisis y fundamentar las decisiones a medida que van acercándose a la salud universal. Las asociaciones estratégicas, como las que se han formado con la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA), la Fundación Bill y Melinda Gates, Salud Canadá, el Gobierno de España, la Fundación de la OPS, la Agencia Mexicana de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AMEXCID) y la Fundación Rockefeller, entre otras, siguen desempeñando un papel decisivo en la obtención de resultados intermedios en todas las áreas programáticas.

En cuatro de las cinco áreas programáticas se movilizaron recursos exitosamente para la ejecución del programa de trabajo, contribuyendo a los logros. Se movilizó una cantidad considerable de fondos a nivel de país, lo cual pone de relieve la gran prioridad que los países dan a esta categoría.

La Región ha progresado mucho en las cinco áreas programáticas de esta categoría, con nueve de los 10 indicadores de los resultados intermedios en curso y 11 de los 21 indicadores de los resultados inmediatos cumplidos. Sin embargo, este primer bienio ha demostrado la necesidad de superar importantes retos para alcanzar las metas del resultado intermedio y las metas relativas al impacto para el 2019. La evaluación de fin de bienio ha ofrecido una oportunidad excelente a los departamentos técnicos de la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) para evaluar la retroalimentación recibida de los países y territorios a fin de formular intervenciones encaminadas a mejorar los sistemas de salud en la Región y lograr la salud universal.

Resumen programático por área programática

4.1 Gobernanza y financiamiento en el ámbito de la salud; políticas, estrategias y planes nacionales de salud

Panorama

Esta área programática es una de las piedras angulares de la cooperación técnica de la Organización con los Estados Miembros. El trabajo con los países siguió fortaleciendo sus sistemas de salud de acuerdo con la estrategia universal de salud adoptada por el 53.º Consejo Directivo (resolución CD53.R14) en el 2014. Se ha hecho un gran esfuerzo para fomentar una respuesta institucional a fin de apoyar la aplicación de la estrategia de salud universal en la Región. En consecuencia, se ha progresado mucho en esta área programática en lo que se refiere tanto a los resultados inmediatos como a los resultados intermedios. Con el progreso realizado a nivel de resultados inmediatos se cumplieron las expectativas para el bienio, ya que los países comprendidos en la meta para el 2015 han avanzado con la definición de políticas sanitarias nacionales, estrategias y planes para la gobernanza y el financiamiento en el ámbito de la salud. A nivel de resultados intermedios, los países han avanzado, y en los próximos años se verán los efectos de las numerosas intervenciones efectuadas por los Estados Miembros, la Oficina y otros interesados directos para aumentar el gasto público en salud. No obstante, la superación de la brecha de financiamiento en el ámbito de la salud en la Región a fin de alcanzar las metas fijadas para esta área programática dependerá no solo de las condiciones sociales y económicas sino también, lo que es más importante, del compromiso político de los países de la Región de crear un espacio fiscal para la salud universal.

Logros

- Los Estados Miembros y la Oficina participaron en la elaboración y negociación de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* en el 2014, que marcó un hito, con la adopción de la estrategia regional correspondiente en el 53.º Consejo Directivo de la OPS (resolución CD53.R14). De conformidad con la estrategia universal de salud, se incrementó la cooperación técnica para la elaboración y

ejecución de planes de acción, reformas legislativas y hojas de ruta hacia la salud universal en países tales como las Bahamas, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, Honduras, Jamaica, Panamá, Paraguay y Perú.

- Hasta la fecha, seis países y territorios de la Región han comprometido por lo menos 6% de su producto interno bruto (PIB) para el gasto público en salud, a saber, Aruba, Canadá, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos de América y Uruguay. El día de la Cobertura Universal de Salud (12 de diciembre del 2015) se realizó un diálogo de alto nivel con delegados de países y organismos financieros internacionales para aumentar la conciencia y examinar opciones de política e intervenciones a fin de aumentar la prioridad fiscal que se da a la salud y la eficiencia del financiamiento en el ámbito de la salud. Participaron el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional (FMI), la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). El diálogo y las intervenciones de promoción continuarán en el 2016, previéndose que se tomarán medidas en los países a fin de ampliar el espacio fiscal para la salud y el financiamiento destinado a la salud pública.
- Veinte países y territorios (Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Montserrat, Perú, República Dominicana, Saba, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela) elaboraron políticas, estrategias o planes nacionales integrales de salud cuyas metas incluyen la salud universal, excediendo la meta de 16 países establecida para el 2015. A fin de promover estos resultados, en algunos de estos países se elaboró una metodología para guiar el diálogo nacional y la formulación de planes de acción con objeto de avanzar hacia la salud universal.
- Quince países (Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Uruguay) han creado y establecido marcos financieros para la salud universal. A fin de promover estos resultados, se hicieron estudios sobre el gasto público y opciones para el financiamiento de la salud universal.
- En quince países se proporcionó capacitación sobre la metodología del sistema de cuentas de salud (2011) y el uso de la herramienta para la producción de cuentas de salud. En estos países también se están elaborando planes de trabajo para institucionalizar y sistematizar la producción de cuentas de salud. Se están realizando estudios de la eficiencia de los gastos en salud en tres países.
- Ocho países (Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Estados Unidos de América, México, Panamá y Perú) informaron que están en condiciones de vigilar y evaluar los indicadores de sistemas y servicios de salud relacionados con la salud universal. La OPS encabezó la introducción de un instrumento de seguimiento y evaluación para la salud universal en seis de esos países.
- La OPS ha apoyado los esfuerzos de los países (por ejemplo, El Salvador, Panamá y Paraguay) para actualizar las leyes y los reglamentos relacionados con la salud, incluido el código sanitario, lo cual facilitará el logro de la salud universal. Otros países y territorios (como las Bahamas, la República Dominicana, Ecuador, Honduras y San Martín) iniciaron el proceso de examen de las leyes y los reglamentos nacionales en materia de salud con el objetivo específico de lograr la salud universal, y la OPS planea proporcionar cooperación técnica en el bienio 2016-2017. Como resultado de los esfuerzos realizados por estos países, entre otros, 11 países hasta la fecha han elaborado marcos normativos para la salud universal (Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Perú, Suriname y Uruguay).
- En el 2015, los Estados Miembros de la OPS aprobaron la *Estrategia sobre legislación relacionada con la salud*, que contiene recomendaciones y directrices específicas aplicables al resultado inmediato 4.1.3 sobre la forma de formular y aplicar leyes y normas nacionales para avanzar hacia la salud universal. Durante el próximo bienio, la OPS difundirá y promoverá esta estrategia en los países para facilitar la obtención del resultado inmediato 4.1.3 (salud universal) y los objetivos en otras áreas importantes de la salud, como la adaptación al cambio climático, las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo, y la salud de la mujer.

Retos

- Es necesario continuar trabajando para definir políticas a fin de reformar las estrategias de los países para el financiamiento en el ámbito de la salud con respecto a: *a)* recaudación de fondos, *b)* sistemas de mancomunación de fondos y *c)* diseño de sistemas de pago y asignación de recursos a fin de que contribuyan al progreso hacia la salud universal. Se ha comprobado que la creación de un margen fiscal para la salud universal, cambiando la estructura impositiva y reduciendo el tamaño de la economía informal, ha tenido un gran impacto en los países.
- El aumento del gasto público en salud en los países comprendidos en la meta requerirá un firme compromiso político de los países con la creación de un margen fiscal para la salud universal. Algunos países podrán avanzar si crean el margen fiscal necesario como objetivo a corto y a mediano plazo. En otros hay que hacer cambios para promover una mayor integración del gasto en salud, reducir la segmentación y aumentar la equidad y la eficiencia de los sistemas de salud. Además, el entorno macroeconómico y político actual de la Región podría frenar los esfuerzos de los países con la finalidad de aumentar el margen fiscal para la salud universal, lo cual en último término podría tener efectos negativos en el número de países comprendidos en la meta para el 2019 que podrán aumentar el gasto público en salud.
- A fin de aumentar la capacidad de los países para vigilar y evaluar el progreso hacia la salud universal se necesitarán sistemas de información más sólidos que puedan producir datos de buena calidad para medir el progreso en el acceso de la población a los servicios de salud y su cobertura, en la gobernanza y el liderazgo, en la equidad y la eficiencia del financiamiento en el ámbito de la salud y en la acción orientada a los determinantes sociales de la salud. También será necesario fortalecer los mecanismos de rendición de cuentas y participación social.

Enseñanzas

- A pesar de la adopción de la resolución sobre la salud universal, al parecer varios asociados regionales siguen apoyando, en la preparación de documentos de subvenciones y proyectos, el concepto de los pagos en el lugar de consulta. Esta práctica puede reducir considerablemente el acceso a los servicios, en particular para las personas que viven en condiciones de vulnerabilidad. Los países deben seguir trabajando con el fin de proteger los avances realizados hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Hay que organizar un diálogo de alto nivel entre la OPS, el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional a fin de lograr el consenso sobre el financiamiento en el ámbito de la salud en las Américas, en particular sobre las recomendaciones relativas a copagos y gastos directos en la preparación de subvenciones y proyectos.
- Un elemento clave para el avance hacia la salud universal es el fortalecimiento de la función rectora y la gobernanza del sector de la salud. El fortalecimiento de la capacidad para ejercer de manera sostenible las funciones esenciales de salud pública sigue siendo un reto para la mayoría de los países de la Región. Para las autoridades sanitarias nacionales, varios de los procesos de reforma puestos en práctica en los últimos 20 años han ocasionado una disminución involuntaria de su capacidad de lograr que los arreglos institucionales, los recursos humanos y el financiamiento estén en el lugar que les corresponde para la aplicación de las funciones esenciales de salud pública, en particular el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) del 2005 y las emergencias de salud y la preparación y respuesta en casos de desastres. En el 2015, la OPS emprendió la actualización del marco de las funciones esenciales de salud pública y brindó orientación a los países acerca de su aplicación. En el bienio siguiente, las actividades de cooperación técnica estarán centradas en brindar apoyo a los países para evaluar sus capacidades en cuanto a la aplicación de las funciones esenciales de salud pública y la elaboración de planes de acción para mejorarlas.

4.2 Servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad

Panorama

El trabajo en esta área programática procura aumentar el acceso a servicios integrales y de buena calidad centrados en la persona. Es fundamental para la aplicación eficaz de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* y, en último término, ayudará a mejorar la organización y gestión de los servicios. Se centra en el fortalecimiento de la capacidad de respuesta del primer nivel de la atención, articulada en redes integradas de servicios de salud, así como la calidad general de la atención y la seguridad del paciente. En concreto, esta área programática apoya el desarrollo de la capacidad de los países para establecer el marco de redes integradas de servicios de salud, junto con otros instrumentos.

Logros

- Seis países y territorios (Argentina, Cuba, Estados Unidos de América, México, Saba y Venezuela) notificaron una disminución del porcentaje de hospitalizaciones evitables en el 2015.
- Veintitrés países y territorios han puesto en práctica estrategias de redes integradas de servicios de salud (Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Guatemala, Honduras, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, Trinidad y Tabago y Uruguay).
- En el 2015 se organizó una consulta regional con 16 países de la Región sobre la ampliación progresiva de los servicios de salud, que llevó a la creación de una publicación sobre modelos de atención y elementos cruciales para la creación de redes integradas de servicios de salud en el contexto de la estrategia universal de salud. La reunión condujo a un diálogo regional sobre las barreras para la salud y la necesidad de nuevos modelos de atención y servicios que respondan mejor a las necesidades actuales.
- Doce países han ejecutado estrategias o planes nacionales para la calidad de la atención y la seguridad del paciente (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, México, Panamá, Paraguay, Perú y República Dominicana). En el 2015 se organizó una consulta regional sobre la calidad de atención en los sistemas de salud a fin de actualizar las recomendaciones sobre este tema.

Retos

- Persiste la urgente necesidad de fortalecer la capacidad de los países y territorios de la Región para mejorar la prestación de servicios de salud. Se necesita un compromiso más firme para llevar adelante políticas y reformas a fin de hacer frente a la fragmentación, la mala calidad técnica, la remisión tardía de casos, la falta de acceso a servicios preventivos y la dependencia excesiva de la atención centrada en enfermedades agudas y el tratamiento hospitalario. A pesar de los esfuerzos en marcha, más países de la Región tienen que dar prioridad a la inversión en el primer nivel de atención. Esto debe vincularse a una acción con el fin de ampliar el margen fiscal para la salud y el gasto público en salud.
- El fortalecimiento del primer nivel de atención en el contexto de redes integradas de servicios de salud requiere una redefinición de la función de los hospitales, lo cual no es tarea fácil. Los hospitales tendrán que reubicarse a fin de centrarse más en la persona y en la comunidad y trabajar en más estrecho contacto con el primer nivel de atención en redes integradas de servicios de salud. La función de los hospitales debe pasar del “énfasis en la enfermedad y la ocupación de camas” a una nueva función como parte de una red colaborativa de proveedores de servicios que proporcionan atención de salud continua y de buena calidad a las personas a lo largo de su vida. Junto con los esfuerzos para fortalecer el primer nivel de la atención, hay que tomar medidas para aumentar la eficiencia y reducir los costos de la atención hospitalaria, así como para facilitar el papel y la capacidad cambiantes de los hospitales en el contexto de la salud universal. En

particular, es fundamental analizar nuevas inversiones en los hospitales para facilitar los cambios requeridos y mejorar la eficiencia tanto de los hospitales como de las redes.

- La información es insuficiente para determinar con exactitud la reducción del porcentaje de hospitalizaciones evitables en el 2015. Aunque algunos países informan que han progresado, no proporcionaron datos. Hay que trabajar más para fortalecer los sistemas de información en la Región a este respecto.

Enseñanzas

- La experiencia reciente con la preparación de los sistemas de salud para hacer frente a los brotes de virus del Ébola, chikunguña y Zika ha dado a la OPS una oportunidad para mejorar la respuesta de los sistemas de salud a este respecto. Aunque hace un tiempo las agendas mundiales de la salud universal y la seguridad sanitaria parecían estar en pugna, ahora parece haber un consenso creciente a nivel mundial en el sentido de que la seguridad sanitaria solo puede lograrse mediante el fortalecimiento de los sistemas de salud y el progreso hacia la salud universal, trabajando al mismo tiempo para aumentar su capacidad de resiliencia.

4.3 Acceso a productos médicos y fortalecimiento de la capacidad regulatoria

Panorama

Esta área programática procura promover el acceso y el uso racional de medicamentos, productos médicos y tecnologías sanitarias seguros, eficaces y de buena calidad, a medida que los países van acercándose al acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Los Estados Miembros han realizado avances tangibles en la formulación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de políticas nacionales sobre el acceso, la calidad y el uso de medicamentos y otras tecnologías sanitarias. También se ha fortalecido la capacidad regulatoria nacional y subregional. Otras prioridades en esta área programática son la ejecución de la *Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual*, de la OMS, y el fortalecimiento del Fondo Estratégico de la OPS.

Logros

- Como resultado del trabajo en curso para fortalecer los sistemas de reglamentación de medicamentos, 10 países elaboraron planes de desarrollo institucional (Bahamas, Barbados, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, México, Perú y República Dominicana). Se fortaleció la reglamentación de vacunas en 18 países (Bolivia, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Estados Unidos de América, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela). Se puso a prueba una herramienta para evaluar la reglamentación de dispositivos médicos en cinco países (Colombia, Cuba, Ecuador, México y Panamá).
- El 53.º Consejo Directivo adoptó el *Plan de acción para el acceso universal a sangre segura 2014-2019* (resolución CD53.R6). Con el apoyo técnico de la OPS, en octubre del 2015 los ministros de salud de la región andina (REMSAA) aprobaron una resolución sobre la seguridad de la sangre para la subregión andina en la cual se anuncia la creación de la Comisión Técnica Subregional de Sangre. Posteriormente, en noviembre del 2015, la REMSAA aprobó el Plan Subregional Andino de Acceso Universal a Sangre Segura 2016-2020. Además, para apoyar a los programas nacionales de sangre, en Haití se brindó apoyo a la elaboración de la política y ley nacional de seguridad de la sangre y se aprobó y se puso en marcha la política nacional. Se proporcionó apoyo para la primera evaluación de la aplicación de la política nacional en materia de sangre en El Salvador, así como para la revisión del marco legislativo en materia de sangre en Bolivia. En la República Dominicana se elaboró la política nacional sobre sangre y se formularon directrices nacionales para el uso apropiado de la sangre. Panamá recibió apoyo para la revisión del marco jurídico nacional para la sangre. En

Perú se hizo una evaluación y revisión del programa nacional de donación voluntaria de sangre y se formularon recomendaciones. En Paraguay se elaboró un plan nacional de hemovigilancia que está actualmente en ejecución.

- Se han hecho grandes avances en la gobernanza y la reglamentación de los medicamentos y las tecnologías sanitarias. Un ejemplo es la puesta en marcha del Sistema Regulador del Caribe. Este proyecto ha recibido apoyo de los organismos nacionales de reglamentación de referencia regional para definir los procedimientos para el registro centralizado de medicamentos. La Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos y Salud Canadá han aplicado el mecanismo para reconocer a estos organismos. Se publicaron los perfiles reglamentarios de 17 países de la Región por medio de la Plataforma Regional de Acceso e Innovación para Tecnologías Sanitarias (PRAIS) de la OPS, con información que puede usarse para establecer prioridades a fin de fortalecer los sistemas de reglamentación.
- En colaboración con el Consejo para el Desarrollo Humano y Social (COHSOD) se fortalecieron las políticas en materia de preparaciones farmacéuticas en el Caribe. Se puso en marcha un proyecto nuevo, respaldado por el COHSOD, para desarrollar la capacidad de reglamentación de medicamentos en el Caribe (el Sistema Regulador del Caribe), con el apoyo de la Fundación Bill y Melinda Gates y de organismos nacionales de reglamentación de referencia regional, a fin de mejorar la calidad y la seguridad de los medicamentos en el Caribe.
- La OPS proporcionó apoyo político y técnico a nivel ministerial en el ámbito del Mercado Común del Sur (MERCOSUR), que encabezó negociaciones sobre los precios de medicamentos de alto costo en el 2015. El mecanismo que vincula las negociaciones con la capacidad de compras del Fondo Estratégico de la OPS dio lugar a reducciones considerables del precio de los medicamentos para la infección por el VIH/sida y la hepatitis C, aumentando la conciencia de los Estados Miembros con respecto a la utilidad de la participación en el Fondo Estratégico.
- Los países han avanzado en la elaboración de estrategias para la evaluación, la integración y la gestión de medicamentos y otras tecnologías sanitarias. Algunos de los logros son *a)* el fortalecimiento de la Red de Evaluación de Tecnologías en Salud de las Américas (RedETSA); *b)* el mapeo de los procesos de evaluación e incorporación de tecnologías en los sistemas y servicios de salud en 27 países y el examen del proceso de adopción de decisiones relativas a la inclusión de medicamentos y tecnologías sanitarias en servicios y planes de prestaciones; *c)* estudios de casos de la evaluación e incorporación de tecnologías en Brasil, Canadá y Colombia; y *d)* la elaboración de un conjunto de indicadores para evaluar los sistemas de farmacovigilancia y los centros de información sobre medicamentos.
- A lo largo del bienio continuó la labor de formación de capacidad en aspectos fundamentales de la evaluación de tecnologías sanitarias, su uso racional y la imaginología:
 - Se realizaron evaluaciones de tecnologías sanitarias y se promovió su uso racional en 10 países del Caribe. Además, se estableció un grupo de trabajo para elaborar una propuesta de cooperación subregional.
 - RedETSA organizó seminarios web mensuales y se organizó un programa de intercambio entre instituciones. El primer programa se realizó en Brasil con visitantes de Argentina, Colombia, Costa Rica, El Salvador y Paraguay.
 - En Belice se ofrecieron seminarios web de imaginología (mamografía, tomografía computadorizada, sonografía abdominal, ecografías) y cursos de mamografía. Se ofreció capacitación en sonografía obstétrica en Guyana, Jamaica y Trinidad y Tabago y en radiología digital en Nicaragua.

Retos

- Los países y territorios de la Región se enfrentan con el reto del costo creciente de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias. Aunque varios Estados Miembros han adoptado marcos integrales para ampliar

progresivamente el acceso a tecnologías sanitarias seguras, eficaces y de buena calidad, algunos han tenido dificultades para adoptar las estrategias integrales necesarias en esta área. El uso racional de medicamentos y la adopción de otros enfoques basados en la evidencia, como la evaluación de tecnologías sanitarias, sigue siendo un reto debido a la falta de capacidad en algunos países. La formación de recursos humanos en estas áreas y en tecnologías sanitarias es fundamental.

- Hay que dar prioridad al fortalecimiento de la capacidad regulatoria en los Estados Miembros que tienen capacidad limitada en esta área. En particular, la mejora de la capacidad regulatoria en la mayoría de los países de Centroamérica sigue siendo un reto, ya que no ha sido adoptada como prioridad en los programas de los ministerios de salud.

Enseñanzas

- Los enfoques subregionales, una vez obtenido el compromiso político, han demostrado ser opciones viables para asegurar la eficiencia y el uso compartido de recursos por los Estados Miembros con capacidad limitada.
- Posiblemente se necesite explorar la mejora del acceso a medicamentos de alto costo y otras tecnologías sanitarias y elaborar estrategias nuevas que pongan de relieve la colaboración entre los países.

4.4 Información y evidencia en apoyo de los sistemas de salud

Panorama

La producción y el uso de conocimientos, pruebas científicas e información sobre la salud son esenciales y sustentan todos los aspectos de la acción en el campo de la salud, como la investigación, la planificación, las operaciones, la vigilancia, el seguimiento y la evaluación, así como la asignación de prioridades y las decisiones. Los sistemas de salud requieren información de buena calidad complementada por investigaciones robustas, la gestión de los conocimientos, la traducción de conocimientos y tecnologías de la información y de la comunicación. Los datos fidedignos y la evidencia permiten optimizar el sector de la salud, incluidos todos los aspectos de las áreas programáticas. En último término, las políticas e intervenciones basadas en la evidencia y adaptadas a las condiciones locales contribuyen a cambios en el comportamiento (personal, social y político) que dan lugar a mejores condiciones de vida para los pueblos de las Américas y reducen las inequidades en la salud.

La Región ha hecho avances notables en el fortalecimiento de los sistemas de información de salud corrientes y la adopción de nuevas tecnologías y estrategias para la investigación y la obtención de datos probatorios. Sin embargo, subsisten disparidades entre países con respecto a la cobertura, la fiabilidad, la oportunidad y la calidad de la información recopilada y producida por los sistemas de información de salud. En el bienio, la cooperación técnica ejerció un efecto multiplicador en las redes y asociaciones intersectoriales para enriquecer el proceso de política, la adopción de decisiones y la formulación de normas técnicas, pautas y estrategias. El apoyo de la OPS a la elaboración de estrategias nacionales de *eSalud* redundó en beneficios directos para los países, promovió la planificación sectorial y la coordinación de sistemas de salud regionales descentralizados y mejoró la capacidad de planificación, presupuestación y prestación de servicios. De manera análoga, la cooperación técnica de la OPS pertinente para la política de investigación para la salud abordó los objetivos de la política en cada nivel (regional, subregional y local) y condujo a mejoras estructurales y procesales estratégicas para mejorar el impacto de la investigación en la salud y su gobernanza.

Logros

- Dieciséis países tienen capacidad instalada para realizar evaluaciones periódicas de la situación de salud y preparar informes que están al alcance del público y tienen un valor incalculable para la adopción de

decisiones y la asignación de recursos. La OPS ha proporcionado cooperación técnica para fortalecer los sistemas de información de salud en la Región de las Américas y aprovechará la oportunidad que ofrecerá el próximo proceso de Salud en las Américas 2017 para que todos los países y territorios hagan un análisis exhaustivo.

- Los países han seguido tomando medidas para mejorar sus sistemas de información de salud a fin de dar mejor seguimiento a su progreso con respecto a la situación de salud. Entre las actividades para reforzar la cooperación técnica de la OPS en esta área cabe señalar la conceptualización y elaboración de estrategias e intervenciones innovadoras, como la caja de herramientas para la gestión de datos para análisis e información sobre la salud, que estará disponible en breve y abarcará la gestión de datos, metodologías, capacitación y directrices técnicas.
- La Plataforma de Información de Salud de las Américas (PLISA) está funcionando en la web y puede usarse como fuente de información sobre mortalidad, enfermedades transmitidas por vectores e indicadores básicos de salud y para dar seguimiento al progreso de los indicadores del impacto contenidos en el Plan Estratégico 2014-2019, entre otros fines (se encuentra en <http://www.paho.org/data/index.php/es/>).
- Hay un curso gratuito en línea sobre la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) en inglés, francés y español, que ya han tomado más de 600 profesionales de la salud pública de toda la Región. Este nuevo logro complementa las iniciativas emblemáticas que ya está llevando adelante la OPS, como el plan de trabajo anual de la Red Latinoamericana y del Caribe para el Fortalecimiento de Sistemas de Información de Salud (RELAC SIS) y las actividades de la Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud (los datos se encuentran en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_tabs&view=article&id=2151&Itemid=3632&lang=es).
- Doce países han avanzado en la elaboración y aplicación de estrategias nacionales de *eSalud*: Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Estados Unidos de América, Guatemala, Jamaica, Panamá, Perú y República Dominicana.
- Mediante iniciativas y redes subregionales, los países están impulsando aspectos de la Política de Investigación para la Salud que se espera que faciliten la armonización y la coherencia. Algunos ejemplos son los países del Caribe, el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA), RELAC SIS y la Red Iberoamericana Ministerial de Aprendizaje e Investigación en Salud (RIMAIS). Se ha capacitado a equipos de investigación (más de 300 expertos y estudiantes de maestría en salud pública) por medio de asociaciones estratégicas y sistemas de formación de instructores en la planificación y evaluación eficaces de proyectos de investigación biomédica, redacción de propuestas de subvención y evaluación por homólogos. Se ha avanzado en varios aspectos importantes de la Política de Investigación para la Salud (por ejemplo, registro de ensayos clínicos) y se han adjudicado becas para estudios de posgrado en salud, de maestría y de doctorado, a más de 180 profesionales de 23 países junto con la Organización de los Estados Americanos (OEA) y los Estados Miembros.
- Se avanzó mucho con los mecanismos de traducción de conocimientos y obtención de datos probatorios como resultado de la iniciativa iPIER (Mejora de la ejecución de los programas incorporando la investigación) en nueve países (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, El Salvador, México, Panamá y Perú) y se amplió la acción para fortalecer las investigaciones sobre políticas y sistemas de salud y la definición de las agendas nacionales y regionales relacionadas con la evidencia y la investigación.
- Se ha hecho un gran esfuerzo para fortalecer los programas de directrices nacionales estableciendo normas, mejorando las estrategias de ejecución y apoyando la formulación de directrices con la metodología GRADE (Clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones). Se impartió capacitación en 10 países (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Guatemala, Honduras, Panamá y Perú).
- La Biblioteca Virtual en Salud está al alcance de más de 23 países de la Región en español y portugués. Los Estados Miembros han proporcionado un apoyo considerable para la recopilación, la indexación, el procesamiento y la difusión de bibliografía técnica y científica sobre salud pública y medicina en LILACS, base

de datos científicos de alcance regional administrada por el Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME).

- Nueve países (Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaica y Perú) han avanzado en la investigación ética usando el software ProEthos para mejorar el examen de los aspectos éticos y la revisión de los marcos nacionales a fin de que las investigaciones con seres humanos sean éticas. Se promovió la incorporación de la ética en las decisiones de salud pública con la preparación de material didáctico novedoso y la formación de capacidad en diferentes niveles.

Retos

- El alto grado de recambio de personal en los países y territorios ha ocasionado grandes perturbaciones en la recopilación y el análisis de estadísticas vitales y de salud que han menoscabado tanto su oportunidad como su calidad. Se necesitan políticas para abordar este problema y asegurar la recopilación continua de datos de mortalidad de buena calidad y registros de nacimientos. De manera análoga, los países necesitan sistemas robustos de información sobre la salud a fin de mejorar la calidad y la gestión de los datos y fortalecer la capacidad para analizar la información sobre la salud.
- Las limitaciones de la coordinación y el poder de convocatoria del Comité Asesor de la OMS en Investigaciones sobre Salud han afectado el trabajo del Comité Asesor de Investigaciones en Salud de la OPS (CAIS).
- El seguimiento, la evaluación y la actualización continua de los perfiles de los países requieren capacitación uniforme y sostenida y un funcionario responsable. Los países tienen que designar un funcionario responsable en las oficinas de salud, ciencia y tecnología que pueda mantener los indicadores actualizados y generar informes con datos que faciliten la acción para guiar las decisiones sobre la gobernanza de la investigación y la rectoría.

Enseñanzas

- Las iniciativas financiadas por donantes, como RELACSIS, red de Sur a Sur que ha brindado apoyo a la cooperación técnica y la difusión de prácticas óptimas, son insuficientes si los países no aseguran la sostenibilidad de los avances en sus sistemas de información de salud, incluidas las estadísticas vitales. Se necesitan recursos nacionales para lograr que estas prácticas se adapten y se integren en las estrategias y directrices nacionales.
- Los países tienen que adoptar estrategias de la política de investigación para la salud a fin de impulsar políticas y agendas de investigación sobre la salud y elaborar normas pertinentes. La OPS debe coordinar y armonizar los esfuerzos regionales a fin de impulsar la Política de Investigación para la Salud, teniendo en cuenta las recomendaciones del CAIS en los casos en que sea factible.
- A fin de establecer prioridades para la investigación futura es necesario usar las herramientas existentes y otras nuevas, entre ellas la evaluación de las inequidades y la difusión de conocimientos.
- Con objeto de movilizar recursos para la investigación sobre la salud se necesita un trabajo concertado con otros sectores (por ejemplo, ciencia y tecnología, educación, industrias y otros interesados en el ámbito económico). Los asociados industriales y económicos son particularmente importantes, dada su capacidad para ampliar el desarrollo.

4.5 Recursos humanos para la salud

Panorama

Esta área programática se centra en la formulación y la aplicación de políticas y planes de recursos humanos para la salud a fin de avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Se ha comenzado a trabajar con los países para mejorar la organización de los recursos humanos en los sistemas de salud, así como el desarrollo de competencias, las condiciones de trabajo y la estabilidad del personal en el área de salud. Otra prioridad ha sido el trabajo con instituciones académicas para apoyar la reorientación de la educación en las ciencias de la salud hacia la atención primaria de salud y armonizar esta formación con la misión social de la agenda de salud universal. El trabajo realizado en este bienio contribuirá a la elaboración de una nueva estrategia regional de recursos humanos para la salud que se someterá a la consideración de los Cuerpos Directivos de la OPS.

Logros

- Al menos 17 países han avanzado hacia la formulación y ejecución de planes de acción de recursos humanos para la salud que concuerdan con las políticas y necesidades de sus sistemas de atención. En la elaboración de hojas de ruta nacionales hacia la salud universal, esta área de acción constituye una prioridad para los Estados Miembros a medida que van ampliando progresivamente el acceso a los servicios de salud para satisfacer las necesidades actuales y futuras de su población. Los países han avanzado en la mejora del número y la distribución del personal de salud, lo cual está directamente relacionado con la meta de la salud universal.
- Los Estados Miembros hicieron un análisis de la medida en que se alcanzaron las metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015, que guiará la definición de prioridades futuras en la agenda regional de recursos humanos para la salud. Además, se ha avanzado en el debate de una agenda nueva de recursos humanos después del 2015, teniendo en cuenta el progreso notificado, los retos que enfrentaron los países para alcanzar las metas regionales para 2007-2015, las necesidades futuras y los retos relacionados con el progreso hacia la salud universal, el envejecimiento de la población de la Región y el aumento de las enfermedades crónicas, entre otros aspectos. Esta agenda nueva está elaborándose de conformidad con la *Estrategia mundial sobre recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030*, de la OMS, que se presentó en la Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2016.
- El uso del Campus Virtual de Salud Pública como plataforma de aprendizaje sigue creciendo y ha proporcionado capacitación a alrededor de 55.000 profesionales de la salud por medio de sus nodos regionales y de país. El Campus Virtual sigue siendo un instrumento importante para la formación de capacidad en los países en áreas de salud que corresponden específicamente a mandatos regionales y cuestiones de salud pública prioritarias. El Campus Virtual ha alcanzado la sostenibilidad financiera, de modo que puede proporcionar apoyo técnico constante como plataforma regional de aprendizaje, además de apoyar el crecimiento y el desarrollo de nodos de país.
- Otras iniciativas regionales de formación de recursos humanos para la salud siguen consolidándose con el apoyo y la participación activa de los países. Setenta y tres profesionales de las Américas recibieron becas y otros 150 se beneficiaron de iniciativas de capacitación (Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales, Programa de Becas Humphrey, Programa de Becas de la OEA/OPS) llevadas a cabo en colaboración con departamentos técnicos de la OPS y asociados externos. La OPS siguió apoyando las solicitudes de becas de otras regiones de la OMS y proporcionando aportes y cooperación a la OMS y a las Naciones Unidas en el ámbito de la política mundial de becas y otros asuntos.
- Participaron 74 profesionales de 26 países en el Programa de Líderes en Salud Internacional Edmundo Granda Ugalde en el bienio. Más de 500 profesionales de 40 países se han beneficiado de este programa

desde su inicio hace 30 años y siguen contribuyendo como líderes y agentes de cambio que trabajan para fomentar la salud de las poblaciones en sus países y en todo el mundo.

- El programa *Mais Médicos* ha incorporado a 18.240 médicos en centros de atención básica de salud de 4.058 municipios y 34 distritos predominantemente indígenas de Brasil, con el apoyo de la OPS. El programa beneficia a unos 63 millones de brasileños. El marco de evaluación y seguimiento fue aprobado por las autoridades nacionales de Brasil y Cuba, así como por la OPS, y se implementó en el 2015. Están analizándose los resultados preliminares. El marco también incluye la documentación de varios estudios de casos, prácticas adecuadas y enseñanzas.
- Se estableció un consorcio de facultades de medicina para fortalecer la misión social de las universidades de la Región y específicamente capacitar a los médicos con una perspectiva de salud pública y atención primaria, con miras a ayudar a las zonas subatendidas a lograr la equidad en salud. Esta iniciativa concuerda con la estrategia de salud universal. También se ha avanzado en la capacitación de personal de salud en competencias interculturales.
- El programa regional de enfermería, en colaboración con los países, definió y publicó las prioridades de la investigación en este campo. Se ha emprendido un análisis de la situación y las tendencias de la enseñanza de la enfermería (a nivel de pregrado y de grado), su práctica y reglamentación en la Región. En América Latina se han promovido y difundido la función y el alcance de la enfermería de práctica avanzada.

Retos

- Uno de los retos es la producción limitada de datos sobre temas tales como la distribución y las competencias del personal de salud. Debido a la descentralización, los ministerios de salud nacionales no siempre se encargan de la producción de datos sobre recursos humanos para la salud. Esto, unido a la fragmentación de los sistemas de salud y la multiplicidad de sistemas de información (seguridad social, fuerzas armadas, sector privado), puede dificultar la notificación.
- La falta de integración entre los sectores de la salud y la educación, así como la autonomía universitaria en algunos países, pueden plantear retos en la reorientación de la enseñanza de las ciencias de la salud para responder a las necesidades nacionales en materia de recursos humanos para la salud.
- La seguridad del personal de salud en el lugar de trabajo sigue constituyendo un problema, especialmente en zonas donde hay conflictos armados, violencia y epidemias.
- La política, la planificación y la reglamentación de los recursos humanos para la salud no concuerdan en medida suficiente con los sistemas de salud y la prestación de servicios integrados.

Enseñanzas

- Es necesario reconocer las diferentes estructuras de gobierno en la Región que tienen cierto grado de autoridad para tomar decisiones relacionadas con recursos humanos para la salud y que, por lo tanto, influyen en la capacidad de los países para ejecutar ciertas iniciativas y programas e informar al respecto. La integración entre sectores es fundamental para avanzar hacia la salud universal.
- Se necesitan estrategias diferenciadas para abordar las diversas estructuras de gobernanza, los diferentes contextos (sociocultural, político, económico) y las inequidades fundamentales en la cobertura de recursos humanos para la salud en los países.

Riesgos

A continuación se presenta una actualización sobre los riesgos indicados en relación con la categoría 4 en el Plan Estratégico 2014-2019, así como las medidas de mitigación.

- La disminución del financiamiento externo de los donantes y el espacio fiscal nacional limitado para aumentar el gasto en salud pública, en medio de una desaceleración del crecimiento de las economías nacionales, comprometen la sostenibilidad de las políticas públicas para mejorar la equidad.
 - Se está avanzando con documentos innovadores y la propuesta de ampliar el margen fiscal y aumentar la eficiencia financiera como resultado del diálogo de alto nivel con la OEA, el FMI y el Banco Mundial, entre otros, sobre el financiamiento en el ámbito de la salud y el espacio fiscal.
- La persistencia de la segmentación menoscaba la eficiencia del sistema de atención de salud y erosiona su potencial para reducir la exclusión.
 - Aunque varios países están tomando medidas importantes para reducir la segmentación de los sistemas de salud, los efectos de estas medidas no se verán durante varios años, en vista de la complejidad de los procesos.
- La persistencia de la fragmentación de los servicios de salud limita el logro de resultados de salud más equitativos y mejor alineados con las necesidades y las expectativas de la gente.
 - No obstante, los datos probatorios de una publicación de la OPS/Banco Mundial (2015) indican que ha habido adelantos importantes en la Región para asegurar un mayor acceso a los servicios de salud y la cobertura de salud usando métodos focalizados a fin de llegar a los segmentos de la población que no tienen acceso al sistema de salud.
- Se hacen inversiones en tecnología e infraestructura sin análisis apropiados y sin evaluar las necesidades.
 - Esto sigue ocurriendo a pesar de los esfuerzos para fortalecer la gobernanza y las acciones resultantes de decisiones basadas en datos probatorios. Se han introducido en la Región varios productos de salud nuevos y estratégicos de costo elevado. Cuando se los incorpore en los sistemas de salud, es probable que incidan considerablemente en los costos de la atención de salud. En las reuniones de los Cuerpos Directivos de la OPS del 2016 se examinarán estrategias innovadoras para asegurar el acceso y la asequibilidad.
- Los países afectados por una crisis de recursos humanos siguen sin poder tomar la iniciativa y manejar respuestas por su cuenta.
 - Los países siguen viéndose afectados por la escasez de recursos humanos. Sin embargo, están tomando medidas con objeto de fortalecer la planificación y programación de recursos humanos para la salud, asegurando una articulación más eficaz del proceso de planificación con otros sectores, como los del trabajo y la educación. En vista del aumento constante de los costos de los sistemas de atención de salud, especialmente debido a los requisitos de la atención secundaria y terciaria, los países están comenzando a cambiar su enfoque hacia la inversión en la atención primaria. Será indispensable contar con una fuerza laboral con la combinación apropiada de aptitudes para la atención primaria, que incluya agentes de salud de la comunidad, para continuar la labor de mitigación en ese sentido.

Análisis de la ejecución presupuestaria

- El presupuesto aprobado para el 2014-2015 para la categoría 4, sistemas de salud, fue de US\$ 97,48 millones, que representaron 17% del presupuesto de la Organización (\$563 millones).
- La categoría 4 fue financiada plenamente durante el 2014-2015, con 106% (\$103,3 millones) de los fondos movilizados y asignados, de los cuales se ejecutó el 91,5%.
- La asignación de los fondos fue de 46,6% (\$48,12 millones) a nivel de país, 17,9% (\$18,51 millones) a nivel entre países, 7,3% (\$7,52 millones) a nivel subregional y 28,2% (\$29,16 millones) a nivel regional. La ejecución presupuestaria en esos niveles funcionales fue de 86,0%, 95,8%, 97,2% y 96,4%, respectivamente (véase el cuadro 2). El porcentaje de ejecución muestra el nivel previsto de ejecución a nivel subregional y

regional. El menor grado de ejecución por los países puede atribuirse a las contribuciones voluntarias asignadas a nivel de país que caducarán después del 2016.

Cuadro 3. Panorama presupuestario de la categoría 4 por área programática y nivel funcional

Categoría, área programática y nivel funcional	Fondos asignados (en millones de US\$)	Porcentaje asignado por área programática	Gasto total (en millones de US\$)	Ejecución presupuestaria (%)
4. Sistemas de salud	103,31	100,00	94,51	91,5
4.1 Gobernanza y financiamiento en el ámbito de la salud; políticas, estrategias y planes nacionales de salud	12,79	12,40	12,43	97,2
País	6,53	5,47	6,31	96,7
Entre países	1,72	1,44	1,68	97,8
Subregional	0,47	0,39	0,46	97,5
Regional	4,08	3,41	3,98	97,8
4.2 Servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad	17,39	16,80	17,22	99,0
País	10,80	9,04	10,71	99,1
Entre países	1,54	1,29	1,52	98,5
Subregional	1,39	1,17	1,39	99,6
Regional	3,66	3,06	3,60	98,5
4.3 Acceso a productos médicos y fortalecimiento de la capacidad regulatoria	25,69	24,90	22,84	88,9
País	12,79	10,71	11,05	86,4
Entre países	3,28	2,75	3,00	91,3
Subregional	1,82	1,52	1,67	92,1
Regional	7,80	6,53	7,12	91,3
4.4 Información y evidencia en apoyo de los sistemas de salud	30,54	29,60	28,61	93,7
País	8,21	6,88	6,85	83,5
Entre países	10,43	8,73	10,00	95,9
Subregional	2,72	2,28	2,70	99,4
Regional	9,18	7,69	9,06	98,7
4.5 Recursos humanos para la salud	16,90	16,40	13,41	79,4
País	9,78	57,88	6,45	65,9
Entre países	1,83	10,86	1,80	97,8
Subregional	0,92	5,46	0,91	98,7
Regional	4,36	25,79	4,26	97,8

- La ejecución presupuestaria (fondos gastados en comparación con los fondos asignados) fue superior a 90% en todas las áreas programáticas excepto dos: 4.3 (acceso a productos médicos y fortalecimiento de la capacidad regulatoria) y 4.5 (recursos humanos para la salud), que tuvieron tasas de ejecución de 89% y 79%,

respectivamente. El saldo no obligado corresponde principalmente a las contribuciones voluntarias asignadas a nivel de país que caducarán en los próximos dos bienios.

- Las áreas programáticas 4.1 (gobernanza y financiamiento en el ámbito de la salud; políticas, estrategias y planes nacionales de salud) y 4.2 (servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad) han excedido el presupuesto aprobado para 2014-2015. Estas dos áreas programáticas tienen tasas de ejecución superiores a 97% (fondos gastados en comparación con los fondos asignados).
- Durante 2014-2015, las contribuciones voluntarias movilizadas representaron 42% del presupuesto asignado. Se han hecho grandes esfuerzos para mejorar la movilización de recursos, principalmente con donantes como Brasil, la FDA (Estados Unidos), España, la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI), la Fundación Bill y Melinda Gates, Salud Canadá, la Fundación Rockefeller, la Fundación de la OPS, AMEXCID, la OMS y la OMS/EURO, entre otros. Además, los países movilizaron recursos a nivel nacional a fin de contar con el presupuesto necesario para el bienio.

Recomendaciones

- Apoyar a los países a medida que van acercándose al acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, como objetivo en sí y como vehículo para alcanzar los ODS y desarrollar sistemas de salud resilientes. Se han hecho avances importantes en esta categoría, especialmente en relación con las reformas del sistema de salud y el progreso hacia la salud universal. Es importante que la agenda de salud pública mundial siga evolucionando. Seguirá habiendo brotes de enfermedades a nivel mundial y en la Región. Será necesario apoyar a los países en la aplicación de estrategias nacionales para alcanzar los ODS. La estrategia de salud universal proporciona el marco de referencia para lograr que los sistemas de salud sean resilientes (vinculado con la obtención eficaz de las competencias básicas para el Reglamento Sanitario Internacional) y para alcanzar el ODS 3.
- Participar en una labor política de alto nivel para abogar por un aumento del financiamiento público en el ámbito de la salud. El problema del financiamiento en el ámbito de la salud está adquiriendo prominencia en la agenda política de los países de la Región, dadas las dificultades económicas que algunos están experimentando y los retos que enfrentan para ampliar el margen fiscal para la salud. Al medir los resultados intermedios de la categoría 4, cabe señalar que muy pocos países han avanzado con la mejora del margen fiscal para la salud (de acuerdo con el indicador del resultado intermedio). Aunque esta evaluación está relacionada con el primero de los tres períodos del Programa y Presupuesto, es improbable que se alcancen los resultados intermedios de la categoría 4 durante el período abarcado por el Plan Estratégico sin un esfuerzo de muy alto nivel.
- Organizar un diálogo de alto nivel sobre el financiamiento en el ámbito de la salud en América Latina y el Caribe con la participación de la OPS y otros organismos asociados. En la preparación de acuerdos globales o proyectos muy importantes con colaboradores de la OPS, se ha observado que algunos asociados siguen insistiendo en la inclusión de copagos o del pago de honorarios en el lugar de consulta.
- Proporcionar más apoyo desde la perspectiva del análisis de la salud y los sistemas y servicios de salud. En la evaluación de la categoría, es evidente que los países necesitan más apoyo para la recopilación y el análisis de información sobre la salud, el análisis del cumplimiento de indicadores y el seguimiento del progreso hacia el logro de los resultados intermedios.
- Continuar las conversaciones y el trabajo interprogramático para mejorar la formulación, la coordinación, el financiamiento, la ejecución, el seguimiento y el examen de programas. Es necesario intensificar la acción para lograr que se asignen más recursos; por ejemplo, para la ejecución del proyecto relativo a la enfermedad renal crónica en Centroamérica y en otras regiones.

Evaluación por área programática

<p>Área programática 4.1: Gobernanza y financiamiento en el ámbito de la salud; políticas, estrategias y planes nacionales de salud</p> <p>RESULTADO INTERMEDIO: Aumento de la capacidad de los países para lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud</p> <p>Evaluación de los indicadores de los RIT: 1 de 2 en curso, 1 de 2 sin progreso</p> <p>Evaluación de los indicadores de los RIM: 3 de 4 alcanzados, 1 de 4 alcanzado parcialmente</p>	<p>Calificación: Expectativas parcialmente cumplidas</p>
---	--

Evaluación de los indicadores de los resultados intermedios

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación (alcanzado, en curso, sin progreso) ^{18, 19}
4.1.1	Número de países y territorios que han puesto en práctica medidas para el logro gradual del acceso universal a la salud y a la cobertura universal de salud	n. d.	12	En curso (alcanzado en 3 + 10 en curso)
<p>Tres países alcanzaron el indicador: ECU, MEX, PER.</p> <p>Además, diez países y territorios avanzaron hacia el cumplimiento del indicador: BHS, GUY, HND, HTI, JAM, KNA, PER, PRY, SXM, TCA.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de tres países.</p> <p>No hay una línea de base para el indicador, ya que antes no se le daba seguimiento. Como el indicador mide el progreso realizado con acciones que también están evaluándose en los indicadores de resultados inmediatos para esta área, se recomienda usar un indicador sustituto del resultado intermedio para medir el progreso hacia la consecución de la salud universal con un enfoque cuantitativo.</p>				

¹⁸ Los resultados generales se califican de la siguiente manera:

- **Alcanzado:** Ya se ha alcanzado la meta del indicador establecida para el 2019 (número de países o territorios, número o porcentaje para los indicadores regionales) en el Plan Estratégico de la OPS.
- **En curso:** Ha habido un aumento respecto de la línea de base del indicador definida en el 2013 (número de países o territorios, número o porcentaje para los indicadores regionales) y el trabajo para alcanzar la meta para el 2019 establecida en el Plan Estratégico ya se ha iniciado o está en curso.
- **Sin progreso:** No ha habido un aumento respecto de la línea de base establecida en el 2013 (número de países o territorios, número o porcentaje para los indicadores regionales) y el progreso hacia la consecución de la meta del indicador para el 2019 podría estar en peligro.

¹⁹ Los indicadores regionales son evaluados por la entidad regional responsable o la red de categorías y áreas programáticas sobre la base de la información más reciente, según los criterios definidos en el compendio de indicadores.

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación (alcanzado, en curso, sin progreso) ^{18, 19}
4.1.2	Número de países y territorios con un gasto público destinado a la salud de por lo menos 6% del producto interno bruto	6	20	Sin progreso (alcanzado en 5 + 3 en curso)
<p>Cinco países alcanzaron el indicador: CAN, CRI, CUB, URY, USA.</p> <p>Tres países alcanzaron parcialmente el indicador: BRA, HND, SLV.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de nueve países</p> <p>Aunque varios países de la Región elaboraron estrategias para aumentar el gasto en salud pública, es importante señalar que se necesita más tiempo para ver aumentos en el gasto y que todavía es demasiado temprano a principios del sexenio abarcado por el Plan Estratégico para evaluar el progreso. Los países de la línea de base deben seguir trabajando a fin de proteger los avances realizados hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Este indicador se beneficiaría de un trabajo adicional y continuo en la institucionalización de la producción de cuentas de salud con objeto de asegurar el seguimiento adecuado de los recursos y los gastos.</p>				

Evaluación de los indicadores de los resultados inmediatos

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación ^{20, 21}
4.1.1	Países habilitados para elaborar políticas, estrategias o planes nacionales integrales en materia de salud, incluida la cobertura universal de salud	Número de países y territorios que tienen un plan o una estrategia nacional del sector de la salud con metas y objetivos definidos, revisada en los últimos cinco años	10	16	Excedido (alcanzado en 22 + alcanzado parcialmente en 6)
<p>Veintidós países y territorios alcanzaron el indicador: BHS, BRA, CAN, CHL, COL, CUB, DMA, DOM, ECU, GUY, HND, JAM, MEX, MSR, PER, SAB, SLV, TTO, URY, USA, VEN, VGB.</p> <p>Seis países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: ARG, BON, KNA, LCA, SXM, TCA.</p>					

²⁰ Los resultados generales se califican de la siguiente manera:

- **Alcanzado:** Ya se ha alcanzado la meta del indicador establecida para el 2019 (número de países o territorios, número o porcentaje para los indicadores regionales) en el Plan Estratégico de la OPS.
- **En curso:** Ha habido un aumento respecto de la línea de base del indicador definida en el 2013 (número de países o territorios, número o porcentaje para los indicadores regionales) y el trabajo para alcanzar la meta para el 2019 establecida en el Plan Estratégico ya se ha iniciado o está en curso.
- **Sin progreso:** No ha habido un aumento respecto de la línea de base establecida en el 2013 (número de países o territorios, número o porcentaje para los indicadores regionales) y el progreso hacia la consecución de la meta del indicador para el 2019 podría estar en peligro.

²¹ Los indicadores regionales son evaluados por la entidad regional responsable o la red de categorías y áreas programáticas sobre la base de la información más reciente, según los criterios definidos en el compendio de indicadores.

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación ^{20, 21}
<p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de tres países.</p> <p>Se excedió la meta de este indicador para el bienio.</p>					
4.1.2	Países habilitados para elaborar y ejecutar marcos financieros para la salud	Número de países y territorios que tienen estrategias financieras para lograr la cobertura universal de salud	9	18	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 16 + alcanzado parcialmente en 5)
<p>Dieciséis países y territorios alcanzaron el indicador: BHS, BRA, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, DOM, ECU, MEX, PAN, PER, SLV, STA, URY, USA.</p> <p>Cinco países alcanzaron parcialmente el indicador: BOL, BON, KNA, SXM, TCA.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de nueve países.</p> <p>Es necesario intensificar la acción para definir políticas a fin de reformar las estrategias de financiamiento de los países en el ámbito de la salud con respecto a <i>a)</i> la recaudación de fondos, <i>b)</i> sistemas de mancomunación y <i>c)</i> el diseño de los sistemas de pago y la asignación de recursos de manera tal que contribuyan al progreso hacia la salud universal.</p>					
4.1.3	Países habilitados para elaborar y ejecutar marcos normativos y legislativos para la cobertura universal de salud	Número de países y territorios que tienen marcos legislativos o normativos que apoyan la cobertura universal de salud	6	12	Excedido (alcanzado en 21 + alcanzado parcialmente en 2)
<p>Veintiún países y territorios alcanzaron el indicador: BOL, BON, BRA, CAN, COL, CUB, CUW, ECU, GMT, HND, MEX, NIC, PAN, PER, SAB, SLV, SUR, STA, SXM, URY, VEN.</p> <p>Dos países alcanzaron parcialmente el indicador: BHS, DOM.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de cuatro países.</p> <p>Los países han hecho un gran esfuerzo para incluir los marcos legislativos y normativos nacionales relacionados con la salud en el contexto del acceso a la salud y la cobertura universal de salud. Otras reformas jurídicas han consistido en la formulación, el examen o la modificación de leyes específicas relacionadas con la salud de una manera compatible con tratados y normas universales y regionales de derechos humanos (salud materna en Honduras; ley del tabaco en Jamaica, México y Colombia; ley de nutrición en Perú; ley de salud mental en Guatemala; ley sobre el VIH en Venezuela; el código penal de la República Dominicana en el contexto de la salud materna y los derechos reproductivos). Además, se reformó el código civil de Argentina en lo que respecta a la capacidad jurídica de las personas discapacitadas.</p>					

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación ^{20, 21}
4.1.4	Países habilitados para hacer el seguimiento y evaluar los indicadores de los sistemas y servicios de salud relacionados con la cobertura universal de salud y la equidad	Número de países y territorios que han llevado a cabo estudios para hacer el seguimiento y evaluar los indicadores de los sistemas y servicios de salud relacionados con la cobertura universal de salud y la equidad	0	8	Excedido (alcanzado en 11 + alcanzado parcialmente en 3)
<p>Once países alcanzaron el indicador: BRA, CAN, CHL, COL, GTM, MEX, PAN, PER, PRY, SLV, USA.</p> <p>Además, tres países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: BON, CRI, JAM.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de tres países.</p> <p>Se necesitan más mejoras con respecto al uso de métodos robustos y la disponibilidad de encuestas y datos de buena calidad en la Región a fin de que más países puedan dar seguimiento a sus sistemas de salud y evaluarlos en lo que se refiere a la salud universal y la equidad.</p>					

<p>Área programática 4.2: Servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad</p> <p>RESULTADO INTERMEDIO: Aumento del acceso a servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad</p> <p>Evaluación de los indicadores de los RIT: 1 de 1 en curso</p> <p>Evaluación de los indicadores de los RIM: 1 de 2 alcanzado, 1 de 2 alcanzado parcialmente</p>	<p>Calificación: Expectativas parcialmente cumplidas</p>
---	--

Evaluación de los indicadores de los resultados intermedios

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
4.2.1	Número de países que han reducido por lo menos en 10% las hospitalizaciones prevenibles por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio	n. d.	19	En curso (alcanzado en 6 + 6 en curso)
<p>Seis países alcanzaron el indicador: ARG, CUB, MEX, SAB, USA, VEN.</p> <p>Además, seis países alcanzaron parcialmente el indicador: BRA, CHL, DOM, HND, LCA, SLV.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de 16 países.</p> <p>En la Región todavía es necesario fortalecer la capacidad en el primer nivel de la atención. Además, se necesita un esfuerzo para elaborar políticas y llevar a cabo reformas que aborden la fragmentación, la mala calidad técnica, la remisión tardía de casos, la falta de acceso a servicios preventivos y la dependencia excesiva de la atención centrada en enfermedades agudas y el tratamiento basado en los hospitales.</p>				

Evaluación de los indicadores de los resultados inmediatos

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
4.2.1	Opciones de política, instrumentos y orientación técnica proporcionados a los países para que mejoren la prestación equitativa de servicios integrados y centrados en la persona, y fortalezcan los enfoques de salud pública	Número de países y territorios que están aplicando estrategias de redes de prestación de servicios integrados	10	15	Excedido (alcanzado en 23 + alcanzado parcialmente en 6)
<p>Veintitrés países y territorios alcanzaron el indicador: ARG, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, ECU, GTM, HND, JAM, MEX, NIC, PER, PRY, SLV, TCA, TTO, URY, USA, VGB.</p> <p>Otros seis países alcanzaron parcialmente el indicador: BHS, CUW, DOM, GUY, PAN, SUR.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de 10 países.</p> <p>El progreso hacia este indicador dependerá de la aplicación de estrategias nacionales que ya se están planificando.</p>					
4.2.2	Países habilitados para mejorar la calidad de atención y la seguridad del paciente en conformidad con las directrices de la OPS/OMS	Número de países y territorios que están aplicando estrategias o planes nacionales sobre la calidad de la atención y la seguridad del paciente	8	12	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 10 + alcanzado parcialmente en 11)
<p>Diez países alcanzaron el indicador: ARG, BRA, BRB, CHL, COL, CUB, DOM, MEX, PAN, PER.</p> <p>Además, 11 países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: BHS, BOL, CRI, GUY, JAM, KNA, PRY, SAB, SLV, TTO, VEN.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de tres países.</p>					

<p>Área programática 4.3: Acceso a productos médicos y fortalecimiento de la capacidad regulatoria</p> <p>RESULTADO INTERMEDIO: Aumento del acceso y del uso racional de medicamentos, productos médicos y tecnologías sanitarias seguros, eficaces y de buena calidad</p> <p>Evaluación de los indicadores de los RIT: 2 de 2 en curso Evaluación de los indicadores de los RIM: 4 de 4 alcanzados</p>	<p>Calificación: Expectativas cumplidas</p>
---	---

Evaluación de los indicadores de los resultados intermedios

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
4.3.1	Número de países que garantizan el acceso a los medicamentos de la lista nacional de medicamentos esenciales sin ningún pago en el punto de la atención, del servicio o de la entrega del medicamento	4	31	En curso (alcanzado en 7 + 8 en curso)
<p>Siete países alcanzaron el indicador: BRB, CRI, ECU, MEX, SLV, TTO, VEN.</p> <p>Otros ocho países y territorios avanzaron hacia el indicador: BHS, COL, GTM, NIC, PAN, PER, TCA, URY.</p> <p>La promoción de la causa se ha centrado en la mejora de la legislación y la normativa de los países para asegurar el acceso a medicamentos esenciales, como parte del progreso hacia la salud universal. Por ejemplo, en El Salvador ha aumentado considerablemente la disponibilidad de medicamentos en diferentes niveles, y en Barbados los medicamentos en el sector público se proveen gratuitamente en el lugar de consulta. Colombia ha avanzado en el establecimiento de las funciones de los comités de farmacoterapia. Sin embargo, subsisten algunos retos importantes, como: <i>a)</i> aumentar el acceso de la población a los medicamentos de la lista nacional de medicamentos esenciales, sin restricciones y de forma gratuita, en el lugar de la consulta; <i>b)</i> definir un marco jurídico para los comités de farmacoterapia y para la prescripción, dispensación y promoción del uso racional de medicamentos; y <i>c)</i> establecer mecanismos para lograr la sostenibilidad.</p>				
4.3.2	Número de países y territorios que han alcanzado o aumentado su capacidad regulatoria a fin de alcanzar la condición de entidad reguladora funcional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias	7	33	En curso (alcanzado en 7 + 25 en curso)
<p>Siete países alcanzaron el indicador: BRA, CAN, CHL, CUB, SLV, URY, USA.</p> <p>Además, 25 países y territorios lograron avances respecto del indicador: ARG, ATG, BHS, BOL, BRB, COL, CRI, DMA, DOM, ECU, GRD, GTM, GUY, HND, HTI, JAM, NIC, PAN, PER, PRY, SUR, TCA, TTO, VEN, VGB.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de un país.</p> <p>Los países han tomado medidas para fortalecer la seguridad, la calidad y la eficacia de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias. Chile, por ejemplo, ha creado un sistema regulador, y su Instituto de Salud Pública fue reconocido como organismo nacional de reglamentación funcional. Otros organismos nacionales de reglamentación han hecho avances importantes (Ecuador y El Salvador). El Sistema Regulador del Caribe es un nuevo enfoque subregional que proporcionará un proceso de registro centralizado para los países del Caribe.</p>				

Evaluación de los indicadores de los resultados inmediatos

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
4.3.1	Países habilitados para formular o actualizar, ejecutar, hacer el seguimiento y evaluar políticas nacionales para mejorar el acceso a medicamentos y otras tecnologías sanitarias	Número de países y territorios con políticas nacionales sobre el acceso, la calidad y el uso de medicamentos y otras tecnologías sanitarias actualizadas en los últimos cinco años	3	7	Excedido (alcanzado en 13 + alcanzado parcialmente en 13)
<p>Trece países y territorios alcanzaron el indicador: BON, CRI, CUW, DMA, ECU, HTI, JAM, MEX, NIC, PAN, PRY, URY, VEN.</p> <p>Otros trece países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: ARG, BHS, BRA, BRB, CHL, COL, DOM, HND, SAB, SLV, SUR, TTO, VGB.</p> <p>La mayoría de los países han ejecutado políticas nacionales para asegurar el acceso a medicamentos esenciales y otras tecnologías sanitarias prioritarias según las necesidades de salud pública. Asimismo, los mecanismos subregionales han hecho avances importantes para asegurar el acceso a medicamentos de alto costo. El MERCOSUR, por ejemplo, realizó negociaciones conjuntas en relación con antirretrovirales y medicamentos para la hepatitis C.</p>					
4.3.2	Ejecución de la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual	Número de países y territorios que notifican indicadores con respecto al acceso y la innovación por medio del observatorio de la Plataforma Regional de Acceso e Innovación para Tecnologías Sanitarias (PRAIS) de la OPS	5	7	Excedido (alcanzado en 9 + alcanzado parcialmente en 5)
<p>Nueve países alcanzaron el indicador: ARG, BOL, BRA, COL, DOM, PAN, PER, SLV, URY.</p> <p>Además, cinco países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: BON, BRB, GTM, SUR, TTO.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de siete países.</p> <p>Los países han proporcionado datos a PRAIS por medio de diferentes mecanismos, como los perfiles farmacéuticos de los países y evaluaciones reglamentarias.</p>					
4.3.3	Países habilitados para evaluar su capacidad nacional de regulación sobre medicamentos y otras tecnologías sanitarias	Número de países y territorios que han realizado una evaluación de sus funciones regulatorias para al menos dos de los siguientes puntos: medicamentos, dispositivos médicos,	7	11	Excedido (alcanzado en 14 + alcanzado parcialmente en 11)

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
		seguridad radiológica, seguridad de la sangre y trasplantes de órganos			
<p>Catorce países y territorios alcanzaron el indicador: ARG, BON, BRA, CAN, CRI, CUB, CUW, ECU, MEX, NIC, PER, SAB, STA, VEN.</p> <p>Otros once países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: BRB, CHL, COL, DOM, GUY, HTI, JAM, PAN, SLV, TTO, VGB.</p> <p>Se realizó una evaluación piloto de la capacidad de regulación de dispositivos médicos en cinco países: Colombia, Cuba, Ecuador, México y Panamá. Los resultados se presentaron en una reunión regional celebrada en Colombia en octubre del 2015.</p>					
4.3.4	Países habilitados para poner en marcha procesos y mecanismos a fin de evaluar las tecnologías sanitarias, su incorporación y gestión, al igual que el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias	Número de países y territorios con mecanismos para la evaluación de tecnologías sanitarias y la incorporación, la selección, la gestión y el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias sobre la base de la evidencia	3	8	Excedido (alcanzado en 13 + alcanzado parcialmente en 14)
<p>Trece países y territorios alcanzaron el indicador: BOL, BRA, CAN, CUB, CUW, MEX, NIC, PER, PRY, SAB, SLV, STA, URY.</p> <p>Además, 14 países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: ARG, BHS, BON, BRB, CHL, COL, CRI, DOM, ECU, GTM, HTI, JAM, PAN, VEN.</p> <p>Todavía no se había recibido confirmación de dos países en el momento de la preparación de este informe.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de dos países.</p> <p>Los países han hecho grandes avances en la aplicación de enfoques integrados para la evaluación y el uso racional de tecnologías sanitarias. Por ejemplo, El Salvador ha creado un departamento en el Ministerio de Salud que integra la evaluación y el uso racional de las tecnologías sanitarias. En Perú se creó una entidad responsable de la evaluación de tecnologías sanitarias que se incorporó recientemente en la red regional RedETSA. Argentina y Ecuador han avanzado en los campos de la donación, los trasplantes y la seguridad de la sangre, entre otros. Argentina también tiene una Unidad Coordinadora de Evaluación y Ejecución de Tecnologías en Salud (UCEETS).</p>					

<p>Área programática 4.4: Información y evidencia en apoyo de los sistemas de salud</p> <p>RESULTADO INTERMEDIO: Todos los países tienen sistemas de información e investigación sobre salud en funcionamiento</p> <p>Evaluación de los indicadores de los RIT: 2 de 2 en curso Evaluación de los indicadores de los RIM: 3 de 7 alcanzados, 4 de 7 alcanzados parcialmente</p>	<p>Calificación: Expectativas cumplidas</p>
---	--

Evaluación de los indicadores de los resultados intermedios

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
4.4.1	Número de países y territorios que cumplen las metas de cobertura y calidad establecidas en el Plan de acción regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud	14	35	En curso (alcanzado en 10 + 22 en curso)
<p>Diez países y territorios alcanzaron el indicador: ARG, BRA, CAN, CHL, CRI, CUB, MEX, PRI, URY, USA.</p> <p>Veintidós países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: AIA, ATG, BLZ, BOL, COL, DMA, DOM, ECU, GRD, GUY, HND, JAM, KNA, LCA, NIC, PER, SLV, SUR, TTO, VCT, VEN, VGB.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de dos países.</p> <p>La Organización ha abogado por la adopción de las políticas e intervenciones recomendadas en el Plan Regional para el Fortalecimiento de las Estadísticas Vitales y de Salud (PEVS). Alrededor de 30 países han establecido comités interinstitucionales con la finalidad de fortalecer la información sobre la salud. Veintiún países alcanzaron las metas del PEVS para los datos del nacimiento y 16 alcanzaron las metas para los datos de mortalidad; 17 y 12 países excedieron estas metas, respectivamente. La red de Sur a Sur de RELACSIS ha posibilitado el intercambio de prácticas óptimas y experiencias en toda la Región. También se está trabajando para seguir mejorando la cobertura y la calidad de las estadísticas vitales y de salud, en particular los registros de mortalidad (subregistro de mortalidad y causas de muerte mal definidas o desconocidas).</p>				
4.4.2	Número de países y territorios con mecanismos funcionales de gobernanza de la investigación sobre salud	5	26	En curso (alcanzado en 9 + 18 en curso)
<p>Nueve países y territorios alcanzaron el indicador: BRA, CAN, CHL, CUW, DMA, MEX, PAN, PER, USA.</p> <p>Dieciocho países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: ARG, BHS, BOL, CRI, DOM, ECU, GTM, GUY, HND, JAM, PRY, SLV, STA, SUR, SXM, TCA, TTO, VEN.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de tres países.</p> <p>El indicador incluye cuatro componentes clave: definición de las prioridades nacionales de investigación, normas de ética, proporción de ensayos clínicos registrados prospectivamente y mecanismos de traducción de la investigación.</p>				

Evaluación de los indicadores de los resultados inmediatos

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
4.4.1	Países habilitados para cumplir con la vigilancia integral de la situación de salud regional y en el país, al igual que sus tendencias y determinantes	Número de países y territorios que vigilan la situación, las tendencias y los determinantes de la salud de manera bienal	9	14	Excedido (alcanzado en 18 + alcanzado parcialmente en 7)
<p>Dieciocho países y territorios alcanzaron el indicador: ARG, BLZ, BRA, CAN, COL, CRI, CUB, DMA, GLP, GTM, GUF, MTQ, NIC, PAN, PER, PRI, PRY, USA.</p> <p>Siete países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: BON, ECU, MEX, STA, SUR, TCA, TTO.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de seis países.</p> <p>Se prevé que el proceso de Salud en las Américas 2017 redundará en grandes mejoras de alcance regional. Es necesario intensificar la acción para formar capacidad en los sistemas de información de salud para la gestión de datos y el seguimiento de las tendencias de la situación sanitaria. Entre las estrategias a mediano plazo para abordar las deficiencias cabe señalar la asignación de más fondos y recursos humanos para estas funciones esenciales de salud pública y la formulación de políticas y estrategias propicias con objeto de fortalecer los sistemas de información de salud. Se está trabajando para elaborar una estrategia con la finalidad de mejorar el análisis de los datos sobre la salud en toda la Región usando un proceso adaptado a las necesidades de los países.</p>					
4.4.2	Ejecución de la estrategia regional y plan de acción sobre <i>eSalud</i>	Número de países y territorios que están aplicando una estrategia de <i>eSalud</i>	5	16	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 7 + alcanzado parcialmente en 13)
<p>Siete países y territorios alcanzaron el indicador: BON, BRA, CAN, CHL, COL, JAM, USA.</p> <p>Otros 13 países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: ARG, BLZ, BRB, CRI, CUW, DOM, GTM, MEX, PER, SLV, TTO, VEN, VGB.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de dos países.</p> <p>El compromiso político y la adopción de medidas de <i>eSalud</i> han aumentado en forma sostenida. Esto ha dado lugar a una mayor movilización de recursos para la adopción y el desarrollo de servicios digitales que posibilitarán un mayor acceso, ampliarán la cobertura y aumentarán la eficiencia financiera de los sistemas de atención de salud. La OPS prevé que, para fines del 2017, al menos 12 países y territorios más tendrán estrategias nacionales de <i>eSalud</i> (Argentina, Belice, Islas Vírgenes Británicas, Costa Rica, Dominica, El Salvador, México, Panamá, Paraguay, Perú, Trinidad y Tabago, y Venezuela).</p>					

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
4.4.3	Ejecución de la estrategia regional de gestión del conocimiento	Número de países y territorios que están aplicando una estrategia de gestión del conocimiento	6	12	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 7 + alcanzado parcialmente en 5)
<p>Siete países alcanzaron el indicador: ARG, BRA, COL, DMA, GUY, MEX, PAN.</p> <p>Cinco países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: CRI, DOM, SAB, SLV, STA.</p> <p>La OPS proporcionó apoyo adaptado a las necesidades de los países y territorios para el cumplimiento de este indicador, considerando que la aplicación de esta estrategia requiere la priorización sostenida de la gestión del conocimiento y campos conexos. En consecuencia, se realizó un progreso considerable durante el bienio. Por ejemplo, Argentina aumentó su contribución a la base de datos LILACS; el país ahora tiene una biblioteca virtual nacional en salud y cinco bibliotecas temáticas. Además, BIREME ha indizado tres revistas científicas argentinas en el sistema MEDLARS/NLM. En el 2014, el Hospital Italiano de Buenos Aires fue designado centro colaborador de la OPS/OMS en la gestión del conocimiento. Brasil, con una biblioteca virtual nacional en salud y más de 25 bibliotecas temáticas, es el país que más bibliotecas de este tipo tiene en la Región. En el 2015, la OPS firmó un convenio con el Ministerio de Salud de Brasil para apoyar la innovación y el desarrollo del portal “Salud Basada en Evidencias” a iniciativa del propio país. En el 2015, todos los centros de colaboración de LILACS procesaron 23.039 documentos (cifra que representa un aumento de 4,5% en comparación con el 2014). Cabe destacar también la creación del portal EvIDeNce del Organismo de Salud Pública del Caribe (CARPHA) en Jamaica, con más de 16,5 millones de registros bibliográficos, cinco millones de los cuales tienen el texto completo. A fin de alcanzar los hitos establecidos para la estrategia regional de gestión del conocimiento, es crucial recalcar la importancia del Programa de Acceso a la Investigación en Salud (HINARI) de la OMS, entre otros.</p>					
4.4.4	Aplicación de la <i>Política de investigación para la salud</i> (documento CD49/10)	Número de países y territorios que están aplicando la política regional de investigación para la salud	18	23	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 14 + alcanzado parcialmente en 15)
<p>Catorce países y territorios alcanzaron el indicador: ARG, BRA, CAN, CHL, CUB, GLP, GUF, HND, MEX, MTQ, NIC, PER, PRY, USA.</p> <p>Otros quince países alcanzaron parcialmente el indicador: ATG, COL, CRI, DOM, ECU, GUY, JAM, KNA, LCA, PAN, SLV, SUR, TCA, VCT, VEN.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de nueve países.</p> <p>Al 2015, la mayoría de los países tenían políticas de investigación para la salud. La capacidad pertinente de los países ha aumentado notablemente, aunque de forma despareja. La OPS ha colaborado con escuelas de salud pública para abogar por la aplicación de la política regional y ha proporcionado 180 becas para estudios de posgrado a nivel de maestría y doctorado. La Organización ha catalizado la creación de herramientas estratégicas orientadas a mejorar y brindar acceso a recursos estratégicos basados en la evidencia para la investigación para la salud que enriquecen la política de salud pública y la adopción de decisiones.</p>					

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
4.4.5	Países habilitados para fortalecer su capacidad de generar y aplicar pruebas científicas	Número de países y territorios que integran la evidencia científica, en los programas o en las políticas utilizando metodologías normalizadas	8	12	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 9 + alcanzado parcialmente en 6)
<p>Nueve países alcanzaron el indicador: ARG, BRA, COL, CRI, CUB, MEX, NIC, PAN, PRY.</p> <p>Otros seis países alcanzaron parcialmente el indicador: BOL, CHL, GTM, PER, SLV, TTO.</p> <p>El progreso en el fomento de la traducción de conocimientos y los mecanismos de la evidencia incluye mejoras en 12 programas de salud incorporando la investigación (la Iniciativa iPIER) en Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, México, Panamá, Perú y Santa Lucía. Se han fortalecido los programas nacionales de evidencia con normas, estrategias, capacitación y apoyo a la formulación de directrices usando la metodología GRADE (curso virtual de la OPS ofrecido en más de 10 países). Hay una plataforma regional para adaptar las directrices y la traducción de conocimientos, y está aumentando el cumplimiento en la OPS. Se han actualizado o elaborado agendas, políticas, normas y reglamentos nacionales y subregionales para la investigación. Hay un programa subregional sobre la enfermedad renal crónica de causas no tradicionales en Centroamérica que los países pueden consultar.</p>					
4.4.6	Países habilitados para abordar los aspectos éticos prioritarios relacionados con la salud pública y la investigación para la salud	Número de países y territorios con mecanismos de rendición de cuentas para revisar la investigación o incorporar la ética en el ámbito de la salud pública	2	9	Excedido (alcanzado en 12 + alcanzado parcialmente en 3)
<p>Doce países alcanzaron el indicador: ARG, BRA, CHL, COL, GTM, HND, JAM, MEX, PAN, PER, SLV, VEN.</p> <p>Además, tres países alcanzaron parcialmente el indicador: BHS, BOL, TTO.</p> <p>Se han tomado medidas para implementar el software ProEthos a fin de fortalecer el examen de los aspectos éticos de las investigaciones con seres humanos (Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guadalupe, Honduras y Perú). Se han hecho revisiones de los marcos nacionales para asegurar que las investigaciones con seres humanos sean éticas (Colombia, Costa Rica, Ecuador, Jamaica y Perú) y se ha proporcionado capacitación sobre los aspectos éticos de las investigaciones a nivel subregional y nacional (Chile, Colombia, Costa Rica, Guatemala, Perú, y Trinidad y Tabago). Se proporcionó material didáctico novedoso, así como orientación y talleres, en Chile, Colombia y Puerto Rico y para funcionarios de la OPS a fin de incorporar mejor los aspectos éticos en las decisiones de salud pública.</p>					

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
4.4.7	Ampliación de la Iniciativa Regional de Datos Básicos y Perfiles de País de la OPS a fin de dar seguimiento a los indicadores del Plan Estratégico 2014-2019	Proporción de indicadores de impacto del Plan Estratégico 2014-2019 sobre los cuales se está informando por medio de la Iniciativa Regional de Datos Básicos y Perfiles de País de la OPS	n.d.	100%	Alcanzado (100%)
Este indicador de alcance regional tiene como finalidad proporcionar datos estratégicos de los países y territorios sobre el progreso en el cumplimiento de los indicadores relacionados con el impacto en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. La OPS ha creado una base de datos regional y de países con la línea de base, el progreso y las metas.					

Área programática 4.5: Recursos humanos para la salud

RESULTADO INTERMEDIO: Disponibilidad adecuada de personal de salud competente, culturalmente apropiado, bien reglamentado y distribuido, y tratado de manera justa

Evaluación de los indicadores de los RIT: 3 de 3 en curso
Evaluación de los indicadores de los RIM: 4 de 4 alcanzados parcialmente

**Calificación:
Expectativas parcialmente cumplidas**

Evaluación de los indicadores de los resultados intermedios

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
4.5.1	Número de países y territorios con por lo menos 25 trabajadores de salud (médicos, enfermeras y parteras) por 10.000 habitantes	25	31	En curso (alcanzado en 27)
<p>Veintisiete países y territorios alcanzaron el indicador: AIA, ARG, BLZ, BRA, BRB, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, CYM, DMA, GLP, GRD, LCA, MEX, MSR, MTQ, PAN, PER, PRY,SLV, SUR, TTO, URY, USA, VEN.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de tres países.</p> <p>Otros siete países y territorios enfrentarán retos para alcanzar este resultado intermedio para el 2019 (Bolivia, Ecuador, Guadalupe, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua). En el 2015, estos países comprendidos en la meta notificaron los siguientes datos sobre el número de trabajadores de salud por 10.000 habitantes: Haití, 3,6; Guyana, 11,6; Guatemala, 12,5; Honduras, 13,6; Bolivia, 14,1; Nicaragua, 16,0; y Ecuador, 18,2. La OPS está colaborando con estos países para fortalecer la planificación de la capacidad a fin de mejorar la dotación de personal y en particular para abordar el problema de la emigración de trabajadores de salud.</p>				

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
4.5.2	Número de países y territorios con programas nacionales de capacitación sobre salud pública y competencias interculturales para los trabajadores de atención primaria de salud	8	22	En curso (alcanzado en 5 + 16 en curso)
<p>Cinco países y territorios alcanzaron el indicador: BRA, CHL, CUB, CUW, PAN.</p> <p>Además, 16 países y territorios avanzaron hacia el indicador: ARG, BON, COL, CRI, ECU, GRD, LCA, MEX, PER, PRY, SLV, STA, SXM, TCA, TTO, VEN.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de un país.</p> <p>Se observa progreso en relación con este indicador en países con diversidad étnica y cultural.</p>				
4.5.3	Número de países y territorios que han reducido en 50% la brecha en la densidad de trabajadores de salud (médicos, enfermeras y parteras) entre jurisdicciones subnacionales (provincia, estado, departamento, territorio, distrito, etc.) que tienen una densidad menor de trabajadores de salud con respecto a la densidad nacional	11	19	En curso (alcanzado en 10 + 2 en curso)
<p>Diez países alcanzaron el indicador: CUB, HND, JAM, NIC, PAN, PER, PRY, TCA, TTO, VEN.</p> <p>Dos países alcanzaron parcialmente el indicador: BOL, KNA.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de 13 países.</p> <p>Para que se pueda evaluar este indicador, es necesario que cada país establezca una línea de base respecto de la cual se pueda medir el progreso. El cumplimiento no significa necesariamente lograr la distribución óptima del personal de salud, sino que denota progreso en la reducción de la brecha entre áreas de mayor densidad y áreas subatendidas. Es importante señalar que los países con la mayor concentración demográfica han mostrado progreso en relación con este indicador.</p>				

Evaluación de los indicadores de los resultados inmediatos

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
4.5.1	Países habilitados para formular y ejecutar políticas o planes de recursos humanos para la salud a fin de lograr la cobertura universal de salud y abordar las necesidades de salud actuales y futuras de la población	Número de países y territorios con un plan de acción sobre los recursos humanos para la salud en consonancia con las políticas y las necesidades del sistema de prestación de atención de salud	11	17	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 7 + alcanzado parcialmente en 10)
<p>Siete países y territorios alcanzaron el indicador: AIA, CAN, CHL, CUB, SLV, URY, VEN.</p> <p>Además, diez países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: BON, COL, CRI, DOM, ECU, KNA, MEX, PER, TTO, USA.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de seis países.</p> <p>El progreso fue considerable en relación con este indicador, con adelantos importantes en la mayoría de los países comprendidos en la metas.</p>					
4.5.2	Países habilitados para mejorar el desempeño, las condiciones de trabajo, la satisfacción laboral y la estabilidad del personal en el área de la salud de acuerdo con el <i>Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud</i>	Número de países y territorios con un marco jurídico integral que garantice un trato apropiado de los trabajadores de salud	12	18	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 9 + alcanzado parcialmente en 4)
<p>Nueve países y territorios alcanzaron el indicador: BRA, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, NIC, SAB, USA.</p> <p>Otros cuatro países alcanzaron parcialmente el indicador: BHS, DOM, PER, SLV.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de siete países.</p> <p>Se ha registrado cierto progreso, pero vale la pena acotar que en la mayoría de los países el establecimiento de un marco legal es un proceso largo. Se espera que los países aprovechen este progreso en el actual bienio.</p>					

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
4.5.3	Orientación técnica proporcionada a las instituciones y los programas académicos en el ámbito de la salud a fin de orientar la educación sobre ciencias de la salud hacia la atención primaria	Número de programas académicos reorientados hacia la atención primaria de salud	7	12	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 6 + alcanzado parcialmente en 4)
<p>Seis países y territorios lograron este indicador: CUB, DOM, KNA, NIC, SAB, VEN.</p> <p>Además, otros cuatro países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: BON, COL, MEX, TTO.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de tres países.</p> <p>Subsiste un reto importante para los países en la medida en que las universidades tienen autonomía para definir sus propios programas de estudios.</p>					
4.5.4	Países y territorios habilitados para elaborar y aplicar estrategias innovadoras a fin de mejorar la fuerza laboral dedicada a la salud pública y a las esferas clínicas y de gestión	Número de países y territorios que han establecido un nodo del Campus Virtual de Salud Pública o una red de ciberaprendizaje equivalente	7	14	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 11 + alcanzado parcialmente en 8)
<p>Once países alcanzaron el indicador: CHL, COL, CUB, DOM, ECU, HND, MEX, PER, PRY, SLV, URY.</p> <p>Además, ocho países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: ABW, CRI, GUY, JAM, PRI, SAB, TTO, VEN.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de nueve países.</p>					

**Evaluación de fin del bienio 2014-2015
Informe de la categoría 5**

CATEGORÍA 5: PREPARACIÓN, VIGILANCIA Y RESPUESTA				CALIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN GENERAL DE LA CATEGORÍA ²² Expectativas parcialmente cumplidas			
PANORAMA PROGRAMÁTICO Y PRESUPUESTARIO DE LA CATEGORÍA							
Cuadro 1. Resumen programático y presupuestario de la categoría 5							
Área programática	Presupuesto aprobado (Programa y Presupuesto 2014-2015) (en millones de US\$)	Fondos asignados (en millones de US\$)	Porcentaje asignado al Programa y Presupuesto	Ejecución presupuestaria en comparación con el Programa y Presupuesto (%)	Ejecución presupuestaria en comparación con los fondos asignados (%)	Calificación de los indicadores de resultados inmediatos	Estado de los indicadores de resultados intermedios
5.1 Capacidad de alerta y respuesta (para el RSI)	9,85	10,51	106,6	99,1	92,9	2 de 2 alcanzados parcialmente	1 de 1 en curso
5.2 Enfermedades epidémicas y pandémicas	8,02	9,69	120,9	113,4	93,7	1 de 3 alcanzado, 2 de 3 alcanzados parcialmente	1 de 1 en curso
5.3 Gestión de emergencias, riesgos y crisis	18,98	21,03	110,8	104,1	94,0	5 de 5 alcanzados	2 de 2 en curso
5.4 Inocuidad de los alimentos	9,54	13,97	146,5	135,5	92,5	1 de 4 alcanzado, 3 de 4 alcanzados parcialmente	1 de 1 en curso
TOTAL	46,39	55,20	119,0	111,1	93,4	7 de 14 alcanzados, 7 de 14 alcanzados parcialmente	5 de 5 en curso
5.5 Respuesta a brotes y crisis	22,00	9,84	44,8	42,0	93,8	1 de 1 alcanzado	1 de 1 alcanzado

²² La calificación obtenida en la evaluación general para cada categoría y área programática es determinada por los facilitadores de las categorías y las áreas programáticas de la OPS, respectivamente, teniendo en cuenta la ejecución programática y presupuestaria, el análisis de los recursos (humanos y financieros) y los riesgos operativos y programáticos. Las calificaciones se definen de la siguiente manera:

- **Expectativas cumplidas (verde):** se alcanzaron entre 90% y 100% de los resultados para el período que se está evaluando. Se está progresando de acuerdo a lo planificado y no se prevén mayores impedimentos ni riesgos que afecten el logro de los resultados.
- **Expectativas parcialmente cumplidas (amarillo):** se alcanzaron entre 75% y 89,9% de los resultados para el período que se está evaluando. El progreso podría estar en peligro y se deben tomar medidas correctivas para superar los retrasos, impedimentos y riesgos.
- **Progreso insuficiente (rojo):** se alcanzaron menos de 75% de los resultados para el período que se está evaluando. El progreso está en peligro debido a obstáculos o riesgos que están afectando la consecución de los resultados. Se necesitan medidas correctivas inmediatas.

**Cuadro 2a. Panorama presupuestario de la categoría 5 por nivel funcional:
áreas programáticas 5.1 a 5.4**

Nivel funcional	Fondos asignados (en millones de US\$)	Porcentaje asignado por nivel	Gasto total (en millones de US\$)	Ejecutado (%)
País	13,71	24,85	13,53	98,7
Entre países	19,90	36,04	18,32	92,1
Subregional	2,76	5,01	2,56	92,5
Regional	18,82	34,10	17,13	91,0
Total	55,20	100,00	51,53	93,4

**Cuadro 2b. Panorama presupuestario de la categoría 5 por nivel funcional:
área programática 5.5 (respuesta a brotes y crisis)**

Nivel funcional	Fondos asignados (en millones de US\$)	Porcentaje asignado por nivel	Gasto total (en millones de US\$)	Ejecutado (%)
País	8,75	88,86	8,22	94,0
Entre países	0,30	3,06	0,28	92,2
Subregional	0,08	0,80	0,07	92,2
Regional	0,72	7,28	0,66	92,2
Total	9,85	100,00	9,23	93,8

ANÁLISIS PROGRAMÁTICO DE LA CATEGORÍA

Resumen de la evaluación general de la categoría

La categoría 5 se centra en el fortalecimiento de la capacidad de los países en lo que se refiere a prevención, reducción de riesgos, preparativos, vigilancia, respuesta y recuperación temprana en relación con todos los tipos de peligros para la salud humana que puedan surgir de emergencias o desastres. Se presta especial atención a las capacidades requeridas en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) del 2005. El trabajo en esta categoría procura fortalecer la formación de capacidad para hacer frente a peligros específicos relacionados con una gama de enfermedades que pueden causar brotes, epidemias o pandemias, así como con la inocuidad de los alimentos, zoonosis, la resistencia a los antimicrobianos, emergencias químicas y radiológicas, peligros naturales y conflictos. Utiliza el enfoque de la seguridad humana en la formulación de políticas intersectoriales coherentes para proteger a la gente y darle poder de decisión a fin de aumentar la resiliencia de las comunidades frente a peligros críticos y generalizados. Además, esta categoría incluye asistencia internacional coordinada en el campo de la salud para ayudar a los Estados Miembros a responder a emergencias cuando sea necesario.

Con ocho de 14 indicadores de resultados inmediatos alcanzados plenamente y los otros seis alcanzados parcialmente durante el bienio 2014-2015, las expectativas de la categoría 5 se cumplieron parcialmente en el período evaluado. Se han hecho grandes avances y se han obtenido grandes logros en las cinco áreas programáticas a pesar de que los resultados globales han sido dispares. La ejecución presupuestaria fue sólida, ascendiendo a 94% de los fondos asignados.

Un importante esfuerzo en esta categoría y para la Organización en conjunto durante el bienio fue el apoyo a la respuesta al brote de la enfermedad por el virus del Ébola en África occidental y el suministro de cooperación técnica a los Estados Miembros a fin de mejorar sus preparativos para hacer frente al virus del Ébola como parte de una estrategia más amplia de preparativos para hacer frente a brotes y otras crisis. Aunque esta emergencia de grado 3 planteó muchos retos, incluida la perturbación de varios planes de trabajo de la OPS y de los Estados Miembros, también brindó una oportunidad para avanzar en muchos aspectos del programa de trabajo relacionado con los preparativos, la vigilancia y la respuesta. La respuesta al brote del virus del Zika que empezó en el 2015, con la intensificación del brote y las complicaciones conexas del último trimestre de ese año, se beneficiará de las mejoras efectuadas para hacer frente a la enfermedad por el virus del Ébola.

Debido al brote del virus del Ébola, en el 2015 se convocó una reunión extraordinaria del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la capacidad de la OMS para prepararse y responder a emergencias y brotes sostenidos y en gran escala. Esto llevó al establecimiento del Grupo asesor sobre la reforma de la labor de la OMS en los brotes y las emergencias con consecuencias sanitarias y humanitarias. Este grupo asesor de alto nivel ya ha formulado recomendaciones sobre maneras de fortalecer la capacidad de la OMS con cambios internos, apoyo a los Estados Miembros para la formación de capacidad y el fortalecimiento de alianzas. El plan acordado abarca seis áreas de trabajo: manejo del peligro de infecciones, preparativos de los Estados Miembros (RSI y riesgos de toda clase), evaluación de riesgos y gestión de la información en situaciones de emergencia sanitaria, operaciones de emergencia (en relación con riesgos y sucesos de toda clase), gestión y administración, y relaciones externas. La ejecución se centrará en el manejo de incidentes, aspectos clave de las pruebas piloto y cambios transformadores.

La OPS ya cuenta con varios de los elementos que se recomiendan en la reestructuración propuesta, entre ellos un equipo sólido de respuesta regional, un cuadro de coordinadores capacitados de grupos de acción sanitaria y equipos de médicos extranjeros, y una red regional sólida de alerta y respuesta ante brotes epidémicos. Además, la política de la OPS/OMS de respuesta institucional a emergencias y desastres constituye la base de un programa de capacitación elaborado con la finalidad de mejorar la capacidad de los gerentes y altos directivos de la OPS/OMS en el ámbito de la preparación operacional y la respuesta a emergencias. El programa de capacitación tiene dos componentes principales:

- un curso de ciberaprendizaje que facilitará el aprendizaje continuo, con una versión en inglés, que se lanzó durante el semestre 3 (enero a junio del 2015), y una versión en español, que se terminó de preparar en el último trimestre del 2015 y se lanzará a principios del 2016; y
- sesiones de capacitación presencial sobre la preparación operacional y la respuesta a desastres con representantes de la OPS/OMS, administradores y puntos focales para desastres de las representaciones de la OPS/OMS, departamentos de la OPS y centros colaboradores. Esta capacitación amplía el contenido del curso en línea antedicho.

5.1 Capacidad de alerta y respuesta (para el RSI)

Panorama

En esta área programática se procura que todos los países de la Región tengan las capacidades básicas necesarias para cumplir con sus responsabilidades de conformidad con el RSI (2005) antes del vencimiento del plazo en el 2016. Estas responsabilidades abarcan la legislación nacional, la normativa y el financiamiento; la coordinación y las comunicaciones de centros nacionales de enlace; la vigilancia y la comunicación de riesgos; los preparativos y la respuesta; la prevención y el control de infecciones; los recursos humanos; la formación de capacidad en materia de laboratorios y la formación de redes.

Logros

- Veintidós países de la Región solicitaron y recibieron la prórroga para 2014-2016 en relación con los planes nacionales para el RSI, lo cual muestra su compromiso con el establecimiento de las capacidades nacionales en el ámbito de la salud pública. Como parte del desarrollo de las capacidades de conformidad con el RSI, se proporcionó apoyo técnico para actualizar estos planes en el contexto del Marco para el fortalecimiento de la preparación y respuesta a nivel nacional para la enfermedad por el virus del Ébola en las Américas (el marco de preparativos para el virus del Ébola).
- Con respecto a la alerta y la respuesta, durante el bienio prosiguieron las actividades diarias de seguimiento epidemiológico y acciones de respuesta para informar rápidamente a los Estados Miembros acerca de amenazas o riesgos para la salud pública, como el virus del Zika. Se evaluaron los riesgos de la mayoría de las posibles emergencias de salud pública y la OPS comunicó estos riesgos a los centros nacionales de enlace para el RSI en un plazo de 48 horas. Durante 2014-2015 se enviaron 38 alertas y actualizaciones epidemiológicas a los Estados Miembros de la OPS/OMS, se colocaron 31 actualizaciones de sucesos (10 de ellas relacionadas con el virus del Zika) en el sitio de la OMS con información sobre sucesos para centros nacionales de enlace y se enviaron 594 comunicaciones por correo electrónico a los Estados Miembros acerca de amenazas o riesgos para la salud pública. Además, se intensificó el seguimiento durante la Copa Mundial de Fútbol Brasil 2014, lo cual llevó a la comunicación de 177 eventos de salud pública, de los cuales 52% correspondieron a enfermedades infecciosas.

Retos

- La capacidad de la OPS/OMS para proporcionar información que sirva de base para la acción y el asesoramiento técnico a las autoridades nacionales acerca de eventos de salud pública que podrían entrañar un riesgo para la salud pública internacional depende de la notificación oportuna y la transparencia de los Estados Miembros en el intercambio de información con la OPS, así como de la capacidad de la OPS para mantener una comunicación permanente con los centros nacionales de enlace para el RSI. Las demoras en el intercambio de información con los centros nacionales de enlace se debió a demoras de la respuesta, la revisión o las observaciones de los Estados Miembros en relación con el material colocado por la OPS/OMS o a demoras de los colegas de la OMS con la colocación de esa información en el sitio seguro de la OMS dedicado a información sobre eventos para centros nacionales de enlace.
- Los países tienen que reafirmar su compromiso de seguir trabajando con el fin de establecer capacidades básicas sostenibles para el RSI a la luz de las enseñanzas de los preparativos y la respuesta a la enfermedad por el virus del Ébola y otras emergencias de salud pública.

Enseñanzas

- En vista de que los preparativos en el ámbito de la salud pública representan un proceso continuo, hay que emplear mecanismos para facilitar el intercambio de prácticas adecuadas e información entre países con objeto de fortalecer los preparativos y la respuesta a la enfermedad por el virus del Ébola y otros agentes patógenos emergentes en el bienio 2016-2017.
- A pesar de la complejidad del mantenimiento de una comunicación fluida y oportuna entre los centros nacionales de enlace para el RSI, la OPS estableció varios mecanismos durante este bienio a fin de lograr una comunicación de ese tipo. Por ejemplo, la Oficina Sanitaria Panamericana difundió más información a los Estados Miembros por correo electrónico y, en el caso del virus del Zika, la alerta epidemiológica de mayo del 2015 se redactó de manera genérica para evitar retrasos en el intercambio de información.

5.2 Enfermedades epidémicas y pandémicas

Panorama

El trabajo en esta área programática se centra en la mejora del intercambio de conocimientos e información sobre enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes; la mejora de la vigilancia y la respuesta a las enfermedades epidémicas de posible importancia internacional; el apoyo a los países para la mejora de sus preparativos, su respuesta y su resiliencia frente a las epidemias; la orientación sobre el manejo clínico basado en la evidencia y el control de infecciones para reducir la morbilidad y la mortalidad durante los brotes; y la formación de redes para contribuir a los mecanismos y procesos mundiales de conformidad con las disposiciones del RSI.

Logros

- Como parte de la labor de preparación y respuesta a brotes de enfermedades infecciosas emergentes, se estableció el marco de preparativos para el virus del Ébola y se proporcionó cooperación técnica directa a más de 26 Estados Miembros. Esta tarea tuvo tres fases: *a)* preparatoria, que abarcó consultas con los Estados Miembros; *b)* misiones técnicas a 27 Estados Miembros, adaptadas a las necesidades de cada país visitado; y *c)* seguimiento para poner en práctica recomendaciones anteriores y evaluar las necesidades futuras en relación con la política, los preparativos, la vigilancia, la capacidad en materia de laboratorios, la respuesta, la comunicación de riesgos, etc., en el contexto de las capacidades básicas requeridas por el RSI.
- Se han creado instrumentos de manejo clínico y se ha desarrollado la capacidad en materia de laboratorios a fin de fortalecer la capacidad de los países para responder al chikunguña y se ha movilizado y coordinado cooperación técnica integral para los países afectados por el brote del virus del Zika. De esta labor se han extraído enseñanzas importantes sobre la obtención y el mantenimiento de las capacidades básicas requeridas por el RSI para hacer frente a enfermedades infecciosas emergentes en la Región.
- La Región ha hecho un trabajo pionero en lo que respecta a la resistencia a los antimicrobianos. El 54.º Consejo Directivo de la Organización aprobó el *Plan de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos*. La resolución resultante concuerda con las estrategias mundiales y apoyará la labor de promoción relacionada con esta área prioritaria en la Región. El plan de acción se elaboró sobre la base de procesos consultivos y una gran colaboración entre los departamentos técnicos de la Organización, la OMS, asociados clave y Estados Miembros.

Retos

- Ciertos brotes, como el de la enfermedad por el virus del Ébola, si bien representan una oportunidad para reforzar los preparativos de los países, la respuesta y la capacidad de recuperación tras epidemias, pueden llevar a un enfoque y un proceso de planificación estrechos, desperdiciándose de esta forma oportunidades para actualizar los planes operativos para los preparativos y la respuesta a brotes con una perspectiva más amplia que abarque peligros de distintas clases.
- Debido a la circulación reciente de arbovirus de importancia para la salud pública en la Región, se han intensificado las actividades al respecto, lo cual, a su vez, ha impuesto una carga mayor a la Oficina, que debe responder oportunamente a la demanda creciente de los Estados Miembros. La mayor complejidad de las actividades de vigilancia y control en los últimos años ha obligado a los países a reestructurar y adaptar sus planes de salud pública con el propósito de responder a las amenazas para la salud pública, de acuerdo con el RSI.
- Es necesario intensificar las actividades para contener la resistencia a los antimicrobianos, entre ellas la concientización y educación, la reducción del uso indebido de antimicrobianos, la vigilancia de la ampliación de

la farmacorresistencia, la mejora de la prevención y el control de infecciones y el aumento de las inversiones en investigación y desarrollo de antibióticos y medios de diagnóstico nuevos.

Enseñanzas

- El brote de la enfermedad por el virus del Ébola brindó una oportunidad para evaluar la implementación operativa de las capacidades básicas requeridas por el RSI y los preparativos de los sistemas de salud para responder adecuadamente a un posible caso de esta enfermedad u otra enfermedad infecciosa emergente. En el contexto del marco de preparativos para la enfermedad por el virus del Ébola, las misiones técnicas en los países han posibilitado la detección de discrepancias entre las conclusiones de los expertos y las autoevaluaciones de la capacidad básica de los países. Esto indica la necesidad de refinar el enfoque del seguimiento en la aplicación del RSI a fin de prestar más atención al papel de los sistemas de salud pública.
- Es importante señalar que se dedicó mucho tiempo y esfuerzo a las actividades de preparación y respuesta a enfermedades infecciosas emergentes, como la enfermedad por el virus del Ébola y el virus del Zika. Estos sucesos plantearon tanto oportunidades como retos para la movilización de recursos. Aunque estas enfermedades captaron la atención de los donantes, al mismo tiempo obligaron a la Organización a reorientar el trabajo de los técnicos a la labor de respuesta.

5.3 Gestión de emergencias, riesgos y crisis

Panorama

Esta área programática refleja la mayor parte del trabajo de la Organización en el ámbito de los preparativos y la mitigación, con la finalidad tanto de aumentar su propia capacidad de respuesta institucional como de apoyar a los Estados Miembros en su labor para proteger el bienestar físico, mental y social de sus poblaciones y recuperarse rápidamente de las emergencias y los desastres. Esto se ha logrado con el fortalecimiento de las funciones nacionales de liderazgo de los preparativos, el seguimiento y la respuesta en los ministerios de salud, la promoción de la adopción de puntos de referencia para los preparativos para casos de desastre y el refuerzo de la propia capacidad de la Organización para hacer frente a un gran aumento de la demanda, entre otros medios.

Logros

- El 53.^{er} Consejo Directivo de la OPS aprobó la resolución CD53.R9, *Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria*, que abarca el período 2015-2019. Se han creado o actualizado herramientas y mecanismos con el fin de apoyar a los Estados Miembros en el proceso de ejecución, incluida una plataforma electrónica para coordinar la respuesta en el sector de la salud (HoPE) y un grupo asesor integrado por expertos en respuesta humanitaria. De la primera reunión del grupo asesor, convocado en Perú en julio del 2015, surgieron recomendaciones para la ejecución del plan de acción.
- Tres iniciativas clave de la OPS (hospitales seguros, hospitales inteligentes y equipos de médicos extranjeros) fueron ampliadas o están ampliándose a escala mundial y fueron un elemento importante del componente de salud de la Tercera Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre la Reducción de Riesgos de Desastres. Además, gracias al liderazgo de la OPS y la participación activa de los interesados directos del campo de la salud, se señaló la salud como prioridad para la reducción de riesgos de desastres en las Américas en el contexto del marco mundial para la reducción de riesgos de desastres después del 2015.
- La OPS siguió proporcionando liderazgo y apoyo técnico a Haití y Colombia para abordar sus emergencias prolongadas relacionadas con el cólera y el desplazamiento interno debido al conflicto armado, respectivamente. En Haití se proporcionó apoyo a las autoridades de salud para ejecutar la fase a corto plazo

del Plan Nacional para la Eliminación del Cólera en Haití, 2013-2022. El apoyo continuo de la OPS para fortalecer la coordinación, la gestión de la información, la vigilancia epidemiológica y la capacidad de respuesta del Ministerio de Salud de Haití, así como el apoyo logístico y técnico proporcionado a asociados en la lucha contra el cólera, ayudaron a controlar la mortalidad por esta enfermedad y a mantener la tasa general de letalidad del cólera en Haití debajo del 1% (0,89% en el 2015). En Colombia, la OPS ayudó a reactivar el mecanismo de grupos de acción sanitaria, que codirigió con la Cruz Roja Colombiana. En coordinación con el Ministerio de Salud, las organizaciones también apoyaron el trabajo intersectorial con otros integrantes del equipo humanitario en el país y equipos humanitarios locales. La presencia permanente y activa de la OPS en el terreno facilitó la apertura de un espacio humanitario en áreas controladas por grupos armados y guerrilleros y contribuyó en gran medida a la prestación de asistencia humanitaria esencial para la salud por agentes tanto gubernamentales como no estatales.

- Treinta y seis países y territorios han aplicado el índice de seguridad hospitalaria para evaluar la seguridad de los hospitales en casos de desastre. La mayoría de ellos también tomaron medidas correctivas en establecimientos de salud prioritarios. Los Estados Miembros, con el liderazgo y el apoyo técnico de la OPS, han avanzado notablemente en la aplicación de la resolución CD50.R15, *Plan de acción de hospitales seguros, 2010-2015*. Se elaboraron numerosas guías técnicas y aplicaciones electrónicas, como una aplicación del índice de seguridad hospitalaria para dispositivos móviles y una base de datos actualizada en línea sobre seguridad hospitalaria para apoyar a los países en este proceso.
- La OPS movilizó £8,72 millones y logró el convencimiento y el compromiso de interesados directos del Caribe para la ejecución de la segunda fase de una iniciativa que integra el cambio climático y la reducción del riesgo de desastres en el sector de la salud (Iniciativa de Hospitales inteligentes). Posteriormente, el Gobierno del Reino Unido se ofreció a ampliar la escala de la fase 2 del proyecto de hospitales inteligentes, de £8,72 millones, con el aporte de £30 millones, la prórroga del período de ejecución a cinco años, el aumento del número de países a siete y la modernización de 50 establecimientos de salud. La fase 2 de esta iniciativa innovadora empezó en junio del 2015 y con la ampliación seguirá hasta diciembre del 2020.
- Se han hecho adelantos con la integración de temas transversales en la gestión de riesgos de desastres, en particular la etnicidad:
 - Se publicó un documento titulado “Recomendaciones para la participación de poblaciones indígenas en la reducción del riesgo de desastres”, que se encuentra en inglés y en español en el sitio web de la OPS. Este documento, junto con un módulo sobre las poblaciones indígenas en la reducción del riesgo de desastres, se está incorporando también en el Centro de Conocimiento en Salud Pública y Desastres de la OPS/OMS.
 - Se redactó una guía práctica para la adopción de decisiones sobre la gestión de riesgos de desastres en las comunidades indígenas.
 - En México se elaboró y se llevó a cabo un programa de capacitación sobre las poblaciones indígenas y los desastres para 28 comunidades de 10 municipios.
- Se ha mejorado la preparación de la OPS para dar una respuesta institucional a situaciones de emergencia:
 - Alrededor de 50 funcionarios de la OPS, entre ellos administradores de representaciones y puntos focales para desastres, recibieron capacitación sobre procedimientos actualizados de respuesta a emergencias en un curso regional sobre la salud en casos de desastre, que se realizó en Nicaragua en octubre del 2015.
 - Se prepararon tarjetas de acción revisadas, en inglés y en español, con todas las funciones esenciales de la respuesta institucional.
 - La política de respuesta institucional a las emergencias y desastres ya está disponible en los cuatro idiomas oficiales de la Organización.
- Se han hecho importantes inversiones en la formación de capacidad para la gestión de riesgos de desastres, incluidas la preparación de material técnico y la capacitación. Se prepararon doce ejemplos clave de guías técnicas y directrices, herramientas y material didáctico, y más de 500 personas de toda la Región recibieron

capacitación sobre aspectos fundamentales de los preparativos para casos de desastre, la reducción de riesgos y la coordinación en situaciones de emergencia, incluido el uso del sistema de mando para incidentes en los hospitales.

Retos

- La participación multisectorial de los interesados directos, tanto del sector de la salud como de otros sectores, es crucial para la ejecución exitosa del *Plan de acción de hospitales seguros*.
- La escasez de recursos para la reducción de riesgos de desastres sigue siendo un reto, especialmente porque muchos donantes están centrándose más en los preparativos y la respuesta. La OPS ha movilizó recursos para emergencias, pero la tendencia decreciente del financiamiento humanitario para el sector de la salud y la reducción del personal de la Organización plantean retos para el ritmo del progreso en algunos aspectos de la cooperación técnica.
- Ha habido dificultades para reclutar personal idóneo que esté disponible de inmediato para proyectos, con experiencia y conocimientos adecuados sobre la salud y el manejo de desastres para algunos lugares de destino, en particular los que implican el dominio de otros idiomas o restricciones de la seguridad, como Haití.

Enseñanzas

- La documentación del uso de contribuciones voluntarias (inventario de activos, materiales comprados y distribuidos y datos sobre los participantes en cursos desglosados por edad y por sexo) sigue siendo un área débil de la gestión y el seguimiento de proyectos. El cumplimiento de sistemas actuales tales como el Sistema de Administración de Activos, la institución de sistemas apropiados de gestión de la información y la promoción continua de prácticas adecuadas de gestión de proyectos son esenciales para asegurar la gestión sistemática y completa de la información.
- La capacitación del personal administrativo ha ayudado a simplificar los procesos administrativos de la Oficina para responder más eficazmente a emergencias. Habría que considerar un enfoque interprogramático de la capacitación para seguir mejorando los procedimientos operativos para emergencias y asegurar que las operaciones se desarrollen sin tropiezos en casos de desastre.
- Hay que asegurar una comunicación clara, oportuna, exacta y uniforme con todos los asociados en todo momento para la formulación y ejecución de programas y proyectos. Una coordinación sólida entre todos los niveles y departamentos pertinentes de la Organización es esencial a este respecto.
- Los donantes exigen en medida creciente que la Organización demuestre que hace un uso óptimo de los recursos en los proyectos que lleva a cabo, y esto está convirtiéndose en un asunto crucial para movilizar más recursos y mantener los recursos existentes. Por consiguiente, la Organización debe asegurar que se cuente con la pericia, las herramientas y los sistemas pertinentes.

5.4 Inocuidad de los alimentos

Panorama

El trabajo en esta área programática se centra en el establecimiento de sistemas eficaces de inocuidad de los alimentos para prevenir y reducir las enfermedades de transmisión alimentaria y promover la seguridad de los consumidores. Procura fortalecer sistemas nacionales integrados de inocuidad de los alimentos basados en riesgos, aumentar el asesoramiento científico y la aplicación de normas y directrices para la inocuidad de los alimentos y promover la colaboración intersectorial a fin de reducir los riesgos de enfermedades transmitidas por alimentos, entre ellos los que surgen en la interfaz entre los animales y los seres humanos.

Logros

- El programa continúa con la aplicación de la estrategia de inocuidad de los alimentos presentada en la 6.^a Reunión de la Comisión Panamericana de Inocuidad de los Alimentos (COPAIA 6), que proporciona una hoja de ruta y orientación regional para el fortalecimiento de la inocuidad de los alimentos en la Región. Se han realizado esfuerzos para fortalecer la colaboración multisectorial a fin de administrar mejor la inocuidad de los alimentos en toda la cadena alimentaria. En particular, se ha progresado en el fortalecimiento de la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos (INFOSAN), con la aprobación (Chile, 2014) y ejecución (México, 2015) de la estrategia regional para fortalecer la INFOSAN en las Américas.
- El Día Mundial de la Salud 2015, dedicado a la inocuidad de los alimentos, y el lanzamiento de las estimaciones de la carga de enfermedades transmitidas por alimentos aumentaron la conciencia y tuvieron un gran impacto en los países, conduciendo a una mayor prioridad para la inocuidad de los alimentos.
- Varios Estados Miembros han fortalecido la capacidad de sus servicios de inspección y se ha capacitado a responsables de la inocuidad de los alimentos en la inspección de alimentos basada en los riesgos. Usando la plataforma de la Red Mundial de Infecciones de Transmisión Alimentaria, de la OMS, se ha ofrecido un curso de análisis de riesgos con los países de habla inglesa del Caribe. Además, junto con la Sede de la OMS se preparó un manual sobre el fortalecimiento de la vigilancia y la respuesta frente a las enfermedades de transmisión alimentaria, que se usará a nivel de país para fortalecer la vigilancia de estas enfermedades en la Región. En el Campus Virtual hay un curso virtual de manejo de situaciones de emergencia relacionadas con la inocuidad de los alimentos.
- En la Región de las Américas no se han notificado casos de fiebre aftosa desde enero del 2012 y en las encuestas epidemiológicas realizadas por los países no hay indicios de transmisión entre animales. En este contexto, en la 42.^a Reunión de la Comisión Sudamericana para la Lucha Contra la Fiebre Aftosa (COSALFA), organizada por el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) en Quito, Ecuador, en abril del 2015, se reconoció que ha comenzado una etapa nueva del Programa Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (PHEFA): la Región está iniciando el proceso de erradicación. En la 5.^a Reunión Extraordinaria de COSALFA, realizada en Cuiabá, Brasil, en octubre del 2015, se aprobó una guía técnica para hacer frente a los principales desafíos planteados por esta etapa nueva del PHEFA. Además, COSALFA ha pedido que la OPS/OMS establezca y administre un banco regional de vacunas y antígenos para la fiebre aftosa.

Retos

- Se necesitará un compromiso nacional sostenido, coordinación multisectorial y un enfoque interprogramático para fortalecer la capacidad en materia de inocuidad de los alimentos e integrar la inocuidad de los alimentos en las estrategias y los planes de nutrición y enfermedades no transmisibles en la Región.
- El mandato político de alto nivel sigue siendo limitado y hay pocos planes de trabajo específicos. La Comisión Panamericana de Inocuidad de los Alimentos (COPAIA) debe desempeñar un papel importante en este asunto, promoviendo la formulación de políticas nacionales adecuadas de inocuidad de los alimentos.
- Los recursos son insuficientes para responder a las mayores expectativas y la demanda de los países de cooperación técnica continua en el campo de la fiebre aftosa a fin de mantener los avances realizados en las Américas y promover programas nacionales para alcanzar el estado de “libre de fiebre aftosa sin vacunación”.

Enseñanzas

- La inocuidad de los alimentos es un componente importante del RSI. En vista de las amenazas emergentes para la inocuidad de los alimentos, es necesario fortalecer la capacidad de los Estados Miembros para prevenir, detectar, evaluar y responder a brotes de enfermedades de transmisión alimentaria. Esta capacidad mejoró

durante el último bienio gracias al buen trabajo interprogramático y la mejora de la comunicación entre los centros nacionales de enlace y los puntos focales de la INFOSAN en los países.

- La utilización de estimaciones regionales de la carga de las enfermedades de transmisión alimentaria como herramienta para promover la causa llevó a una mayor conciencia de las autoridades nacionales y a la priorización de estas enfermedades por los Estados Miembros. Esto ha contribuido a la elaboración de estimaciones nacionales obligatorias.

5.5 Respuesta a brotes y crisis

Panorama

Esta área programática abarca el apoyo de la Organización a los países para que respondan con rapidez y de manera adecuada a los desastres y las emergencias que excedan la capacidad operacional nacional o la capacidad para coordinar la respuesta. En particular, esto implica el establecimiento de equipos eficientes y eficaces de respuesta y herramientas adaptadas para la coordinación de la asistencia humanitaria internacional en el sector de la salud. Durante el bienio 2014-2015, la OPS siguió apoyando a los Estados Miembros para que respondan de una manera más eficiente y eficaz a los desastres, de conformidad con la política de la OPS de respuesta institucional a emergencias y desastres, que proporciona orientación para la aplicación de las normas de desempeño de la OMS en el Marco de Respuesta a Emergencias.

Logros

- En 2014-2015, la Organización respondió a 10 emergencias extremas que se encuadraban en los criterios del grado 2, y en todos estos casos se cumplieron por lo menos 70% de las 23 normas de desempeño de la OMS en el Marco de Respuesta a Emergencias. Se activó la política de la Organización de respuesta institucional a emergencias y desastres de grado 3 para apoyar la respuesta de las Naciones Unidas al virus del Ébola en países afectados de África occidental y facilitar la cooperación técnica para los preparativos en los Estados Miembros. Se aplicaron las normas del Marco de Respuesta a Emergencias al apoyo de la Región para la emergencia de grado 3 del terremoto de Nepal en el 2015.
- La OPS movilizó recursos nacionales e internacionales para operaciones en todas las emergencias antedichas. En las emergencias de grado 2, por ejemplo, se movilaron más de US\$ 4,4 millones para la respuesta y algunas medidas de recuperación.

Retos

- La capacidad para atraer financiamiento depende en gran medida de la capacidad demostrada para cumplir los compromisos en el plazo acordado, que en muchos casos de respuesta a desastres es de seis meses a un año. Sin embargo, los procedimientos administrativos a veces están reñidos con la capacidad para utilizar fondos y realizar actividades a tiempo y de manera eficiente.

Enseñanzas

- Con la emergencia mundial de la enfermedad por el virus del Ébola, la política de respuesta institucional a emergencias y desastres se activó en el nivel 3 por primera vez desde su aprobación en el 2012. De ese proceso se obtuvieron enseñanzas importantes y, en consecuencia, se revisaron y actualizaron ciertos mecanismos internos de respuesta. Hay que llevar a cabo un ejercicio más integral de aprendizaje a nivel de toda la Organización a fin de respaldar mejoras normativas, procesales e institucionales posteriores según sea necesario.

Riesgos

Aunque se tomaron medidas durante 2014-2015 para abordar los riesgos indicados para la categoría 5 en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, los siguientes riesgos siguen siendo pertinentes:

- Los países o la Organización no asignan suficiente prioridad a esta categoría de trabajo, lo que lleva a la pérdida de financiamiento.
- No se establecen alianzas sólidas con otros organismos que forman parte de los mecanismos de preparación, alerta y respuesta para situaciones de emergencia a nivel de país.
- Los puntos débiles en los mecanismos de verificación dificultan la evaluación del logro real de las capacidades básicas previstas en el RSI y los Estados Partes han limitado la posibilidad de mantener estas capacidades.
- No se consigue personal técnico competente a nivel nacional y subnacional para ejecutar planes y utilizar las herramientas necesarias para recopilar información.
- La falta de consenso obstaculiza la finalización de un marco para la salud con respecto a la gestión de las situaciones de emergencia y de los riesgos de desastres.
- La inestabilidad política y el deterioro de la seguridad restringen las operaciones en el sector de la salud.
- Otras categorías de trabajo y departamentos técnicos contribuyen poco a las actividades de preparación y aumento de la respuesta.

Durante el bienio surgieron también los siguientes riesgos nuevos:

- La confusión entre las intervenciones orientadas a los preparativos a corto plazo para situaciones de emergencia y el desarrollo a más largo plazo de capacidades básicas de respuesta podrían socavar a estas últimas.
 - El brote de la enfermedad por el virus del Ébola en África occidental ha proporcionado una lupa para analizar el estado operativo y funcional real de las capacidades básicas y ha dado impulso para movilizar recursos y abordar las brechas señaladas. No obstante, existe el riesgo de que la Región no pueda aprovechar adecuadamente las medidas tomadas a fin de prepararse para la llegada de la enfermedad por el virus del Ébola y que estas medidas de preparación puedan considerarse erróneamente como algo diferente de las capacidades básicas. Los logros obtenidos en el área de los preparativos podrían perderse o reducirse debido a la pérdida de interés en la enfermedad por el virus del Ébola. Esto seguirá constituyendo un riesgo para la Región en el futuro previsible.
- Los mensajes en pugna entre los niveles políticos y técnicos en situaciones de emergencia pueden afectar a la comunicación eficaz.
 - Las medidas unilaterales en relación con los viajes y el comercio que afectan a los países que presentan una transmisión intensa del virus del Ébola son precautorias y no corresponden al riesgo. La adopción de estas medidas plantea preocupaciones que deben abordarse acerca de la eficacia de los canales de comunicación entre los niveles técnicos y políticos.
- Los diferentes grados de preparativos en la Región podrían poner en peligro la seguridad sanitaria general.
 - En el contexto de brotes de enfermedades infecciosas emergentes (por ejemplo, enfermedad por el virus del Ébola, virus del Zika), existe el riesgo de que las actividades actuales de planificación y ejecución se descarrilen con situaciones de emergencia sanitaria o desastres. Es importante continuar el trabajo interprogramático para documentar las enseñanzas extraídas de estas respuestas por la Organización, respaldado por mejoras normativas, procesales e institucionales posteriores según sea necesario.

- Un entusiasmo excesivo a raíz del progreso con la fiebre aftosa podría dar lugar a la reintroducción del virus si la situación no se maneja correctamente.
 - Hay mayores expectativas y necesidades en los países de la Organización en lo que se refiere a cooperación técnica continua para mantener la situación favorable con respecto a la fiebre aftosa en las Américas. Los avances realizados hasta la fecha están motivando a los países para impulsar sus programas a fin de alcanzar el estado de libre de fiebre aftosa sin vacunación. Esta tendencia requiere cambios fundamentales en los aspectos técnicos y financieros de los programas nacionales de erradicación de la fiebre aftosa, con una renegociación de las funciones y responsabilidades de los interesados directos a nivel nacional y regional. La transición debe manejarse cuidadosamente a fin de no aumentar las vulnerabilidades, ya que la reintroducción del virus de la fiebre aftosa en un país, si no se maneja con prontitud y eficazmente, podría tener graves consecuencias económicas y sociales para toda la Región.

Análisis de la ejecución presupuestaria

Se asignaron poco más de \$55 millones a los programas básicos de la categoría 5 durante el bienio. Esto representa un excedente de 19% en comparación con los \$46,39 millones aprobados en el Programa y el Presupuesto. El excedente se relaciona principalmente con el financiamiento para el RSI y las situaciones de emergencia causadas por el virus del Ébola y el virus del Zika (áreas programáticas 5.1 y 5.2) y con el financiamiento adicional de otras fuentes recibido para la erradicación de la fiebre aftosa (RIM 5.4.4). Todas las áreas programáticas básicas presentaron un excedente de financiamiento: el área programática 5.4 presentó el mayor superávit (146,5%), seguido de las áreas programáticas 5.2 (120,9%), 5.3 (110,8%) y 5.1 (106,6%). Para la respuesta a brotes y crisis, se asignaron \$9,84 millones de un total estimado de \$22 millones (que representan principalmente un espacio presupuestario basado en la costumbre).

Los programas básicos de la categoría presentan una tasa general de ejecución de 93,4%, con un nivel mayor de ejecución a nivel de país (98,7%), seguido de los niveles subregional (92,5%), entre países (92,1%) y regional (91,0%). La ejecución presupuestaria es de 92% o mayor para las cinco áreas programáticas de la categoría. Esto se logró a pesar de que el financiamiento del Marco de Preparación para una Pandemia de Gripe llegó más tarde de lo previsto en el bienio y a pesar de la asignación, en algunas áreas de la Organización, de al menos 80% del personal técnico a actividades relacionadas con la enfermedad por el virus del Ébola, incluidos los preparativos de los países y las misiones para apoyar la respuesta a la enfermedad por el virus del Ébola en África occidental. En el área programática 5.3, la ejecución fue elevada a pesar de las restricciones del personal y la llegada de la mayor parte de los fondos a fines del 2015.

En el área programática 5.3, la tasa general de ejecución presupuestaria fue de 94%. El 6% restante se relaciona principalmente con actividades cuya ejecución está prevista para el bienio 2016-2017, de acuerdo con la cronología aprobada de las subvenciones. La ejecución es más elevada a nivel de país (99,5%) y más baja a nivel regional e entre países (90,2% en ambos niveles). Sin embargo, como se señaló anteriormente, la mayor parte de los fondos regionales sin usar son fondos de otras fuentes que se trasladan al período 2016-2017. Además, la ejecución a nivel de país ha dependido de las cronologías de los proyectos, la mayoría de los cuales concluyeron durante el bienio. En cambio, la mayoría de los fondos de otras fuentes asignados a nivel regional tienen cronologías que abarcan todo el bienio o lo exceden. La tasa general de ejecución presupuestaria de 93,8% en el área programática 5.5 refleja la naturaleza de las subvenciones para la respuesta a brotes y crisis, que normalmente tienen plazos de ejecución más cortos, generalmente de seis meses a un año.

**Cuadro 3. Panorama presupuestario de la categoría 5 por área programática y nivel funcional
(las áreas programáticas 5.1 a 5.4 representan programas básicos
y el área programática 5.5 representa otros programas)**

Categoría, área programática y nivel funcional	Fondos asignados (en millones de US\$)	Porcentaje asignado por área programática	Gasto total (en millones de US\$)	Ejecución presupuestaria (%)
5. Preparación, vigilancia y respuesta	55,20	100,00	51,53	93,4
5.1 Capacidad de alerta y respuesta	10,51	19,04	9,77	92,9
País	1,64	2,97	1,63	99,3
Entre países	2,62	4,75	2,42	92,1
Subregional	1,12	2,02	1,05	93,9
Regional	5,13	9,29	4,67	91,1
5.2 Enfermedades epidémicas y pandémicas	9,69	17,56	9,09	93,7
País	2,90	5,26	2,78	95,8
Entre países	1,88	3,41	1,75	92,9
Subregional	0,58	1,05	0,54	93,7
Regional	4,33	7,84	4,01	92,7
5.3 Gestión de emergencias, riesgos y crisis	21,03	38,09	19,76	94,0
País	8,54	15,48	8,50	99,5
Entre países	3,42	6,20	3,09	90,2
Subregional	0,93	1,68	0,84	90,5
Regional	8,13	14,73	7,33	90,2
5.4 Inocuidad de los alimentos	13,97	25,31	12,92	92,5
País	0,63	1,13	0,63	100,0
Entre países	11,97	21,68	11,06	92,5
Subregional	0,14	0,25	0,13	89,8
Regional	1,24	2,24	1,11	89,5
5.5 Respuesta a brotes y crisis	9,85	100,00	9,23	93,8
País	8,75	88,86	8,22	94,0
Entre países	0,30	3,06	0,28	92,2
Subregional	0,08	0,80	0,07	92,2
Regional	0,72	7,28	0,66	92,2

Los recursos para la categoría 5 fueron asignados principalmente a nivel entre países (36,04%), seguidos de cerca por los niveles regional (34,10%), de país (24,85%) y subregional (5,01%). El nivel de financiamiento entre países refleja principalmente el apoyo a PANAFTOSA, así como los costos de la cooperación técnica entre países proporcionada por recursos humanos descentralizados ubicados en cada una de las tres subregiones. Además, una parte considerable de los fondos regionales se usó para apoyar directamente las actividades a nivel de país.

Mobilización de recursos

El excedente de financiamiento en las áreas programáticas 5.1 y 5.2 estuvo vinculado principalmente a las contribuciones recibidas para apoyar la respuesta a los brotes de virus del Ébola y del Zika. Los principales donantes para el área programática 5.1 en 2014-2015 fueron los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos y el Gobierno de Brasil. Además, se recibieron contribuciones nuevas para el área programática 5.2 del Gobierno de Brasil, los CDC, la Fundación de la OPS y el Marco de Preparación para una Pandemia de Gripe destinadas la gripe, las enfermedades arbovirales y programas de laboratorio.

La mayoría de los fondos asignados al área programática 5.3 son de otras fuentes, que representan el grueso de los fondos asignados a nivel de país. La mayor parte de los fondos de otras fuentes asignados a nivel de país se destina al apoyo a los programas para las situaciones de emergencia prolongada en Haití y Colombia (RIM 5.3.4), que dependen casi totalmente de contribuciones voluntarias. La mayor parte de estos fondos asignados al RIM 5.3.4 sufragan costos reales de actividades. La Oficina ha destacado sistemáticamente la dificultad que implica movilizar recursos para la reducción de riesgos de desastres, preocupación que se refleja en la distribución de los fondos asignados a los resultados inmediatos del área programática 5.3 a nivel de país: cuatro de los cinco resultados inmediatos en esta área programática, combinados, representan menos de 20% del total de los fondos, mientras que la respuesta a las situaciones de emergencia prolongadas (RIM 5.3.4) recibe más de 80%. Más de 90% de los fondos asignados a la respuesta a brotes y crisis fueron contribuciones voluntarias movilizadas conjuntamente por los niveles regional y de país para respaldar actividades de respuesta en nueve países (menos de \$2 millones de esta cantidad se transfirieron del bienio 2012-2013).

El excedente de financiamiento para el área programática 5.4 está relacionado con una contribución recibida durante el primer semestre del 2015 del Ministerio de Agricultura, Ganadería y Abastecimiento (MAPA) de Brasil para apoyar a PANAFTOSA. Estos fondos sufragaron plenamente los costos de mantenimiento del Centro. PANAFTOSA recibió más fondos en el marco de otros acuerdos para cooperación técnica directa, como los acuerdos con el Servicio Nacional de Calidad y Salud Animal (SENACSA) de Paraguay, el Consejo Nacional de Ganado Vacuno de Corte (CNPC) de Brasil y la Agencia Ecuatoriana de Aseguramiento de la Calidad del Agro (Agrocalidad), así como ingresos derivados del suministro de reactivos de referencia para laboratorios a los países. Para la inocuidad de los alimentos, se recibieron contribuciones adicionales de los CDC y la OMS.

Durante el bienio, la Organización preparó por lo menos 55 propuestas nuevas para donantes o notas conceptuales para la reducción de riesgos de desastres (área programática 5.3) y la respuesta (área programática 5.5), así como modificaciones de proyectos existentes. Treinta y siete de estas solicitudes, preparadas directamente por el nivel regional o junto con el nivel de país, recibieron más de \$30 millones, cifra que incluye subvenciones plurianuales; la respuesta a brotes y crisis representa casi \$8 millones, incluida la respuesta al cólera en Haití. Dos de las propuestas elaboradas durante el bienio, así como una elaborada en el bienio anterior, siguen en negociación, incluso con Canadá. También se movilaron fondos del Departamento de Gestión del Riesgo en las Emergencias y Respuesta Humanitaria de la OMS.

Aunque algunas áreas técnicas de esta categoría están recibiendo suficiente financiamiento para la ejecución adecuada de las actividades, otras áreas, como alerta y respuesta, prevención y control de infecciones, resistencia a los antimicrobianos y programas para la interfaz entre los seres humanos y los animales, tienen dificultades para obtener recursos para cooperación técnica. Es necesario buscar donantes y asociados nuevos y obtener el apoyo continuo de los donantes existentes para garantizar que se proporcione cooperación técnica adecuada a los países en estas áreas técnicas.

Recomendaciones

- Actualizar los procedimientos pertinentes descritos en el manual electrónico de la OPS/OMS a fin de permitir la activación automática de los procedimientos especiales de emergencia para todos los proyectos de respuesta a desastres, como se hace actualmente en la OMS.
- Simplificar el reclutamiento de recursos humanos a fin de asegurar los nombramientos oportunos y reducir la carga del proceso para los departamentos que procuran proporcionar una cooperación técnica eficaz. Con este fin, se deberían institucionalizar procesos tales como asignaciones internas, ascensos basados en el mérito y transferencias laterales.
- Incluir la reducción de riesgos de desastres en los acuerdos globales a nivel de toda la Organización como parte de la agenda de desarrollo en vez de la agenda humanitaria.
- Seguir promoviendo la causa y proporcionando apoyo para la reflexión crítica y la resolución de posibles cuellos de botella, especialmente para situaciones de emergencia. Una consideración importante para la movilización de recursos es la capacidad para asegurar la ejecución inmediata. Esto está vinculado no solo con la disponibilidad de recursos humanos adecuados, sino también con la capacidad para cumplir las normas y los procedimientos institucionales habituales oportunamente. El nuevo Sistema de Información Gerencial de la Oficina (PMIS) puede facilitar estos procesos.
- Promover el enfoque de “una Organización”, integrando todas las disciplinas técnicas pertinentes para combatir enfermedades infecciosas emergentes y la resistencia a los antimicrobianos.
- Establecer una estrategia con la finalidad de aumentar la capacidad nacional para responder a los arbovirus en las Américas, incluida una estrategia de control y eliminación de *Aedes aegypti*. Es indispensable apoyar y abogar por la elaboración de esta estrategia.
- Apoyar los planes nacionales de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos. En el 2015, 54.º el Consejo Directivo de la OPS aprobó un plan regional de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos y se solicita a todos los Estados Miembros que, para el 2017, tengan sus propios planes nacionales de acción. Es indispensable adoptar una estrategia integral e interdepartamental de cooperación técnica para la elaboración y ejecución de los planes de acción en todos los Estados Miembros.

Evaluación por área programática

<p>Área programática 5.1: Capacidad de alerta y respuesta (para el RSI)</p> <p>RESULTADO INTERMEDIO: Todos los países tienen las capacidades básicas mínimas de alerta y respuesta para todo tipo de peligros previstas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005)</p> <p>Evaluación de los indicadores de los RIT: 1 de 1 en curso Evaluación de los indicadores de los RIM: 2 de 2 alcanzados parcialmente</p>	<p>Calificación: Expectativas parcialmente cumplidas</p>
---	---

Evaluación de los indicadores de los resultados intermedios

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación (calificado como alcanzado, en curso, sin progreso) ^{23, 24}
5.1.1	Número de países que tienen y mantienen las capacidades básicas previstas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005)	6/35	35/35	En curso (alcanzado en 11 + 22 en curso)
<p>Once países están cumpliendo y manteniendo los requisitos del RSI: ARG, BRA, BRB, CAN, CHL, COL, CRI, MEX, SLV, URY, USA.</p> <p>Además, veintidós países están progresando en el logro del indicador: ATG, BHS, BOL, DMA, DOM, ECU, GRD, GTM, GUY, HTI, HND, JAM, KNA, LCA, NIC, PAN, PER, PRY, SUR, TTO, VCT, VEN.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de un país.</p> <p>Belice está trabajando con el fin de adquirir las capacidades requeridas en el RSI, pero sigue siendo difícil convencer a los principales interesados directos de que asuman esta responsabilidad. Veintidós países de las Américas pidieron y recibieron la prórroga para 2014-2016 (Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Dominica, Ecuador, Granada, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Santa Lucía, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, y Venezuela) y se ha proporcionado cooperación técnica para la elaboración de planes y el seguimiento de su ejecución en el contexto del marco de preparativos para la enfermedad por el virus del Ébola. Es importante recalcar que las capacidades básicas establecidas en el RSI son las funciones esenciales de salud pública que mantienen un proceso dinámico y continuo de preparativos, tal como lo recomendara enfáticamente el Comité de Examen del RSI en el 2014.</p>				

²³ Los resultados generales se califican de la siguiente manera:

- **Alcanzado:** Ya se ha alcanzado la meta del indicador establecida para el 2019 (número de países o territorios, número o porcentaje para los indicadores regionales) en el Plan Estratégico de la OPS.
- **En curso:** Ha habido un aumento respecto de la línea de base del indicador definida en el 2013 (número de países o territorios, número o porcentaje para los indicadores regionales) y el trabajo para alcanzar la meta para el 2019 establecida en el Plan Estratégico ya se ha iniciado o está en curso.
- **Sin progreso:** No ha habido un aumento respecto de la línea de base establecida en el 2013 (número de países o territorios, número o porcentaje para los indicadores regionales) y el progreso hacia la consecución de la meta del indicador para el 2019 podría estar en peligro.

²⁴ Los indicadores regionales son evaluados por la entidad regional responsable o la red de categorías y áreas programáticas sobre la base de la información más reciente, según los criterios definidos en el compendio de indicadores.

Evaluación de los indicadores de los resultados inmediatos

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación ^{25, 26}
5.1.1	Países habilitados para desarrollar las capacidades básicas exigidas según el Reglamento Sanitario Internacional (2005)	Número de países que recibieron cooperación técnica directa que les permitió lograr y mantener las capacidades básicas del RSI en el bienio	3	11	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 7 + alcanzado parcialmente en 5)
<p>Siete países alcanzaron el indicador: ARG, BRA, CHL, COL, DMA, SLV, URY.</p> <p>Otros cinco países alcanzaron parcialmente el indicador: BHS, CRI, MEX, PER, VCT. Todavía no se había recibido confirmación de un país en el momento de la preparación de este informe.</p> <p>En vista de que las prórrogas para 2014-2016 fueron aprobadas por la Directora General de la OMS en noviembre del 2014, eso significa que los planes con prórrogas para 2012-2014 fueron ejecutados y se les dio seguimiento. Por otro lado, 22 países solicitaron y recibieron una prórroga para 2014-2016 (véase el resultado intermedio 5.1.1).</p> <p>Se ha proporcionado apoyo para elaborar planes de ejecución y darles seguimiento, incluidas las actualizaciones en el contexto del marco de preparativos para la enfermedad por el virus del Ébola. Además, se aplicaron mecanismos para facilitar el intercambio de prácticas adecuadas e información entre países con la finalidad de fortalecer los preparativos y la respuesta a la enfermedad por el virus del Ébola y otros agentes patógenos emergentes. También se realizaron reuniones regionales y misiones de país. En vista de que los preparativos en el ámbito de la salud pública son un proceso continuo, ese trabajo continuará durante el bienio 2016-2017.</p>					
5.1.2	La OPS tiene la capacidad de brindar, sobre la base de la evidencia científica y de manera oportuna, orientación de políticas, evaluación de riesgos, gestión de la información, y comunicaciones para todas las emergencias graves de salud pública	Proporción de emergencias de salud pública de importancia internacional en las cuales la información se pone a disposición de los Centros Nacionales de Enlace del RSI de la Región en las primeras 48 horas de finalizada la evaluación de riesgos	40%	80%	Alcanzado parcialmente (60%)

²⁵ Los resultados generales se califican de la siguiente manera:

- **Alcanzado:** Se ha alcanzado la meta de indicador establecida en el Programa y Presupuesto 2014-2015 (número de países o territorios, número o porcentaje para los indicadores regionales). En los casos en que se han excedido las metas del indicador, así se lo indica.
- **Alcanzado parcialmente:** Se avanzó con respecto a la línea de base establecida en el Programa y Presupuesto (número de países o territorios, número o porcentaje para los indicadores regionales), pero no se alcanzó la meta para el 2015.
- **Sin progreso:** respecto de la línea de base establecida en el Programa y Presupuesto (número de países o territorios, número o porcentaje para los indicadores regionales).

²⁶ Los indicadores regionales son evaluados por la entidad regional responsable o la red de categorías y áreas programáticas sobre la base de la información más reciente, según los criterios definidos en el compendio de indicadores.

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación ^{25, 26}
					<p>Para 60% de las emergencias de salud pública de importancia internacional, se proporcionó información a centros nacionales de enlace para el RSI de la Región dentro de las 48 horas siguientes a la terminación de la evaluación de riesgos.</p> <p>Se envió información relativa a eventos que presentaban riesgos para la salud pública a los Estados Miembros de la OPS/OMS por medio de 38 alertas epidemiológicas y actualizaciones, 39 anuncios en el sitio de información sobre eventos (nueve relacionados con el virus del Zika), 21 anuncios de brotes de enfermedades y 34 informes distribuidos por correo electrónico a los centros nacionales de enlace para el RSI durante el bienio. Además, se informó a los Estados Miembros sobre riesgos para la salud pública por correo electrónico en 594 ocasiones en 2014-2015.</p>

<p>Calificación: Expectativas parcialmente cumplidas</p>	<p>Área programática 5.2: Enfermedades epidémicas y pandémicas</p> <p>RESULTADO INTERMEDIO: Todos los países pueden aumentar la capacidad de recuperación y mejorar la preparación a fin de desplegar una respuesta rápida, previsible y eficaz frente a las epidemias y pandemias graves</p> <p>Evaluación de los indicadores de los RIT: 1 de 1 en curso Evaluación de los indicadores de los RIM: 1 de 3 alcanzado, 2 de 3 alcanzados parcialmente</p>
---	---

Evaluación de los indicadores de los resultados intermedios

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
5.2.1	Número de países con capacidad instalada para responder eficazmente a epidemias y pandemias graves	6/35	35/35	En curso (alcanzado en 11 + 20 en curso)
<p>Once países alcanzaron el indicador: BRA, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, MEX, PAN, SLV, TTO, USA.</p> <p>Otros 20 países y territorios avanzaron hacia la consecución de sus metas para los preparativos y la respuesta a grandes epidemias y pandemias: ARG, ATG, BHS, BOL, BRB, DMA, DOM, ECU, GTM, GUY, HTI, JAM, KNA, LCA, NIC, PER, PRY, SUR, VCT, VEN. Todavía no se había recibido confirmación de cuatro países en el momento de la preparación de este informe.</p> <p>En el contexto del marco de la OPS para el fortalecimiento de los preparativos y la respuesta a nivel nacional para la enfermedad por el virus del Ébola en las Américas, se proporcionó cooperación técnica con la finalidad de fortalecer la vigilancia y la capacidad de los laboratorios para responder a los brotes recientes que se produjeron en la Región, como el de chikunguña y, últimamente, el brote del virus del Zika. Se actualizaron los flujogramas para el chikunguña y el Zika con objeto de fortalecer la vigilancia basada en las pruebas de laboratorio. Por consiguiente, se seguirá proporcionando cooperación técnica a ministerios de salud durante el próximo bienio a fin de aumentar la capacidad para hacer frente a enfermedades infecciosas emergentes.</p>				

Evaluación de los indicadores de los resultados inmediatos

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
5.2.1	Países habilitados para elaborar y ejecutar planes operativos de acuerdo con las recomendaciones de la OMS sobre el fortalecimiento de la capacidad de recuperación y preparativos nacionales que abarcan la gripe pandémica y las enfermedades epidémicas y emergentes	Número de países y territorios que ejecutan un plan nacional de preparación para epidemias y pandemias graves	15	23	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 17 + alcanzado parcialmente en 2)
<p>Diecisiete países alcanzaron el indicador: ARG, BRA, BRB, CAN, CHL, CRI, CUB, DMA, DOM, HND, JAM, MEX, PER, SLV, TTO, USA, VEN.</p> <p>Además, dos países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: BHS, CUW.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de diez países.</p> <p>México examinó su plan nacional para la pandemia de gripe con el equipo de la OPS de laboratorios y vigilancia de la gripe y se formularon recomendaciones para el país. En las Bahamas se alcanzó parcialmente este indicador y se hizo una revisión de todos los planes nacionales para situaciones de emergencia en el ámbito de la salud. Entre las actividades básicas coordinadas durante el bienio cabe señalar los preparativos y la respuesta para la enfermedad por el virus del Ébola, las actividades de respuesta al chikunguña, la cooperación técnica con los países en relación con el RSI y el fortalecimiento de los laboratorios, así como el manejo de brotes nuevos, como el brote de síndrome respiratorio del Oriente Medio. Se hizo hincapié en la respuesta al brote del virus del Zika y la cooperación con los países afectados en el último semestre del 2015.</p>					
5.2.2	Países con mejor control, prevención, tratamiento y vigilancia de enfermedades, evaluación y comunicación de riesgos	Número de países y territorios con un sistema de vigilancia para la gripe basado en normas internacionales	14	18	Alcanzado (alcanzado en 18 + alcanzado parcialmente en 8)
<p>Dieciocho países y territorios alcanzaron el indicador: AIA, ARG, BRA, BRB, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, DMA, HND, JAM, MEX, NIC, PRY, SLV, URY, USA.</p> <p>Otros ocho países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: CUW, GUY, LCA, PAN, PER, SXM, TTO, VCT.</p> <p>Costa Rica ha fortalecido su sistema de información de país para vigilar la actividad del virus de la gripe y otros virus que afectan a las vías respiratorias con la presentación periódica de informes al sistema de información PAHOFlu. Nicaragua ha fortalecido su capacidad de vigilancia por medio de talleres de capacitación sobre la vigilancia de la infección respiratoria aguda grave y eventos respiratorios desacostumbrados. Además, ambos países han llevado a cabo evaluaciones de la vigilancia en centros centinela. En general, hubo muchos logros en el 2015 relacionados con el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia de la gripe, y muchos más países están presentando semanalmente datos epidemiológicos y de laboratorio vinculados a la OPS/OMS.</p>					

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
5.2.3	Mecanismos establecidos a fin de fortalecer la capacidad de los países para la gestión de riesgos de enfermedades zoonóticas emergentes	Número de países y territorios con mecanismos de gestión de riesgos para las enfermedades zoonóticas emergentes	10	28	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 10 + alcanzado parcialmente en 10)
<p>Diez países alcanzaron el indicador: BRA, CAN, COL, CUB, DMA, JAM, MEX, SLV, URY, USA.</p> <p>Otros 10 países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: BON, CHL, CUW, ECU, GUY, KNA, PAN, PRY, TTO, VEN.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de dos países.</p> <p>Se alcanzaron las metas planeadas para el fortalecimiento de las capacidades de los países para detectar, evaluar y responder a zoonosis emergentes. PANAFTOSA organizó y coordinó reuniones con el Comité Veterinario Permanente del Cono Sur (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay, Uruguay) con el propósito de definir las prioridades y necesidades relacionadas con el riesgo de aparición de casos de gripe aviar sumamente patógena en la subregión. En Paraguay se proporcionó capacitación sobre el tratamiento de zoonosis emergentes y se examinaron estrategias para el programa nacional contra la brucelosis y la tuberculosis. En Trinidad y Tabago se hizo un taller nacional sobre alerta y respuesta a la aparición de zoonosis.</p>					

<p>Área programática 5.3: Gestión de emergencias, riesgos y crisis</p> <p>RESULTADO INTERMEDIO: Países con un programa de gestión de riesgos para emergencias ocasionadas por todo tipo de amenazas para la salud, dirigido a un sector de la salud capaz de resistir los efectos de los desastres y con énfasis en los grupos vulnerables de la población</p> <p>Evaluación de los indicadores de los RIT: 2 de 2 en curso Evaluación de los indicadores de los RIM: 5 de 5 alcanzados</p>	<p>Calificación: Expectativas cumplidas</p>
---	---

Evaluación de los indicadores de los resultados intermedios

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
5.3.1	Número de países y territorios que cumplen con las capacidades mínimas, o las superan, para controlar los riesgos para la salud pública asociados con las emergencias	19	36	En curso (alcanzado en 19 + 15 en curso)
<p>Diecinueve países y territorios alcanzaron el indicador: ABW, BHS, BON, BRA, CAN, CHL, CRI, CUW, DMA, DOM, GLP, GUF, HND, JAM, MEX, MTQ, PAN, PER, USA.</p> <p>Otros quince países y territorios están en curso: ARG, BLZ, BOL, BRB, GRD, GTM, NIC, PRI, SAB, SLV, STA, SUR, TTO, VCT, VGB.</p>				

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
<p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de tres países.</p> <p>Muchos países están tratando de adquirir la capacidad mínima para manejar eficazmente los riesgos para la salud pública asociados con las emergencias. Las intervenciones orientadas a promover la capacidad nacional y subnacional incluyen la creación y capacitación de equipos de respuesta de salud a riesgos y enfermedades emergentes, la integración de la gestión de emergencias y riesgos de desastres en la programación y la planificación del sector de la salud, y el desarrollo de la capacidad local de las redes de salud para coordinar y manejar la salud en situaciones de emergencia, entre otros.</p>				
5.3.2	Número de países y territorios que ejecutan intervenciones de reducción de los riesgos de desastres para los establecimientos de salud	11	35	En curso (alcanzado en 21 + 4 en curso)
<p>Veintiún países y territorios ya han alcanzado al menos cuatro de las seis metas incluidas en el <i>Plan de acción de hospitales seguros</i>: BON, BRA, CAN, CHL, COL, CRI, CUW, DMA, DOM, GUY, HND, JAM, KNA, MEX, NIC, PAN, PER, PRY, SLV, USA, VCT.</p> <p>Otros cuatro países y territorios están avanzando: ARG, GTM, SXM, TCA.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de ocho países.</p> <p>La reducción de riesgos de desastres siguió siendo una prioridad estratégica para la OPS y los Estados Miembros durante el bienio, y muchos países y territorios han progresado en la ejecución de intervenciones para la reducción de riesgos de desastres en establecimientos de salud. Treinta y cinco países y territorios están aplicando el índice de seguridad hospitalaria y muchos están introduciendo mejoras basadas en las recomendaciones surgidas de evaluaciones (Anguila, Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Islas Vírgenes Británicas, Islas Caimán, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Montserrat, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay, y Venezuela).</p> <p>Diez países han adaptado la aplicación virtual creada por la OPS para dar seguimiento al progreso con el índice de seguridad hospitalaria o han creado sus propias plataformas de seguimiento (Barbados, Colombia, Dominica, Ecuador, Granada, Guatemala, Jamaica, Perú, República Dominicana y Suriname).</p> <p>Paralelamente al trabajo para fortalecer y a veces revitalizar programas y políticas de hospitales seguros, varios países del Caribe están avanzando hacia la integración de normas y medidas de mitigación para la seguridad y la resiliencia frente al cambio climático con la iniciativa de hospitales inteligentes.</p>				

Evaluación de los indicadores de los resultados inmediatos

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
5.3.1	Grupos de acción sanitaria en los países reformados de acuerdo con la Agenda Transformativa del Comité Interinstitucional Permanente	Número de países y territorios con un mecanismo de coordinación de emergencias de salud que cumple con los requisitos mínimos para un desempeño satisfactorio	5	11	Excedido (alcanzado en 12 + alcanzado parcialmente en 6)
<p>Doce países y territorios alcanzaron el indicador: BRB, CAN, CHL, COL, CUW, DOM, GTM, JAM, KNA, MEX, PER, USA.</p> <p>Otros seis países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: ARG, GUY, MSR, SLV, STA, TTO.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de dos países.</p> <p>Todos los países comprendidos en la meta han tomado medidas para fortalecer los mecanismos nacionales y subnacionales de coordinación de la salud en situaciones de emergencia. Los países que han alcanzado este indicador han cumplido los requisitos mínimos para un desempeño satisfactorio con respecto a la coordinación de la salud en situaciones de emergencia y la asistencia humanitaria.</p> <p>Algunas actividades y logros específicos del bienio que cabe destacar son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Diez países (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, México, Paraguay y Perú) crearon o mejoraron sus equipos nacionales de respuesta del sector de la salud en casos de desastre con el apoyo de la OPS. Guatemala realizó su primer taller nacional para equipos de respuesta rápida y, en coordinación con la unidad de gestión de riesgos del Ministerio de Salud, terminó de preparar los planes para riesgos. Esto le permitirá movilizar a profesionales nacionales en su propio territorio y proporcionar mejor asistencia a los países vecinos en situaciones de emergencia. Varios países también han desarrollado la capacidad a nivel subnacional mediante la capacitación de equipos locales de respuesta y la descentralización de la capacidad de manejo de emergencias (Colombia, Guatemala y Perú). La República Dominicana logró una estrecha coordinación y colaboración entre el Ministerio de Salud, el Ministerio de Relaciones Exteriores y la Comisión Nacional de Emergencias y actualizó el plan nacional para emergencias y desastres, incluido el capítulo sobre asistencia humanitaria, a fin de introducir consideraciones relativas a la salud. La representación de la OPS en la República Dominicana también colaboró en una evaluación del componente de salud del sistema de emergencias y seguridad civil (911) y formuló recomendaciones sobre áreas prioritarias que es necesario mejorar. Guatemala ha avanzado en la consolidación del grupo de acción sanitaria movilizándolo agentes nacionales, el sistema de Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales para que participen. Se hizo un simulacro con el grupo de acción sanitaria. La representación de la OPS en Argentina ha establecido un área nueva de cooperación con la Comisión Cascos Blancos del Ministerio de Relaciones Exteriores para la estrategia de equipos de médicos extranjeros en las Américas. Se preparó un manual para equipos de atención médica del Caribe (CariMAT), que contiene normas para las intervenciones de salud pública con consideraciones de género y culturales. Los países andinos han elaborado un mecanismo y guía para la ayuda mutua en casos de desastre. El Centro de Coordinación para la Prevención de los Desastres Naturales en América Central (CEPRENAC) 					

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
					<p>creó una fuerza de tareas para la salud en situaciones de emergencia para Centroamérica con el apoyo de la OPS.</p> <ul style="list-style-type: none"> Los cambios en algunos cargos gerenciales en los ministerios de salud y en las funciones y tareas de algunos funcionarios clave han afectado el progreso, en particular en algunos países centroamericanos.
5.3.2	La salud establecida como un componente central de los marcos multisectoriales mundiales para la gestión de riesgos de emergencias y desastres; capacidades nacionales fortalecidas para el manejo de las emergencias y la gestión del riesgo de desastres para la salud	Número de países y territorios que realizan una evaluación de la capacidad en materia de manejo de las emergencias y la gestión del riesgo de desastres para la salud	1	13	Excedido (alcanzado en 23 + alcanzado parcialmente en 3)
<p>Veintitrés países y territorios alcanzaron el indicador: BHS, BLZ, BOL, BMU, CHL, COL, CRI, DMA, DOM, ECU, GLP, GRD, GUF, HND, JAM, KNA, LCA, MTQ, PER, SLV, SUR, VCT, VGB.</p> <p>Otros tres países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: BRB, GUY, STA.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de cuatro países.</p> <p>Estos países han respondido a una encuesta mundial sobre la capacidad para hacer frente a situaciones de emergencia y manejar los riesgos de desastres para la salud, que se lanzó en 2015, o a un instrumento de evaluación similar validado por la OPS.</p> <p>Independientemente del uso de las herramientas de evaluación, la mayoría de los países han tomado medidas para fortalecer su capacidad de gestión de riesgos y manejo de situaciones de emergencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> Muchos países (Argentina, Bahamas, Bermudas, Bolivia, Chile, Colombia, Cuba, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Perú, República Dominicana) han elaborado planes sectoriales e interinstitucionales de contingencia y respuesta a desastres con posibles consecuencias para la salud pública. Algunos ejemplos son el fenómeno de El Niño y eventos conexos (sequías e inundaciones), crisis migratorias (Haití y República Dominicana) y brotes emergentes o posibles (virus del Ébola, chikunguña, dengue, virus del Zika). Haití ha fortalecido la integración del sector de la salud en el sistema de manejo de desastres administrado por el organismo de protección civil en tres de los departamentos más vulnerables y ha mejorado la capacidad local de coordinación y manejo de la salud en emergencias en esas tres direcciones departamentales de salud. El Ministerio de Salud Pública y Población está muy interesado en ampliar esta estrategia a nivel nacional. De manera análoga, la República Dominicana y Haití han progresado en la cooperación binacional para el manejo de emergencias en el ámbito de la salud, comenzando con el establecimiento de estructuras paralelas de manejo de emergencias y protocolos conjuntos para la respuesta en las provincias fronterizas. Se han hecho ejercicios de formación de capacidad y simulacros a fin de crear capacidad de manejo de emergencias y ponerla a prueba, incluido un curso de manejo de víctimas masivas y un simulacro organizado en las Bermudas y facilitado por la OPS. 					

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
5.3.3	Mecanismos establecidos a fin de asegurar la preparación institucional para ejecutar plenamente el marco de respuesta a las emergencias de la OMS y la respuesta institucional de la OPS a emergencias y desastres	Número de oficinas de la OPS/OMS que cumplen plenamente con la lista de verificación de preparación de la OMS	Estos datos no se miden actualmente	13	Excedido (alcanzado en 16 + alcanzado parcialmente en 3)
<p>Dieciséis representaciones de la OPS/OMS alcanzaron el indicador: ARG, BRA, BOL, BRB, COL, CUB, DOM, ECU, GTM, HND, JAM, MEX, PAN, PER, SLV, SUR.</p> <p>Las representaciones de la OPS/OMS en otros tres países alcanzaron parcialmente el indicador: CHL, HTI, VEN.</p> <p>Se evaluaron 19 representaciones de la OPS/OMS en relación con este indicador, de las cuales 16 cumplían al menos cuatro elementos de la lista de verificación de los preparativos de la OMS. Aunque se evaluaron solo 19 representaciones de la OPS/OMS, todas tomaron medidas para fortalecer sus preparativos y su capacidad para hacer frente a emergencias y desastres durante el bienio 2014-2015.</p> <p>La disponibilidad tardía de la lista de verificación de los preparativos de la OMS planteó un reto para su cumplimiento total, ya que, durante mucho tiempo, las representaciones no sabían qué criterios tenían que cumplir. No obstante, muchas elaboraron o revisaron planes de continuidad de las operaciones o de respuesta a emergencias durante el bienio. Mantener los planes actualizados sigue siendo un reto.</p> <p>Con miras a fortalecer aún más los preparativos de la Organización y su capacidad de manejo de emergencias, la OPS lanzó un curso de ciberaprendizaje sobre la respuesta institucional a emergencias y desastres. Este curso presenta a los participantes los marcos actuales para el manejo de emergencias y desastres (OPS, OMS, Naciones Unidas) y abarca los procedimientos de gestión de la respuesta y las prácticas adecuadas de la OPS en el marco de la respuesta institucional a emergencias y desastres. Actualmente está al alcance de todo el personal en inglés en el Campus Virtual de Salud Pública de la OPS. La versión en español estará lista a principios del 2016.</p> <p>Se organizaron dos cursos regionales con objeto de fortalecer la capacidad regional para hacer frente a un gran aumento de la demanda. Uno, sobre la respuesta y la coordinación en casos de desastre sanitario, atrajo a 32 participantes de 23 países, incluidos los puntos focales de la OPS para desastres, personal del ministerio de salud y miembros de organizaciones asociadas. El otro, acerca de la política de la OPS sobre la respuesta institucional a emergencias y desastres, contó con la presencia de 38 administradores de la OPS y puntos focales para desastres de 26 países. En estos cursos se abordaron los procedimientos y las normas de desempeño para el Marco de Respuesta a Emergencias y la respuesta institucional a emergencias y desastres. En Ecuador, El Salvador, Guatemala y Jamaica también se ofreció capacitación al personal de las representaciones sobre los planes de continuidad de las operaciones y la respuesta institucional a emergencias y desastres.</p>					

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
5.3.4	Elaboración, ejecución y presentación de informes sobre la estrategia y planificación del sector de la salud en todos los países previstos que tienen una emergencia prolongada, a cargo de una red local de personal calificado y capacitado por la OPS para actuar en emergencias	Porcentaje de países con alguna emergencias prolongada que cumplen con las normas de desempeño de la OPS	Estos datos no se miden actualmente	70%	Excedido (100%)
<p>Todos los países donde hubo situaciones de emergencia prolongadas cumplen las normas de desempeño de la OPS.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A lo largo del bienio, la OPS siguió proporcionando apoyo a las operaciones de respuesta y recuperación en los dos países donde se produjeron situaciones de emergencia prolongadas (Colombia y Haití), y en ambos se cumplieron las normas de desempeño. • En cada uno de estos países, la OPS apoyó al Ministerio de Salud en la conducción del grupo de acción sanitaria o sectorial y dirigió el desarrollo del componente de salud de las evaluaciones de las necesidades humanitarias, los análisis y los planes de respuesta, en coordinación con la Oficina de las Naciones Unidas de Coordinación de Asuntos Humanitarios y el equipo de asistencia humanitaria en el país. Eso incluyó, en el caso de Colombia, el plan de respuesta estratégica 2014, el panorama de las necesidades humanitarias del 2015 y el plan de respuesta estratégica 2015 en el marco del grupo de acción sanitaria. En el caso de Haití, incluyó el panorama de las necesidades humanitarias del 2015, el llamamiento transitorio 2014-2015, el pedido urgente de financiamiento humanitario para el 2015 y el plan de respuesta estratégica 2016. • Durante el 2014-2015, la Organización movilizó más de \$4,4 millones para la respuesta al cólera y más de \$2,8 millones para la reducción de riesgos de desastres en Haití y más de \$1,5 millones para ayudar a desplazados internos en Colombia. • En Haití, la OPS apoyó la ejecución del plan nacional para la eliminación del cólera y fortaleció el liderazgo y las capacidades operativas del Ministerio de Salud para coordinar y participar en la respuesta a las alertas del cólera y los brotes. Durante el bienio, el Ministerio de Salud Pública y Población estableció sus propios equipos móviles departamentales de intervención rápida y fortaleció su integración en el sistema de respuesta. El Ministerio también estableció su propia unidad de coordinación para el cólera y una red de coordinadores departamentales con apoyo directo de la OPS. También se mejoraron las tareas de investigación y gestión de datos de la Dirección de Epidemiología y Gestión de Suministros, aunque el progreso sigue siendo precario. • En Colombia, la OPS revitalizó el mecanismo del grupo de acción sanitaria, codirigido con la Cruz Roja Colombiana. En coordinación con el Ministerio de Salud, las organizaciones también apoyaron el trabajo intersectorial con otros miembros del equipo nacional de asistencia humanitaria y con equipos locales. La OPS apoyó continuamente la asistencia humanitaria en el campo de la salud proporcionada por agentes estatales y no estatales, para lo cual mantuvo una presencia constante en el terreno y abrió un espacio humanitario en áreas controladas por grupos armados y guerrilleros. 					

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
5.3.5	Ejecución del plan de acción sobre hospitales seguros de acuerdo con las prioridades y necesidades nacionales específicas	Número de países y territorios que cuentan con un programa de hospitales seguros a fin de velar por la continuidad de los servicios de salud para la población necesitada	16	25	Excedido (alcanzado en 21 + alcanzado parcialmente en 8)
<p>Veintiún países y territorios alcanzaron el indicador: BHS, BON, BRB, CHL, COL, CYM, DMA, DOM, GLP, GTM, GUF, HND, KNA, MEX, MTQ, PER, PRY, SUR, USA, VEN, VGB.</p> <p>Otros ocho países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: ABW, BOL, BRA, CRI, CUW, PAN, SLV, SXM.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de seis países.</p> <p>Los dieciséis países de la línea de base y nueve países comprendidos en la meta trabajaron durante el bienio para establecer un programa de hospitales seguros. Sin embargo, no todos los países han avanzado con el mismo ritmo. Dos países de la línea de base, Bolivia y Venezuela, experimentaron contratiempos en la ejecución del plan de acción de hospitales seguros.</p> <p>Durante los últimos cinco años, los países de la Región realizaron enormes esfuerzos para ejecutar el plan de acción de hospitales seguros (resolución CD50.R15), que concluyó en diciembre del 2015. Durante este bienio se llevaron a cabo numerosas actividades en el marco del plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se adaptó el índice de seguridad hospitalaria a fin de aplicarlo a hospitales pequeños y medianos y se creó una aplicación del índice para dispositivos móviles. Se revisó y actualizó la base de datos en línea sobre seguridad hospitalaria. • Se revisaron las normas para la construcción de establecimientos de salud en El Salvador. • Se elaboraron y se publicaron directrices para el diseño y la construcción de establecimientos de salud en la República Dominicana que abarcan cuatro rubros: directrices para el diseño arquitectónico de establecimientos de salud, directrices para acabados arquitectónicos de establecimientos de salud, directrices para el diseño y la construcción estructural y no estructural de establecimientos de salud, y un manual para el diseño y la construcción estructural y no estructural de establecimientos de salud. • Ocho países (Barbados, Colombia, Dominica, Ecuador, Granada, Jamaica, Perú y Suriname) adoptaron la aplicación virtual del índice de seguridad hospitalaria creada por la OPS para dar seguimiento y evaluar la ejecución de sus programas de hospitales seguros. Otros crearon su propio instrumento de gestión (República Dominicana) o integraron los datos de la aplicación del índice de seguridad hospitalaria en una plataforma de seguimiento existente para servicios de salud (Guatemala). • Se aplicó nuevamente el índice de seguridad hospitalaria en establecimientos de Granada (2), Jamaica (3), Santa Lucía (1) y Suriname (2) y por primera vez en las Islas Vírgenes Británicas (9), Guatemala (42), Guyana (2) y Honduras (17). El Salvador también siguió trabajando para cumplir los compromisos relacionados con la evaluación de los establecimientos de salud. • Se proporcionó capacitación in situ sobre el índice de seguridad hospitalaria en Granada, Guyana, Santa Lucía, Jamaica y Suriname con la finalidad de fortalecer la red de evaluadores de la seguridad hospitalaria. En algunos países, esta actividad constituyó una oportunidad para ofrecer cursos de actualización. • Ocho países (Granada, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaica, Panamá, Santa Lucía y Suriname) establecieron comités, redactaron planes de acción y políticas nacionales, y ejecutaron planes de mejora de la seguridad. • Chile, Colombia, Ecuador y Perú siguieron realizando actividades para aumentar la seguridad de los hospitales, como cursos, evaluaciones de hospitales y mejoras de la seguridad. 					

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
					<ul style="list-style-type: none"> • Antigua y Barbuda elaboraron una política de hospitales seguros con la participación de un ingeniero del sector privado. • Colombia organizó un curso sobre hospitales seguros, con diploma (nivel intermedio entre un certificado y un título), así como una aplicación para dar seguimiento a la ejecución de la estrategia de hospitales seguros en el país. • La capacitación incluyó un curso básico de aislamiento en Jamaica (16 participantes), un curso sobre edificios seguros en las Islas Vírgenes Británicas (20 participantes) y talleres sobre el índice de seguridad hospitalaria en Panamá para el organismo de seguridad social.

<p>Área programática 5.4: Inocuidad de los alimentos</p> <p>RESULTADO INTERMEDIO: Todos los países tienen la capacidad de mitigar los riesgos para la inocuidad de los alimentos y de responder a los brotes</p> <p>Evaluación de los indicadores de los RIT: 1 de 1 en curso Evaluación de los indicadores de los RIM: 1 de 4 alcanzado, 3 de 4 alcanzados parcialmente</p>	<p>Calificación: Expectativas cumplidas</p>
--	--

Evaluación de los indicadores de los resultados intermedios

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
5.4.1	Número de países y territorios que tienen mecanismos adecuados a fin de prevenir o mitigar los riesgos para la inocuidad de los alimentos y responder a brotes, incluso en las poblaciones marginadas	4	20	En curso (alcanzado en 9 + 11 en curso)
<p>Nueve países alcanzaron el indicador: CAN, CHL, COL, CUW, MEX, PAN, STA, USA, VEN.</p> <p>Otros once países y territorios están en curso, con buenas posibilidades de alcanzar el indicador durante el bienio 2016-2017: ABW, ARG, BON, CRI, DOM, GUY, HND, PER, PRY, SLV, TTO.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de un país.</p> <p>Se hará hincapié en estudios nacionales de la carga de las enfermedades de transmisión alimentaria como paso para mitigar el riesgo de los peligros alimentarios más pertinentes.</p>				

Evaluación de los indicadores de los resultados inmediatos

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
5.4.1	Países habilitados para aplicar las directrices y recomendaciones de la Comisión Mixta FAO/OMS del Codex Alimentarius	Número de países y territorios que han adoptado normas y recomendaciones internacionales a fin de promover su aplicación	13	21	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 16 + alcanzado parcialmente en 5)
<p>Dieciséis países y territorios alcanzaron el indicador: ABW, BON, BRA, CAN, CHL, COL, CRI, DOM, GTM, HND, PAN, PRY, SLV, STA, SXM, USA.</p> <p>Otros cinco países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: CUW, GUY, KNA, PER, VEN.</p> <p>Aruba ofreció talleres para fortalecer la capacidad de las autoridades competentes. Colombia ha incorporado una buena política de inocuidad de los alimentos. La República Dominicana ha revisado sus leyes para adoptar las directrices de la Comisión del Codex Alimentarius. Honduras, Paraguay y Perú han sido muy proactivos en la promoción de normas relacionadas con el Codex Alimentarius.</p> <p>La OPS colaboró con los países y con el Comité Codex de Coordinación FAO/OMS para América Latina y el Caribe a fin de lograr una participación más eficaz en el Codex Alimentarius. Además, se ha proporcionado cooperación técnica para adoptar los textos del Codex Alimentarius en las leyes y políticas nacionales.</p>					
5.4.2	Mecanismos de colaboración multisectorial establecidos para reducir los riesgos para la salud pública transmitidos por los alimentos, incluidos los que surgen en el punto de contacto entre los seres humanos y los animales	Número de países y territorios que tienen un mecanismo de colaboración multisectorial de reducción de riesgos para la salud pública transmitidos por los alimentos, incluso en las poblaciones marginadas	6	10	Excedido (alcanzado en 11 + alcanzado parcialmente en 11)
<p>Once países y territorios alcanzaron el indicador: ARG, CAN, COL, CUW, JAM, PAN, PRY, STA, SXM, USA, VEN.</p> <p>Además, once países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: ABW, BON, CHL, DOM, ECU, GUY, KNA, PER, SLV, TCA, TTO.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de un país.</p> <p>Colombia tiene una política nacional de inocuidad de los alimentos que ofrece condiciones perfectas para una buena colaboración entre la salud y la agricultura y ganadería. Costa Rica está estableciendo las capacidades requeridas en el RSI para la inocuidad de los alimentos y las zoonosis, creando así condiciones propicias para la colaboración multisectorial. Jamaica ha establecido una comisión para trabajar en la vigilancia integrada de la resistencia a los antimicrobianos, reforzando la cooperación entre el Ministerio de Agricultura y el Ministerio de Salud. Por consiguiente, la OPS ha desempeñado un papel importante al facilitar la interacción entre los centros nacionales de enlace para el RSI y los contactos para emergencias de la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos (INFOSAN) mediante la aplicación de la Estrategia Regional de la INFOSAN. Además, en colaboración con el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, se ha proporcionado cooperación técnica con objeto de</p>					

CD55/5 - ANEXO A

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
fortalecer la colaboración multisectorial a fin de reducir los peligros para la inocuidad de los alimentos que afectan a la salud pública.					
5.4.3	Países habilitados para establecer marcos normativos basados en el riesgo para prevenir, vigilar, evaluar y controlar las enfermedades zoonóticas y las transmitidas por los alimentos, y los riesgos a lo largo de toda la cadena alimentaria	Número de países y territorios que tienen políticas basadas en el riesgo y marcos regulatorios e institucionales para sus sistemas de inocuidad de los alimentos	5	16	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 12 + alcanzado parcialmente en 12)
<p>Doce países y territorios alcanzaron el indicador: BRA, CAN, CHL, COL, CUB, JAM, NIC, PAN, PRY, SXM, USA, VEN.</p> <p>Además, doce países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador: ABW, ARG, BON, CRI, CUW, DOM, GUY, KNA, PER, SLV, SUR, TTO.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de un país.</p> <p>La OPS ha trabajado para fortalecer la capacidad de los países a fin de manejar los riesgos para la inocuidad de los alimentos, aumentando la capacidad para el análisis de riesgos en el Caribe, realizando análisis regionales de la carga de morbilidad, apoyando a las autoridades nacionales en la adaptación y adopción de directrices tales como estudios de la dieta total y mejorando los servicios de inspección de riesgos y la capacidad de los laboratorios para aplicar sistemas del genoma completo.</p>					
5.4.4	Ejecución del Programa Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (PHEFA)	Número de países y territorios que ejecutan programas de prevención, control y eliminación de la fiebre aftosa de acuerdo con el cronograma y los resultados previstos en el Programa Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa 2011-2020	1	9	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 8)
<p>Ocho países alcanzaron el indicador: ARG, BOL, BRA, COL, ECU, PER, PRY, VEN.</p> <p>Para la fecha del presente informe estaba pendiente la confirmación de la evaluación final de un país.</p> <p>Se ha proporcionado cooperación técnica directa a los países clave (Bolivia, Brasil, Ecuador, Paraguay, Suriname y Venezuela) para fortalecer los programas nacionales de erradicación de la fiebre aftosa a fin de que puedan ser reconocidos como libres de fiebre aftosa por la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE). En el caso de Suriname, la cooperación técnica ayudó a sentar las bases del sistema de información y vigilancia como paso hacia la preparación de un expediente para su reconocimiento como libre de fiebre aftosa por la OIE. PANAFTOSA sigue proporcionando cooperación técnica a Venezuela para la gestión de programas contra la fiebre aftosa, estrategias de campo y de laboratorio, y formación de capacidad en técnicas de laboratorio. En Venezuela se está realizando</p>					

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
	<p>una encuesta con el apoyo de PANAFTOSA para evaluar la inmunidad a la fiebre aftosa a nivel de rebaño. También se ha proporcionado cooperación técnica a Paraguay, que notificó el último caso de fiebre aftosa en la Región. El personal veterinario de SENACSA recibió capacitación en la vigilancia y la respuesta rápida a situaciones de emergencia relacionadas con la fiebre aftosa. Todos los veterinarios de las 20 comisiones de sanidad animal de Paraguay, que llevan a cabo el programa de vacunación contra la fiebre aftosa, recibieron capacitación sobre procedimientos de vacunación y ocho veterinarios del laboratorio de SENACSA y de su finca experimental recibieron capacitación en el manejo y la implementación de sistemas de control de calidad de vacunas contra la fiebre aftosa de acuerdo con las normas internacionales. Se proporcionó cooperación técnica a Agrocalidad, de Ecuador, para la preparación y realización de una encuesta sobre inmunidad de la población y otra sobre la circulación del virus de la fiebre aftosa para el 2015. Además, PANAFTOSA proporciona asistencia para la elaboración del plan quinquenal (2016-2020) de control y erradicación de la fiebre aftosa para Ecuador. PANAFTOSA también aporta su pericia al grupo de trabajo establecido por el Ministerio de Agricultura de Brasil para actualizar el programa nacional de erradicación, que presentará sus recomendaciones durante el primer semestre del 2016.</p>				

<p>Área programática 5.5: Respuesta a brotes y crisis</p> <p>RESULTADO INTERMEDIO: Todos los países responden adecuadamente a las amenazas y emergencias que tienen consecuencias para la salud pública</p> <p>Evaluación de los indicadores de los RIT: 1 de 1 alcanzado Evaluación de los indicadores de los RIM: 1 de 1 alcanzado</p>	<p>Calificación: Expectativas cumplidas</p>
--	--

Evaluación de los indicadores de los resultados intermedios

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
5.5.1	Porcentaje de países y territorios que han demostrado una respuesta adecuada ante una situación de emergencia ocasionada por cualquier tipo de peligro, con una evaluación inicial coordinada y un plan de respuesta del sector de la salud en las 72 horas siguientes al inicio de la emergencia	No corresponde	100%	Alcanzado (100%)
<p>Todos los países afectados demostraron una respuesta adecuada ante toda clase de peligros en 10 situaciones de emergencia extrema experimentadas en el bienio, con una evaluación inicial coordinada y un plan de respuesta del sector de la salud dentro de las 72 horas siguientes al inicio de la emergencia.</p> <p>Las 10 situaciones de emergencia extrema con posibles consecuencias para la salud que se produjeron durante el bienio fueron las inundaciones de Paraguay (2014 y 2015), Bolivia (2014) y Chile (2015); la depresión bórica de Navidad que afectó a Dominica, Santa Lucía y San Vicente en los últimos días del 2013; la crisis de inseguridad alimentaria en Honduras y Guatemala (2014 y 2015); la tormenta tropical Erika que afectó a Dominica (2015); el huracán Joaquín que azotó a las Bahamas (2015) y la crisis de repatriación en Haití y la República Dominicana (2015). Todos recibieron una respuesta adecuada y oportuna de la OPS, con el rápido despliegue en el terreno de</p>				

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
	<p>expertos en respuesta para realizar evaluaciones tempranas de los daños y las necesidades y formular planes de acción en las 72 horas siguientes al inicio.</p> <p>La respuesta a ciertas emergencias fomentó la cooperación directa Sur-Sur entre países en el suministro de asistencia humanitaria para la salud. Un ejemplo de ello fue la colaboración directa entre los ministerios de salud de Haití y la República Dominicana, facilitada por la OPS, para la donación y el transporte de medicamentos esenciales y suministros de socorro para ayudar a las Bahamas a responder al huracán Joaquín.</p>			

Evaluación de los indicadores de los resultados inmediatos

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
5.5.1	Ejecución del marco de respuesta a las emergencias de la OMS en caso de emergencias graves con consecuencias para la salud pública	Porcentaje de emergencias de grado 2 y grado 3 que surgen de cualquier tipo de amenaza con consecuencias para la salud pública, incluida toda amenaza epidémica emergente, en las que el marco de respuesta a las emergencias de la OMS se ha ejecutado plenamente	n.d.	100%	Alcanzado (100%)
<p>En todas las emergencias de grado 2 y 3 ocasionadas por cualquier riesgo con consecuencias para la salud pública, incluida toda amenaza epidémica emergente, se implementó plenamente el Marco de Respuesta a Emergencias de la OMS.</p> <p>Grado 3: Aunque no se produjo ninguna situación de emergencia de grado 3 en la Región de las Américas durante el bienio, se activó la respuesta institucional a emergencias y desastres de la Organización en el nivel o grado 3 durante el brote del virus del Ébola para apoyar la respuesta de las Naciones Unidas en países afectados de África occidental y facilitar la cooperación técnica para los preparativos para la respuesta en los Estados Miembros. La Región también proporcionó apoyo a Nepal después del terremoto de grado 3 en el 2015. Se cumplieron las normas de desempeño del Marco de Respuesta a Emergencias pertinentes para esos contextos y emergencias.</p> <p>Se produjeron diez situaciones de emergencia durante el bienio 2014-2015 que se encuadraron en los criterios del grado 2 (véanse más detalles en el resultado intermedio 5.5.1). El Marco de Respuesta a Emergencias se aplicó plenamente en todas estas emergencias. Cabe destacar los siguientes aspectos sobresalientes del apoyo proporcionado para la respuesta a estos sucesos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dominica, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas: se proporcionó apoyo para evaluaciones rápidas y para la coordinación. Se movilizó más de \$1 millón para control de vectores, agua, saneamiento y restablecimiento del acceso a servicios de salud. La OPS proporcionó apoyo y liderazgo para la inclusión de los principios de “reconstruir mejor”, entre ellos la incorporación de acceso para discapacitados en establecimientos de Dominica y Santa Lucía. • Inundaciones de Bolivia: Se proporcionaron más de \$500.000 para responder a necesidades urgentes de salud, agua, saneamiento e higiene. • Inundaciones de Paraguay: Se proporcionó apoyo para evaluaciones rápidas y coordinación. Asimismo, se movilizaron más de \$900.000 del Fondo Central para la Acción en Caso de Emergencias, de las Naciones 					

RIM	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
	Unidas, para restablecer los servicios de agua potable, saneamiento adecuado e higiene en los departamentos afectados por las inundaciones (Asunción y Alto Paraguay) y asegurar el acceso a atención básica de salud, la continuidad del tratamiento y la prevención de brotes.				<ul style="list-style-type: none"> • Crisis de inseguridad alimentaria en Guatemala: Se movilizaron más de \$500.000 para el manejo y el tratamiento de la desnutrición aguda. • Crisis de inseguridad alimentaria en Honduras: Se movilizaron más de \$600.000 para el manejo y el tratamiento de la desnutrición aguda. • Tormenta tropical Erika en Dominica: Se movilizaron cerca de \$800.000 para control de vectores, agua, saneamiento y restablecimiento del acceso a servicios de salud. • Huracán Joaquín en las Bahamas: se proporcionó apoyo para la evaluación rápida y la coordinación, agua, saneamiento, higiene, control de vectores y el restablecimiento de servicios de salud (\$120.000 del presupuesto ordinario). • Crisis de repatriación en Haití y la República Dominicana: se proporcionó apoyo para la preparación de un plan de contingencia de acuerdo con el cual el sector de la salud respondería a las necesidades de salud de los haitianos deportados de la República Dominicana, se almacenarían estuches de urgencia para la salud y suministros esenciales para la salud y el cólera y se instalarían puestos de salud de avanzada cerca de los cruces fronterizos.

**Evaluación de fin del bienio 2014-2015
Informe de la categoría 6**

CATEGORÍA 6: SERVICIOS CORPORATIVOS Y FUNCIONES HABILITADORAS				CALIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN GENERAL DE LA CATEGORÍA²⁷ Expectativas parcialmente cumplidas			
PANORAMA PROGRAMÁTICO Y PRESUPUESTARIO DE LA CATEGORÍA							
Cuadro 1. Resumen programático y presupuestario de la categoría 6							
Área programática	Presupuesto aprobado (Programa y Presupuesto 2014-2015) (en millones de US\$)	Fondos asignados (en millones de US\$)	Porcentaje asignado al Programa y Presupuesto	Ejecución presupuestaria en comparación con el Programa y Presupuesto (%)	Ejecución presupuestaria en comparación con los fondos asignados (%)	Calificación de los indicadores de resultados inmediatos	Estado de los indicadores de resultados intermedios
6.1 Liderazgo y gobernanza	58,47	61,82	105,7	103,4	97,8	3 de 4 alcanzados, 1 de 4 alcanzado parcialmente (1 resultado inmediato cancelado)	3 de 3 en curso
6.2 Transparencia, rendición de cuentas y gestión de riesgos	4,84	4,65	96,1	95,6	99,5	2 de 4 alcanzados, 1 de 4 alcanzado parcialmente, 1 de 4 no evaluado	1 de 1 en curso
6.3 Planificación estratégica, coordinación de recursos y presentación de informes	49,54	25,87	52,2	51,2	98,1	1 de 3 alcanzado, 2 de 3 alcanzados parcialmente	2 de 2 en curso

²⁷ La calificación obtenida en la evaluación general para cada categoría y área programática es determinada por los facilitadores de las categorías y las áreas programáticas de la OPS, respectivamente, teniendo en cuenta la ejecución programática y presupuestaria, el análisis de los recursos (humanos y financieros) y los riesgos operativos y programáticos. Las calificaciones se definen de la siguiente manera:

- **Expectativas cumplidas** (verde): se alcanzaron entre 90% y 100% de los resultados para el período que se está evaluando. Se está progresando de acuerdo a lo planificado y no se prevén mayores impedimentos ni riesgos que afecten el logro de los resultados.
- **Expectativas parcialmente cumplidas** (amarillo): se alcanzaron entre 75% y 89,9% de los resultados para el período que se está evaluando. El progreso podría estar en peligro y se deben tomar medidas correctivas para superar los retrasos, impedimentos y riesgos.
- **Progreso insuficiente** (rojo): se alcanzaron menos de 75% de los resultados para el período que se está evaluando. El progreso está en peligro debido a obstáculos o riesgos que están afectando la consecución de los resultados. Se necesitan medidas correctivas inmediatas.

Área programática	Presupuesto aprobado (Programa y Presupuesto 2014-2015) (en millones de US\$)	Fondos asignados (en millones de US\$)	Porcentaje asignado al Programa y Presupuesto	Ejecución presupuestaria en comparación con el Programa y Presupuesto (%)	Ejecución presupuestaria en comparación con los fondos asignados (%)	Calificación de los indicadores de resultados inmediatos	Estado de los indicadores de resultados intermedios
6.4 Gestión y administración*	77,43	92,93	120,0	115,1	95,9	2 de 4 alcanzados, 2 de 4 alcanzado parcialmente	1 de 1 en curso
6.5 Comunicación estratégica	13,07	11,40	87,2	87,6	100,4	2 de 2 alcanzados	1 de 1 en curso
TOTAL	203,36	196,67	96,7	93,9	97,1	9 de 17 alcanzados, 8 de 17 alcanzados parcialmente	8 de 8 en curso

Nota:

* Incluye \$10 millones para el PMIS.

Cuadro 2. Panorama presupuestario de la categoría 6 por el nivel funcional

Nivel funcional	Fondos asignados (en millones de US\$)	Porcentaje asignado por nivel	Gasto total (en millones de US\$)	Ejecutado (%)
País	68,67	34,92	66,50	96,8
Entre países	34,59	17,59	33,63	97,2
Subregional	11,51	5,85	11,25	97,8
Regional	81,90	41,64	79,65	97,3
Total	196,67	100,00	191,03	97,1

ANÁLISIS PROGRAMÁTICO DE LA CATEGORÍA

Resumen de la evaluación general de la categoría

Durante el bienio se lograron avances constantes en la categoría 6 para mantener un entorno favorable que le permita a la Organización realizar actividades de cooperación técnica de una manera eficiente y transparente y tener un impacto positivo cuantificable en los países. En el área de liderazgo, la OPS se posicionó estratégicamente en el ámbito regional y mundial y sentó las bases para dar una respuesta política y técnica eficaz a la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y sus ODS. La OPS también fortaleció su respuesta institucional a las emergencias, los desastres y los brotes de enfermedades en gran escala, cada vez más prevalentes, que tienen consecuencias sanitarias y humanitarias.

La Organización fortaleció su compromiso con la cooperación centrada en los países, al crear un marco nuevo para la cooperación entre los países para el desarrollo en el ámbito de la salud, y actualizó una estrategia para los ocho países clave de la Región. Se elaboraron planes y se identificaron recursos para reforzar la cooperación técnica subregional en Centroamérica y América del Sur, tomando como modelo la estructura subregional que ya se ha adoptado en el Caribe. La ampliación de las oficinas subregionales en Centroamérica y América del Sur ayudará a

mejorar la colaboración de la OPS con los mecanismos subregionales pero también asegurará que se aborden de una manera estratégica las prioridades de estas dos subregiones. Se siguieron estableciendo alianzas con los equipos de país de las Naciones Unidas para el liderazgo en la salud, y se fortalecieron los mecanismos en los países para coordinar las actividades con los ministerios de salud.

La Organización sigue participando activamente en el proceso de reforma de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y está bien encaminada en la ejecución o la adaptación de las reformas a fin de estar en consonancia con la OMS en varias áreas clave como la planificación estratégica, la elaboración de presupuesto, el financiamiento, la gestión de los recursos humanos, la gestión de riesgos, la gestión de proyectos, los Cuerpos Directivos y la cooperación centrada en los países. Los Estados Miembros de la OPS están participando activamente en las actividades relacionadas con la reforma a fin de armonizar las normas y procedimientos relativos a la gobernanza y establecer un marco para la colaboración con los agentes no estatales protegiendo a la Organización de cualquier conflicto de interés.

La gestión basada en los resultados sigue siendo la piedra angular de las actividades de planificación, elaboración de presupuesto, y gestión y realizadas por toda la Organización. El nuevo Plan Estratégico 2014-2019 y el Programa y Presupuesto 2016-2017, estrechamente alineados con el Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS 2014-2019, se formularon usando un enfoque “de abajo arriba” que fomentaba la participación de las autoridades de los países al momento de determinar las prioridades programáticas. Las oficinas de los representantes de la OPS/OMS (PWR) brindaron apoyo y orientación a los países, y las redes de categorías y áreas programáticas regionales consolidaron los aportes de los países para formular el Programa y Presupuesto 2016-2017 aprobado. En un trabajo realizado conjuntamente con los Estados Miembros, se elaboró el nuevo Sistema de Seguimiento del Plan Estratégico (SPMS) para que los países, junto con la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina), participaran en la primera evaluación sobre el progreso alcanzado en el logro de los resultados intermedios del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 y los resultados inmediatos del Programa y Presupuesto 2014-2015 y la elaboración del informe correspondiente.

La Región pudo movilizar recursos adicionales y revertir la tendencia hacia la baja en el financiamiento externo en el bienio. Para redoblar los esfuerzos emprendidos a este respecto, se adoptó una estrategia de movilización de recursos nueva que tiene como objetivo lograr que la Organización pueda financiar plenamente su Programa y Presupuesto, llenar los vacíos en los programas que no disponen de suficientes recursos y responder a las prioridades emergentes.

En el bienio la Región adoptó y configuró el nuevo Sistema de Información Gerencial de la OPS (PMIS) usando un programa de planificación de recursos empresariales, a fin de reemplazar sus sistemas antiguos, obsoletos y desconectados, en las áreas de tecnología de la información, recursos humanos, planificación, presupuesto, adquisiciones y finanzas. La fase I del PMIS, que se centró en el área de recursos humanos, entró en funcionamiento en el 2014. La fase II, que cubrió las áreas restantes, se desarrolló durante el 2015 y se puso en funcionamiento en el 2016. El PMIS se completó dentro del cronograma y el presupuesto previstos.

En el bienio se adoptó un sistema de gestión de riesgos institucionales que permitirá, entre otras cosas, determinar los riesgos institucionales que la Gerencia Ejecutiva de la Oficina revisará con regularidad. Además, en el 2014 y el 2015 se adoptó una herramienta simplificada para el registro de los riesgos para todas las oficinas de la OPS a fin de tomar nota de los riesgos y definir los planes preventivos que se ejecutarán en el bienio 2016-2017.

Para reducir los costos y lograr una mayor eficiencia operacional, la Oficina estableció acuerdos sobre el nivel de los servicios con respecto a indicadores clave del desempeño en las áreas de Gestión de Recursos Financieros, Gestión

de Recursos Humanos, Servicios de Tecnología de la Información, Gestión de Compras y Suministros, y Operaciones de Servicios Generales. Entre los resultados positivos obtenidos se encuentran una reducción del tiempo entre la fecha en que se recibe una autorización de compra y la emisión de la orden de compra correspondiente por parte del Departamento de Compras; una reducción del tiempo de respuesta que requiere el Departamento de Tecnología de la Información para resolver las solicitudes de servicio; un aumento en el número de transacciones de Recursos Humanos realizadas por primera vez procesadas sin error; y una reducción de 2% a 3% en los costos de los servicios públicos y otros costos operativos en el bienio. Esto último se logró mediante la consolidación de oficinas, el uso de materiales de la construcción más modernos y eficientes, y una programación más cuidadosa del uso de servicios públicos.

Además, la Oficina siguió empleando novedosas tecnologías y plataformas de comunicación para realizar sus actividades de cooperación técnica de una manera eficaz y eficiente. Ello incluyó el uso de teleconferencias, una menor necesidad usar materiales impresos en las reuniones, así como una mayor distribución de materiales a través del sitio web. Se lograron avances en la comunicación digital y la participación de los usuarios mediante el uso de redes sociales como Facebook, Flickr, Twitter y YouTube, y se optimizó el uso de nuevas tecnologías. Asimismo, se ampliaron las actividades de difusión entre los medios de comunicación mediante el envío de mensajes dirigidos a destinatarios específicos y respuestas directas a las consultas realizadas por la prensa. Los esfuerzos consolidados tanto en las actividades de divulgación entre los medios de comunicación como en las acciones para aumentar el número de vistas de las páginas web contribuyeron a que la Organización fortaleciera su posicionamiento y jerarquización dentro de la comunidad internacional.

Resumen programático por área programática

6.1 Liderazgo y gobernanza

Esta área programática abarca funciones e intervenciones clave que fortalecen el liderazgo y la gestión de la OPS en la Región, permitiendo que muchos actores diferentes desempeñen un papel activo y eficaz en la promoción de la salud y el desarrollo.

Logros

- A lo largo del bienio, la Oficina abogó por la ejecución del Plan Estratégico de la OPS con las autoridades nacionales y los interesados directos clave del sistema de las Naciones Unidas, el sistema interamericano y los mecanismos de integración como el ALBA (Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América), COMISCA (Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana), CARICOM (Comunidad del Caribe), MERCOSUR (Mercado Común del Sur) y UNASUR (Unión de Naciones Suramericanas). Esta participación promovió la adopción de enfoques que comprenden la totalidad del gobierno en los ámbitos de la salud, la salud universal, los servicios integrados de atención primaria, el desarrollo sostenible y la equidad, el acceso a los medicamentos, y la preparación y respuesta para situaciones de emergencia.
- Se fortaleció la participación de los países mediante una mayor promoción de la política de cooperación centrada en los países, y se actualizó la estrategia de países clave de la OPS a fin de respaldar la cooperación técnica prestada específicamente en Bolivia, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Suriname.
- En la estrategia de cooperación entre países para el desarrollo sanitario se definió un marco nuevo para la adopción de un enfoque más estratégico para la cooperación técnica. De igual forma, los países adoptaron en el bienio mecanismos activos de coordinación para múltiples asociados a nivel de país para realizar con eficacia actividades de cooperación para el desarrollo en áreas relacionadas con la salud.
- En Centroamérica, el Caribe y América del Sur se lograron avances en la formulación de estrategias de cooperación en los países y los territorios. Estas estrategias se completaron en México, Nicaragua y Panamá, y se

iniciaron en Belice, Brasil, Colectividad de San Martín, El Salvador, Guyana, Haití, Honduras, Paraguay, y Trinidad y Tabago, entre otros; se espera que se completen en el 2016. También se inició la estrategia de múltiples países con los Territorios de Ultramar del Reino Unido en el Caribe (Anguila, Bermudas, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas y Montserrat).

- Se elaboraron cuatro instrumentos a fin de ayudar en el lanzamiento de la publicación *Guía de la OMS para elaborar una estrategia de cooperación en los países*, año 2014: *a)* una herramienta para esbozar las implicaciones de la estrategia; *b)* una matriz para vincular el programa estratégico de la estrategia de cooperación en los países con el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019; *c)* los criterios que regirán la participación de las entidades técnicas en las misiones responsables de la estrategia de cooperación en los países; y *d)* un formato llevar un registro con las prácticas adecuadas.
- Las 27 representaciones de la OPS/OMS completaron la encuesta sobre la presencia de la OMS en el país y contribuyeron con la estrategia de cooperación centrada en los países de la OMS, firmemente basada en la reforma de la OMS.
- Se redefinió la estructura de la cooperación técnica subregional para fortalecer el posicionamiento político, estratégico y técnico de la Organización y garantizar que la salud sea el eje central del programa que se adopte en los procesos de integración en toda la Región. Se renovó un memorando de entendimiento con MERCOSUR para fortalecer la cooperación técnica en la subregión sudamericana. Además, se evaluaron la fase III de la iniciativa Cooperación para la Salud en el Caribe y la Estrategia Subregional de Cooperación de la OPS, y se empezó a trabajar en las estrategias subsiguientes. La OPS mantuvo la alianza con CARPHA, a la que siguió brindándole apoyo en sus esfuerzos por abordar programas de salud prioritarios en el Caribe, y con el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) para abordar enfermedades no transmisibles (ENT) y factores de riesgo clave en los países centroamericanos.

Retos

- Las incongruencias en el desarrollo y la actualización de las estrategias de cooperación en los países luego que termina su plazo impide usarlas como marco estratégico a mediano plazo de la OPS/OMS para responder eficazmente a las prioridades en materia de salud.
- La posibilidad de aplicar y usar los mecanismos de coordinación para múltiples asociados a nivel de país varía según el contexto nacional y la presencia de organismos de ayuda y desarrollo en los países y territorios.
- Las actividades realizadas para aumentar la movilización de recursos dirigidas a los agentes no estatales en la Región de las Américas actualmente se encuentran limitadas por los esfuerzos que se realizan en el contexto de la reforma de la gobernanza de la OMS para finalizar el marco de la OMS para la colaboración con los agentes no estatales. Además, una vez que se apruebe, el marco de la OMS tendrá que ser ratificado por los Cuerpos Directivos de la OPS antes de que pueda aplicarse en la Región.

Enseñanzas

- Es esencial desarrollar capacidades, aptitudes y herramientas para facilitar la colaboración interprogramática y transversal en toda la Organización.
- La Organización debe fortalecer su capacidad para responder eficazmente a las emergencias y los desastres sin poner en peligro su capacidad de cumplir sus funciones habituales.
- El proceso de desarrollo de la estrategia de cooperación en los países brinda la oportunidad de fortalecer el liderazgo de la OPS en asuntos relacionados con la salud a nivel nacional; con este fin, debe hacerse hincapié en los procesos consultivos para definir conjuntamente las prioridades en salud.
- Ampliar las alianzas estratégicas más allá de los interesados directos tradicionales en el ámbito de la salud ha

contribuido a fortalecer la visibilidad de la OPS y su función como “intermediario”, por lo que debe sistematizarse.

6.2 Transparencia, rendición de cuentas y gestión de riesgos

El objetivo de esta área programática es fortalecer los mecanismos existentes e introducir nuevas medidas diseñadas con el fin de garantizar que la OPS siga siendo una organización responsable, transparente y capaz de controlar los riesgos eficazmente. Promueve la adopción de un método coordinado de evaluación en todos los niveles de la Organización, usando herramientas y directrices acordes con la política de evaluación.

Logros

- En esta área programática, la OPS trabajó para reforzar los mecanismos existentes e introducir instrumentos nuevos para mejorar la rendición de cuentas, la transparencia y la gestión de riesgos. Se estableció el programa de gestión de riesgos institucionales, el cual ayudó a inculcar una cultura de gestión de riesgos y fortalecer los controles internos. Este programa seguirá coordinándose estrechamente con los mecanismos de auditoría presentes en la Organización. Estas acciones contribuirán a mitigar los riesgos que pueden afectar la reputación y el posicionamiento estratégico de la Organización.
- En el bienio se cerraron 87% de las recomendaciones de auditorías internas, en comparación con la línea de base de 80% del año 2012.
- En el bienio se ejecutaron más de 50% de las 31 recomendaciones de auditoría interna aceptadas por la Directora. El Comité de Auditoría examinó 47 asuntos relacionados con los procesos de auditoría, rendición de cuentas, gestión de riesgos y transparencia, y presentó un informe con sus resultados a la Directora de la Oficina y el Comité Ejecutivo.
- La Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación (IES) le prestó asesoramiento y orientación a la gerencia de la Oficina en cuanto al método de evaluación usado para promover el cumplimiento de la política de evaluaciones de la OPS. En la evaluación del proyecto *Mais Médicos*, por ejemplo, IES brindó un amplio asesoramiento. IES además actualizó el registro de evaluaciones planificadas, en curso y completadas; se envió a la Directora el registro de las evaluaciones y las principales enseñanzas extraídas.
- En el 2015 se adoptó la iniciativa “Ambiente respetuoso de trabajo” en toda la Organización. Hasta la fecha, 315 funcionarios han jurado cumplir con los principios de un ambiente respetuoso de trabajo y 24 representaciones de la OPS/OMS se han comprometido a dar un impulso a la iniciativa. Además, 260 empleados de toda la Organización han realizado la capacitación sobre aptitudes para el manejo de conflictos.

Retos

- Sigue siendo un reto establecer y aplicar un marco interno de control que describa en forma clara y detallada la rendición de cuentas a los diferentes niveles de gestión. Aunque los controles internos se presentan claramente en varios documentos distintos, en el 2015 no se hizo un documento integrado que sirviera de marco a las actividades de control interno porque el desarrollo del PMIS le exigió mucho tiempo al personal.
- Está pendiente alcanzar un mayor progreso en cuanto a las evaluaciones, un área en la cual debe aplicarse un enfoque integrado para consolidar las enseñanzas extraídas presentadas en los informes de las evaluaciones y otros medios.
- El aplazamiento de la encuesta institucional retrasó para el 2016 la posibilidad de medir la satisfacción del personal con el clima ético y el sistema de la justicia interno de la Organización.

Enseñanzas

- El apoyo y la participación constantes de los gerentes de alto nivel ha sido fundamental para dar un impulso a los mecanismos de rendición de cuentas en toda la Organización. Por ejemplo, en el ámbito de la gestión de riesgos, el establecimiento del Comité Superior Permanente y la consideración de los riesgos institucionales a nivel de la Gerencia Ejecutiva de la Oficina han permitido la ejecución de actividades relacionadas con la gestión del riesgo institucional.
- A raíz de que los Estados Miembros están participando e invirtiendo más en la elaboración y evaluación del Programa y Presupuesto, se ha puesto de relieve la necesidad de mejorar los mecanismos utilizados para que los Estados Miembros se mantengan informados sobre la ejecución del Programa y Presupuesto en curso, incluidos los riesgos programáticos y financieros.

6.3 Planificación estratégica, coordinación de recursos y presentación de informes

En esta área programática se promueve y se consolida la gestión basada en los resultados como marco operativo fundamental para mejorar la eficacia, la eficiencia, la alineación con los resultados programáticos y la rendición de cuentas en la Organización. También se abordan la movilización de recursos, las relaciones externas y las asociaciones para aumentar la visibilidad de la salud en la agenda para el desarrollo y mejorar los resultados en materia de salud.

Logros

- En el bienio 2014-2015, como parte de la ejecución del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 y sus programas y presupuestos, la Organización continuó con los esfuerzos realizados para seguir consolidando la gestión basada en los resultados. A este respecto, se elaboró y se realizó un proceso nuevo de evaluación conjunta en el que participaron las autoridades nacionales y todos los niveles funcionales de la Organización. Para facilitar esta evaluación conjunta se introdujo una herramienta nueva de evaluación en línea, el Sistema de Seguimiento del Plan Estratégico de la OPS (SPMS, por su sigla en inglés). El proceso empezó con los aportes a nivel de país, los cuales fueron validados por las redes de categorías y áreas programáticas después de hacer consultas con los países para finalmente ser consolidados a nivel de toda la Organización. En este proceso, que se inició en noviembre del 2015, la Oficina y los Estados Miembros evaluaron conjuntamente el desempeño en el bienio por medio de un minucioso examen de los indicadores establecidos en el Programa y Presupuesto y el Plan Estratégico. Los resultados de ese ejercicio sirvieron de base para la finalización de este informe.
- La OPS ha sido pionera en el uso de un sólido método científico para la estratificación de prioridades programáticas como parte integral de la planificación estratégica y la elaboración de programas y presupuestos. Este enfoque innovador es resultado de una colaboración intensa y productiva emprendida con expertos clave de las autoridades sanitarias nacionales de la Región especializados en salud pública. Se espera que este método nuevo se aplique en el Programa y Presupuesto 2018-2019 así como en la asignación de recursos y los esfuerzos de movilización. Además, se publicará un artículo sobre el método en una revista arbitrada, lo que representará un aporte para el caudal de conocimientos y pruebas científicas en el área de salud pública a nivel regional y mundial.
- Luego de la reducción presupuestaria que se registró en el bienio 2014-2015, la OPS obtuvo un aumento de 8,8% para los programas básicos en el Programa y Presupuesto 2016-2017. En el ciclo de planificación y elaboración de presupuesto correspondiente al bienio 2016-2017 se siguió fortaleciendo la aplicación del enfoque de planificación de abajo arriba mediante consultas con los Estados Miembros. Gracias a este enfoque se garantiza que la cooperación técnica de la Organización en materia de salud esté centrada en el país y responda a las prioridades programáticas.

- El Programa y Presupuesto de la OPS 2014-2015 se financió en 99,8% (de US\$ 563,1 millones, se obtuvieron \$561,8 millones). El número de donantes que aportan al menos 10% del presupuesto de contribuciones voluntarias de la OPS aumentó de dos a tres en el bienio. Se han logrado avances en la movilización de los recursos externos para aplicar el Programa y Presupuesto, en parte gracias a la intensificación de las actividades de difusión entre los nuevos donantes potenciales, entre los cuales se encuentran asociados no tradicionales y entes del sector privado.
- Se aprobó la estrategia de movilización de recursos de la OPS 2016-2019 con los objetivos de ampliar la base de donantes, atraer financiamiento flexible y mejorar la predictibilidad del flujo de contribuciones voluntarias disponibles para ejecutar el Programa y el Presupuesto.
- Los Estados Miembros de la Región de las Américas de la OMS (AMRO) participaron en el grupo mundial de trabajo de la OMS sobre la asignación estratégica de los márgenes presupuestarios, que se reunió a fin de elaborar una fórmula transparente y objetiva para determinar la asignación del presupuesto de la OMS a sus regiones y países. Como resultado del método revisado para la asignación estratégica de los márgenes presupuestarios, el cual está basado en las necesidades, la asignación presupuestaria correspondiente a la AMRO aumentará a partir del bienio 2016-2017.
- Se activó la red de categorías y áreas programáticas de la OPS para coordinar la planificación, la elaboración de presupuestos, el seguimiento y el análisis en la Región. Esto se ha traducido en una mejora de la coherencia y la coordinación de los programas, y del sentido de pertenencia con respecto a los programas, en los tres niveles de la Organización. Además, en el 2015 se reactivó la red de gestión de programas, con representantes de todos los niveles funcionales. Se espera que esta red fortalezca, dentro de la Oficina, las funciones de planificación, elaboración de presupuestos y gestión de proyectos basadas en resultados.
- La Organización elaboró por primera vez un compendio integral de indicadores de impacto y resultados intermedios que fue validado por planificadores sanitarios y expertos en salud pública de los Estados Miembros y la red de categorías y áreas programáticas de la OPS. El objetivo del compendio es mejorar la medición objetiva del desempeño programático basándose en criterios definidos.

Retos

- En el bienio no pudo completarse la validación de los indicadores de los resultados inmediatos del Programa y Presupuesto 2014-2015. Esto afectó la calidad y uniformidad del proceso de evaluación conjunta con los Estados Miembros. En consecuencia, este proceso de evaluación conjunta requirió orientación, tiempo y recursos adicionales. En el 2016 se analizarán estas experiencias para mejorar los criterios que sirven de guía en el proceso de evaluación y el SPMS.
- Resultó difícil movilizar suficientes recursos externos para financiar plenamente el aumento del Programa y Presupuesto. Además, la aplicación de la estrategia de movilización de recursos se retrasó hasta al final del bienio 2014-2015. Esto afectó la capacidad de la Oficina para cubrir las brechas de financiamiento de ciertas áreas programáticas y para atraer fondos flexibles que pudieran asignarse estratégicamente a las áreas de mayor necesidad o prioridad.
- Sigue siendo un reto obtener pleno financiamiento para la porción del presupuesto por programas de la OMS correspondiente a la AMRO. La porción de la AMRO del presupuesto para los programas básicos 2014-2015 se financió en 85% (\$139,0 millones de \$164,5 millones).
- En conjunto, las vacantes en cargos clave a nivel técnico y de liderazgo, así como el despliegue de personal para responder a las emergencias y prestar apoyo al PMIS, afectaron la ejecución de los planes operativos aprobados y, en consecuencia, del Programa y el Presupuesto.

Enseñanzas

- Los procesos de planificación de abajo arriba y de estratificación de prioridades usados en la elaboración del Plan Estratégico y los programas y presupuestos de la OPS brindaron una contribución significativa para que se elaboraran planes y presupuestos más realistas, con un mayor énfasis en las prioridades que se definen conjuntamente con los Estados Miembros. La participación de los Estados Miembros y el personal de todas las áreas de la Oficina en los procesos de planificación y elaboración de presupuestos de la Organización, sin precedente alguno, debe traducirse en un mayor sentido de pertenencia y un mayor compromiso con la ejecución, la vigilancia y la evaluación del Plan Estratégico 2014-2019 y los tres programas y presupuestos correspondientes.
- La adaptación y aplicación de un sólido método científico para la estratificación de prioridades programáticas permitirá a la Oficina asignar de una manera más estratégica y objetiva los recursos en aquellas áreas donde la cooperación técnica de la Organización agrega valor y tiene mayor repercusión.
- El nuevo sistema y proceso conjunto de seguimiento y evaluación instituido para el Plan Estratégico y el Programa y Presupuesto de la OPS, en el cual participan los Estados Miembros y la Oficina, mejoraron la rendición de cuentas y la transparencia en la Organización y arraigaron aún más la gestión basada en resultados en toda la Organización.
- El compendio de indicadores llevó a la formulación de sólidos criterios técnicos para la medición de indicadores y facilitó la evaluación conjunta realizada con los Estados Miembros, al proporcionar criterios uniformes para realizar las mediciones, el diálogo y la resolución de discrepancias. La experiencia también reveló la necesidad de repetir estas buenas prácticas en todos los planes elaborados por la Organización para garantizar la evaluación sistemática y objetiva de los resultados.
- La incertidumbre acerca de la disponibilidad de fondos y la significativa porción de fondos flexibles de la Organización reservados para cubrir puestos de plazo fijo (>75%) afectaron la tasa de ejecución de programas. Además, las demoras en la llegada y el desembolso de los fondos a menudo impidieron que se dispusiera de suficiente tiempo para ejecutar los programas.
- La aplicación de un presupuesto integrado debe permitir afrontar tales desafíos al proporcionar flexibilidad adicional en la asignación estratégica de los recursos.

6.4 Gerencia y administración

Esta área programática abarca los servicios administrativos centrales que se encuentran a la base de la eficiencia y la eficacia en el funcionamiento de la Oficina: Gestión de Recursos Financieros, Gestión de Recursos Humanos, Servicios de Tecnología de la Información, Gestión de Compras y Suministros, y Operaciones de Servicios Generales. En esta área también se refleja la coordinación y la ejecución del nuevo Sistema de Información Gerencial de la OSP, el cual tiene como objetivo simplificar los procesos administrativos y mejorar los controles e indicadores de desempeño.

Logros

Financieros

- La OPS recibió un dictamen de auditoría sin reservas sobre los estados financieros de los años 2013 y 2014.
- Para simplificar la cooperación técnica y la creación de capacidad a nivel nacional, se elaboró una nueva política para recibir contribuciones pequeñas por parte de los donantes.
- Se elaboraron definiciones y procesos estandarizados para los gastos operativos generales de las representaciones de la OPS/OMS.

Gestión eficaz de los recursos humanos

- En el 2015 se puso en funcionamiento de manera eficaz el módulo del PMIS correspondiente a la Gestión del Capital Humano, en un proceso que implicó un amplio programa de capacitación a nivel institucional.
- En el bienio 2014-2015, la planificación de recursos humanos se integró plenamente en la planificación operativa; como parte del proceso de planificación operativa todos los planes de recursos humanos se analizaron, se hicieron los ajustes necesarios y se aprobaron. Esto brindó apoyo a la integración de los recursos financieros y humanos en el marco del Plan Estratégico.
- Se elaboró una nueva estrategia de recursos humanos (llamada “Estrategia de la OPS para el personal”) mediante un proceso participativo que incluyó a todas las áreas y los niveles de la Organización. Los Estados Miembros aprobaron la estrategia y el financiamiento necesario para su ejecución, a partir del 2016.

Eficiencia y eficacia en la infraestructura de computación y los servicios de comunicación

- El Sistema de Información Gerencial de la OSP se elaboró y se puso en funcionamiento dentro del presupuesto y el cronograma previstos.
 - La fase I del proyecto, que incluyó el módulo de capital humano y nómina de sueldos, se completó y se puso en funcionamiento en enero del 2015.
 - La fase II, que incluyó las áreas de finanzas, presupuesto y adquisiciones, se puso en funcionamiento el 1 de enero del 2016. La ejecución de esta segunda fase tendrá una repercusión significativa en la forma de realizar las transacciones financieras en la Organización y seguirá requiriendo gestión del cambio. Al cierre del bienio, se habían gastado \$17,4 millones de los \$20,2 millones aprobados para el proyecto. Los fondos restantes se usarán para ejecutar componentes fundamentales que no se incluyeron en la fase de puesta en funcionamiento, realizar mejoras tras la puesta en funcionamiento, elaborar informes adaptados a los usuarios y elaborar el módulo de contratación de personal, que no estaba previsto originalmente. Se han alcanzado dos indicadores de desempeño clave usados para evaluar la puesta en funcionamiento del PMIS.
- Tecnología de la información:
 - En el 2015 se elaboró y aprobó una estrategia nueva en el área de tecnología de la información.
 - Los Servicios de Tecnología de la Información prestaron un apoyo fundamental en la etapa de desarrollo del PMIS, así como en la planificación de la progresiva desincorporación de los sistemas antiguos y el mantenimiento de los datos históricos para poder usarlos en un futuro en la planificación y la elaboración de informes financieros.
 - Se lograron avances significativos en la modernización de la infraestructura de tecnología de la información, incluidos los sistemas centrales, la conectividad a internet y la puesta en funcionamiento de una plataforma de SharePoint actualizada.

Apoyo eficaz en cuanto a operaciones, logística y adquisiciones

- Servicios generales:
 - Se presentó a los Estados Miembros una evaluación completa de las condiciones del edificio de la Sede y los edificios de las representaciones de la OPS/OMS, que incluyó aspectos relacionados con la protección y la seguridad. En esta evaluación se incluyeron las opciones a corto y largo plazo así como los costos.
 - Se aumentó el Fondo Maestro de Inversiones de Capital, incluidos los fondos subsidiarios para el mantenimiento de bienes inmuebles, tecnología de la información y compras de vehículos, con excedentes aprobados por el Consejo Directivo.
 - Se creó un nuevo mecanismo autofinanciamiento para la compra de los vehículos por parte de las representaciones de la OPS/OMS, el cual se pondrá en funcionamiento en el 2016.
 - Se registró una reducción de 2% a 3% en los costos operativos de oficina.

- Adquisiciones:
 - En aras de la eficiencia y la economía, se incrementó al máximo el uso de sistemas electrónicos para los procesos de licitación en la Sede.
 - A todos los administradores y puntos focales de adquisiciones se les impartió capacitación sobre los procesos de compras, lo que redujo la duración del ciclo de pedidos.
 - Con la colaboración de In-Tend, se elaboró un sistema automatizado para la gestión de los despachos, que se pondrá en funcionamiento en el 2016 para brindar un mejor apoyo al Fondos Rotatorios y el Fondo Estratégico.

Retos

- Un reto significativo fue la cantidad de tiempo que el personal tuvo que dedicarle al desarrollo del PMIS y las pruebas que se le hicieron, sin dejar de cumplir con las responsabilidades programáticas y administrativas que tenía en ese momento. En consecuencia, hubo muchos retrasos que afectaron a diferentes áreas de la Organización. Sin embargo, los gerentes tuvieron el cuidado de proteger servicios operativos clave como la contratación de personal, la nómina de sueldos y las adquisiciones.
- Ha sido difícil evaluar y llevar un registro del ahorro que se logrará con el pleno funcionamiento del PMIS, por lo que todavía no se conoce por completo. Se prevé que a medida que se establezca el sistema, su eficiencia operacional se hará evidente.

Enseñanzas

- El apoyo de la gerencia de la Oficina fue fundamental para que toda la Organización aceptara la transición al PMIS, el nuevo sistema de planificación de recursos institucionales.
- Para poner en funcionamiento el PMIS de manera eficaz se requerirá un compromiso permanente por parte del personal y la gerencia, la adaptación de los procesos, y la inversión de tiempo y recursos adicionales para que se materialicen plenamente los beneficios del nuevo sistema.
- Pasar por alto el problema de antigüedad de la infraestructura podría tener repercusiones significativas en cuanto a costos y socavar la capacidad de la Organización para prestar cooperación técnica y servicios habilitadores.

6.5 Comunicación estratégica

Esta área programática tiene por objeto colocar a la Organización en una posición más sólida dentro de la comunidad internacional al promover la adopción de un enfoque proactivo que permita colaborar con los medios de información y las redes sociales para informar mejor acerca de las funciones y las repercusiones que tiene la Organización. Además, elabora y difunde información y conocimientos basados en datos científicos que producen los Estados Miembros y la Oficina a fin de se conozcan mejor los logros de la Región en materia de salud.

Logros

- La nueva estrategia de comunicación sienta las bases para una mejor integración de las actividades y las prácticas relacionadas con la comunicación que se realizan en toda la Organización, a fin de poner a la OPS en una posición de liderazgo y autoridad en el campo de la salud pública en la Región de las Américas. La adopción de procedimientos normalizados de trabajo le permitirá a la OPS conectarse eficazmente con los interesados directos y con públicos específicos o nuevos a fin de transmitir de manera exacta y oportuna información relacionada con la salud.
- Se elaboró y aprobó una nueva política organizacional de publicaciones.

- La Oficina también siguió empleando novedosas tecnologías y plataformas de comunicación para prestar cooperación técnica de una manera eficaz y eficiente.
- Se amplió la comunicación digital y la participación de los usuarios mediante el uso de redes sociales como Facebook, Flickr, Twitter y YouTube. Además, se incrementó la participación de los usuarios mediante el sitio web para optimizar el uso de nuevas tecnologías y aumentar el número de vistas de las páginas web.
- También se ha registrado un aumento en las actividades de divulgación entre los medios de comunicación mediante el envío de mensajes dirigidos a destinatarios específicos y respuestas directas a las consultas de la prensa. Los esfuerzos consolidados tanto en las actividades de divulgación entre los medios de comunicación como en las acciones para aumentar el número de vistas de las páginas web contribuyeron a que la Organización lograra un mejor posicionamiento y jerarquización dentro de la comunidad internacional.

Retos

- Las representaciones de la OPS/OMS tienen distintos niveles de capacidad en cuanto a comunicaciones, lo que impide que se preste un apoyo uniforme y de alta calidad en lo que respecta a las comunicaciones.
- La capacidad de las representaciones de la OPS/OMS y los centros panamericanos para trabajar en la gestión del conocimiento y áreas relacionadas es limitada.

Enseñanzas

- Para aumentar la visibilidad de la Organización y las comunicaciones en el ámbito de la salud, la Organización debe seguir invirtiendo en el componente de comunicación estratégica de los programas de cooperación técnica, y esa inversión debe estar acompañada de los recursos financieros y humanos apropiados.

Riesgos

A continuación se presentan los riesgos más pertinentes para la categoría 6 del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, así como información con respecto a su estado y las medidas que se han adoptado para mitigarlos. Esta lista también incluye los riesgos nuevos que se han encontrado durante el bienio.

- Las reducciones adicionales de la asignación de recursos de la OMS podrían comprometer gravemente la capacidad de la OPS para obtener los resultados establecidos en el Plan Estratégico.
 - Aunque el monto nominal asignado a la Región aumentó, representó 85% de la porción total aprobada para la AMRO del presupuesto por programas básico de la OMS (\$139,0 millones de \$164,5 millones).
- La asistencia internacional a la Región sigue disminuyendo.
 - El financiamiento voluntario —impredecible y a menudo asignado a fines específicos, proveniente principalmente de un pequeño número de donantes grandes— sigue restringiendo la capacidad de la OPS para abordar las prioridades existentes y emergentes. La estrategia de movilización de recursos, recientemente aprobada, y la aplicación del marco para la estratificación de prioridades programáticas permitirá canalizar mejor los esfuerzos relacionados con la movilización de recursos. Además, la Organización tiene que posicionarse estratégicamente para generar apoyo de asociados tradicionales y no tradicionales. Su función de liderazgo en las actividades de cooperación Sur-Sur y cooperación triangular brinda oportunidades para movilizar recursos desde la misma Región, crear alianzas nuevas y aumentar el reconocimiento del papel de la OPS como líder y asociado clave en la cooperación entre países para el desarrollo de la salud en la Región.
- A falta de un marco para la colaboración con los agentes no estatales, existen posibles conflictos de intereses con asociados del sector privado que podrían afectar la imagen y la reputación de la Organización.

- La Oficina Sanitaria Panamericana y los Estados Miembros de la Región de las Américas están participando activamente en la elaboración del marco de la OMS para la colaboración con los agentes no estatales. Una vez aprobado, se presentarán los componentes aplicables a los Cuerpos Directivos de la OPS para su adopción.
- La falta de un sistema moderno de información para la gestión podría impedir la simplificación de los procesos administrativos y el uso de medidas más eficaces que conduzcan a ahorros en los costos.
 - Aunque las Fases I y II del PMIS se completaron dentro del presupuesto y cronograma previstos, para materializar plenamente el potencial del sistema se requerirá un compromiso continuo del personal y la gerencia, la adaptación de los procesos y la inversión de tiempo y recursos adicionales.
- La poca disponibilidad y fiabilidad de la información obstaculiza la adopción de decisiones oportunas.
 - La puesta en funcionamiento del PMIS, aunada al desarrollo del portal para el Programa y Presupuesto de la OPS (en fase de planificación), facilitará que la gerencia de la Oficina tenga acceso a la información y que la Región de las Américas presente la información pertinente en los sistemas de información y las plataformas de la OMS.

Análisis de la ejecución presupuestaria

En el Programa y Presupuesto 2014-2015, la categoría 6 tenía un presupuesto aprobado de \$203,4 millones, lo cual incluye el costo de la presencia en los países, reflejado en las áreas programáticas 6.1 (liderazgo y gobernanza) y 6.4 (gerencia y administración).

Se adjudicaron aproximadamente \$196,67 millones, lo que representa 96,7% del presupuesto aprobado para esta categoría. En términos generales, la categoría logró un nivel de ejecución de 97% con respecto a los fondos adjudicados y 94% con respecto al Programa y el Presupuesto aprobado. Como se muestra en el cuadro 1, cuatro de las cinco áreas programáticas recibieron 85% o más los niveles aprobados en el Programa y Presupuesto. Tres recibieron 95% o más de sus presupuestos: las áreas programáticas 6.1 (liderazgo y gobernanza, 106%), 6.2 (transparencia, rendición de cuentas y gestión de riesgos, 96%) y 6.4 (gestión y administración, 120%). El área programática 6.4 incluye una asignación de \$10 millones para el PMIS. Entretanto, el área programática 6.3 recibió 52% del presupuesto aprobado. Esto se debió principalmente a sobrestimación del presupuesto del área programática 6.3 (y la correspondiente subestimación del área programática 6.4), lo cual se ha remediado en el Programa y Presupuesto 2016-2017.

En el cuadro 2 se desglosan las asignaciones de la categoría 6 por nivel funcional. Los fondos otorgados a nivel regional representan 41,6% del total de la categoría; 34,9% se asignaron a nivel de país, 17,6% a nivel entre países y 5,9% a nivel subregional. Esto se ajusta con la distribución realizada de manera específica que se definió en la política del presupuesto de la OPS. El nivel subregional logró una tasa de ejecución de 98% de los fondos otorgados, y el resto de los niveles funcionales alcanzaron una tasa de ejecución de 97%.

En el cuadro 3 se suministra información adicional sobre los fondos otorgados, desglosada tanto por área programática como por nivel funcional. Todas las áreas programáticas de esta categoría lograron tasas de ejecución superiores al 95%. Conforme a lo previsto, y dada la inclusión de la presencia en los países, las áreas programáticas 6.1 (liderazgo y gobernanza) y 6.4 (gestión y administración) recibieron las mayores porciones del presupuesto de la categoría 6 (31,4% y 47,3%, respectivamente). El resto de las áreas programáticas representó entre 2% y 13% del presupuesto de la categoría.

Las áreas programáticas 6.2 (transparencia, rendición de cuentas y gestión de riesgos) y 6.5 (comunicación estratégica) lograron las mayores tasas de ejecución, al registrar una ejecución de 99% de los fondos otorgados. Las

áreas programáticas 6.3 (planificación estratégica, coordinación de recursos y presentación de informes) y 6.1 (liderazgo y gobernanza) lograron una ejecución de 98%. El área programática 6.4 (gestión y administración) obtuvo la menor tasa de ejecución en esta categoría (96%).

Cuando se analiza por nivel funcional, el nivel de país logró una ejecución de 96% a 100% en todas las áreas programáticas; la menor tasa de ejecución se registró en el área programática 6.4. El nivel entre países, que representó un apoyo adicional a los países, logró una ejecución de 95% o más en todas las áreas programáticas. En el nivel subregional las áreas programáticas 6.1, 6.2 y 6.5 registraron las tasas de ejecución más altas, de 99% o más. A nivel regional se logró una tasa de ejecución de 99% a 100% en tres áreas programáticas y levemente menor en las áreas programáticas 6.3 (98%) y 6.4 (96%).

Cuadro 3: Panorama presupuestario de la categoría 6 por área programática y nivel funcional

Categoría, área programática y nivel funcional	Fondos asignados (en millones de US\$)	Porcentaje asignado por área programática	Gasto total (en millones de US\$)	Ejecución presupuestaria (%)
6. Servicios corporativos y funciones habilitadoras	196,67	100,00	191,03	97,1
6.1 Liderazgo y gobernanza	61,82	31,43	60,44	97,8
País	33,22	16,89	32,08	96,6
Entre países	7,34	3,73	7,27	99,1
Subregional	3,84	1,95	3,82	99,4
Regional	17,42	8,86	17,27	99,1
6.2 Transparencia, rendición de cuentas y gestión de riesgos	4,65	2,37	4,63	99,5
País	0,30	0,15	0,30	100,0
Entre países	1,20	0,61	1,19	99,4
Subregional	0,31	0,16	0,31	99,4
Regional	2,84	1,45	2,83	99,4
6.3 Planificación estratégica, coordinación de recursos y presentación de informes	25,87	13,15	25,36	98,1
País	6,21	3,16	6,14	98,8
Entre países	5,36	2,72	5,24	97,8
Subregional	1,58	0,80	1,55	98,0
Regional	12,72	6,47	12,44	97,8
6.4 Gerencia y administración	92,93	47,25	89,15	95,9
País	27,13	13,79	26,16	96,4
Entre países	18,06	9,18	17,28	95,7
Subregional	5,08	2,59	4,88	96,0
Regional	42,66	21,69	40,83	95,7

Categoría, área programática y nivel funcional	Fondos asignados (en millones de US\$)	Porcentaje asignado por área programática	Gasto total (en millones de US\$)	Ejecución presupuestaria (%)
6.5 Comunicación estratégica	11,40	5,80	11,45	100,4
País	1,82	0,92	1,82	100,4
Entre países	2,64	1,34	2,65	100,4
Subregional	0,69	0,35	0,69	100,4
Regional	6,26	3,18	6,28	100,4

La categoría 6, al ser una categoría de funciones habilitadoras, normalmente no atrae recursos de los donantes. Por lo tanto, los fondos no destinados a un fin particular como las contribuciones señaladas y los gastos de apoyo a programas se usaron principalmente para impulsar el trabajo realizado dentro de esta categoría durante el bienio 2014-2015.

Recomendaciones

- Apoyar la identificación, promoción y ejecución de proyectos de cooperación entre países para el desarrollo de la salud en el bienio 2016-2017, a medida que esta nueva modalidad de cooperación técnica se despliegue por completo en la Región.
- Reconocer que los representantes de la OPS/OMS son la piedra angular del liderazgo de la Organización, y adoptar medidas para: *a)* mejorar la representación de candidatos de la Región de las Américas en el proceso de selección de la lista mundial de la OMS; *b)* mejorar la diversidad y la calidad de los aspirantes a entrar en esta lista mundial, especialmente de las personas provenientes de los países de la Región de las Américas, mediante una búsqueda activa; y *c)* realizar la selección de los representantes en la Región de manera oportuna y meticulosa.
- Mejorar, simplificar y agilizar los procesos administrativos —incluidos los procesos de contratación de personal, adquisiciones y apoyo en cuanto al PMIS y la tecnología de información— para ejecutar la cooperación técnica de una manera eficaz. Esto es particularmente importante para las operaciones de las representaciones de la OPS/OMS.
- Brindar apoyo en el establecimiento de las nuevas oficinas subregionales para Centroamérica y América del Sur, incluido en el proceso de contratación de personal y los trámites administrativos, a fin de mejorar la cooperación técnica en los países y ampliar el papel de la OPS en las entidades subregionales establecidas.
- Documentar los procesos de planificación de abajo arriba y de evaluación conjunta con los Estados Miembros como mejores prácticas y promoverlos en la OMS para que se adopten en otras regiones.
- Completar el perfeccionamiento del método de Hanlon adaptado por la OPS para la estratificación de las prioridades programáticas y publicarlo en una revista científica.

Evaluación por área programática

<p>Área programática 6.1: Liderazgo y gobernanza</p> <p>RESULTADO INTERMEDIO: Mayor coherencia en el campo de la salud en la Región, con la OPS/OMS desempeñando una función de liderazgo para permitir que los distintos actores contribuyan de manera eficaz a la salud de todas las personas de la Región de las Américas</p> <p>Evaluación de los indicadores de los RIT: 3 de 3 en curso Evaluación de los indicadores de los RIM: 3 de 4 alcanzados, 1 de 4 alcanzados parcialmente (1 cancelado)</p>	<p>Calificación: Expectativas cumplidas</p>
---	--

Evaluación de los indicadores de los resultados intermedios

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación (alcanzado, en curso, sin progreso) ^{28, 29}
6.1.1	Nivel de satisfacción de los interesados directos con la función de la OPS/OMS en la conducción de asuntos de salud mundiales y regionales	Alto	Alto	En curso
<p>Actualmente están ultimándose los resultados de la encuesta sobre la percepción de los interesados directos de la OPS para el 2015. En la encuesta, la Región de las Américas solo está representada por cinco países (Barbados, Guatemala, Honduras, República Dominicana, Suriname). Sin embargo, los resultados preliminares de la sede de la OPS indican que 68% de los entrevistados tienen una opinión positiva acerca de la OPS.</p> <p>Dada la periodicidad de la encuesta hecha a los interesados directos de la OPS y el hecho de que no mide plenamente la relación de la OPS con sus interesados directos y su papel de liderazgo en las Américas, la OPS está proponiendo realizar una encuesta específica para la Región a fin de evaluar mejor su desempeño en esta área.</p>				
6.1.2	Número de países que reflejan en sus planes o estrategias nacionales de salud o de desarrollo las prioridades regionales de salud definidas en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019	No corresponde	20 de 35	En curso (alcanzado en 13 + 20 en curso)
<p>Trece países lograron el indicador: ARG, BRB, CAN, CHL, COL, CUB, DMA, HND, JAM, PAN, PER, SLV, URY.</p> <p>Otros veinte países están en curso de alcanzarlo para el 2019: ATG, BHS, BLZ, BOL, CRI, DOM, ECU, GRD, GTM, GUY, HTI, KNA, LCA, MEX, NIC, PRY, SUR, TTO, VCT, VEN.</p>				

²⁸ Los resultados generales se califican de la siguiente manera:

- **Alcanzado:** Ya se ha alcanzado la meta del indicador establecida para el 2019 (número de países o territorios, número o porcentaje para los indicadores regionales) en el Plan Estratégico de la OPS.
- **En curso:** Ha habido un aumento respecto de la línea de base del indicador definida en el 2013 (número de países o territorios, número o porcentaje para los indicadores regionales) y el trabajo para alcanzar la meta para el 2019 establecida en el Plan Estratégico ya se ha iniciado o está en curso.
- **Sin progreso:** No ha habido un aumento respecto de la línea de base establecida en el 2013 (número de países o territorios, número o porcentaje para los indicadores regionales) y el progreso hacia la consecución de la meta del indicador para el 2019 podría estar en peligro.

²⁹ Los indicadores regionales son evaluados por la entidad regional responsable o la red de categorías y áreas programáticas sobre la base de la información más reciente, según los criterios definidos en el compendio de indicadores.

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación (alcanzado, en curso, sin progreso) ^{28, 29}
<p>La evaluación de este indicador se basa en el criterio de que al menos 13 de las 25 áreas del Plan Estratégico de la OPS aparezcan reflejadas en las estrategias de salud o desarrollo del país. En el ejercicio de evaluación conjunta, algunos países cuantificaron el número de áreas programáticas del Plan Estratégico de la OPS reflejado en sus estrategias o planes nacionales de salud desarrollo.</p>				
6.1.3	Número de iniciativas o planes de acción regionales de los sistemas interamericano y de las Naciones Unidas que se refieren a la salud y el desarrollo formulados o ejecutados con el apoyo de la OPS para impulsar las prioridades de salud en la Región	No corresponde	8	En curso (7)
<p>En el bienio 2014-2015, se elaboraron siete iniciativas o planes de acción para impulsar las prioridades de salud en la Región:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En la Séptima Cumbre de las Américas, la OPS logró negociar la inclusión de ocho párrafos sobre la salud en el documento <i>Mandatos para la acción</i> de la cumbre. En estos párrafos se incluyó el compromiso a trabajar por el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud; a prevenir, detectar y responder a brotes de enfermedades infecciosas emergentes y otras emergencias de salud pública; y a lograr avances en las áreas de las ENT, agua y saneamiento, alimentación y nutrición, y reducción de la mortalidad materna y en la niñez. • Se avanzó en la propuesta de crear un fondo interamericano para la preparación ante brotes de enfermedades, como un proyecto conjunto de la OPS, la Organización de los Estados Americanos (OEA) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Además, en junio del 2015 se estableció con éxito el Grupo de Trabajo Interamericano sobre las ENT. • La OPS y la OEA firmaron un convenio para ampliar el programa de becas de la OEA al sector de la salud. Gracias a esta alianza exitosa, a 181 profesionales de 23 países de la Región (incluidos los Estados Unidos y Canadá) se les ha ofrecido capacitación en programas de posgrado (maestrías y doctorados) en Brasil y México. La alianza también ha dado lugar a acuerdos específicos para impulsar la Política de Investigación para la Salud de carácter regional (como el Grupo Coimbra de Universidades Brasileñas) y las contribuciones a los diálogos regionales sobre la internacionalización de las universidades y la innovación social en la salud. • La OPS trabajó activamente en la definición de la agenda de los ODS, en particular con respecto al ODS 3 sobre la salud, y participó en el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas para la adopción de ODS. • Se realizaron negociaciones con la Secretaría General Iberoamericana (SEGIB) para alcanzar un acuerdo formal sobre la cooperación Sur-Sur. Asimismo, se negoció un acuerdo con UNASUR para la firma de un memorando de entendimiento, a fin de apoyar las prioridades de salud de los Estados Miembros, y se firmó un memorando de entendimiento con MERCOSUR para la cooperación en materia de salud. • En el marco de la XIV Conferencia Iberoamericana de los Ministros de Salud, se acordó elaborar una estrategia para analizar cómo las innovaciones tecnológicas y la utilización de enormes cantidades de datos pueden contribuir al fortalecimiento de la política de salud pública, particularmente con el fin de prevenir y controlar las ENT. • La OPS restableció las relaciones con la Oficina de Naciones Unidas para la Cooperación Sur-Sur y participó en una reunión de interesados directos de alto nivel sobre la cooperación Sur-Sur y los debates sobre la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015. 				

Evaluación de los indicadores de los resultados inmediatos

N.º	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
6.1.1	Liderazgo y gestión eficaces de la OPS/OMS	Número de países y territorios con estrategias de cooperación en los países en los cuales se han abordado al menos 50% de las implicaciones de dichas estrategias	14	35	Alcanzado parcialmente (alcanzado en 20)
<p>A finales del 2015, veinte países y territorios tenían estrategias de cooperación en los países (ECP) en consonancia con planes nacionales: ABW, ARG, BHS, BOL, CAN, CUB, CUW, DOM, GTM, GUY, JAM, MEX, NIC, PAN, PER, PRI, SLV, SUR, SXM, URY.</p> <p>Además, en el 2016 se actualizarán 12 ECP que llegan a su término a finales del 2015 o antes (BLZ, BOL, BRA, ECU, GUY, HND, HTI, PRY, SLV, SXM, TTO) y la estrategia multinacional con los Territorios de Ultramar del Reino Unido en el Caribe (que cubre AIA, BMU, CYM, MSR, TCA, VGB). Como resultado, habrá 35 países y territorios con ECP válidas en el 2016 y los años subsiguientes.</p> <p>Con el apoyo de tres representaciones de la OPS/OMS (Brasil, Nicaragua y Perú) se puso a prueba una herramienta para vigilar las implicaciones de las ECP. Sin embargo, para poder usar la herramienta de la manera apropiada, los países deben haber formulado sus implicaciones en torno a la ECP basándose en la guía nueva a este respecto (2015).</p> <p>Este indicador está evaluándose sobre la base del número de ECP que estuvieron vigentes en el bienio y los años subsiguientes. Sin embargo, es necesario revisar el indicador para mejorar la medición y el seguimiento de la eficacia del liderazgo y la gestión de la OPS. Por consiguiente, se propone que el resultado inmediato se evalúe usando las ECP y las prioridades para el liderazgo como indicadores independientes. Para el indicador relativo a las ECP, la revisión permite que las ECP se midan independientemente de cómo se presenten sus implicaciones, por lo que es poco probable que el indicador se vea afectado por algún posible cambio en el formato resultante de la revisión de las directrices que actualmente está en marcha. A este respecto, la Oficina propone evaluar los resultados inmediatos del bienio 2016-2017 usando las siguientes mediciones en el SPMS:</p> <ul style="list-style-type: none"> 6.1.1 <i>Indicador: <u>Número de países con ECP vigentes elaboradas conforme a las directrices aprobadas</u></i> 					
6.1.2	Colaboración eficaz con otros interesados directos para establecer una agenda de salud común que responda a las prioridades de los Estados Miembros	Número de países y territorios que tienen un mecanismo activo de coordinación con múltiples asociados a fin de aplicar los principios de la Alianza de Busan para la Cooperación Eficaz al Desarrollo que afectan a la salud	26	35	Alcanzado (33)
<p>Treinta y tres países y territorios lograron el indicador: ARG, ATG, BHS, BLZ, BOL, BRA, BRB, CHL, COL, CRI, CUB, DOM, ECU, GTM, GUY, HND, HTI, JAM, MEX, NIC, PAN, PER, PRY, SLV, SUR, TTO, URY, VEN. Cinco países de la</p>					

CD55/5 - ANEXO A

N.º	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
<p>Organización de los Estados del Caribe Oriental (DMA, GRD, KNA, LCA, VCT) también participan en el mecanismo coordinador del Caribe oriental para el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.</p> <p>Este indicador se mide basándose en los países que tienen mesas redondas, grupos de cooperación, mecanismos de coordinación con el Fondo Mundial, grupos de revisión por expertos, grupos temáticos y otros mecanismos similares que coordinan y evalúan la ejecución y eficacia de la cooperación de los socios de desarrollo para el desarrollo sanitario nacional y les hacen seguimiento.</p>					
6.1.3	Gobernanza de la OPS fortalecida gracias a una supervisión eficaz de las reuniones de los Cuerpos Directivos	Proporción de puntos del orden del día de Cuerpos Directivos de la OPS en consonancia con el Plan Estratégico de la Organización	No corresponde	90%	Excedido (95%)
<p>95% de los puntos que conforman el orden del día de las reuniones de los Cuerpos Directivos de la OPS guardan consonancia con el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019.</p> <p>En los años 2014 y 2015 el Consejo Directivo examinó 89 puntos de órdenes del día; 85 de esos puntos están en consonancia con el Plan Estratégico de la OPS. En ambos órdenes del día, todos los asuntos relacionados con programas y políticas son cónsonos con el Plan Estratégico. De hecho, todas las estrategias y planes de acción son arbitrados por expertos para garantizar que estén en conformidad con el Plan Estratégico de la OPS.</p>					
6.1.4	Reforma de la OMS integrada en el trabajo de la Organización	Proporción de puntos pertinentes para la OPS de la reforma de la OMS, finalizados o en curso	No corresponde	100%	Alcanzado (100%)
<p>100% de los elementos de la reforma de la OMS pertinentes para la OPS ya se han finalizado o están en curso (15 de 29 elementos finalizados y 14 de 29 en curso).</p> <p>El informe sobre la ejecución de la reforma de la OMS por parte de la OPS se presenta a los Cuerpos Directivos en el 2016.</p>					
6.1.5	Aplicación de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017	Número de países y territorios que dan seguimiento a la aplicación de la Agenda de Salud para las Américas	No corresponde	n/a	Cancelado
<p>Tras la revisión de los indicadores del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 realizada con el Grupo de Trabajo de los Países, este indicador se canceló.</p>					

<p>Área programática 6.2: Transparencia, rendición de cuentas y gestión de riesgos</p> <p>RESULTADO INTERMEDIO: La OPS funciona de manera responsable y transparente y dispone de marcos de gestión y de evaluación de riesgos que funcionan adecuadamente</p> <p>Evaluación de los indicadores de los RIT: 1 de 1 en curso Evaluación de los indicadores de los RIM: 2 de 4 alcanzados, 1 de 4 alcanzado parcialmente, 1 de 4 no evaluado</p>	<p>Calificación: Expectativas parcialmente cumplidas</p>
--	---

Evaluación de los indicadores de los resultados intermedios

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
6.2.1	Proporción de riesgos institucionales con planes de respuesta aprobados y ejecutados	No corresponde	100%	En curso (80%)
<p>En el 2015, la Gerencia Ejecutiva identificó 10 riesgos institucionales para la Organización; luego de la aplicación de los criterios para la estratificación de prioridades, se determinó que 8 de ellos eran máxima prioridad. Se elaboraron planes para mitigar tales riesgos, los cuales están aplicándose actualmente. El Comité Permanente de Gestión del Riesgo Institucional y la Gerencia Educativa harán seguimiento al progreso y la evolución de los principales riesgos cada seis meses, en coordinación con los encargados de los riesgos. Además, el Comité de Auditoría hará un seguimiento del estado de la institucionalización de la gestión del riesgo institucional en la OPS y los principales riesgos, así como la aplicación de sus planes de mitigación.</p>				

Evaluación de los indicadores de los resultados inmediatos

N.º	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
6.2.1	Aumento de la rendición de cuentas mediante una evaluación y gestión del riesgo institucional fortalecidas en todos los niveles de la Organización	Proporción de entidades en la Organización con una evaluación de riesgos completa y planes de respuesta de mitigación aprobados y ejecutados	12%	75%	Alcanzado
<p>90% de las entidades completaron sus planes de mitigación y registro de riesgos. Se mejoró la herramienta usada para el registro de riesgos y se estandarizaron los datos para elaborar los informes.</p>					
6.2.2	Política de evaluación de la OPS/OMS ejecutada en toda la Organización	Porcentaje de enseñanzas extraídas de las evaluaciones aprobadas por el Director ejecutadas durante el bienio	Estos datos no se miden actualmente	70%	Alcanzado parcialmente (67%)
<p>Durante el bienio se ejecutaron 67% de las enseñanzas extraídas de las evaluaciones aprobadas por la Directora.</p> <p>La Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación (IES) sigue colaborando con la función de evaluación de la OMS para promover un método sistemático y armonizado de abordar el trabajo evaluativo. IES ha distribuido y promovido en la Oficina el manual de prácticas de evaluaciones de la OMS. IES también facilitó los aspectos</p>					

N.º	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
relacionados con la evaluación de la presencia de la OMS en los países que le correspondían a la Oficina; en esta evaluación México fue uno de ocho países seleccionados a escala mundial para los exhaustivos estudios de casos.					
6.2.3	Mejor comportamiento ético, respeto en el lugar de trabajo y respeto de los procedimientos reglamentarios en toda la Organización	Nivel de satisfacción del personal con el ambiente ético y los procedimientos internos de apelación de la Organización	Estos datos no se miden actualmente	Alto	No evaluado
<p>En el 2015 se hizo en dos representaciones de la OPS/OMS (Guatemala y Paraguay) una prueba piloto de una encuesta para evaluar el ambiente ético y el entorno de trabajo, y actualmente está perfeccionándose la encuesta sobre el Sistema de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos de la OPS con el fin de hacerla en todas las unidades de la Sede, las representaciones de la OPS/OMS y los centros panamericanos en el 2016. Esta encuesta se usará para evaluar el nivel de satisfacción del personal con el ambiente ético y los procedimientos internos de recurso de la Organización y establecerá una línea de base que puede usarse en el futuro con fines comparativos y para identificar tendencias. Sin embargo, a finales del 2015 no había datos disponibles para evaluar este indicador.</p> <p>Aunque la encuesta no se realizó por completo, se tomaron medidas para mejorar comportamiento ético en la Organización, incluida la ejecución de la iniciativa sobre un lugar de trabajo respetuoso, la política de tolerancia cero frente al fraude y la corrupción, la política en materia de prevención y resolución del acoso en el lugar de trabajo y políticas sobre regalos y hospitalidad, conflictos de intereses, y empleo y actividades fuera del entorno laboral.</p> <p>Por otro lado, la Organización mantuvo como requisito obligatorio que todos los empleados nuevos deben realizar un curso sobre el Código de principios éticos y conducta de la OPS.</p>					
6.2.4	Función de auditoría fortalecida	Proporción de las recomendaciones de auditorías internas aceptadas por el Director se cerraron en el bienio	80%	85%	Excedido (87%)
<p>En el bienio se cerraron 87% de las recomendaciones de auditorías internas aceptadas por la Directora.</p> <p>Siguen registrándose avances en esta área; los controles internos continúan mejorando gradualmente.</p>					

<p>Área programática 6.3: Planificación estratégica, coordinación de recursos y presentación de informes</p> <p>RESULTADO INTERMEDIO: Financiamiento y asignación de recursos alineados con las prioridades y necesidades de salud de los Estados Miembros en un marco de gestión basada en los resultados</p> <p>Evaluación de los indicadores de los RIT: 2 de 2 en curso Evaluación de los indicadores de los RIM: 1 de 3 alcanzado, 2 de 3 alcanzados parcialmente</p>	<p>Calificación: Expectativas cumplidas</p>
--	--

Evaluación de los indicadores de los resultados intermedios

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
6.3.1	Porcentaje del presupuesto aprobado de la OPS que se ha financiado	90%	100%	En curso (97,6%)
<p>Se financió 97,6% del Programa y Presupuesto 2014-2015 (\$549,4 millones de un presupuesto aprobado de \$563,1 millones). En el bienio, el número de donantes que contribuyó al menos con 10% del presupuesto de contribuciones voluntarias de la OPS pasó de dos a tres. Se han logrado avances en la movilización de recursos externos para ejecutar el Programa y el Presupuesto, en parte mediante actividades de comunicación y difusión de información entre los posibles nuevos donantes, incluidos los asociados no tradicionales y el sector privado.</p>				
6.3.2	Porcentaje de los indicadores de los resultados intermedios del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 logrados	91%	≥ 90%	En curso (alcanzado en 6% + 84% en curso)
<p>De acuerdo con la evaluación conjunta con los Estados Miembros, 6% (5 de 83) de los indicadores de resultados intermedios se calificaron como alcanzados (3) o excedidos (2), 84% (70 de 83) están en curso, y 8% (7 de 83) sin progreso. No se evaluó un indicador (el 2.1.2a) debido a problemas con la medición. Esta evaluación puede cambiar luego que los países con evaluaciones pendientes las confirmen. Los cambios se reflejarán en la versión final del informe, que se presentará al Consejo Directivo.</p> <p>Cabe señalar que, como parte de su Plan Estratégico, la Organización tiene otros dos programas y presupuestos para lograr las metas de los indicadores de los resultados intermedios.</p>				

Evaluación de los indicadores de los resultados inmediatos

N.º	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
6.3.1	Consolidación del marco de gestión basada en los resultados de la OPS, haciendo hincapié en el sistema de la rendición de cuentas para evaluación del desempeño institucional	Porcentaje de resultados alcanzados	75%	90%	Alcanzado parcialmente (50% alcanzado + 50% parcialmente alcanzado)
<p>De los 114 indicadores de los resultados inmediatos evaluados, 50% (57 de 114) se alcanzaron (21) o se excedieron (36) y 50% se alcanzaron parcialmente. No se evaluaron dos resultados inmediatos; uno se canceló y no había</p>					

CD55/5 - ANEXO A

N.º	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
<p>datos disponibles para el otro. Esta evaluación puede cambiar luego que los países con evaluaciones pendientes las confirmen. Los cambios se reflejarán en la versión final del informe, que se presentará al Consejo Directivo.</p> <p>Vale destacar que en este resultado inmediato el indicador no refleja por completo el trabajo de la Organización con respecto a la gestión basada en resultados. Para aprovechar los esfuerzos que se realizan continuamente en torno a la gestión basada en resultados y las buenas prácticas para la rendición de cuentas conjunta con los Estados Miembros, la Oficina propone usar las siguientes mediciones en el SPMS para evaluar el resultado inmediato correspondiente al bienio 2016-2017:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>6.3.1a: Porcentaje de resultados inmediatos alcanzados</i> • <i>6.3.1b: Planificación y elaboración de presupuesto basadas en la consecución de resultados y aplicadas en toda la Organización con la colaboración de los Estados Miembros (medidas por el desarrollo del Programa y Presupuesto usando el enfoque de abajo arriba, la aplicación del método de estratificación de prioridades y la evaluación conjunta de fin de bienio)</i> 					
6.3.2	Convergencia de la asignación de recursos y el financiamiento de la OPS con las prioridades acordadas, facilitada mediante el fortalecimiento de la movilización, coordinación y gestión de los recursos	Porcentaje de áreas programáticas con financiamiento del 75% o más de su presupuesto	75%	75%	Excedido (76%)
<p>En el bienio, 76% de las áreas programáticas (22 de 29) obtuvieron un financiamiento del 75% o más.</p> <p>El financiamiento general del Programa y Presupuesto 2014-2015 se ubicó en 97,5% del presupuesto total aprobado (\$549,4 millones de \$563,1 millones). El financiamiento adicional para el área “Respuesta a brotes y crisis” (\$9,8 millones) se excluye de este análisis por estar fuera de los programas básicos.</p>					
6.3.3	Estrategia de movilización de recursos de la OPS en funcionamiento	Número de asociados que contribuyen por lo menos el 10% del presupuesto de contribuciones voluntarias de la OPS	2	4	Alcanzado parcialmente (3 de 4)
<p>En el bienio 2014-2015, tres asociados (los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y el Gobierno de Brasil) aportaron al menos 10% (\$11 millones) del presupuesto de contribuciones voluntarias de la OPS cada uno. Otros cuatro asociados (la Comisión Europea, el Gobierno de España, el Departamento de Asuntos Mundiales de Canadá y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) aportaron al menos \$5 millones de las contribuciones voluntarias de la OPS cada uno.</p> <p>La Oficina siguió con sus esfuerzos en la movilización de recursos y amplió el diálogo técnico permanente con los asociados para incluir la movilización de recursos (Canadá, España). Asimismo, siguió trabajando para establecer alianzas con múltiples socios para el desarrollo, tanto potenciales como no tradicionales, como la Agencia de Cooperación Internacional de Corea (KOICA), el Organismo Japonés de Cooperación Internacional (JICA), el Banco de Desarrollo de América Latina (CAF), el Ministerio Federal para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (GIZ/BMZ, Alemania) y el Ministerio de Relaciones Exteriores de Singapur, así como con ministerios y dependencias gubernamentales y entidades de sector privado de São Paulo y Brasilia. Gracias a estos esfuerzos, la cartera de donantes se ha ampliado y diversificado. Además, aunque no todos los donantes nuevos han aportado</p>					

N.º	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
	<p>al menos 10% de las contribuciones voluntarias de la OPS, ha habido un éxito significativo al movilizar más recursos para la Organización. La Oficina mantiene su compromiso de interactuar con posibles donantes nuevos, incluidos asociados no tradicionales y asociados del sector privado como los mencionados anteriormente.</p> <p>Un logro importante en el bienio fue que la Oficina elaborara y aprobara la <i>Estrategia de movilización de recursos de la OPS 2016-2019</i>, con la cual se busca financiar plenamente los dos bienios restantes del Plan Estratégico. En esta estrategia se definen los principios rectores y las líneas de acción que deben aplicarse para crear un entorno institucional que permita negociar, movilizar y ejecutar recursos externos, así como hacerles un seguimiento y presentar informes al respecto.</p> <p>También está examinándose el proceso de examen de proyectos para alinearlos con los esfuerzos para fortalecer las iniciativas de movilización de recursos de la Oficina. Entre enero y diciembre del 2015 se revisaron 198 propuestas en total. Solo en el último trimestre del 2015, la Oficina examinó 25 posibles iniciativas, las cuales, si tienen éxito, representarán un flujo de aproximadamente \$11,4 millones en contribuciones voluntarias y \$29,6 millones en contribuciones voluntarias nacionales (excluido <i>Mais Médicos</i>).</p>				

<p>Área programática 6.4: Gerencia y administración</p> <p>RESULTADO INTERMEDIO: Gestión y administración eficaces en los tres niveles de la Organización</p> <p>Evaluación de los indicadores de los RIT: 1 de 1 en curso</p> <p>Evaluación de los indicadores de los RIM: 2 de 4 alcanzados, 2 de 4 alcanzados parcialmente</p>	<p>Calificación: Expectativas cumplidas</p>
---	---

Evaluación de los indicadores de los resultados intermedios

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
6.4.1	Proporción lograda de métricas de gestión y administración (como las desarrolladas en los acuerdos sobre el nivel de los servicios)	No corresponde	95%	En curso (80%)
<p>Se cumplió con 80% (16 de 20) de los indicadores clave del desempeño definidos por la Oficina.</p> <p>En todos los componentes de este resultado intermedio y sus resultados inmediatos, según corresponda, están usándose los indicadores clave del desempeño como medida sustitutiva para evaluar los logros alcanzados con los acuerdos sobre el nivel de los servicios. Los indicadores clave del desempeño incluyen dos indicadores específicos relacionados con el PMIS.</p>				

Evaluación de los indicadores de los resultados inmediatos

N.º	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
6.4.1	Prácticas financieras sólidas administradas por medio de un marco de control adecuado, contabilidad exacta, seguimiento del gasto y registro oportuno de los ingresos	Dictamen de auditoría sin reservas	Sí	Sí	Alcanzado
<p>En el bienio se completaron dos dictámenes de auditoría sin reservas (2013 y 2014).</p> <p>La OPS recibió un dictamen de auditoría sin reservas sobre los estados financieros 2014 en conformidad con las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público (IPSAS).</p>					
6.4.2	Gestión eficaz y eficiente de los recursos humanos implantada a fin de contratar y apoyar una fuerza laboral motivada, experimentada y competente en un ambiente propicio para el aprendizaje y la excelencia	Proporción de los acuerdos de los recursos humanos sobre el nivel de los servicios cumplidos	Datos actualmente no medidos	95%	Alcanzado parcialmente (50%)
<p>Se alcanzó 50% (1 de 2) de los acuerdos sobre el nivel de los servicios establecidos por recursos humanos.</p> <p>Se alcanzó el indicador clave del desempeño relacionado con los planes de recursos humanos. El Departamento de Recursos Humanos brindó mucha orientación y apoyo a todas las entidades en la preparación, el examen y la aprobación de sus respectivos planes de recursos humanos. Ante la proximidad en la ejecución del módulo de Gestión de Capital Humano del PMIS, el indicador clave del desempeño relacionado con el procesamiento y la exactitud de las transacciones de recursos humanos no se presentará sino en el bienio 2016-2017, después que se ponga en funcionamiento el sistema nuevo.</p>					
6.4.3	Infraestructura de computación, servicios de redes y comunicaciones, sistemas y aplicaciones institucionales y relacionados con la salud, y servicios de capacitación y de apoyo a los usuarios eficientes y eficaces	Proporción de apoyo a los usuarios prestado según los acuerdos sobre el nivel de los servicios	80%	95%	Excedido (100%)
<p>Se prestó 100% de apoyo a los usuarios finales según lo establecido en los acuerdos sobre el nivel de los servicios.</p> <p>Se alcanzaron los tres indicadores clave del desempeño. La meta se mide usando los tres diferentes tipos de servicios en los cuales se agrupan los indicadores clave del desempeño: solicitudes de servicio nuevas, solicitudes de servicio de alta prioridad y solicitudes de servicio convencionales recibidas de la comunidad de usuarios. El tiempo de respuesta y el resultado excedieron las metas, que se establecen en un rango de uno a tres días según el tipo de servicio.</p>					

N.º	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
6.4.4	Apoyo operativo y logístico, compras, mantenimiento de infraestructura y administración de activos eficaces y eficientes, y ambiente seguro para el personal y los bienes de la OPS/OMS	Proporción de los acuerdos sobre el nivel de los servicios cumplidos	Datos actualmente no medidos	95%	Alcanzado parcialmente (67%)

Se alcanzó 67% (4 de 6) de los acuerdos sobre el nivel de los servicios establecidos.

En los acuerdos establecidos en el área de Operaciones de Servicios Generales (GSO) se definió un indicador clave del desempeño, que tenía como meta reducir en 5% del costo de la electricidad, el gas y el mantenimiento. Aunque se lograron avances, un invierno excepcionalmente crudo así como la transición por el cambio de proveedor para el mantenimiento de las instalaciones impidió que GSO la alcanzara plenamente. Se prevé que los indicadores clave del desempeño se alcancen en el 2016 y los años subsiguientes.

Las operaciones del Departamento de Gestión de Compras y Suministros se evaluaron por medio de cinco indicadores clave del desempeño, que midieron el uso de plataformas electrónicas para las licitaciones en la Sede, la duración del ciclo de solicitudes de compra, la capacitación en cuanto a los principales convenios a largo plazo sobre políticas y procesos, y la reducción de los costos. A excepción del indicador relacionado con la reducción de costos, alcanzado parcialmente, todos los indicadores clave del desempeño se alcanzaron plenamente.

<p>Área programática 6.5: Comunicación estratégica</p> <p>RESULTADO INTERMEDIO: Mejor comprensión por parte del público y los interesados directos del trabajo de la OPS/OMS</p> <p>Evaluación de los indicadores de los RIT: 1 de 1 en curso</p> <p>Evaluación de los indicadores de los RIM: 2 de 2 alcanzados</p>	<p>Calificación: Expectativas cumplidas</p>
--	---

Evaluación de los indicadores de los resultados intermedios

N.º	Indicador del RIT	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
6.5.1	Porcentaje de Estados Miembros y otros representantes de interesados directos que evalúan el desempeño de la OPS/OMS como excelente o bueno	77%	100%	En curso

La OPS está esperando los resultados de la encuesta que realizó la OMS en el 2015 sobre la percepción de los interesados directos para evaluar este indicador y para informar sobre la participación de AMRO en la encuesta mundial. Sin embargo, solo cinco Estados Miembros de AMRO participaron en la encuesta de 2015, a saber, Barbados, Guatemala, Honduras, Suriname y República Dominicana.

Los resultados del bienio 2014-2015 deben mostrar un notorio mejoramiento de la percepción acerca del desempeño de la OPS/OMS. Cabe señalar que este indicador no mide plenamente la percepción sobre el desempeño general de la OPS.

Evaluación de los indicadores de los resultados inmediatos

N.º	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
6.5.1	Mejor comunicación por parte del personal de la OPS/OMS, lo que conduce a una mejor comprensión de la acción y la repercusión de la Organización	Número de oficinas de la OPS/OMS que han finalizado el componente de capacitación de la estrategia de gestión del conocimiento y comunicación de la Organización	4	12	Excedido (27)
<p>Veintisiete representaciones han completado el componente relativo a capacitación sobre la gestión del conocimiento (17) y las estrategias de comunicación (10) de la Organización:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sobre la estrategia de gestión del conocimiento: 17 (ARG, BOL, BRA, CHL, CUB, DOM, ECC, ECU, GTM, HND, JAM, MEX, PAN, PER, PRI, PRY, SLV). • Sobre la estrategia de comunicación: 10 (la Sede, BOL, BRB, CUB, DOM, ECU, MEX, PRY (2 sesiones) SLV, TTO). <p>Después de la aprobación del Programa y Presupuesto 2014-2015, se aprobó una estrategia independiente para la gestión del conocimiento y otra estrategia para la comunicación. Por consiguiente, los resultados se presentan con respecto a las estrategias individuales.</p> <p>Las siguientes oficinas recibieron capacitación y apoyo para la elaboración y la aplicación de los componentes de la estrategia de gestión del conocimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Redacción científica, búsqueda de bibliografía y acceso a la información: ARG, BOL, DOM, PAN, PRI, PRY. • Uso del repositorio institucional de la OPS para el intercambio de información: ARG, BRA, CUB, DOM, ECU, FEP, MEX, PER, PRY. En el bienio se realizaron reuniones y capacitaciones virtuales periódicas con los puntos focales en los centros de conocimiento. • Orientación relacionada con los centros colaboradores de la OPS/OMS: ARG, BRA, CHL, CUB, HND, MEX. • Memoria y biblioteca institucionales: BOL, ECC, ECU, JAM, MEX, PER, PRY. • Talleres de gestión del conocimiento: ARG, CUB, GTM, HND, JAM, MEX, PAN, PER, SLV. • Elaboración de las estrategias nacionales de <i>eSalud</i>: ARG, GTM, PAN, PER, SLV. <p>Se brindó capacitación y apoyo para la elaboración y ejecución de los componentes de la estrategia de comunicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Unidad de Comunicaciones estableció una nueva estrategia de comunicación y una política de publicaciones para la Organización, aprobadas en el bienio. • En los años 2014 y 2015 se realizaron 12 sesiones de capacitación en las siguientes áreas: <ul style="list-style-type: none"> ○ En el marco de la Reunión Anual de Gerentes del 2014, 69 gerentes de entidades (de 27 representaciones de la OPS/OMS y 42 entidades de la Sede) recibieron el componente de capacitación acerca de la estrategia de comunicación de la Organización. ○ Comunicación para funcionarios de la OPS (Bolivia, la Sede, Trinidad y Tabago). ○ Comunicación de riesgos sobre el Ébola (Barbados, Cuba y Paraguay) y comunicación de riesgos en el Caribe sobre el chikunguña (Paraguay, República Dominicana). ○ Comunicación y redes sociales (Ecuador). ○ Comunicación para la salud y estrategias de comunicación (El Salvador). ○ Comunicación y redes sociales (Departamento Técnico de Familia, Género y Curso de la Vida) 					

N.º	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
6.5.2	Plataformas, políticas y redes de comunicación eficaces e innovadoras	Número de oficinas de la OPS/OMS que han finalizado el componente de plataformas, políticas y redes de la estrategia de gestión del conocimiento y comunicaciones de la organización	3	25	Excedido (42)

Se realizaron en total 42 capacitaciones en las representaciones de la OPS/OMS con la finalidad de aplicar los componentes relativos a plataforma, política y redes de la estrategia de gestión del conocimiento y comunicaciones de la Organización.

- En gestión del conocimiento: 15 (ARG, BOL, BRA, CHL, COL, CRI, DOM, ECC (LCA), GTM, HND, MEX, PAN, PER, PRI, SLV).
- En los componentes de la estrategia de comunicación: 27 oficinas (web actualizada, Intranet).

Después de la aprobación del Programa y Presupuesto 2014-2015, se desarrollaron plataformas independientes para aplicar la estrategia de comunicación y la estrategia de gestión del conocimiento. En consecuencia, los resultados se presentan usando estas estrategias por separado.

Los logros fundamentales relacionados con la estrategia de comunicación son los siguientes:

- En el 2015 se aprobó y adoptó la política de publicaciones de la OPS.
- Cada representación de la OPS/OMS tiene un sitio web. Estos sitios web están en funcionamiento, se les ha hecho mantenimiento y están actualizados.
- El sitio web de la OPS se actualizó y se rediseñó para mejorar el acceso móvil y la difusión de información.
- Se adoptaron medidas para fortalecer la imagen institucional en la Intranet. Para el personal, la Intranet es el eje central del sistema de identidad institucional de la OPS.
- Se crearon y consolidaron actividades en las redes sociales para mejorar la eficiencia.
- En la Reunión de Gerentes de 2014 se ofreció una capacitación sobre comunicaciones a fin de “reducir la jerga especializada” y explicar el uso de las redes sociales.
- En la Sede se ofreció a todo el personal en una serie de sesiones sobre cómo comunicarse eficazmente y reducir la jerga.

Los logros fundamentales relacionados con la gestión del conocimiento son los siguientes:

- Se avanzó significativamente en la traducción de conocimiento y los mecanismos de recopilación de evidencia gracias a la iniciativa de Mejora de la Ejecución de los Programas mediante la Incorporación de la Investigación (iPIER, por su sigla en inglés) (ARG, BOL, BRA, CHL, COL, LCA, MEX, PAN, PER).
- Se fortalecieron las directrices y los programas nacionales al establecer normas, mejorar la aplicación de estrategias, brindar apoyo a la formulación de directrices e impartir capacitación sobre la formulación de directrices (ARG, CHL, COL, CRI, DOM, GTM, HND, PAN, PER).
- Se brindó por primera vez orientación y capacitación en cuanto a ética en el ámbito de la salud pública a nivel regional y a nivel nacional (CHL, COL, PRI) y a los funcionarios de la OPS.
- Se elaboraron métodos sobre los siguientes temas: *a)* comunidades de práctica; *b)* enseñanzas extraídas; *c)* reuniones virtuales eficaces; *d)* cómo redactar documentos científicos; *e)* foros virtuales; *f)* cómo construir y preservar repositorios y memorias institucionales; *g)* la sociedad de información en el ámbito de la salud; *h)* la comunicación científica en el campo de la salud pública.

El programa de becas de la OPS y la OEA ha ofrecido 188 becas para estudios de posgrado en el área de la salud (principalmente maestrías y doctorados) en Brasil y México; la información se ha difundido a escala local a través

CD55/5 - ANEXO A

N.º	Título del resultado inmediato	Indicador del RIM	Línea de base (2013)	Meta (2015)	Calificación
de las representaciones de los países beneficiarios: ARG, BOL, BRA, CAN, CHL, COL, CRI, DOM, ECU, GTM, HND, HTI, JAM, MEX, NIC, PAN, PER, PRY, SLV, URY, USA, VEN. A académicos y personal universitario de Brasil y México se les ha ofrecido herramientas para hacer investigaciones relacionadas con la salud, y darles un mejor uso, por medio del sitio de la OEA.					

Anexo B: Ejemplos del compendio de indicadores

Indicador del resultado intermedio

<i>Código y título del indicador</i>	RIT 1.1.1 Cobertura con tratamiento antirretroviral
<i>Nombre del indicador</i>	Número de países y territorios que tienen una cobertura de 80% con el tratamiento antirretroviral en la población que reúne los requisitos. ¹
<i>Definición del indicador</i>	Este indicador mide la cobertura del acceso al tratamiento antirretroviral. Una cobertura de 80% o mayor de las personas que reúnen los requisitos para recibir tratamiento se define internacionalmente como acceso universal. Línea de base (2013): 6 Meta (2019): 22
<i>Propósito del indicador</i>	El propósito de este indicador propuesto es vigilar el acceso al tratamiento antirretroviral, elemento clave del proceso continuo de prevención, tratamiento y atención que influye mucho en los resultados de salud pública, entre ellos la reducción de la morbilidad y mortalidad relacionadas con la infección por el VIH y la prevención de la transmisión.
<i>Nota técnica</i>	Cálculo a nivel de país: Para el cálculo a nivel de país, el numerador consiste en el número de personas que reciben tratamiento antirretroviral. Esta cifra se obtiene de los informes proporcionados por los ministerios de salud. El denominador es la estimación del número de personas que necesitan tratamiento antirretroviral. ⁷ Los denominadores de país, que se generan usando métodos e instrumentos estandarizados de modelación estadística, son proporcionados por el ONUSIDA. Cálculo a nivel regional: Después de calcular el porcentaje de cobertura a nivel de país, se obtiene el indicador regional contando el número de países y territorios con una cobertura de 80% o mayor. Se usan varias fuentes de datos, ya que no todos los países están comprendidos en los diversos informes. La recopilación de datos a nivel de país es continua y la cobertura se calcula a fin de año.
<i>Tipo de indicador</i>	Absoluto
<i>Unidades de medición</i>	Número de países y territorios
<i>Frecuencia de medición</i>	Anual, medido a fines del año
<i>Unidad de la OSP responsable del indicador</i>	Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud/VIH, Hepatitis, Tuberculosis e Infecciones de Transmisión Sexual (CHA/HT).

¹ Hasta mediados del 2013, la población que reunía los requisitos era específicamente personas con infección por el VIH cuyo número de *linfocitos* CD4 era de 350/ml o menos. De acuerdo con las nuevas directrices de la OMS publicadas en junio del 2013, el umbral recomendado para iniciar el tratamiento antirretroviral ha aumentado a un número de linfocitos CD4 de 500/ml o menos, lo cual significa que el número de personas que reúne los requisitos ha aumentado.

Fuente de datos	ONUSIDA y OMS, informes sobre el acceso universal de los países e <i>Informe mundial de avances en la lucha contra el sida</i> .
Limitaciones	<p>Hay algunas incertidumbres con respecto a la exactitud del modelo estadístico cuando se lo aplica a los países más pequeños con epidemias concentradas.</p> <p>Es muy difícil hacer un cálculo fiable de los denominadores en las poblaciones muy pequeñas. Además, el ONUSIDA no está generando denominadores para todos los países, entre ellos los pequeños estados insulares.</p> <p>El cambio recomendado en los requisitos para recibir tratamiento, pasando de un umbral de 350 linfocitos CD4 por mililitro a 500 por mililitro llevará a un aumento en el número de personas que reúnen los requisitos (el denominador) y, por consiguiente, a una disminución evidente de la cobertura. Habrá que tener en cuenta las repercusiones de este cambio en la vigilancia del indicador.</p> <p>Este indicador expresa la cobertura general con tratamiento antirretroviral, pero no las inequidades en la cobertura, en particular aquellas relacionadas con poblaciones clave como hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, profesionales del sexo y personas transgénero. Algunas cuestiones locales, como los inmigrantes no documentados, también influirán en la exactitud del indicador. Es fundamental continuar vigilando el acceso de estas poblaciones clave al tratamiento, así como la calidad de la atención que reciben.</p>
Referencias	<p>Organización Panamericana de la Salud. Marco de monitoreo del continuo de la atención al VIH. Anexo al informe de reunión: Consulta Regional en América Latina y el Caribe sobre información epidemiológica de la infección por el VIH. Washington, D.C.: OPS; abril del 2014. Se puede encontrar en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=25752&lang=es.</p>

Indicador del resultado inmediato

Código y resultado inmediato	RIM 1.1.1 Ejecución y seguimiento de la estrategia regional sobre la infección por el VIH y las ITS mediante la cooperación técnica a nivel regional y nacional.
Nombre del indicador	Número de países y territorios que están ejecutando estrategias nacionales sobre la infección por el VIH y las ITS en conformidad con la estrategia regional para el sector de la salud en materia de infección por el VIH e ITS 2011-2015 y el plan regional de infección por el VIH y las ITS para el sector de la salud 2006-2015.
Definición del indicador	Este indicador monitorea el número de países que han formulado una estrategia nacional con respecto a la infección por el VIH y las ITS o que han actualizado la que ya tenían en consonancia con la orientación programática y las prioridades regionales y mundiales.
Propósito del indicador	Este indicador mide el nivel de aplicación de la orientación mundial y regional para una respuesta eficaz del sector de la salud frente a la infección por el VIH y las ITS.
Nota técnica	Se considerará que un país ha logrado el indicador si satisface los siguientes requisitos:

	<p>a) Ha formulado o actualizado una estrategia o plan para el sector de la salud para la infección por el VIH o un plan estratégico multisectorial con respecto al VIH después de la evaluación de mitad de período del plan regional para el sector de la salud sobre la infección por el VIH y las ITS en el 2012; y</p> <p>b) La estrategia o el plan nacional sobre la infección por el VIH y las ITS aborda al menos tres de los siguientes puntos clave:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. Optimización del tratamiento ii. Eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita iii. Prevención y atención dirigidas a los grupos poblacionales clave iv. Fortalecimiento de la información estratégica v. Fortalecimiento, integración y descentralización de los sistemas de salud <p>Se solicitará a los países que presenten información sobre este indicador, seguida por un estudio teórico de las estrategias y los planes estratégicos nacionales sobre la infección por el VIH recientemente formulados o actualizados.</p>
Tipo de indicador	Absoluto.
Unidades de medida	Número de países y territorios.
Frecuencia de medición	Anual.
Unidad de la OSP responsable del indicador	Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud/VIH, Hepatitis, Tuberculosis e Infecciones de Transmisión Sexual (CHA/HT).
Fuente de datos	Información presentada directamente por los países al nivel regional. El seguimiento de la elaboración o actualización de las estrategias nacionales está a cargo de las representaciones de la OPS/OMS y los puntos focales subregionales para la infección por el VIH y las ITS; el contenido será validado por la oficina regional.
Limitaciones	Este indicador mide la inclusión de las prioridades en los planes o estrategias nacionales, aunque no captará la ejecución real y el nivel de recursos asignados a estas prioridades.
Referencias	Pendiente.

Anexo C: Indicadores no alcanzados**Indicadores de resultados intermedios**

Indicador del resultado intermedio	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Alcanzado a fines del 2015	Observaciones (avances hasta la fecha y motivos por los que no se alcanzaron)
1.2.3 Porcentaje de nuevos pacientes con tuberculosis diagnosticada, en comparación con el número total de casos incidentes de tuberculosis	79%	90%	77%	A pesar del progreso observado en los países, este porcentaje representa una leve disminución. Una explicación posible se relaciona con la manera en que la OMS actualiza las estimaciones de la carga de tuberculosis en la Región. En el primer semestre del 2016, el programa regional contra la tuberculosis planea celebrar una reunión a fin de examinar estas estimaciones.
1.5.1 Promedio de la cobertura regional con tres dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina	92%	94%	90%	Algunos Estados Miembros no han mostrado el avance previsto o han informado disminuciones en la cobertura por diversos motivos, lo que afecta de manera significativa la cobertura promedio en la Región. Esto trae a la atención la situación de un país que informó una disminución en la cobertura de la vacunación de más de 15% entre el 2014 y el 2015 en comparación con el 2013 debido a un cambio en su sistema de registro de la vacunación. Si bien estos cambios son considerados como una buena práctica por el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización en la evaluación del <i>Plan de acción mundial sobre vacunas</i> , ha tenido un impacto significativo sobre el promedio de la cobertura regional de la vacunación.
2.1.1b Prevalencia de los trastornos por consumo de alcohol entre adolescentes y adultos, según corresponda, dentro del contexto nacional	6,0% para los códigos de la CIE-10 (2,6% para uso nocivo y 3,4% para dependencia del alcohol) en el 2010	Reducción de 5%	No disponible	Este indicador se evaluó originalmente con datos del 2010, y los datos proporcionados para la línea de base son cálculos estimativos de la OMS publicados en el 2014. La OMS no ha realizado ningún otro cálculo para evaluar el progreso o hacer proyecciones para el 2019. Considerando que, según lo previsto, en las tendencias se observará un

				aumento del consumo y un fuerte consumo entre las mujeres, así como un limitado alcance de los servicios de salud, es poco probable que se logre esta meta.
2.1.1c Prevalencia estandarizada según la edad de episodios de consumo excesivo de alcohol	13,7%	Reducción de 5%	No disponible	Este indicador se evaluó por primera vez con datos del 2010, y los datos proporcionados para la línea de base son cálculos de la OMS publicados en el 2014. La OMS no ha realizado ningún otro cálculo para evaluar el progreso o hacer proyecciones para el 2019. Considerando que, según lo previsto, en las tendencias se observará un aumento de los episodios de consumo excesivo de alcohol en adolescentes y adultos, esta meta tiene poca probabilidad de lograrse si no se aplica ningún cambio de política.
3.5.3 Número de países y territorios en los que se redujo la proporción de la población que depende de combustibles sólidos en un 5%	14	20	5	Aunque algunos países muestran tendencias descendentes en el uso de combustibles sólidos, como Honduras (-1%), Perú (-2%) y Paraguay (-7%), el progreso general fue insuficiente en relación con lo previsto. Los países que aumentaron el uso de combustibles sólidos son Guatemala (+7%), México (+1%) y Haití (+1%). Es probable que todos los países que están avanzando logren alcanzar la meta para el 2019, aunque Guatemala y Haití enfrentan retos y necesitarán de un compromiso alto para expandir los programas nacionales a fin de alcanzar la meta. En cuanto a los países en la línea de base, todos mostraron tendencias decrecientes sostenidas. Además, Colombia no registró cambio alguno y sigue registrando 14%, la República Dominicana tuvo un aumento de +2% y El Salvador disminuyó de 22% a 19%, aunque sigue presentando un riesgo importante. Finalmente, hay retos con respecto a la recopilación de datos y las mediciones.

4.1.2 Número de países y territorios con un gasto público destinado a la salud de por lo menos 6% del producto interno bruto	6	20	5	Aunque varios países de la Región formularon estrategias para aumentar el gasto en salud pública, es importante señalar que se necesita más tiempo para observar aumentos en el gasto en salud pública y que dentro del período de seis años del Plan Estratégico es demasiado temprano para evaluar si se ha registrado algún progreso. Los países que están en la línea de base deben seguir trabajando para preservar los avances hacia el logro del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Para este indicador sería beneficioso seguir trabajando de manera continua en la institucionalización de la producción de cuentas de salud para garantizar que se pueda hacer un seguimiento adecuado de los recursos y los gastos.
--	---	----	---	--

Anexo D: Resumen de indicadores con cambios propuestos para el bienio 2016-2017

(El texto agregado se muestra en *cursiva*; el eliminado aparece tachado. Los cambios se efectuarán en el Sistema de Seguimiento del Plan Estratégico (SPMS) y se usarán para la evaluación final del Programa y Presupuesto 2016-2017.)

Número de resultado inmediato	Texto original en Programa y Presupuesto 2016-2017, aprobado por el Consejo Directivo (septiembre del 2015)	Texto propuesto validado por la Oficina en la evaluación de fin del bienio 2014-2015 (mayo del 2016)
2.1.2e ¹	<p>Indicador: Número de países que han puesto en marcha políticas, estrategias o leyes de acuerdo con el Convenio Marco para el Control del Tabaco</p> <p>Definición del indicador: Número de países que han ejecutado al menos tres de las cuatro medidas básicas para el control del tabaco a su nivel más alto de logro a nivel nacional</p> <p>Línea de base (2015): 8 Meta (2017): 12</p>	<p>Indicador: Número de países que han puesto en marcha políticas, estrategias o leyes de acuerdo con el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT)</p> <p>Definición del indicador: Número de países que han ejecutado al menos tres de las cuatro medidas básicas para el control del tabaco <i>consideradas como “las mejores inversiones” para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles</i> a su nivel más alto de logro a nivel nacional</p> <p>Línea de base (2015): 8 ⁴ Meta (2017): 12 7</p>
2.1.5 ²	<p>Indicador: Número de países y territorios con registro de alta calidad de diálisis y de trasplantes para casos de enfermedad renal crónica</p>	<p>Indicador: Número de países y territorios con <i>un</i> registro de alta calidad para diálisis y de trasplantes para casos de enfermedad renal crónica</p>
2.3.3	<p>Título del resultado inmediato: Países habilitados para preparar y ejecutar un protocolo nacional para la prestación de servicios de salud a víctimas de la violencia sexual y de pareja en conformidad con</p>	<p>Título del resultado inmediato: Países habilitados para preparar y ejecutar un protocolo nacional para la prestación de servicios de salud a víctimas de la violencia sexual y de pareja en conformidad con directrices de 2013 de la OMS <i>Se habrá</i></p>

¹ NB: En el Programa y Presupuesto 2014-2015, el código de este resultado inmediato era 2.1.6. En el del 2016-2017, se cambió a 2.1.2e.

² NB: En el Programa y Presupuesto 2014-2015, el código de este resultado inmediato era 2.1.7. En el del 2016-2017, se cambió a 2.1.5.

	<p>directrices de 2013 de la OMS</p> <p>Indicador: Número de países y territorios que crean o ajustan procedimientos normalizados de trabajo, protocolos o directrices nacionales para la respuesta del sistema de salud a la violencia sexual y de pareja, en consonancia con las directrices de la OMS</p>	<p><i>facilitado el desarrollo y la aplicación de políticas y programas destinados a prevenir la violencia contra las mujeres y los niños.</i></p> <p>Indicador: Número de países y territorios que crean o ajustan procedimientos normalizados de trabajo, protocolos o directrices nacionales para la respuesta del sistema de salud a la violencia sexual y de pareja, en consonancia con las directrices de la OMS</p>
6.1.1	<p>Indicador: Número de países y territorios donde al menos 50% de las implicaciones de su estrategia de cooperación en los países están abordándose.</p> <p>Línea de base (2015): 10 Meta (2017): 32</p>	<p>Indicador: Número de países con estrategias actuales de cooperación en los países elaboradas conforme a las directrices aprobadas</p> <p>Línea de base (2015): 10 Meta (2017): 32</p>
6.3.1	<p>Indicador: Porcentaje de resultados inmediatos logrados</p> <p>Línea de base (2015): 90% (basado en tasa histórica de resultados logrados) Meta (2017): Al menos 90%</p>	<p>Indicador 6.3.1a: Porcentaje de resultados inmediatos logrados</p> <p>Línea de base (2015): 90% (basado en tasa histórica de resultados logrados) Meta (2017): Al menos 90%</p> <p>Indicador 6.3.1a: Planificación y elaboración de presupuesto basadas en resultados y aplicadas en toda la Organización con la colaboración de los Estados Miembros (medidas por la preparación del Programa y Presupuesto usando el enfoque de abajo arriba, la aplicación del método de estratificación de prioridades y la evaluación conjunta de fin de bienio)</p> <p>Línea de base (2015): Sí Meta (2017): Sí</p>

Anexo E: Abreviaturas

Abreviatura	Descripción
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
AMRO	Oficina Regional para las Américas
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CAN	Comunidad Andina
CARICOM	Comunidad del Caribe
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Estados Unidos)
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CMCT	Convenio Maro de la OMS para el Control del Tabaco
COP21	Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático del 2015
DTP	Difteria, tétanos y tos ferina
EGI-Dengue	Estrategia de gestión integrada para la prevención y el control del dengue
ENT	enfermedades no transmisibles
EVE	enfermedad por el virus del Ébola
EXM	Gerencia Ejecutiva de la Oficina Sanitaria Panamericana
FIOCRUZ	Fundación Oswaldo Cruz
GAVI	Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización
GCT	Grupo Consultivo Técnico
GNUD ALC	Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de América Latina y el Caribe
ITS	infecciones de transmisión sexual
MERCOSUR	Mercado Común del sur
ODM	Objetivo de Desarrollo del Milenio
OEA	Organización de Estados Americanos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSP o la Oficina	Oficina Sanitaria Panamericana
PALTEX	Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción
PANAFTOSA	Centro Panamericano de Fiebre Aftosa
PMIS	Sistema de Información Gerencial de la OSP
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PNUMA	Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente
REDIPRA	Reunión de Directores de los Programas Nacionales de Control de Rabia en América Latina
RIM	resultado inmediato

Abreviatura	Descripción
RIT	resultado intermedio
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
SDG	Objetivo de Desarrollo Sostenible
SICA	Sistema de Integración Centroamericana
sida	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SisLeish	Sistema Regional de Información de Leishmaniasis
SPMS	Sistema de Seguimiento del Plan Estratégico de la OPS
UNAIDS	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
UNASUR	Consejo de Ministros de Salud de la Unión de Naciones Suramericanas
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	virus de inmunodeficiencia adquirida
VPH	virus del papiloma humano

Anexo F: Lista de países y territorios con su código correspondiente

País	Código	País	Código
Estados Miembros	35	Miembros Asociados	4
1 Antigua y Barbuda	ATG	36 Aruba	ABW
2 Argentina	ARG	37 Curaçao	CUW
3 Bahamas	BHS	38 Puerto Rico	PRI
4 Barbados	BRB	39 San Martín	SXM
5 Belice	BLZ		
6 Bolivia	BOL	Estados Participantes	3
7 Brasil	BRA	Francia	4
8 Canadá	CAN	40 Colectividad de San Martín	MAF
9 Chile	CHL	41 Guayana Francesa	GUF
10 Colombia	COL	42 Guadalupe	GLP
11 Costa Rica	CRI	43 Martinica	MTQ
12 Cuba	CUB		
13 Dominica	DMA	Reino de los Países Bajos	3
14 Ecuador	ECU	44 Bonaire	BON
15 El Salvador	SLV	45 Saba	SAB
16 Estados Unidos de América	USA	46 San Eustaquio	STA
17 Granada	GRD		
18 Guatemala	GTM	Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	6
19 Guyana	GUY	47 Anguila	AIA
20 Haití	HTI	48 Bermudas	BMU
21 Honduras	HND	49 Islas Vírgenes Británicas	VGB
22 Jamaica	JAM	50 Islas Caimán	CYM
23 México	MEX	51 Montserrat	MSR
24 Nicaragua	NIC	52 Islas Turcas y Caicos	TCA
25 Panamá	PAN		
26 Paraguay	PRY		
27 Perú	PER		
28 República Dominicana	DOM		
29 Saint Kitts y Nevis	KNA		
30 San Vicente y las Granadinas	VCT		
31 Santa Lucía	LCA		
32 Suriname	SUR		
33 Trinidad y Tabago	TTO		
34 Uruguay	URY		
35 Venezuela	VEN		