



Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019

En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019

En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad

Nota: En esta versión modificada del Plan Estratégico se incluye un conjunto revisado de áreas programáticas en la categoría 1 (enfermedades transmisibles) y en la categoría 5 (emergencias de salud) a fin de mostrar la alineación funcional de la OPS con el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS. Además se incorporan nuevas prioridades emergentes en la Región y el marco de estratificación de las prioridades programáticas con los ajustes hechos al método de Hanlon adaptado por la OPS en colaboración con el Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico de la OPS (documento CD55/7 [2016]) y los resultados de los ejercicios de asignación de prioridades realizados con los Estados Miembros. Se han hecho las actualizaciones pertinentes en los anexos correspondientes.

Índice

I.	Prefacio de la Directora	1
II.	Resumen	3
III.	Introducción	9
IV.	El contexto	15
	Contexto político, económico, social y ambiental	15
	Determinantes sociales de la salud	16
	Tendencias demográficas	18
	Medioambiente y salud	19
	Salud en la Región	20
	Respuesta de los sistemas de salud	22
	Situación del Plan Estratégico de la OPS 2008-2013	24
V.	Agenda estratégica	27
	Panorama estratégico	27
	Metas de impacto y enfoque estratégico	31
	Organización del Plan	36
	Asignación de prioridades	38
VI.	Categorías, áreas programáticas y resultados intermedios	41
	Categoría 1. Enfermedades transmisibles	41
	Alcance	41
	Contexto	41
	Análisis de los interesados directos clave	47
	Estrategias de cooperación técnica	48
	Temas transversales y enfoques estratégicos en el ámbito de la salud	49
	Supuestos y riesgos	51
	Categoría 1. Enfermedades transmisibles: Áreas programáticas y resultados intermedios	52
	1.1 Infección por el VIH/sida, infecciones de transmisión sexual y hepatitis virales	52
	1.2 Tuberculosis	52
	1.3 Malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores	53
	1.4 Enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas	54
	1.5 Enfermedades prevenibles mediante vacunación	55
	1.6 Resistencia a los antimicrobianos	55
	1.7 Inocuidad de los alimentos	55
	Categoría 2 – Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo	57
	Alcance	57
	Contexto	57
	Análisis de los interesados directos clave	61
	Estrategias de cooperación técnica	62
	Temas transversales y enfoques estratégicos en el ámbito de la salud	62
	Supuestos y riesgos	63

Categoría 2. Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo:	65
Áreas programáticas y resultados intermedios:	
2.1 Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo	66
2.2 Salud mental y trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas	67
2.3 Violencia y traumatismos	67
2.4 Discapacidades y rehabilitación	68
2.5 Nutrición	68
Categoría 3 – Determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida	69
Alcance	69
Contexto	69
Análisis de los interesados directos clave	75
Estrategias de cooperación técnica	76
Temas transversales y enfoques estratégicos en el ámbito de la salud	77
Supuestos y riesgos	78
Categoría 3. Determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida: Áreas programáticas y resultados intermedios	79
3.1 Salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto, y salud sexual y reproductiva	79
3.2 Envejecimiento y salud	80
3.3 Género, equidad, derechos humanos y etnicidad	80
3.4 Determinantes sociales de la salud	80
3.5 Salud y medioambiente	81
Categoría 4 – Sistemas de salud	83
Alcance	83
Contexto	83
Análisis de los interesados directos clave	86
Estrategias de cooperación técnica	87
Temas transversales y enfoques estratégicos en el ámbito de la salud	89
Supuestos y riesgos	90
Categoría 4. Sistemas de salud: Áreas programáticas y resultados intermedios	91
4.1 Gobernanza y financiamiento en el ámbito de la salud; políticas, estrategias y planes nacionales de salud	91
4.2 Servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad	91
4.3 Acceso a productos médicos y fortalecimiento de la capacidad regulatoria	91
4.4 Información y evidencia en apoyo de los sistemas de salud	92
4.5 Recursos humanos para la salud	92

Categoría 5. Emergencias de salud	93
Alcance	93
Contexto	93
Análisis de los interesados directos clave	97
Estrategias de cooperación técnica	97
Temas transversales y enfoques estratégicos en el ámbito de la salud	98
Supuestos y riesgos	100
Categoría 5. Emergencias de salud: Áreas programáticas y resultados intermedios	101
5.1 Gestión de amenazas infecciosas	101
5.2 Preparación de los países para las emergencias de salud y Reglamento Sanitario Internacional (2005)	101
5.3 Información sobre emergencias de salud y evaluación de riesgos	101
5.4 Operaciones de emergencia	102
5.5 Servicios básicos de emergencia	102
5.6 Reducción del riesgo de desastres y proyectos especiales	102
5.7 Respuesta a brotes y crisis	102
Categoría 6 – Liderazgo, gobernanza y funciones habilitadoras	103
Alcance	103
Contexto	103
Análisis de los interesados directos clave	108
Estrategias para llevar adelante el liderazgo, la gobernanza y las funciones habilitadoras	109
Temas transversales	110
Supuestos y riesgos	110
Categoría 6. Liderazgo, gobernanza y funciones habilitadoras: Áreas programáticas y resultados intermedios	111
6.1 Liderazgo y gobernanza	111
6.2 Transparencia, rendición de cuentas y gestión de riesgos	111
6.3 Planificación estratégica, coordinación de recursos y presentación de informes	112
6.4 Gestión y administración	112
6.5 Comunicación estratégica	112
VII. Garantizar la ejecución eficiente y eficaz del Plan	113
VIII. Seguimiento, evaluación y presentación de informes	115
Siglas y abreviaturas	117
Anexos	119
Anexo I. Enseñanzas clave extraídas de los planes anteriores	119
Anexo II. Marco de estratificación de las prioridades programáticas	122
Anexo III. Lista de países y territorios con su sigla correspondiente	125
Anexo IV. Mandatos, resoluciones, estrategias y planes de acción de la OPS	126



I. Prefacio de la Directora



1. Al renovar su compromiso con la mejora de la salud de los pueblos de la Región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprovecha los principales logros anteriores, los puntos fuertes de los Estados Miembros y la competencia de la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina). Con los numerosos retos complejos y la magnitud de la tarea que tenemos por delante, tengo el placer de presentar el Plan Estratégico de la Organización para el período 2014-2019, titulado “*En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad*”. Este ambicioso plan es el producto de amplias consultas y de la colaboración con los Estados Miembros y el personal de toda la Organización. Al mismo tiempo que vela por que la atención se centre en los países, proporciona una dirección clara para los años venideros, permitiendo que la Organización permanezca a la vanguardia de la acción para mejorar la salud y la calidad de vida de los pueblos de la Región.

2. Con la elaboración de este Plan, la Organización sigue respondiendo a los Estados Miembros y a las prioridades de salud pública de la Región, al mismo tiempo que mantiene una convergencia programática con los objetivos sanitarios mundiales de la Organización Mundial de la Salud. Además, en el Plan se definen las medidas aceleradas que deberán tomarse en el impulso final para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el 2015 y las nuevas intervenciones estratégicas necesarias a fin de mejorar la salud en la agenda para el desarrollo después del 2015.

3. La Región de las Américas ha logrado avances sostenidos en los determinantes de la salud y la mejora de la salud de su población. Los indicadores del desarrollo humano están mejorando, los ingresos laborales están aumentando, hay un progreso notable en la reducción de la pobreza y la desigualdad, y se han hecho grandes avances hacia la enseñanza primaria universal. Todos estos factores tienen efectos positivos en la salud. Junto con estos adelantos sociales, la Región ha visto tendencias positivas en los indicadores de salud, con una disminución de la mortalidad materno-infantil, de la morbilidad y mortalidad causadas por la infección por el VIH, de las tasas de tuberculosis y de la carga de la malaria en los países donde esta enfermedad es endémica. La eliminación de varias enfermedades infecciosas desatendidas está al alcance de la Región, logro que beneficiará a las generaciones futuras.

4. Aunque nos complacen estos hitos importantes, reconocemos que queda mucho por hacer. En este plan se detalla la forma en que la Organización, junto con los Estados Miembros, aprovechará los éxitos colectivos y abordará las brechas restantes de una manera equitativa y sostenible. Por ejemplo, la Región deberá enfrentar en los próximos seis años el importante reto de detener y revertir la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles. Los Estados Miembros han demostrado un gran liderazgo en relación con este problema que tiene notables repercusiones sociales y económicas en las personas, las familias, las comunidades y los servicios de salud, y que exige una respuesta integrada y multisectorial. El enfoque basado en los derechos es fundamental para asegurar la justicia y la equidad en esta acción. Lograr la cobertura universal de salud es, por consiguiente, un compromiso esencial del Plan Estratégico.

5. El liderazgo, la participación y el sentido de propiedad de los Estados Miembros serán fundamentales para el éxito de este Plan. En consecuencia, en el Plan se establece la responsabilidad conjunta y el compromiso de los Estados Miembros y la Oficina de brindar apoyo a la variedad de intervenciones necesarias para mantener el progreso y afrontar nuevos retos. En el Plan también se detallan las metas y los indicadores sobre la base de los cuales se evaluará el desempeño de la Organización (tanto de la Oficina como de los Estados Miembros). De esta manera, el Plan refleja el compromiso continuo de la OPS con un enfoque orientado a la consecución de resultados, que conduce a una mayor eficiencia, eficacia, rendición de cuentas y transparencia.

6. Mediante la colaboración y el diálogo permanentes con diversos interesados directos, mejoraremos y ejecutaremos este Plan entre todos. Nuestro compromiso con el **desarrollo sostenible** y la **equidad en salud** depende del liderazgo de la Organización y su capacidad para forjar una coalición amplia con colaboradores comprometidos en todos los sectores. El Plan Estratégico 2014-2019 renueva el compromiso de la OPS de mejorar la salud de los pueblos de la Región de las Américas en los años venideros.

Dr. Carissa F. Etienne
DIRECTORA



II. Resumen



7. Bajo el tema “En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad”, en el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se establece la orientación estratégica de la Organización, sobre la base de las prioridades colectivas de los Estados Miembros y la atención centrada en los países, y se establecen los resultados que deberán alcanzarse durante el período 2014-2019. En el Plan también se fijan los compromisos asumidos por los Estados Miembros de la OPS y la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina), por lo que sirve de base para la elaboración de los programas y presupuestos bienales necesarios para ejecutarlo.

8. El Plan es producto de la amplia colaboración y las consultas entre los Estados Miembros y la Oficina. Un Grupo Consultivo de los Países, nombrado por el Comité Ejecutivo de la OPS, efectuó aportes estratégicos y técnicos a la elaboración del Plan y su primer Programa y Presupuesto (2014-2015). También se hicieron consultas nacionales, que dieron a todos los países y territorios la posibilidad de efectuar aportes a los documentos que se presentarán al Consejo Directivo. Participaron más de 1.100 profesionales de la salud de 48 países y territorios de toda la Región. Los Estados Miembros y la Oficina trabajarán conjuntamente durante los próximos seis años a fin de obtener los resultados establecidos en el Plan.

9. El Plan responde tanto a los mandatos regionales como a los mundiales. En consecuencia, la agenda estratégica del Plan representa un equilibrio entre la respuesta de la OPS a las prioridades regionales definidas en la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, otros mandatos regionales establecidos por los Estados Miembros de la OPS, las prioridades nacionales colectivas determinadas en las Estrategias de Cooperación en los Países de la OPS (ECP), además de la convergencia programática con el Programa General de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El Plan también concuerda con los parámetros de los principales acuerdos intergubernamentales para las operaciones en materia de desarrollo del sistema de las Naciones Unidas. La formulación y la ejecución del Plan se guían por la visión, la misión, los valores y las funciones básicas de la Organización.

10. Este Plan permitirá a la OPS apoyarse en los avances logrados en el campo de la salud pública en la Región de las Américas y en las enseñanzas extraídas de períodos de planificación anteriores para orientar las intervenciones y abordar los retos existentes y los que pudieran surgir. El Plan servirá de apoyo a los esfuerzos continuos para aumentar la rendición de cuentas, la transparencia y la eficacia del trabajo de la Organización, de acuerdo con el marco de gestión basada en los resultados y la nueva política presupuestaria de la OPS.

11. En el Plan se adapta la cadena de resultados de la OMS, indicando claramente la relación entre los instrumentos de planificación en los distintos niveles, así como la rendición de cuentas y las responsabilidades de los Estados Miembros de la OPS y la Oficina. Dado que el Plan es un compromiso conjunto de los Estados Miembros de la OPS y la Oficina, los resultados derivarán de la ejecución de los planes y las estrategias de cada país (a nivel nacional o subnacional), los planes operativos de la Oficina y los esfuerzos colectivos de la Organización en colaboración con otros asociados.

12. La definición de la agenda estratégica y las intervenciones correspondientes que se describen en el Plan se basó en un análisis de los principales avances, brechas y tendencias de la salud en la Región. En ese análisis se utilizó información reciente obtenida de Salud en las Américas 2012, la evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, un examen de las estrategias de cooperación en los países y un examen de los informes sobre las estrategias y los planes de acción de la OPS, entre otras fuentes.

13. Con una visión centrada en la vida sana y el bienestar, el Plan procura fomentar cambios en la respuesta de los sistemas de salud de la Región que trasciendan el enfoque tradicional orientado a las enfermedades. Con este fin, el Plan aborda los problemas de salud emergentes vinculados a los cambios actuales en la Región, impulsa un nuevo modelo de desarrollo basado en la equidad y la sostenibilidad ambiental, y reafirma la salud como elemento decisivo del desarrollo sostenible.

14. El Plan se centra en la reducción de las inequidades en salud entre los países y territorios y dentro de ellos. Entre las medidas para enfrentar estas inequidades se encuentran las recomendadas por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. En el centro de la acción para abordar los determinantes sociales de la salud hay un enfoque multisectorial, que se aplica como enfoque estratégico transversal en el Plan. La “salud en todas las políticas” es otra estrategia clave que pone de relieve la planificación y las intervenciones coordinadas en todos los sectores y entre distintos niveles del gobierno con miras a influir en los determinantes sociales que están más allá de la responsabilidad directa del sector de la salud. En el Plan también se describen estrategias clave de salud pública, como la promoción de la salud, la atención primaria de salud y la protección social en el ámbito de la salud.



15. En consonancia con el compromiso de la OPS de impulsar la salud universal y en vista de los logros de los Estados Miembros en ese sentido, el Plan adopta la consecución progresiva del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud como enfoque central. Esto le permitirá a la Región consolidar los adelantos en la salud maternoinfantil y el control de las enfermedades transmisibles, reducir la carga de las enfermedades crónicas con modelos innovadores de atención que incluyan la promoción de la salud y la prevención, y reducir las brechas en el acceso a los servicios de salud y su utilización.

16. En el Plan se ponen de relieve cuatro temas transversales: género, equidad, derechos humanos y etnicidad. Estos enfoques programáticos se aplicarán en todas las categorías y áreas programáticas para mejorar los resultados y reducir las inequidades en salud. En el Plan también se aplica plenamente la nueva política presupuestaria de la OPS y el concepto de “países clave”. De acuerdo con los principios de la equidad y la solidaridad panamericana, en el Plan se señalan ocho países clave (Bolivia, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Suriname) en los cuales la Organización hará más hincapié con la cooperación técnica para cerrar las brechas. Teniendo en cuenta que los países y territorios de la Región presentan diferencias en lo que se refiere a su situación de salud y sus necesidades, en el Plan se señalan los países y territorios previstos en los indicadores de resultados intermedios con el fin de centrar la cooperación técnica de la Organización en problemas específicos de salud pública.

17. En consonancia con las metas a nivel de impacto a escala mundial (establecidas en el Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS 2014-2019) y abordando las metas específicas para la Región, en el Plan se plantean nueve metas con respecto al impacto para el período 2014-2019:

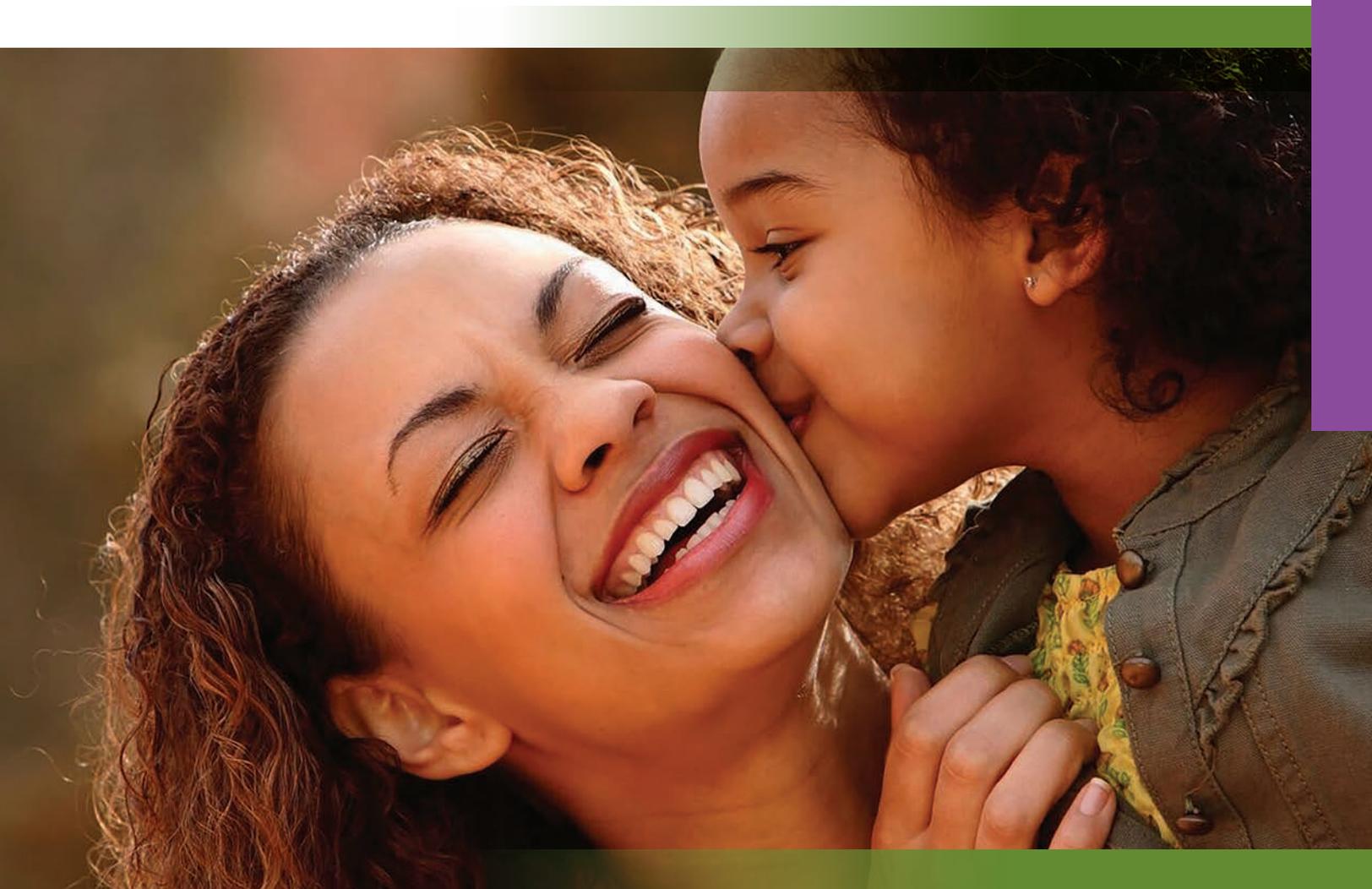
- I. Mejorar la salud y el bienestar con equidad
- II. Asegurar que los recién nacidos y los menores de 1 año inicien su vida de una manera saludable
- III. Garantizar una maternidad sin riesgos
- IV. Reducir la mortalidad debida a la baja calidad de la atención de salud
- V. Mejorar la salud de la población adulta haciendo hincapié en las enfermedades no transmisibles y los factores de riesgo
- VI. Reducir la mortalidad por enfermedades transmisibles
- VII. Frenar la mortalidad prematura debida a la violencia, los suicidios y los accidentes entre adolescentes y adultos jóvenes (de 15 a 24 años de edad)
- VIII. Eliminar las enfermedades transmisibles prioritarias en la Región
- IX. Evitar las muertes, las enfermedades y las discapacidades resultantes de situaciones de emergencia

18. La estructura programática del Plan está organizada en seis categorías y 34 áreas programáticas. Las 34 áreas programáticas representan las *prioridades* para la Organización. La mayor parte de estas áreas programáticas fueron señaladas por los Estados Miembros durante la elaboración del Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS 2014-2019, con consultas adicionales para reflejar las especificidades regionales. En esta segunda versión modificada del Plan se presentan las modificaciones que se han hecho en consonancia con los cambios introducidos por la reforma de la labor de la OMS en la gestión de las emergencias sanitarias presentados ante la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud (mayo del 2016), junto con las actualizaciones necesarias para mostrar las nuevas prioridades emergentes. Las seis categorías son las siguientes:

- I. *Enfermedades transmisibles*: Reducir la carga de las enfermedades transmisibles, incluidas la infección por el VIH/sida, las infecciones de transmisión sexual y las hepatitis virales; la tuberculosis; la malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores; las enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas; las enfermedades prevenibles mediante vacunación; y las enfermedades transmitidas por los alimentos, así como la repercusión de la resistencia a los antimicrobianos.
- II. *Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo*: Reducir la carga de las enfermedades no transmisibles, incluidas las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las neumopatías crónicas, la diabetes y los trastornos de salud mental, así como la discapacidad, la violencia y los traumatismos, mediante la promoción de la salud y la reducción de riesgos, la prevención, el tratamiento y la vigilancia de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo.
- III. *Determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida*: Promover la buena salud en las etapas clave de la vida, tener en cuenta la necesidad de abordar los determinantes sociales de la salud (las condiciones sociales en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen) y adoptar enfoques basados en la igualdad de género, la etnicidad, la equidad y los derechos humanos.
- IV. *Sistemas de salud*: Fortalecer los sistemas de salud sobre la base de la atención primaria; orientar la gobernanza y el financiamiento en el ámbito de la salud hacia la consecución progresiva del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud; organizar la prestación integral de servicios de salud centrados en la persona; promover el acceso a tecnologías sanitarias, así como su uso racional; fortalecer la información de salud y los sistemas de investigación, y la integración de la evidencia en las políticas y la atención de salud; facilitar la transferencia de conocimientos y tecnologías; y desarrollar recursos humanos para la salud.
- V. *Emergencias de salud*: Reducir la mortalidad, la morbilidad y la perturbación social resultantes de las emergencias y los desastres mediante la detección, el manejo y la mitigación de los agentes patógenos que suponen grandes amenazas, así como por medio de actividades de reducción de riesgos, preparación, respuesta y recuperación temprana dirigidas a todo tipo de riesgos, que fortalezcan la capacidad de recuperación y apliquen un enfoque multisectorial para contribuir a la seguridad de la salud.
- VI. *Liderazgo, gobernanza y funciones habilitadoras*: Fomentar el liderazgo institucional y la gobernanza, y llevar adelante las funciones habilitadoras necesarias para preservar la integridad y el funcionamiento eficiente de la Organización a fin de que cumpla eficazmente sus mandatos.

19. Para cada categoría, en el documento se presentan el alcance, el contexto por área programática, el análisis de los interesados directos clave, estrategias de cooperación técnica, temas transversales, enfoques estratégicos de la salud, supuestos y riesgos. A continuación se proporcionan cuadros que presentan los resultados intermedios y sus indicadores para cada área programática dentro de la categoría correspondiente.

20. Reconociendo que el Plan se ejecutará en un contexto de recursos limitados y respondiendo a las recomendaciones de los Estados Miembros de centrar el trabajo de la Organización en las prioridades a las cuales la OPS claramente agrega un valor, en el Plan se establece un marco de priorización para complementar la política presupuestaria de la OPS.



21. La Oficina ha propuesto nueve prioridades fundamentales para el liderazgo a fin de guiar su función de convocatoria e intermediación con respecto al Plan Estratégico 2014-2019:

- (a) Fortalecer la capacidad del sector de la salud para abordar los determinantes sociales de la salud, mediante la aplicación de la estrategia de la “salud en todas las políticas” y la promoción de una mayor participación y empoderamiento de la comunidad.
- (b) Catalizar el logro progresivo del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, especialmente en los ocho países clave, incluidas las intervenciones de promoción y prevención.
- (c) Aumentar la acción intersectorial y multisectorial para la prevención y atención de las enfermedades no transmisibles.
- (d) Mejorar las capacidades básicas de los países para la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005).
- (e) Acelerar las medidas para eliminar las enfermedades transmisibles prioritarias en la Región.
- (f) Terminar el trabajo en torno a los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, influir en la integración de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y brindar apoyo a los países para el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la salud.
- (g) Fortalecer la capacidad del sector de la salud para generar información y evidencia a fin de medir y demostrar el avance en cuanto a la vida sana y el bienestar.
- (h) Aprovechar los conocimientos y la pericia en los países de la Región para la prestación de cooperación técnica e intercambiar experiencias y enseñanzas fructíferas.
- (i) Aumentar la rendición de cuentas, la transparencia, la eficiencia y la eficacia de las operaciones de la Oficina.

22. En el Plan se describen los diferentes factores que se necesitarán para ejecutarlo de manera eficiente y eficaz, entre ellos estrategias para la cooperación técnica, las funciones y responsabilidades de la Oficina y los Estados Miembros, el financiamiento del Plan (usando un enfoque programático para movilizar recursos flexibles) y la gestión de riesgos.

23. El Plan también contiene un marco para el seguimiento, la evaluación y los informes de la Organización durante el período 2014-2019. El desempeño de la OPS se evaluará cuantificando el progreso hacia el logro de las metas del impacto y los resultados intermedios establecidos en el Plan Estratégico 2014-2019, usando 26 indicadores del impacto y 90 indicadores de resultados intermedios, así como las metas y correspondientes. La ejecución además se evaluará en cada Programa y Presupuesto mediante la evaluación de los indicadores de los resultados inmediatos.

III. Introducción



24. El Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) es el instrumento de planificación de más alto nivel de la Organización una vez aprobado por los Cuerpos Directivos. En el Plan se presenta la orientación estratégica de la Organización, basada en las prioridades colectivas de los Estados Miembros, y se especifican los resultados a alcanzar durante el período de planificación. En el Plan también se enuncian los compromisos contraídos por los Estados Miembros de la OPS y la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina), que sirven de base para la elaboración de los programas y presupuestos bienales para su ejecución. El Plan, centrado en los países, es producto de la colaboración y consulta con los Estados Miembros e incorpora las contribuciones del personal en todos los niveles de la Oficina.

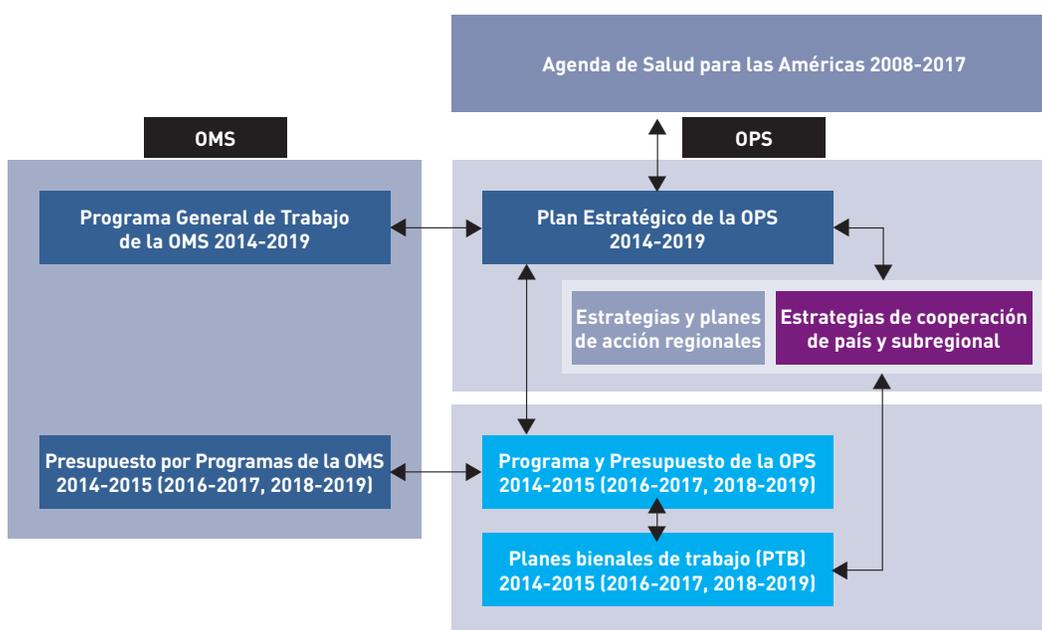
25. El Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 responde a los mandatos tanto regionales como mundiales. En consecuencia, su agenda estratégica representa un equilibrio entre las respuestas de la OPS a las prioridades regionales establecidas en la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, otros mandatos regionales establecidos por los Estados Miembros de la OPS, las prioridades nacionales colectivas señaladas en los análisis de las estrategias de cooperación en los países (ECP) de la OPS y la alineación programática con el Programa General de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El Plan también es compatible con los parámetros de los principales acuerdos intergubernamentales sobre las operaciones de desarrollo del sistema de las Naciones Unidas. La formulación y ejecución del Plan se guían por la visión, la misión, los valores y las funciones básicas de la OPS. En el Plan se establece el marco para abogar por la salud, el desarrollo sostenible y la equidad y para avanzar hacia la meta de la cobertura universal de salud. Se incorporan los determinantes de la salud como tema integral que abarca todos sus componentes.

26. El Plan Estratégico 2014-2019 le permitirá a la OPS seguir aprovechando los avances realizados hasta ahora en el ámbito de la salud pública en la Región de las Américas. También le permitirá guiar las intervenciones para afrontar desafíos nuevos y existentes que afectan a la Región. El Plan seguirá teniendo como base las ricas experiencias de la OPS y las enseñanzas de períodos de planificación anteriores. Apoyará el esfuerzo constante para aumentar la rendición de cuentas, la transparencia y la eficacia del trabajo de la OPS, de acuerdo con su marco de gestión basada en los resultados y la nueva Política del Presupuesto de la OPS.

27. El Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 representa un hito importante para mejorar la armonización y la sincronización con los procesos de planificación, programación y presupuestación de la OMS en vista de que, por primera vez, el Programa General de Trabajo de la OMS se formuló antes del Plan Estratégico de la OPS. En el Plan también se aprovecharon los aportes de la evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas realizada en el 2012. Además, el Plan Estratégico 2014-2019 está determinado por la visión de la nueva Directora de la Oficina (“En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad”), por el impulso para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y por la función de la salud en la nueva Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Otros aportes clave incluyen el examen de las estrategias y los planes de acción regionales en materia de salud pública. El Plan también contribuirá al fortalecimiento del sistema de desarrollo de las Naciones Unidas de conformidad con la *Revisión cuatrienal amplia de la política relativa a las actividades operacionales del sistema de las Naciones Unidas para el desarrollo* (documento A/67/226).

28. En la figura 1 se muestran los elementos principales de los marcos de planificación de la OPS y su armonización con la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, al igual que con los marcos de planificación de la OMS. El Plan Estratégico 2014-2019 se ejecutará a lo largo de tres programas y presupuestos consecutivos (2014-2015, 2016-2017 y 2018-2019). Un aspecto importante de la formulación y ejecución del Plan es lograr una mayor vinculación y armonización entre el Plan Estratégico y la estrategia de cooperación en los países. Los planes de trabajo bienales son los planes operativos que elaboran las entidades de la Oficina para ejecutar el programa y presupuesto y, por extensión, el Plan Estratégico de la OPS.

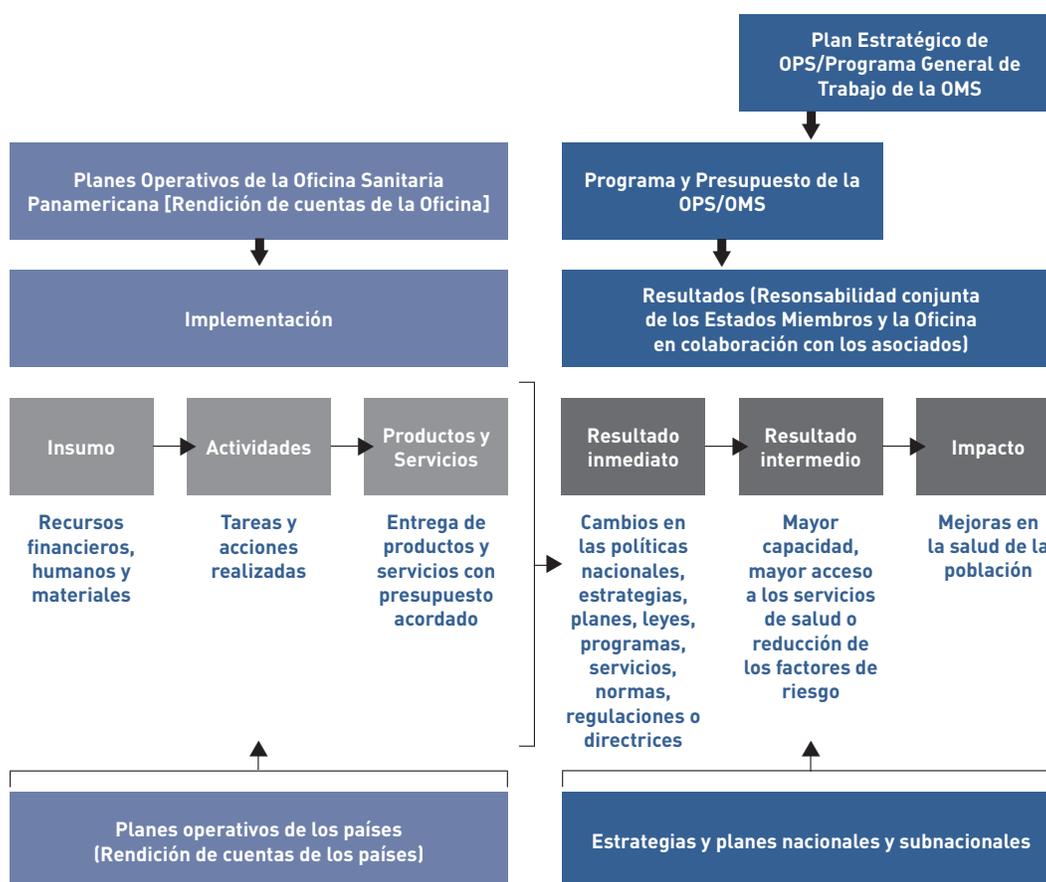
Figura 1. Marcos de planificación de la OPS y de la OMS



29. **Cadena de resultados:** En el Plan 2014-2019 se adapta la cadena de resultados de la OMS, en la que se señala claramente la relación entre los instrumentos de planificación a los diferentes niveles así como la rendición de cuentas y las respectivas responsabilidades de los Estados Miembros de la OPS y de la Oficina. Debido a que el Plan es un compromiso conjunto de los Estados Miembros de la OPS y de la Oficina, los resultados se derivarán de la aplicación de los planes y estrategias de cada país (a nivel nacional o subnacional), los planes operativos de la Oficina y los esfuerzos colectivos de la Organización, como se muestra en la figura 2. En la sección VIII se dan detalles sobre el seguimiento, la presentación de informes, la rendición de cuentas y la transparencia con respecto al Plan.

30. El Plan Estratégico y el Programa y Presupuesto abarcarán de manera conjunta la cadena completa de resultados. En el Plan Estratégico se señalan los resultados en el nivel de impacto y los resultados intermedios, con sus respectivos indicadores, en tanto que en el Programa y Presupuesto se describen los productos que los Estados Miembros y la Oficina han acordado alcanzar de manera conjunta en un bienio particular, así como las metas bienales para los indicadores de los resultados intermedios.

Figura 2. Cadena de resultados de la OPS/OMS



31. Los resultados de **impacto** son los cambios sostenibles con respecto a la salud de población a los cuales contribuyen los Estados Miembros de la OPS, la Oficina y otros asociados. Estos cambios se evaluarán por medio de indicadores con respecto al impacto que muestren una reducción de la morbilidad o la mortalidad, o mejoras en el bienestar de la población (es decir, aumento de la esperanza de vida sana de las personas). En consecuencia, la ejecución del Plan Estratégico de la OPS también contribuirá a la salud y el desarrollo a escala regional y mundial.

32. Los **resultados intermedios** son cambios colectivos o individuales en los factores que afectan a la salud de la población, a los cuales contribuirá el trabajo de los Estados Miembros y la Oficina. Estos cambios incluyen, aunque sin limitarse a ellos, el aumento de la capacidad, de la cobertura o del acceso a los servicios, o la reducción de los riesgos relacionados con la salud. Los Estados Miembros son responsables de lograr los resultados intermedios, en colaboración con la Oficina y otros asociados de la OPS. Los resultados intermedios contribuyen a lograr las metas con respecto al impacto, establecidas en el Plan. El progreso realizado hacia el logro de los resultados intermedios se evaluará mediante los indicadores correspondientes que miden los cambios a nivel nacional o regional.

33. Los **resultados inmediatos** son los cambios en los sistemas, los servicios y los instrumentos a escala nacional, producto de la colaboración entre la Oficina y los Estados Miembros de la OPS, de los cuales son responsables de manera conjunta. Los resultados inmediatos incluyen, aunque sin limitarse a ellos, cambios en las políticas nacionales, las estrategias, los planes, las leyes, los programas, los servicios, las normas, las regulaciones o las directrices. Los resultados inmediatos se definirán en el programa y presupuesto respectivo, y se evaluarán mediante un conjunto definido de indicadores de resultados inmediatos que medirán la capacidad de la Oficina de influir en dichos cambios.

34. Para la categoría 6 (liderazgo, gobernanza y funciones habilitadoras), los resultados inmediatos y los resultados intermedios mostrarán los cambios institucionales que brindan apoyo a la prestación eficiente y eficaz de la cooperación técnica de la Organización en las otras cinco categorías programáticas.

35. Los **planes operativos** de la Oficina constan de los siguientes componentes:

- (a) Productos y servicios: lo que entrega la Oficina durante un bienio de acuerdo con el presupuesto acordado, de lo cual la Oficina es responsable directamente durante el bienio. Los productos y servicios son tangibles y observables.
- (b) Actividades: acciones que convierten los insumos en productos o servicios.
- (c) Insumos: recursos (humanos, económicos, materiales y de otro tipo) que la Oficina asignará a las actividades y que generarán productos o servicios.



36. Los componentes de la planificación operativa son necesarios para lograr los resultados inmediatos y contribuir a los resultados intermedios y a los del impacto. Los componentes de la planificación operativa de la Oficina no están incluidos en el programa y presupuesto de la Organización; forman parte de los planes operativos de las distintas entidades de la Oficina (oficinas, departamentos o unidades). Los Estados Miembros participan directamente en el proceso de planificación operativa de la Oficina por intermedio de las representaciones de la OPS/OMS en los países.

37. **Riesgos y supuestos:** La cadena de resultados completa se basa en una serie de riesgos y supuestos. Por ejemplo, el supuesto de que se cuenta con los recursos y la colaboración de los países para asegurar que las intervenciones contribuyan al logro de los resultados inmediatos e intermedios señalados en el Plan. Esto contribuirá a la consecución de los resultados con respecto al impacto y, por extensión, de la visión estratégica del Plan.

38. **Enseñanzas extraídas:** El Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 tiene como base las experiencias y las enseñanzas extraídas de planes, programas y presupuestos anteriores, y otros instrumentos y procesos de planificación de alto nivel, incluidos los procesos de la OMS. Se ha dado especial atención a las enseñanzas extraídas del Plan Estratégico de la OPS 2008-2013 en vista de que este fue el primer plan que se ejecutó usando el enfoque de gestión basada en los resultados y que estuvo en consonancia con los procesos de planificación y presupuestación de la OMS. La aplicación de estas enseñanzas será fundamental para la ejecución eficaz del Plan y para seguir aumentando la eficiencia y la eficacia de la gestión de la Organización. A continuación se describen las enseñanzas extraídas clave y en el anexo I se dan más detalles al respecto.

- (a) Es fundamental para la ejecución exitosa del Plan que haya un mayor sentido de propiedad y participación de los Estados Miembros en la formulación y la ejecución del Plan, en particular en cuanto a la fijación de prioridades y metas.
- (b) Es fundamental aplicar todos los aspectos del marco de gestión basada en los resultados y debe ir acompañada de una simplificación de procesos, mejoras en la calidad de los indicadores, delegación de autoridad y mecanismos para la rendición de cuentas.
- (c) Una mayor convergencia programática con la OMS facilitará una mejor gestión de los programas, optimizará los recursos, y mejorará los procesos de seguimiento y presentación de informes.
- (d) Se necesita una mayor coherencia entre el Plan Estratégico y los distintos marcos de planificación, incluidas las ECP, los planes y las estrategias regionales.
- (e) Se debe mejorar la asignación de los recursos de acuerdo con las prioridades programáticas y con una metodología y criterios objetivos de asignación de prioridades.
- (f) Se debe asegurar un nivel básico de financiamiento de la presencia en cada país, como se indica en la nueva política presupuestaria, a fin de ejecutar eficazmente los programas de cooperación técnica con los Estados Miembros.
- (g) Se deben incorporar las contribuciones voluntarias nacionales en el Programa y Presupuesto a fin de que se pueda apreciar cabalmente la contribución de los Estados Miembros al trabajo de la Organización.
- (h) Se deben continuar los esfuerzos por aumentar la eficiencia, por medio de medidas de contención de costos, el uso de tecnologías y la innovación, y nuevas modalidades de cooperación técnica.



IV. El contexto



39. En el último decenio, la Región de las Américas ha logrado un avance sostenido en cuanto a la mejora de la salud de la población, aunque todavía enfrenta importantes deficiencias y problemas emergentes que los países están intentando resolver en forma tanto individual como conjunta. En este análisis se destacan los principales logros, brechas y tendencias en cuanto a la salud en la Región como la base para definir la agenda estratégica y las intervenciones correspondientes descritas en el Plan Estratégico 2014-2019. En este análisis se tiene en cuenta la información reciente publicada en Salud en las Américas 2012, la evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, el examen de las estrategias de cooperación en los países, (ECP) y de los informes sobre las estrategias y los planes de acción de la OPS, entre otras fuentes.

Contexto político, económico, social y ambiental

40. La Región sigue avanzando hacia una mayor **democracia**, con un avance notable en varias esferas. Los países están realizando exámenes de sus marcos constitucionales y poniendo en marcha procesos electorales más transparentes y participativos. Hay una tendencia gradual a pasar de la democracia electoral hacia la democracia participativa, con una creciente descentralización, un mayor poder de decisión de la comunidad, una redistribución del poder y nuevos conceptos de ciudadanía.

41. Los países de la Región están participando en diversas alianzas, iniciativas y bloques basados en la proximidad geográfica o en los intereses comerciales, culturales o políticos en común. También se está tornando más importante la presencia de los países de la Región en bloques estratégicos mundiales como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el Grupo de los 20 (G20), el Foro de Cooperación Económica de Asia y el Pacífico (APEC) y el grupo BRICS (Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica). Además, recientemente han surgido asociaciones y foros nuevos en la Región como la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (ALBA), la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) y la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC), que coexisten con otras entidades regionales y subregionales más antiguas.

42. Con la rápida expansión del acceso a Internet, el aumento del uso de las comunicaciones móviles, así como el mayor acceso a la información y a los servicios en línea, se está dando un cambio en el entorno de las comunicaciones en la Región. Las formas nuevas y emergentes de la comunicación hacen hincapié en las plataformas interactivas, la comunicación en dos sentidos, y el intercambio de contenido, noticias y retroalimentación. Cada vez se dedica más tiempo a los sitios de las redes sociales, en especial entre las mujeres jóvenes, y los medios sociales están redefiniendo nuestra manera de pensar acerca de la comunicación en la esfera de la salud y los riesgos para la salud. Aunque estas tendencias representan nuevas oportunidades para comunicarse, aprender e intercambiar información, también están influyendo en los cambios en la cultura, el modo de vida, el comportamiento y las modalidades de consumo, con impacto directo sobre la salud de la población.

43. Desde los años noventa, los países de América Latina y el Caribe han llevado adelante cambios estructurales que incluyen ajustes en los programas de seguridad social, comercio, impuestos y financiamiento, e incluso, en algunos casos, generaron privatizaciones masivas. Estos cambios no necesariamente estuvieron acompañados por inversiones públicas en la salud, la educación, la infraestructura y la protección del medioambiente, lo que pone de relieve la necesidad de efectuar cambios estructurales para aumentar el apoyo a estos sectores vitales y la armonización entre ellos. Si bien son aún motivo de polémicas, los datos indican que las inversiones públicas en el capital humano y la salud de los pobres han contribuido sustancialmente a reducir la pobreza en muchos países latinoamericanos.

44. Los países de la Región cada vez se integran más en la economía mundial y se considera que este proceso podría generar beneficios para América Latina. Si bien los países latinoamericanos no se libraron de los efectos de la recesión mundial, tanto económica como financiera, lograron resistir la crisis con más éxito que otras regiones del mundo y han mostrado signos más rápidos de recuperación. Entre el 2008 y el 2010, la mayoría de los países de la Región aplicaron políticas económicas anticíclicas a fin de contrarrestar y mitigar este ciclo. Estas medidas protegieron, y en algunos casos incluso ampliaron, el gasto público social. En especial, cabe destacar los programas de transferencias condicionadas de efectivo que, para el 2010, ascendían a 3% del producto interno bruto (PIB) total en algunos países latinoamericanos.

45. Debido al contexto internacional desfavorable, el crecimiento económico en América Latina y el Caribe se desaceleró durante el 2012, si bien continúa la tendencia positiva. El crecimiento del PIB regional fue de alrededor de 3,1% en el 2012, cerca de un punto porcentual inferior al del año anterior. La desaceleración afectó a la mayoría de los países sudamericanos, cuya tasa de crecimiento del PIB se calculó en 2,7% en el 2012 (1,8 puntos porcentuales menos que el 4,5% registrado en el 2011). En cambio, en los países de Centroamérica se registró una tasa de crecimiento similar a la del año anterior, mientras que en el Caribe se observó un crecimiento algo mayor. Este desempeño inferior de las principales economías en América del Sur influyó decididamente en la tendencia regional. A pesar de la desaceleración del crecimiento del PIB en la Región, la mayoría de los países mantuvieron una tasa positiva de crecimiento, que se explica principalmente por la dinámica de la demanda interna y, en cierta medida, por el desempeño relativamente favorable de las inversiones y las exportaciones en algunos países.

Determinantes sociales de la salud

46. Los ingresos, el empleo, la educación y la vivienda son algunos de los determinantes sociales de la salud más importantes, que influyen sobre otros determinantes intermedios y proximales de la salud.

47. Los indicadores con respecto al desarrollo humano están mejorando en la Región. Entre el 2000 y el 2012 el índice de desarrollo humano (IDH) aumentó de 0,683 a 0,741 en América Latina, de 0,632 a 0,687 en el Caribe y de 0,906 a 0,935 en América del Norte. América Latina ha alcanzado lo que el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) considera un nivel alto de desarrollo humano (0,711). Sin embargo, todavía subsisten diferencias entre los países y dentro de ellos, como lo muestran las cifras del IDH más bajas en los países del Caribe.

48. A pesar de estos indicadores favorables, **la pobreza y las inequidades** siguen siendo un reto para la Región. Algunos datos recientes todavía califican a América Latina y el Caribe como la región más inequitativa del mundo, con 29% de la población por debajo del umbral de pobreza y 40% de la población más pobre que recibe menos de 15% del total de los ingresos. Por otra parte, hay datos que apuntan a una reducción general de la desigualdad en los ingresos. En la primera década de este siglo, la desigualdad en cuanto al ingreso descendió en la mayoría de los países latinoamericanos.

49. A pesar del grado de estabilización macroeconómica que se ha alcanzado, se ha reconocido la necesidad de intensificar las reformas en ciertos ámbitos fundamentales, como las áreas fiscal, laboral y de protección social, entre otras.

50. El aumento de los **ingresos laborales**, y el efecto de las políticas de redistribución de los ingresos aplicadas mediante programas que ofrecen transferencias condicionales de efectivo progresivas y sostenidas a los grupos más vulnerables, han tenido una repercusión positiva sobre los niveles de pobreza y desigualdad en la Región.

51. En el 2012, la tasa general de desempleo de mujeres y de hombres descendió en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. Sin embargo, persisten brechas de género en cuanto al desempleo, dado que el desempleo de las mujeres sigue siendo 1,4 veces superior al desempleo de los hombres. En el tercer trimestre del 2012, la tasa regional de desempleo era de 7,7% en las mujeres y 5,6% en los hombres. Además se observó una disminución en la tasa de desempleo de la población joven, que pasó de 15,2% a 14,3%. A pesar de este progreso, persisten aun muchas inquietudes por la exclusión de la población joven del mercado de trabajo, ya que la tasa de desempleo correspondiente a este grupo triplica la de la población adulta.

52. El **empleo asalariado** siguió creciendo más vigorosamente que el trabajo por cuenta propia en algunos de los países, lo cual es un indicio de la modernización de los mercados laborales y del aumento del empleo formal en estos países. No obstante, debido a que el empleo informal sigue siendo importante en muchos países, se debe analizar la calidad del empleo y las condiciones del lugar de trabajo, tanto en el sector formal como en el informal.

53. La **educación** y la salud son piedras angulares interrelacionadas del desarrollo. Un aumento del nivel de escolaridad se asocia con mejoras en la salud de la población y en la productividad, la movilidad social, la reducción de la pobreza y el fortalecimiento de la ciudadanía. En América Latina y el Caribe, se han hecho importantes adelantos para lograr la enseñanza primaria universal. Para el 2010, esta cobertura llegaba a 95% y, en algunos países, hasta 99%. El rezago educativo —medido por el número de niñas y niños que abandonan la escuela primaria o no finalizan el último año del ciclo primario en el período asignado— es muy importante para el sector de la salud. La mayoría de los embarazos en adolescentes se concentran en las adolescentes que han abandonado los estudios, y en este grupo se observan las tasas más altas de mortalidad y morbilidad en niños nacidos de madres adolescentes. Varias investigaciones sostienen que los estudios secundarios completos constituyen la escolaridad mínima que necesita una persona para mejorar sus condiciones de vida.

54. La **equidad de género y la equidad étnica** son un tema que está cada vez más presente en la agenda política de muchos de países de la Región. Ha habido un mayor empoderamiento y reconocimiento de los derechos y las contribuciones de las mujeres, de las poblaciones indígenas y de afrodescendientes, así como de los grupos de orientación sexual diversa, como las lesbianas, los homosexuales y las personas transgénero. En particular, cada vez es mayor el número de mujeres que ocupan cargos de liderazgo; por ejemplo en el 2011, en cinco países de la Región la presidencia estaba ocupada por una mujer. Sin embargo, el número de mujeres elegidas para ocupar cargos a todos los niveles sigue siendo insuficiente, ya que en el 2010, en América Latina y el Caribe, apenas 20% de esos cargos eran ocupados por mujeres.

55. En América Latina y el Caribe, las mujeres son mayormente (90%) quienes cuidan a los adultos mayores, y asumen una carga física y económica sin remuneración ni reconocimiento. Los datos disponibles indican que, dado el envejecimiento de la población, el aumento epidémico de las enfermedades crónicas y la discapacidad, y la respuesta institucional limitada, el volumen de trabajo no remunerado de las mujeres que cuidan de los ancianos seguirá en aumento.

56. Los programas de reducción de la pobreza han contribuido a que las mujeres tengan un mayor control sobre sus recursos, lo que incluye el acceso a la atención de salud y la educación. En la Región de las Américas, las mujeres como grupo han sobrepasado a los hombres en cuanto a la escolaridad. Con todo, este aumento de la escolaridad no se traduce plenamente en un mayor bienestar económico, en especial en lo que hace a los salarios, un aspecto en el que las mujeres siguen estando a la zaga de los hombres.

57. En la Región viven unos 1.100 grupos indígenas, que representan 10% de la población total en América Latina y el Caribe, 4% en Canadá y 1,6% en Estados Unidos. Independientemente de su país de residencia, los grupos indígenas y otros grupos étnicos, al igual que los afrodescendientes, sufren distintos grados de vulnerabilidad y exclusión social. Según el Banco Mundial, algunas de estas poblaciones perciben remuneraciones que solo equivalen a entre 46% y 60% de lo que ganan las personas que no son de ascendencia indígena. Dados los niveles actuales de pobreza y exclusión social en los grupos étnicos discriminados, se prevé que las repercusiones negativas sobre la salud persistirán a través de las generaciones.

Tendencias demográficas

58. Entre el 2005 y el 2012, la **población total** de la Región aumentó de 886 millones a 954 millones de habitantes. Sin embargo, se está observando una desaceleración relativa del crecimiento demográfico: entre el período 1995-2000 y el 2005-2012, el crecimiento promedio anual de la población a nivel regional descendió de 1,3% a 1%.

59. Entre el 2005 y el 2012, la **tasa total de mortalidad** de la Región descendió de 6,9 a 5,9 por 1.000 habitantes. La tasa total de fecundidad durante el mismo período bajó de 2,3 a 2,1 hijos por mujer. Los cambios demográficos muestran gradientes evolutivos distintos de un país a otro.

60. Entre el 2005 y el 2012, se estima que la **esperanza de vida** para ambos sexos en la Región de las Américas ha ascendido de 72,2 a 76,4 años —un aumento de cuatro años en un decenio— y se prevé otro aumento de 6,5 años para el 2050. Sin embargo, persisten marcadas diferencias entre los países.

61. En el 2012, había más de 100 millones de **personas de más de 60 años de edad** en la Región. Se prevé que esta cifra se duplicará para el 2020 y que más de la mitad de esas personas vivirán en América Latina y el Caribe. Por lo tanto, están aumentando las razones de dependencia total. En el 2010, la razón de dependencia total en América Latina y el Caribe fue de 53,3, mientras en América del Norte fue de 49,0. Para el 2050, se prevé que estas cifras aumenten a 57,0 y 67,1, respectivamente. En el 2010, la mayor proporción de dependencia en la Región se observaba en los grupos de población con menores ingresos, hecho que, en un escenario pesimista, podría contribuir a perpetuar el ciclo de la pobreza.

62. Todos los países latinoamericanos sin excepción tienen una situación demográfica ventajosa para el desarrollo económico, el llamado **“bono demográfico”**. La primera fase de este proceso se caracteriza por una razón de más de dos personas dependientes por cada tres personas económicamente activas. En la segunda fase, considerada como la más favorable, la razón de dependencia alcanza un nivel bajo, de menos de dos personas dependientes por cada tres personas activas, y permanece constante en ese nivel. En la tercera fase la razón es todavía favorable, con menos de dos personas dependientes por cada tres personas activas, pero está en proceso de cambio debido a que está en aumento el número de adultos mayores. En términos generales, América Latina se encuentra en la segunda fase. Esta fase comenzó a principios del siglo XXI y se prevé que se prolongue hasta fines de la década 2011-2020, momento en que se prevé que comenzará la tercera fase que se extenderá hasta los primeros años de la década 2041-2050.

Medioambiente y salud

63. Junto con el crecimiento de la población, la **urbanización** está influyendo de manera directa en el medioambiente y su sostenibilidad. Casi 80% de la población de América Latina y el Caribe vive en zonas urbanas, pero hay considerables variaciones dentro de la Región, entre las distintas subregiones y en los países. Los países y territorios con una proporción alta de población urbana (más de 77%) son Anguila, Argentina, Bermudas, Brasil, Canadá, Chile, Estados Unidos, Guadalupe, Islas Caimán, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, México, Perú, Puerto Rico, Uruguay y Venezuela. Los países con una proporción baja de población urbana (menos de 50%) son Antigua y Barbuda, Aruba, Barbados, Islas Vírgenes Británicas, Granada, Guatemala, Guyana, Montserrat, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, y Trinidad y Tabago.

64. La Región de las Américas ya ha alcanzado el Objetivo de Desarrollo del Milenio relativo al acceso a fuentes mejoradas de **agua potable** y **saneamiento básico** y se encamina a alcanzar la meta de saneamiento para el 2015. Sin embargo, persisten marcadas desigualdades entre los países y dentro de ellos. Aunque se están abordando las desigualdades en el acceso al agua potable y el saneamiento básico, la Región también necesita hacer frente a otros problemas ambientales que tienen repercusiones directas sobre la salud:

- (a) El manejo de los **residuos sólidos** sigue siendo motivo de preocupación. Los desechos peligrosos sin tratamiento previo suelen eliminarse junto con los desechos comunes en muchos países de América Latina y el Caribe.
- (b) Con respecto a la **contaminación del aire** en el medioambiente y en locales cerrados, se calcula que más de 100 millones de personas de la Región están expuestas a concentraciones de contaminantes ambientales que exceden el nivel recomendado en las directrices de la OMS sobre la calidad del aire. La contaminación en locales cerrados causada por la quema de combustibles sólidos es el riesgo ambiental que registra la mayor carga de morbilidad en América Latina y el Caribe.
- (c) La **contaminación por plaguicidas** es un problema prevalente en la Región, documentado principalmente en Centroamérica, donde se importaron 33 millones de kilogramos anuales de principios activos entre 1977 y el 2006, de los cuales 77% pertenecían al grupo de los contaminantes orgánicos persistentes que deben eliminarse, de acuerdo con lo que establece el Convenio de Estocolmo.
- (d) El control y la gestión de los **riesgos químicos** están vinculados particularmente con el crecimiento de la minería. En América Latina, la minería aumentó de 4,3% del PIB regional en el 2001 a 6,1% en el 2011. Si bien la expansión de las actividades de minería es positiva desde el punto de vista económico, tiene repercusiones directas e indirectas sobre la salud y el medioambiente que pueden generar costos mayores para la salud pública. Esto significa que es esencial efectuar evaluaciones del impacto.

65. La vulnerabilidad ante los **desastres naturales** y los efectos del **cambio climático** constituyen un problema mundial. De las 63 ciudades de América Latina y el Caribe con un millón o más de habitantes, 38 están en zonas de mayor riesgo de sufrir al menos un tipo de desastre natural. Muchos grupos poblacionales en situaciones de vulnerabilidad socioeconómica están establecidos en terrenos que posiblemente se vean afectados por el cambio climático. Las precipitaciones más elevadas causadas por fenómenos climáticos extremos vinculados con el cambio climático conducen a mayores depósitos de contaminantes químicos como nutrientes y fertilizantes en las zonas costeras, lo que favorece la proliferación de algas tóxicas. Estos cambios tienen consecuencias para la seguridad alimentaria y nutricional, la inocuidad de los alimentos y el agua segura para el consumo, así como para la prevalencia de las enfermedades transmitidas por vectores.

Salud en la Región

66. Cuando ya ha transcurrido 84% del tiempo previsto para alcanzar los **ODM** en el 2015, la Región ha logrado avances, aunque aún subsisten muchos retos, la mayoría de ellos relacionados con las inequidades en salud dentro de los países y entre ellos.

- (a) La **mortalidad infantil** sigue descendiendo en la Región. En América Latina y el Caribe, la tasa de mortalidad infantil bajó de 42 defunciones por 1.000 nacidos vivos en 1990 a 16 por 1.000 en el 2011, lo que representa una disminución de 62%. Se observan tasas aun más bajas de mortalidad infantil en Barbados, Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos y Uruguay (entre 5 y 12 defunciones por 1.000 nacidos vivos), mientras que Bolivia y Haití tienen las tasas más altas (entre 40 y 45 defunciones por 1.000 nacidos vivos).
- (b) La **mortalidad materna** ha disminuido en la Región, pero sigue siendo demasiado alta y muchos países de la Región no lograrán alcanzar la meta correspondiente de los ODM para el 2015. La razón de mortalidad materna regional bajó de 140 defunciones por 100.000 nacidos vivos en 1990 a 80 defunciones por 100.000 nacidos vivos en el 2010, lo que representa una reducción de 41%. Sin embargo, las tendencias difieren entre los países. Las causas principales de la mortalidad materna siguen estando asociadas con la calidad de la atención.
- (c) Las estimaciones de las nuevas **infecciones** por el VIH para los países de la Región, reflejan una reducción en la morbilidad y la mortalidad. En el 2011, en la Región ocurriría cerca de 6% del total mundial de nuevas infecciones por el VIH. Ciertos segmentos de la población afrontan mayores repercusiones negativas, entre ellos, los hombres que tienen relaciones con hombres, las personas trabajadoras sexuales y los grupos poblacionales móviles).
- (d) Entre el 2000 y el 2011, la Región notificó una reducción de 58% en la morbilidad y una reducción de 70% en la mortalidad debida a la **malaria**. La mayoría de los países donde la malaria es endémica han tenido éxito en reducir la carga de la enfermedad, pero siguen existiendo algunos retos.
- (e) Los Estados Miembros han progresado en cuanto al control de la **tuberculosis**. En el 2011, la tasa de detección era de 81% de los casos estimados por la OMS para la Región de las Américas. A pesar de este progreso, la tuberculosis multirresistente y la tuberculosis asociada con el VIH plantean graves retos que deben abordarse. El control de la tuberculosis se ve entorpecido por la persistencia de las inequidades y las vulnerabilidades sociales, principalmente la pobreza, las migraciones, y el acceso limitado a los servicios de salud, en especial entre las poblaciones vulnerables, como los usuarios de drogas, los indigentes, los enfermos mentales y las minorías étnicas.
- (f) Con respecto al acceso sostenible a **agua potable y saneamiento básico**, el acceso a fuentes de agua mejoradas fue del 96% en la Región en el 2010 (99% en las zonas urbanas y 86% en las zonas rurales). La cobertura con saneamiento básico mejorado fue del 88% (91% en las zonas urbanas y 74% en las zonas rurales). Sin embargo, persiste la preocupación por la calidad del agua; al 2010, 36 millones de personas en la Región no tenían acceso a agua potable apta para el consumo humano. Alrededor de 120 millones carecían de servicios mejorados de eliminación de aguas residuales y alcantarillado, y casi 25 millones de personas en América Latina y el Caribe defecan al aire libre. Tiende a observarse una baja cobertura de servicios de saneamiento y agua potable en las personas situadas en los quintiles de ingresos más bajos. El agua, el saneamiento y la higiene, en particular para las poblaciones más vulnerables, necesitan apoyo constante.

67. La Región se enfrenta a una carga importante de **enfermedades no transmisibles**, ya que unos 250 millones de personas sufren una o varias de ellas. En el 2010, más de 75% de los costos de atención de salud se debían a las enfermedades crónicas.

- (a) Las **enfermedades cardiovasculares** son la principal causa de muerte por enfermedades no transmisibles. Las defunciones prematuras por enfermedades cardiovasculares son más frecuentes en los hombres que en las mujeres y ocurren a las edades de mayor productividad, por lo que causan un importante daño económico y social.
- (b) Las **neoplasias malignas** constituyen la segunda causa principal de muerte en los países de la Región de las Américas. Los cánceres de pulmón, de estómago, de colon y de mama son los principales causantes de mortalidad por cáncer. La incidencia del cáncer, en particular de cáncer cervicouterino y de próstata, es más alta en los países de ingresos bajos y medianos. La incidencia de las neoplasias malignas depende de complejas interrelaciones entre factores biológicos, genéticos y del modo de vida.
- (c) La **diabetes** causa anualmente alrededor de 242.000 defunciones en la Región. Algunos estudios estiman que 22.000 (8%) de esas muertes podrían evitarse por medio de detección temprana y tratamiento, en especial en personas de menos de 50 años. Las proyecciones indican que el número de personas con diabetes en la Región de las Américas se incrementará de 62,8 millones en el 2011 a más de 91 millones en el 2030.
- (d) La **enfermedad renal crónica**, causada principalmente por las complicaciones de la diabetes y la hipertensión, ha aumentado en la Región. De 1990 al 2010, los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) por enfermedad renal crónica aumentaron 20% en Estados Unidos y 58% en América Latina y el Caribe. Muchos países centroamericanos han reconocido la necesidad de comprender mejor y controlar un tipo grave de la enfermedad renal crónica que no está relacionada con la diabetes ni la hipertensión. Esta enfermedad grave afecta principalmente a hombres jóvenes que trabajan en el sector agropecuario, una situación que está teniendo notables repercusiones sociales y económicas en las familias, las comunidades y los servicios de salud.

68. Los **factores de riesgo** compartidos para las enfermedades no transmisibles son el consumo de tabaco, el consumo nocivo del alcohol, los hábitos alimentarios no saludables y la inactividad física. Motivo de preocupación principal son los cambios acelerados y nocivos en cuanto al consumo de alimentos y los hábitos alimentarios que están ocurriendo en toda la Región. Estos cambios afectan a sectores amplios de la población, especialmente los segmentos de ingresos bajos y de menor nivel de escolaridad. Deben emprenderse iniciativas importantes para atender los factores de riesgo y así apoyar el esfuerzo para controlar las enfermedades no transmisibles.

69. La **violencia**, incluida la violencia de género es un problema cada vez mayor y un importante reto para la salud pública en la Región. Se calcula que entre 1999 y el 2009, murieron más de 5,5 millones de personas por causas externas (distintas de las causas naturales y que se consideran evitables, como los homicidios, los accidentes y los suicidios). En la población joven y adulta (de 10 a 49 años de edad) se produjeron 3,5 millones de defunciones (64%), con un promedio de 319.000 defunciones por año; 84% de las defunciones correspondieron a hombres, cinco veces más defunciones en los hombres que en mujeres. Las causas externas más frecuentes fueron los homicidios (33%) y los accidentes de transporte terrestre (26%).

Respuesta de los sistemas de salud

70. Los sistemas de salud de la Región se caracterizan por su segmentación, que se manifiesta en una variedad de mecanismos de financiamiento y afiliación. La prestación de servicios de salud también está fragmentada en muchas instituciones, establecimientos o unidades diferentes, que no se integran en la red de atención de salud. Estas dos características aumentan la inequidad en el acceso y reducen la eficiencia en cuanto a la prestación y la gestión de los servicios de salud.

71. Las razones fundamentales de esta segmentación y fragmentación son complejas; con frecuencia son el reflejo de factores sistémicos de carácter social, político y económico que se han acumulado a lo largo del tiempo. En este contexto, los servicios de salud mismos se convierten en un importante determinante de la salud y tienen el potencial para ayudar a mejorar la equidad en la medida en que impulsen la cobertura universal, financiada mediante recursos públicos progresivos que reduzcan al mínimo los desembolsos por los usuarios y eliminen las prácticas discriminatorias y la cualidad diferencial de la atención.

72. En los últimos años, los países de la Región han avanzado hacia la **universalización de los sistemas de salud** mediante reformas de las políticas y cambios que hacen hincapié en el derecho a la salud y la reafirmación de la **atención primaria de salud (APS)**. Se ha reconocido la importancia de adoptar eficazmente los valores y principios de la estrategia de la atención primaria de salud, en especial mediante enfoques integrales y multisectoriales para abordar los determinantes de la salud. Aun así, persisten varios retos, en particular en cuanto a la mejor manera de avanzar hacia la cobertura integral de los servicios, reducir los copagos y otros desembolsos directos de los usuarios y garantizar beneficios similares para todos. Otros retos importantes incluyen mejoras a la calidad de la atención y la adaptación de la capacidad de respuesta de los servicios a la demanda de atención de salud.

73. La Región ha reafirmado la estrategia de atención primaria de salud y la meta de salud para todos. Varios países de la Región están realizando importantes esfuerzos para incorporar la atención primaria de salud en sus modelos renovados de atención de salud. No obstante, en algunos países la práctica de la atención primaria de salud se ha limitado a ofrecer un primer nivel de atención, con frecuencia a grupos de ingresos bajos, e incluye apenas unas pocas actividades de promoción de la salud y de prevención. Con este enfoque, se pone en riesgo la capacidad de respuesta durante las crisis de salud.

74. El período más reciente se ha caracterizado por un dinamismo sostenido en la elaboración de políticas, estrategias y planes de **recursos humanos** que concuerden con las prioridades mundiales, regionales y nacionales. En la Región, hay un amplio consenso sobre la función rectora de la autoridad de salud con respecto al fortalecimiento de los recursos humanos. Esto implica buscar la coherencia estratégica en la organización de los sistemas y servicios de salud, al mismo tiempo que se establece una estrecha relación con las instituciones de capacitación. Este enfoque ha producido una ampliación efectiva de la cobertura por medio de equipos multidisciplinarios de salud familiar y comunitaria, que son responsables de una población y un territorio determinados en las zonas urbanas, rurales, alejadas y remotas. Aun cuando se reconoce que los países de la Región han hecho avances en el área de los recursos humanos para la salud, todavía no han logrado una composición ni una distribución satisfactorias del personal de salud.

75. En toda la historia de América Latina y el Caribe, la expansión de la cobertura de los servicios de salud ha sido el objetivo principal para varios países. Sin embargo, los datos indican que la **calidad de la atención** es también un elemento fundamental para mantener y mejorar la salud individual y de la población.

76. Durante el período 2005-2010, en América Latina y el Caribe **el gasto total en salud** como porcentaje del PIB subió de 6,8% a 7,3%. En ese mismo período, el gasto promedio en salud pública en América Latina y el Caribe aumentó de 3,3% a 4,1% del PIB. El gasto fue considerablemente mayor en Canadá (8,4% del PIB) y en Estados Unidos (8,0% del PIB) en el 2010.

77. En el 2010, el **gasto total por habitante destinado a la salud** varió de US\$ 90¹ en Bolivia a \$2.711 en las Bahamas, \$5.499 en Canadá y \$8.463 en los Estados Unidos. Si bien la medición del gasto por habitante es pertinente, no hay una relación lineal entre el monto gastado y los resultados en materia de salud. Hay otras variables que tienen mucho peso, entre ellas, las políticas de protección social (o su ausencia), la gestión y la organización de los sistemas de salud, el alcance de los programas de salud pública y las actividades de promoción de la salud, y la reglamentación del mercado de la salud.

78. Los **desembolsos directos** por los usuarios en América Latina y el Caribe bajaron de 3,5% a 3,2% del PIB, del 2005 al 2010. Los desembolsos directos por los usuarios tienen un efecto empobrecedor en las familias. La experiencia indica que el suministro de la cobertura universal y la financiación mancomunada constituyen las mejores opciones para proteger las finanzas de las familias cuando deben enfrentar gastos médicos catastróficos.

79. Si bien en los últimos cinco años los países de América Latina y el Caribe han avanzado en cuanto a la formulación y ejecución de **políticas farmacéuticas**, solo algunos de ellos las han actualizado. En el 2008, se estimó que el gasto promedio anual por habitante destinado a medicamentos pagado de manera directa por los usuarios en América Latina y el Caribe fue de \$97, con una variación que va desde \$7,50 en Bolivia hasta \$160 en Argentina y Brasil. El uso de medicamentos genéricos en la Región no ha avanzado tanto como sería aconsejable, en parte debido a la escasez de incentivos y a los marcos normativos inadecuados.

80. Los países de las Américas presentan grandes diferencias en cuanto a la cobertura y la calidad de sus **sistemas de información de salud**. Un estudio del 2008 mostró que 7 de 26 países han mejorado los registros de estadísticas vitales y han logrado una cobertura de más de 85% a nivel nacional. Otros siete países solo registran hasta 50% de estos sucesos vitales, es decir, uno de cada dos nacimientos o defunciones. El número bajo de nacimientos que tienen lugar en establecimientos de salud en algunos países y las limitaciones de las oficinas de estadística hacen que sea difícil para los países mejorar el registro de las estadísticas vitales. En cuanto a la calidad de los datos, una evaluación regional reciente mostró que solo 19 de los países estudiados proporcionaban datos de buena calidad. Con respecto a las estadísticas vitales, un análisis reciente en la Región muestra que cada vez se tiene más conciencia sobre la importancia de registrar todos los sucesos vitales y que la cobertura de los nacimientos tiende a aumentar cuando a) el país acepta el derecho a la identidad como un derecho humano y b) otros sectores de la sociedad como el de la educación y la salud exigen el registro de estos sucesos vitales. Con respecto al registro de las defunciones, la vigilancia de los compromisos asumidos por los países para cumplir los ODM, especialmente en relación con la mortalidad materno-infantil, ha motivado a los países a aumentar la cobertura.

¹ A menos que se indique otra cosa, todas las cifras monetarias que figuran en este documento se expresan en dólares de los Estados Unidos.

Situación del Plan Estratégico de la OPS 2008-2013

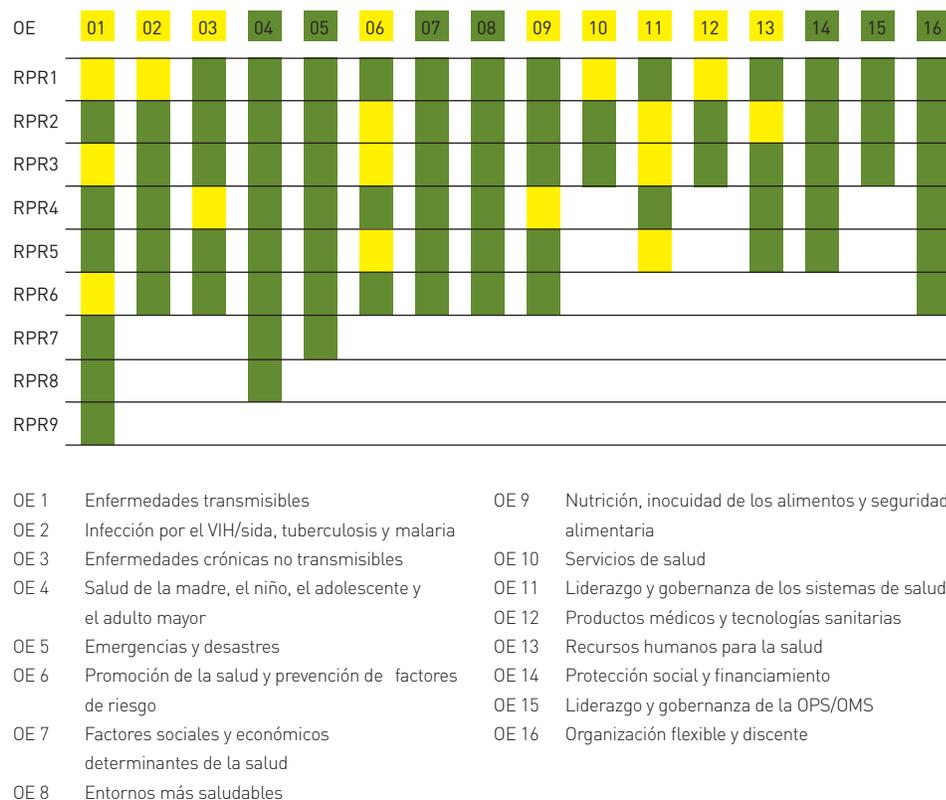
81. Como se señaló anteriormente, el Plan Estratégico 2014-2019 parte del progreso realizado en la consecución de los objetivos y resultados establecidos en el Plan Estratégico 2008-2013. La evaluación final del Plan Estratégico 2008-2013 mostró que la Organización mantuvo una tasa de ejecución constante a lo largo de los tres bienios abarcados por el Plan. En el 2013, siete de los 16 objetivos estratégicos se habían alcanzado plenamente (con 100% de las metas cumplidas o superadas) y nueve se habían alcanzado parcialmente. De los nueve objetivos alcanzados parcialmente, ocho alcanzaron más de 75% de las metas de sus indicadores; mientras que solo uno (OE1-enfermedades transmisibles) alcanzó menos de 75% de sus metas. De los 90 resultados previstos a nivel regional (RPR), 75 (83%) se alcanzaron plenamente y 15 se alcanzaron parcialmente. De las 256 metas de los indicadores de los RPR para el 2013, se alcanzaron 233 (91%). No solo se alcanzaron esas metas, sino que 127 de ellas (54%) se superaron.

82. Los 15 RPR alcanzados parcialmente son los siguientes:

- 1.1 Acceso equitativo a las vacunas: retos para lograr la cobertura de 95% a nivel subnacional.
- 1.3 Prevención, control y eliminación de las enfermedades desatendidas y de las enfermedades transmisibles: las metas relacionadas con la lepra, eliminación de la rabia humana transmitida por los perros, vigilancia de los preparativos para las zoonosis emergentes y el índice de infestación domiciliaria no se alcanzaron.
- 1.6 Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y alerta y respuesta ante epidemias: 6 países cumplieron los requisitos y 29 solicitaron prórrogas.
- 2.1 Prevención, tratamiento y atención para la infección por el VIH/sida y la tuberculosis: no se alcanzó la cobertura con terapia antirretrovírica para el VIH; dificultades con el éxito del tratamiento antituberculoso y pocos resultados en la atención prenatal y los sistemas de vigilancia para la sífilis congénita.
- 3.4 Intervenciones para las afecciones no transmisibles crónicas: no se logró la meta para los estudios de análisis de costos sobre la violencia.
- 6.2 Vigilancia de los principales factores de riesgo: 27 de 30 países crearon sistemas nacionales de vigilancia usando la Encuesta Mundial de Salud Escolar a fin de elaborar informes corrientes sobre los factores de riesgo para la salud que afectan a los jóvenes.
- 6.3 Prevención y reducción del consumo de tabaco: 19 de 23 países destinatarios aplicaron los reglamentos para el empaquetado de los productos de tabaco y actualizaron al menos un componente de su sistema de vigilancia del tabaco; 5 países más (de 35) tienen que lograr la meta.
- 6.5 Prevención y reducción de los regímenes alimentarios poco saludables y la inactividad física: se encontraron dificultades para impulsar las políticas nacionales destinadas a promover los regímenes alimentarios saludables y la actividad física (solo 9 de 20 países alcanzaron el indicador).
- 9.4 Planes y programas de nutrición: 21 de 25 países destinatarios informaron sobre intervenciones nutricionales en sus programas para responder a la infección por el VIH/sida y otras epidemias

- 10.1 Políticas sanitarias interculturales: solo 5 países informaron sobre sus progresos para integrar las consideraciones interculturales en las políticas y los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud.
- 11.2 Sistemas de información sanitaria: 20 de 27 países destinatarios ejecutaron la Iniciativa de Datos Básicos de Salud de la OPS.
- 11.3 Acceso, difusión y utilización de la información sanitaria, el conocimiento y las pruebas científicas para la toma de decisiones: no se alcanzó el número proyectado de países que vigilan los ODM relacionados con la salud.
- 11.5 La OPS como intermediario de la información sobre salud pública y el conocimiento: la plataforma regional de información está instalada pero está pendiente su revisión y ajuste para la ejecución/coordinación institucional de la fase II y su despliegue.
- 12.1 Acceso a productos médicos y tecnologías sanitarias: se había fijado una meta poco realista de 17 como número de países que lograrían 100% de donaciones de sangre voluntarias y no remuneradas; 12 países de 17 alcanzaron el resultado previsto.
- 13.2 Indicadores básicos y sistema de información sobre recursos humanos para la salud: no se logró el número previsto de países que participan en la Red de observatorios de recursos humanos para la salud (29 de 36).

Figura 3. Clasificación de los objetivos estratégicos (OE) y los resultados previstos a nivel regional (RPR), 2008-2013





V. Agenda estratégica



Panorama estratégico

83. Esta sección es la parte central del Plan Estratégico y en ella se establece la orientación estratégica que el Plan brindará a la Organización durante los próximos seis años, guiada por la visión, la misión y los valores de la Oficina, al igual que por las funciones básicas de la Organización, que se indican a continuación.

Visión, misión y valores de la Oficina

Visión

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

Misión

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

Valores

Equidad	Lucha por la imparcialidad y la justicia mediante la eliminación de las diferencias que son innecesarias y evitables.
Excelencia	Logro de la más alta calidad en lo que hacemos.
Solidaridad	Promoción de intereses y responsabilidades compartidas, facilitando esfuerzos colectivos para alcanzar metas comunes.
Respeto	Aceptación de la dignidad y la diversidad de los individuos, grupos y países.
Integridad	Garantía de un desempeño transparente, ético y responsable.

Funciones básicas de la OPS

1. Ejercer liderazgo en temas cruciales para la salud y participar en alianzas cuando se requieran actuaciones conjuntas.
2. Determinar las líneas de investigación y estimular la producción, aplicación y difusión de conocimientos valiosos.
3. Definir normas y patrones, y promover y seguir de cerca su aplicación en la práctica.
4. Formular opciones de política que aúnen principios éticos y fundamento científico.
5. Establecer cooperación técnica, catalizar el cambio y crear capacidad institucional duradera.
6. Seguir de cerca la situación en materia de salud y determinar las tendencias sanitarias.

84. El Plan Estratégico responde a las prioridades establecidas en la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y también está en consonancia con el Duodécimo Programa General de Trabajo 2014-2019 de la OMS. Además contempla los principales mandatos regionales y las prioridades colectivas de los países señaladas en las Estrategias de Cooperación en los Países (ECP) y en otros documentos estratégicos nacionales.

85. Bajo el lema “En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad”, este Plan se centra en reducir las inequidades en salud en la Región tanto entre los países y territorios como dentro de ellos a fin de mejorar los resultados en materia de salud. En consonancia con esto, y con la atención centrada en los países, las estrategias principales del Plan son: *a)* promover la salud y el bienestar; *b)* abogar por un enfoque multisectorial a fin de abordar los determinantes sociales de la salud; y *c)* fomentar la colaboración con todos los países y territorios para avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. En cada categoría se señalan estrategias específicas de acuerdo con las funciones básicas de la OPS.

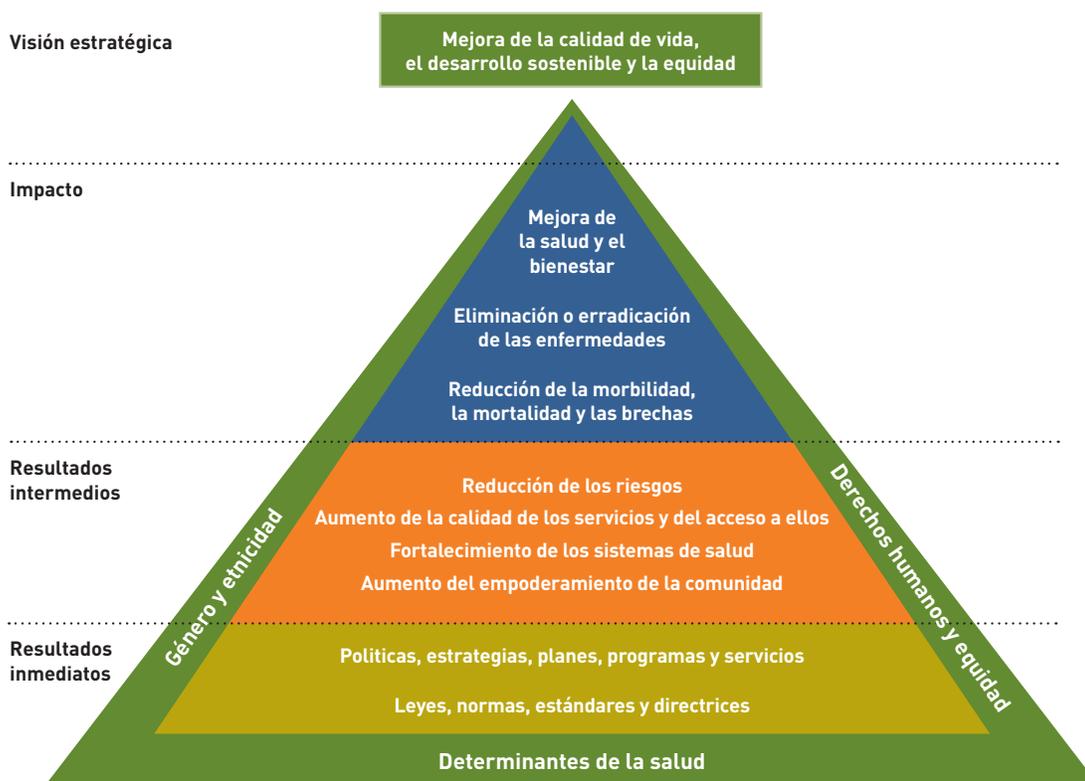
86. La OPS tiene una larga trayectoria de compromiso con la equidad en salud y está plasmado explícitamente en su visión, misión, valores y mandatos y, además, está en consonancia con la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. El término “inequidad” tiene una dimensión moral y ética: se refiere a las desigualdades injustas e injustificadas que son innecesarias y evitables. Para que se pueda decir que una situación específica no es equitativa, se debe examinar la causa y determinar que es injusta en el contexto de lo que sucede en el resto de la sociedad. Reducir las inequidades en salud es una cuestión de equidad y justicia social. En el Plan Estratégico 2014-2019 se manifiesta claramente el compromiso de los Estados Miembros y la Oficina de: *a)* reducir las inequidades en salud; *b)* disminuir al nivel más bajo posible los factores diferenciales de la salud entre los países y dentro de ellos; y *c)* al hacerlo, crear la oportunidad de que todos alcancen el grado más alto de salud.

87. Las inequidades en salud son el núcleo central de los determinantes sociales de la salud. La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud fue establecida por la OMS para examinar qué se podía hacer, si es que era posible hacer algo, para enfrentar las desigualdades en materia de salud. En este Plan se sigue el conjunto propuesto de recomendaciones generales y se hace hincapié en la **función del sector de la salud para abordar los determinantes sociales de la salud**. En este sentido, la Región de las Américas propuso el concepto de la “**salud en todas las políticas**” como una estrategia clave del Estado en la que se hace hincapié en la planificación coordinada a través de todos los sectores y entre niveles del gobierno a fin de influir en aquellos determinantes sociales que están más allá de la responsabilidad directa del sector de la salud (es decir, educación, empleo, vivienda, etc.). La estrategia de la “salud en todas las políticas” se centra en la equidad, facilita el avance progresivo hacia el logro del derecho a la salud y genera sinergias para mejorar el bienestar de la población de manera sostenible. En el Plan 2014-2019 se señalan medidas específicas, como las recomendadas por la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud, para enfrentar las inequidades en salud en todas las áreas programáticas. El **enfoque multisectorial de la salud es el punto central de la respuesta de los sistemas de salud para abordar los determinantes sociales de la salud** y representa un enfoque estratégico transversal fundamental en este Plan.

88. **La OPS está comprometida a impulsar la cobertura universal de salud y este es un pilar clave del Plan estratégico 2014-2019**. Este enfoque ofrece a la Región la oportunidad de consolidar y mantener los logros alcanzados por los Estados Miembros en años recientes y, al mismo tiempo, reafirma la importancia de la salud como un elemento clave para el desarrollo sostenible. Este enfoque abordará los retos existentes en la Región: consolidar los avances en torno a la salud materno-infantil y el control de las enfermedades transmisibles; reducir la carga de las enfermedades crónicas mediante modelos innovadores de atención que incluyan la prevención de estas enfermedades y la promoción de la salud, y reducir las brechas en el acceso a los servicios de salud y en su utilización.

89. Sobre la base de los avances logrados en la Región, **el presente Plan tiene por objeto avanzar hacia una visión centrada en el bienestar y la vida sana**. En consecuencia, en este Plan se pretende catalizar diversos cambios en la respuesta de salud de la Región a fin de trascender el enfoque tradicional centrado en la enfermedad. En la formulación del Plan han influido los procesos mundiales que abordan la agenda para el desarrollo y, a la vez, responde a ellos, dado que la salud es un tema fundamental para el desarrollo sostenible. En este sentido, con el Plan se procura abordar los temas emergentes en consonancia con los cambios concurrentes en la Región y promover un nuevo modelo de desarrollo basado en la equidad y la sostenibilidad ambiental (Figura 4).

Figura 4. Visión estratégica y jerarquía de los resultados



90. De acuerdo con lo anterior, y sobre la base de las experiencias y enseñanzas extraídas, cuatro **temas transversales** son fundamentales para abordar los determinantes de la salud: el **género, la equidad, los derechos humanos y la etnicidad**. Además, en el Plan se aplicarán algunas estrategias clave de salud pública como la promoción de la salud, la atención primaria de salud y la protección social en el ámbito de la salud. Los temas transversales son enfoques programáticos a fin de mejorar los resultados de salud y reducir las desigualdades en materia de salud, y son aplicables a las categorías 1 a 6. Las estrategias de salud pública son enfoques integrales para lograr una mejor salud para todos y por todos, haciendo hincapié en las intervenciones comprobadas de salud pública y las intervenciones a nivel comunitario.

91. En este Plan se aprovecha la ventaja estratégica que ofrecen algunos de los elementos más recientes de la planificación, programación y presupuestación que ha planteado la OPS, por ejemplo, la Política del Presupuesto de la OPS y la determinación de “los países clave”. Estos reconocen intrínsecamente un gradiente social de la salud y fijan cierta progresividad en la distribución de los recursos y las acciones de cooperación técnica a lo largo de este gradiente, favoreciendo más a los países que tienen una mayor necesidad y aplicando al mismo tiempo el principio del universalismo proporcional. A este respecto, y en consonancia con los principios de la equidad y la solidaridad panamericana, en el Plan se establecen **8 países clave** (Bolivia, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Suriname) con los que la Organización se compromete a hacer más hincapié en la cooperación técnica para procurar que se subsanen las brechas. Esto incluye poner a disposición los recursos necesarios humanos y económicos a fin de afrontar los diversos desafíos de salud pública de estos países.

92. Teniendo en cuenta que los países y los territorios de la Región tienen diferentes necesidades y situaciones de salud, en el Plan se indican los **países y territorios previstos en las metas** por área programática para centrar la cooperación técnica de la Organización en cuestiones específicas de salud pública. Los países y los territorios previstos en las metas se establecen a nivel del indicador de resultado intermedio sobre la base de un análisis integral y en consulta con los Estados Miembros. Para fijar las líneas de base y las metas, el universo de los países y los territorios para el Plan es de 52: 35 Estados Miembros, 4 Miembros Asociados y 13 territorios de ultramar (6 territorios del Reino Unido, 4 departamentos franceses en la Región de las Américas y 3 territorios de los Países Bajos). En el anexo III figura la lista completa de los países y territorios.

Metas de impacto y enfoque estratégico

93. El éxito del Plan se medirá por la contribución de la Organización al logro de las metas de impacto descritas en el cuadro 1, medidas según los indicadores correspondientes.

94. Si la ejecución del Plan está en consonancia con la orientación estratégica de la Organización, para fines del ciclo de planificación en el 2019, la OPS podrá mostrar mejoras tangibles en la salud de la población, en particular en la salud de aquellos grupos que se encuentran en los niveles inferiores del gradiente social. Esto, por definición, debería producir una reducción de las inequidades en salud al subsanar las brechas entre los países y dentro de ellos. Esto implica un enfoque explícito con respecto a la equidad en salud y un compromiso de medir el impacto logrado en este tema. Para cumplir con el objetivo de reducir las inequidades en salud, en este Plan se definen metas e indicadores específicos con respecto a la equidad en el ámbito de la salud.

95. En el cuadro 1 a continuación se describen las metas de impacto e indicadores correspondientes del Plan, que están en consonancia con las metas de impacto a nivel mundial (como se establecen en el Duodécimo Plan General de Trabajo 2014-2019 de la OMS) y reflejan las especificidades de la Región. La tasa del cambio durante el ciclo que abarca este plan será la base sobre la cual se medirá el éxito del Plan, según los indicadores del impacto establecidos.

96. Las metas de impacto y los indicadores propuestos concuerdan con las conclusiones del reciente documento de consenso titulado *Health in the Post-2015 Agenda: Report of the Global Thematic Consultation on Health* [la salud en la agenda después del 2015: informe de la consulta temática mundial sobre la salud], de abril del 2013. Los indicadores propuestos pueden adaptarse a los contextos regionales y nacionales y a las condiciones existentes a fin de reflejar las necesidades y las prioridades nacionales en materia de salud.

97. En consonancia con la visión del Plan, se escogieron nueve metas de impacto a fin de reflejar las diversas dimensiones estratégicas del trabajo de la OPS, a saber: *a)* el mandato de la OPS de mejorar la salud de la población en la Región y reducir las inequidades entre los países; *b)* el apoyo de la OPS a los países para llevar adelante la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017; *c)* el compromiso de la OPS de que se logren en los países de la Región las metas de los ODM relativas a la salud; *d)* el compromiso de la OPS con la universalidad, la solidaridad y el panamericanismo; *e)* la necesidad de abordar la triple carga de morbilidad que representan para la Región las enfermedades transmisibles, las enfermedades no transmisibles y los traumatismos; y *f)* la convergencia con el Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS.

Cuadro 1: Metas de impacto*

1. Mejorar la salud y el bienestar con equidad

- 1.1 Un aumento de por lo menos 1,0% en la Esperanza de vida sana (EVAS) para las Américas alcanzado en el 2019 (65,3 años), en comparación con la tasa de la línea de base en el 2014 (64,6 años). *(Esta información se actualizará una vez que se reciban los datos más recientes del Instituto de Evaluación y Métrica de Salud).*

2. Asegurar que los recién nacidos y los menores de 1 año inicien su vida de una manera saludable

- 2.1 Reducción de por lo menos 15% en la razón de la tasa de mortalidad infantil alcanzada en el 2019 (10,5 por 1.000 nacidos vivos) en comparación con el 2014 (12,3 por 1.000 nacidos vivos).
- 2.2 Reducción relativa de la brecha de por lo menos 10% en la razón de la tasa de mortalidad infantil entre los grupos de países ubicados en el tope superior y el inferior del índice de necesidades de salud en el 2019, en comparación con el 2014.
- 2.3 Reducción absoluta de por lo menos 3 muertes de menores de 1 año en exceso por 1.000 nacidos vivos entre el 2014 y el 2019 en el gradiente interpaís del índice de necesidades de salud.

3. Garantizar una maternidad segura

- 3.1 Reducción de por lo menos 11% en la razón de mortalidad materna regional alcanzada en el 2019 (43,6 por 100.000 nacidos vivos) en comparación con el 2014 (48,7 por 100.000 nacidos vivos).
- 3.2 Reducción relativa de la brecha de por lo menos 25% en la razón de mortalidad materna entre los grupos de países ubicados en el tope superior y el inferior del índice de necesidades de salud en el 2019, en comparación con el 2014.
- 3.3 Reducción absoluta de por lo menos 18 muertes maternas en exceso por 100.000 nacidos vivos entre el 2014 y el 2019 en el gradiente interpaís del índice de necesidades de salud.

4. Reducir la mortalidad debida a la baja calidad de la atención de salud

- 4.1 Reducción de por lo menos 9% en la tasa de mortalidad por causas evitables mediante la atención de salud** lograda en el 2019 (77,2 por 100.000 habitantes) en comparación con el 2014 (84,7 por 100.000 habitantes).
- 4.2 Una brecha relativa no mayor de un aumento de 6% en la mortalidad por causas evitables mediante la atención de salud entre los grupos de países ubicados en el tope superior y el inferior del índice de necesidades de salud en el 2019, en comparación con el 2014.
- 4.3 Una reducción absoluta de por lo menos 8 muertes evitables en exceso por 100.000 habitantes entre el 2014 y el 2019 en el gradiente interpaís del índice de necesidades de salud.

5. Mejorar la salud de la población adulta haciendo hincapié en las enfermedades no transmisibles y los factores de riesgo

- 5.1 Reducción de por lo menos 9% en la tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles lograda en el 2019 (239,6 por 100.000 habitantes), en comparación con el 2014 (260,8 por 100.000 habitantes).
- 5.2 Una brecha relativa no mayor de un aumento de 6% en la razón de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles entre los grupos de países ubicados en el tope superior y el inferior del índice de necesidades de salud en el 2019, en comparación con el 2014.
- 5.3 Una reducción absoluta de por lo menos 18 muertes prematuras por enfermedades no transmisibles en exceso por 100.000 habitantes entre el 2014 y el 2019 en el gradiente interpaís del índice de necesidades de salud.

6. Reducir la mortalidad por enfermedades transmisibles

- 6.1 Reducción de por lo menos 15% en la tasa de mortalidad por VIH/sida en el 2019, en comparación con el 2014.
- 6.2 Reducción de por lo menos 30% de la tasa de letalidad por dengue lograda en el 2019 (0,05%) en comparación con el 2012 (0,07%).
- 6.3 Reducción de por lo menos 24% en la tasa de mortalidad por tuberculosis lograda en el 2019 (0,8 por 100.000 personas) en comparación con el 2014 (1,1 por 100.000 habitantes).
- 6.4 Reducción de por lo menos 75% del número de muertes por malaria en el 2019 (28 muertes) en comparación con el 2011 (112 muertes).

7. Contener la mortalidad debida a la violencia, los suicidios y los accidentes entre adolescentes y adultos jóvenes (15 a 24 años de edad)

- 7.1 Reducción de por lo menos 6% en la tasa de homicidios lograda en el 2019 (25,7 por 100.000 jóvenes de 15 a 24 años de edad) en comparación con el 2014 (27,3 por 100.000 jóvenes de 15 a 24 años de edad).
- 7.2 Ningún aumento en la tasas de suicidios lograda en el 2019 en comparación con el 2014 (7,8 por 100.000 jóvenes de 15 a 24 años de edad).
- 7.3 Ningún aumento en la tasa de mortalidad debido a traumatismos causados por el tránsito en el 2019 en comparación con el 2014 (20,5 por 100.000 jóvenes de 15 a 24 años de edad).

8. Eliminar las enfermedades transmisibles prioritarias en la Región

- 8.1 Eliminación de la transmisión maternoinfantil de la infección por el VIH y la sífilis congénita en 16 países y territorios.
- 8.2 Eliminación de la oncocercosis en 4 países.
- 8.3 Eliminación de la transmisión de la enfermedad de Chagas en 21 países endémicos.
- 8.4 Eliminación de la malaria en por lo menos 3 de los 7 países endémicos en la fase de preeliminación.
- 8.5 Ningún caso humano de rabia transmitida por el perro en 35 Estados Miembros.

9. Evitar las muertes, las enfermedades y las discapacidades resultantes de situaciones de emergencia

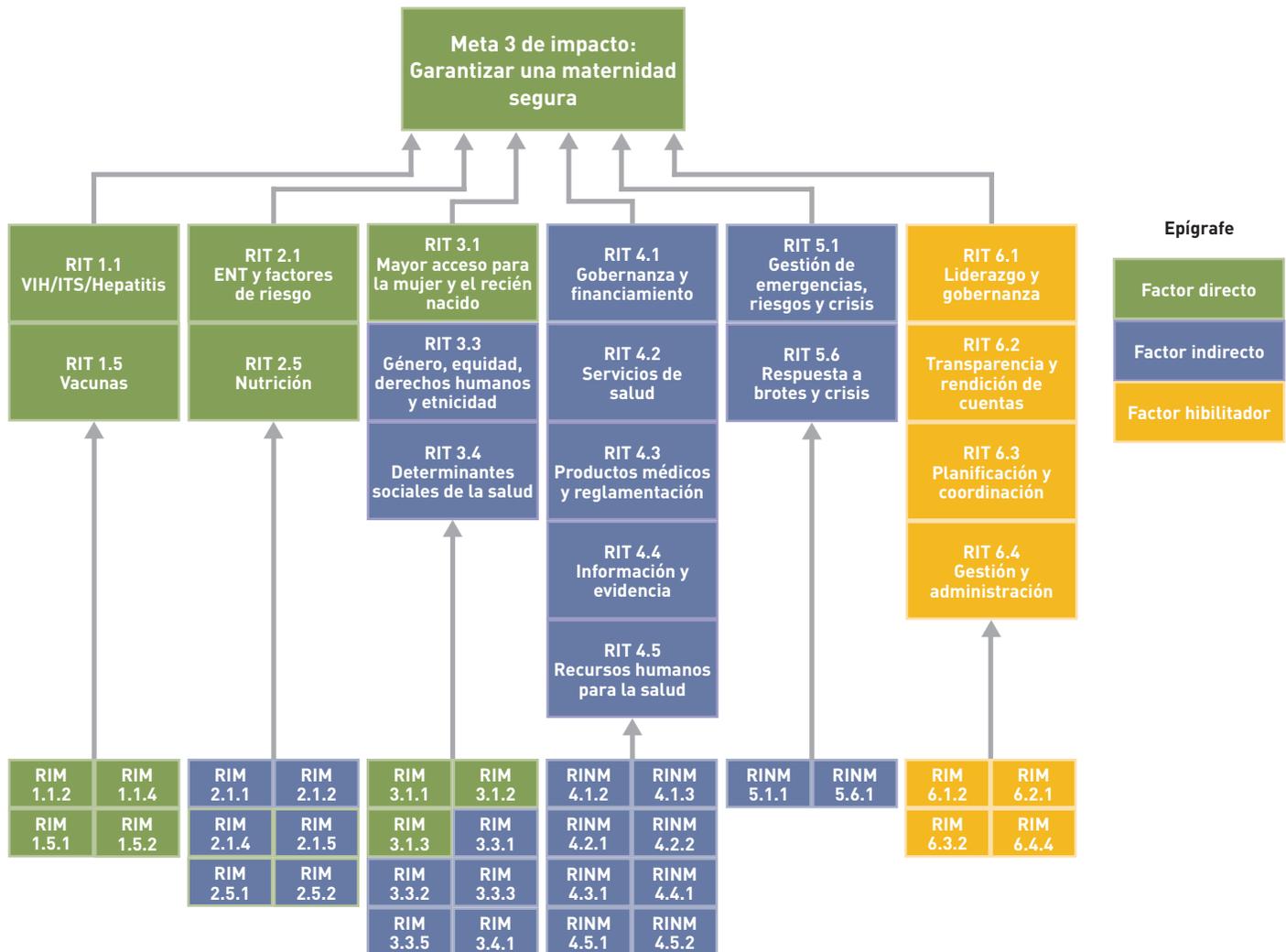
- 9.1 Por lo menos 70% de emergencias en las cuales la tasa bruta de mortalidad regresa a la línea de base aceptable (niveles antes del desastre) dentro de los tres meses siguientes.

* Estas metas representan el compromiso colectivo de los países de la Región. Las definiciones, incluidas las especificaciones técnicas para los indicadores de los objetivos con respecto al impacto, constan en el compendio de indicadores del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, que se encuentra en el sitio web de la OPS.

** La mortalidad por causas evitables mediante la atención de salud consiste en las muertes que podrían haberse evitado con atención médica apropiada. Son las "muertes prematuras que no deberían producirse en presencia de atención de salud oportuna y eficaz", ya que se deben a "trastornos para los cuales existen intervenciones clínicas eficaces".

98. De acuerdo con el enfoque orientado a la consecución de resultados y como se señaló anteriormente, los resultados institucionales inmediatos e intermedios contribuyen al logro de los impactos. Estos resultados inmediatos e intermedios podrían situarse fácilmente en diversas categorías, como se detalla más adelante y se muestra en la figura 5. Algunos resultados intermedios, entre ellos las funciones habilitadoras, pueden contribuir al logro de varios impactos, ya que no hay una relación directa entre los resultados intermedios y los impactos.

Figura 5. Ejemplo ilustrativo de la relación entre los resultados inmediatos, los resultados intermedios y el impacto



99. Además de las metas de impacto, el Plan contiene **seis áreas estratégicas de enfoque**, o categorías, para guiar su ejecución:

- I. **Reducir la carga de las enfermedades transmisibles**, incluidas la infección por el VIH/sida, las infecciones de transmisión sexual (ITS), y las hepatitis virales; la tuberculosis; la malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores; las enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas; las enfermedades prevenibles mediante vacunación; y las enfermedades transmitidas por los alimentos, así como la repercusión de la resistencia a los antimicrobianos.
- II. **Reducir la carga de las enfermedades no transmisibles**, incluidas las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las neumopatías crónicas, la diabetes y los problemas de salud mental, así como la discapacidad, la violencia y los traumatismos, mediante la promoción de la salud y la reducción de riesgos, la prevención, el tratamiento y la vigilancia de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo.

- III. **Promover la buena salud en las etapas clave de la vida**, teniendo en cuenta la necesidad de abordar los determinantes sociales de la salud (las condiciones sociales en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen) y aplicando enfoques basados en la igualdad de género, la etnicidad, la equidad y los derechos humanos.
- IV. **Fortalecer los sistemas de salud** haciendo hincapié en la gobernanza para la protección social de la salud; el fortalecimiento de los marcos legislativos y normativos y una mayor protección financiera para garantizar el avance progresivo hacia el logro del derecho a la salud; la prestación integrada de servicios de salud centrados en la persona; la promoción del acceso a tecnologías sanitarias eficaces, seguras y de buena calidad, así como su uso racional; el fortalecimiento de los sistemas de información y los sistemas nacionales de investigación sobre la salud; la promoción de la investigación para integrar el conocimiento científico en la atención de salud, las políticas de salud y la cooperación técnica; la facilitación de la transferencia del conocimiento y las tecnologías; y el desarrollo de los recursos humanos para la salud.
- V. **Reducir la mortalidad, la morbilidad y la perturbación social resultantes de las emergencias y los desastres** mediante la detección, el manejo y la mitigación de los agentes patógenos que suponen grandes amenazas, así como por medio de actividades de reducción de riesgos, preparación, respuesta y recuperación temprana dirigidas a todo tipo de riesgos, que fortalezcan la capacidad de recuperación y apliquen un enfoque multisectorial para contribuir a la seguridad en materia de salud.
- VI. **Fomentar el liderazgo institucional y la gobernanza, y llevar adelante las funciones habilitadoras** necesarias para preservar la integridad y el funcionamiento eficiente de la Organización a fin de que cumpla eficazmente sus mandatos.



Organización del Plan

100. El Plan Estratégico se organiza en 6 categorías y 34 áreas programáticas, como se muestra en el cuadro 2. En las secciones que siguen se presenta información detallada sobre cada categoría y sus respectivas áreas programáticas. En cada categoría, se establece el alcance, el contexto (desglosado en áreas programáticas), el análisis de los interesados directos clave, las estrategias para la cooperación técnica, y los temas transversales y los enfoques estratégicos en torno a la salud, que incluyen oportunidades para la colaboración y la coordinación interprogramáticas. Luego figuran los cuadros que presentan los resultados intermedios y los indicadores de los resultados intermedios para cada área programática dentro de la categoría correspondiente. Para cada indicador de resultado intermedio se establece una lista de países y territorios en la línea de base y en la meta. A menos que se indique otra cosa, la línea de base es el 2013.



Cuadro 2. Categorías y áreas programáticas

1. Enfermedades transmisibles	<ul style="list-style-type: none"> 1.1 Infección por el VIH/sida, infecciones de transmisión sexual y hepatitis virales 1.2 Tuberculosis 1.3 Malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores (incluidos el dengue y la enfermedad de Chagas) 1.4 Enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas 1.5 Enfermedades prevenibles mediante vacunación (incluido el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis) 1.6 Resistencia a los antimicrobianos 1.7 Inocuidad de los alimentos
2. Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> 2.1 Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo 2.2 Salud mental y trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas 2.3 Violencia y traumatismos 2.4 Discapacidades y rehabilitación 2.5 Nutrición
3. Determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida	<ul style="list-style-type: none"> 3.1 Salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto, y salud sexual y reproductiva 3.2 Envejecimiento y salud 3.3 Género, equidad, derechos humanos y etnicidad 3.4 Determinantes sociales de la salud 3.5 Salud y medioambiente
4. Sistemas de salud	<ul style="list-style-type: none"> 4.1 Gobernanza y financiamiento en el ámbito de la salud; políticas, estrategias y planes nacionales de salud 4.2 Servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad 4.3 Acceso a productos médicos y fortalecimiento de la capacidad regulatoria 4.4 Información y evidencia en apoyo de los sistemas de salud 4.5 Recursos humanos para la salud
5. Emergencias de salud	<ul style="list-style-type: none"> 5.1 Gestión de las amenazas infecciosas 5.2 Preparación de los países para las emergencias y Reglamento Sanitario Internacional (2005) 5.3 Información y evaluación de riesgos sobre emergencias de salud 5.4 Operaciones de emergencia 5.5 Servicios básicos de emergencia 5.6 Reducción del riesgo de desastres y proyectos especiales 5.7 Respuesta a brotes y crisis
6. Liderazgo, gobernanza y funciones habilitadoras	<ul style="list-style-type: none"> 6.1 Liderazgo y gobernanza 6.2 Transparencia, rendición de cuentas y gestión de riesgos 6.3 Planificación estratégica, coordinación de recursos y presentación de informes 6.4 Gestión y administración 6.5 Comunicación estratégica

Asignación de prioridades

101. La asignación de prioridades es un componente importante de la planificación estratégica y de la toma de decisiones. Reconociendo que el Plan Estratégico de la OPS se llevará a la práctica en un contexto de recursos limitados y en respuesta a las recomendaciones de los Estados Miembros de centrar el trabajo de la Organización en las áreas donde es evidente que la OPS agrega valor, en el Plan se establece un marco de estratificación de las prioridades programáticas para complementar la Política del Presupuesto de la OPS y el marco de gestión basada en los resultados. Se han establecido principios generales, que incluyen criterios y un método científico, a fin de guiar la aplicación de este marco de una manera objetiva. Los criterios y el método se aplicaron a todas las áreas programáticas a fin de establecer tres niveles de prioridad (1: prioridad alta, 2: prioridad mediana, y 3: prioridad baja). El marco completo, incluidos los criterios y la metodología, puede consultarse en el anexo II.

102. En respuesta a una solicitud de los Estados Miembros (resolución CD53.R3 [2014]), el marco de estratificación de las prioridades programáticas fue perfeccionado en el 2015-2016 por la Oficina en colaboración con el Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico de la OPS (conocido como SPAG por su sigla en inglés).² Tras realizar un examen exhaustivo de los diversos métodos de asignación de prioridades, el SPAG recomendó usar el método de Hanlon adaptado por la OPS, con algunas mejoras en consonancia con la planificación estratégica y los fines de cooperación técnica de la OPS. Las mejoras incluyeron una versión revisada de la ecuación de Hanlon adaptada por la OPS con nuevos componentes y criterios mejor definidos, al igual que la elaboración de guías, herramientas y cursos de capacitación para garantizar una aplicación más congruente, sistemática y objetiva de la metodología. Esta metodología fue puesta a prueba por el SPAG y por el equipo técnico de la OPS.

103. En el 2016, el 55.º Consejo Directivo aprobó el documento de política que sirve de guía para la aplicación del método de Hanlon adaptado por la OPS para la elaboración de los programas y presupuestos y los planes estratégicos futuros (resolución CD55.R2 [2016]).

104. La metodología y los procedimientos fueron aplicados por los países y territorios, y fueron objeto de evaluaciones individuales por parte de funcionarios de salud pública de alto rango durante las consultas con las autoridades nacionales de salud que se realizaron como parte de la elaboración del Programa y Presupuesto de la OPS 2018-2019.

105. En el cuadro 3 se presentan los resultados regionales consolidados del proceso de estratificación de las prioridades programáticas realizado por 47 países y territorios. En él se organizan las 27 áreas programáticas³ a las que se aplica la metodología de acuerdo con los tres niveles de prioridad. De conformidad con el marco de estratificación de las prioridades programáticas del Plan Estratégico de la OPS, estos resultados servirán para guiar la elaboración del Programa y Presupuesto, al igual que la asignación general y la movilización de recursos. Cabe destacar que los resultados de los países individuales servirán de base para la planificación y ejecución de la cooperación técnica de la OPS.

2 A solicitud de los Estados Miembros, en octubre del 2014 la Directora estableció el Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico (SPAG por su sigla en inglés) a fin de que colaborase con la Oficina en el perfeccionamiento del marco de estratificación de las prioridades programáticas del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. El SPAG estuvo compuesto por 12 integrantes designados por los ministros de salud de Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Jamaica, México, Paraguay y Perú. El grupo estuvo presidido por México y copresidido por Ecuador. Canadá estuvo a cargo de la coordinación técnica del examen de la metodología.

3 Siete áreas programáticas no se incluyen debido a su alcance: 5.5 (servicios básicos de emergencia), 5.7 (respuesta a brotes y crisis), 6.1 (liderazgo y gobernanza), 6.2 (transparencia, rendición de cuentas y gestión de riesgos), 6.3 (planificación estratégica, coordinación de recursos y presentación de informes), 6.4 (gestión y administración) y 6.5 (comunicación estratégica).

106. Los resultados muestran que las áreas programáticas que tienen un alcance más amplio (aquellas orientadas a los sistemas de salud y las intervenciones de salud pública) se ubicaron en el nivel superior. Esto refleja, en parte, la aplicación del método de Hanlon perfeccionado por la OPS, que tuvo como propósito abordar las inquietudes de los Estados Miembros en el sentido de que los programas orientados a las enfermedades habían recibido clasificaciones más altas en el método original. Estas áreas programáticas amplias brindan la oportunidad de abordar otras áreas programáticas con un alcance más específico que se encuentran en los niveles inferiores por medio de enfoques integrados encaminados a fortalecer la respuesta de los sistemas de salud. Esta es una consideración importante en el diseño y la ejecución de los programas de cooperación técnica de la OPS. Cabe destacar que las áreas programáticas 2.1 (enfermedades no transmisibles y factores de riesgo), 3.1 (salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto, y salud sexual y reproductiva) y 1.3 (malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores) han sido calificadas sistemáticamente en el nivel 1 en los diversos ejercicios de priorización realizados por los Estados Miembros desde el año 2013. Esto muestra los retos constantes en relación con estas áreas programáticas y las expectativas de los Estados Miembros de que la OPS les brindará cooperación técnica para abordar la situación.

107. Es importante subrayar que todas las 27 áreas programáticas constituyen prioridades para la Organización. Sin embargo, las áreas programáticas en los dos niveles superiores son las que la mayor parte de los países y territorios reconocen como los retos más importantes en toda la Región, donde la cooperación técnica de la OPS es más necesaria. Por otra parte, las áreas programáticas en el nivel inferior son aquellas en las que menos países y territorios consideran que el problema es abrumador, en comparación con las áreas en los niveles superiores o con aquellas en las que los países cuentan con capacidad nacional o con el apoyo de otros asociados para abordar el problema. Es importante tener en cuenta que los resultados de la estratificación varían de país en país.

Cuadro 3. Estratificación de las prioridades programáticas: perspectiva regional

No.	Área programática	Nivel
2.1	Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo	Alto 1
3.1	Salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto, y salud sexual y reproductiva	
4.5	Recursos humanos para la salud	
1.3	Malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores (incluidos el dengue y la enfermedad de Chagas)	
4.4	Información y evidencia en apoyo de los sistemas de salud	
1.1	Infección por el VIH/sida, infecciones de transmisión sexual y hepatitis virales	
4.1	Gobernanza y financiamiento en el ámbito de la salud; políticas, estrategias y planes nacionales de salud	
4.2	Servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad	
5.2	Preparación de los países para las emergencias y Reglamento Sanitario Internacional (2005)	
5.6	Reducción del riesgo de desastres y proyectos especiales	Medio 2
3.4	Determinantes sociales de la salud	
2.5	Nutrición	
2.2	Salud mental y trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas	
2.3	Violencia y traumatismos	
3.5	Salud y medioambiente	
1.5	Enfermedades prevenibles mediante vacunación (incluido el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis)	
1.6	Resistencia a los antimicrobianos	
4.3	Acceso a productos médicos y fortalecimiento de la capacidad regulatoria	
5.1	Gestión de amenazas infecciosas	Bajo 3
5.4	Operaciones de emergencia	
5.3	Información sobre emergencias de salud y evaluación de riesgos	
3.2	Envejecimiento y salud	
1.7	Inocuidad de los alimentos	
2.4	Discapacidades y rehabilitación	
1.2	Tuberculosis	
3.3	Género, equidad, derechos humanos y etnicidad	
1.4	Enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas	

VI. Categorías, áreas programáticas y resultados intermedios



Categoría 1. Enfermedades transmisibles

Reducir la carga de las enfermedades transmisibles, incluidas la infección por el VIH/sida, las infecciones de transmisión sexual (ITS), y las hepatitis virales; la tuberculosis; la malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores; las enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas; las enfermedades prevenibles mediante vacunación; las enfermedades transmitidas por los alimentos; y la repercusión de la resistencia a los antimicrobianos.

Alcance

108. Las enfermedades infecciosas prevalentes, así como las enfermedades transmisibles reemergentes, ocasionan una gran carga de morbilidad y mortalidad en la Región de las Américas, que puede aumentar drásticamente cuando se producen brotes (por ejemplo, de dengue). Estas enfermedades no solo representan una crisis para el mundo en desarrollo, exacerbando la pobreza, las inequidades y la mala salud, sino que también presentan retos sustanciales para los países desarrollados al crear una carga innecesaria para los sistemas de salud y sociales, la seguridad nacional y la economía. Esta categoría abarca las siguientes áreas programáticas: *a)* infección por el VIH/sida, infecciones de transmisión sexual (ITS) y hepatitis virales; *b)* tuberculosis; *c)* malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores (incluidos el dengue y la enfermedad de Chagas); *d)* enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas; y *e)* enfermedades prevenibles mediante vacunación (incluido el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis); *f)* inocuidad de los alimentos; y *g)* resistencia a los antimicrobianos.

Contexto

1.1 Infección por el VIH/sida, infecciones de transmisión sexual y hepatitis virales

109. En el 2011 había alrededor de 1,4 millones de personas infectadas por el VIH en América Latina y 230.000 en el Caribe. La Región ha progresado mucho en la reducción del número de nuevas infecciones por el VIH y la mortalidad por causas relacionadas con el sida. Alrededor de 83.000 personas contrajeron la infección por el VIH en América Latina en el 2011, en comparación con 93.000 en el 2001, y las defunciones relacionadas con el sida disminuyeron en 10%, de 60.000 a 54.000. En el Caribe, el número de nuevas infecciones se redujo de 22.000 a 13.000 y las defunciones relacionadas con el sida disminuyeron en 50% en el mismo período. También se lograron grandes avances en la ampliación del acceso al tratamiento antirretroviral: se estima que la cobertura del tratamiento en América Latina y el Caribe fue del 68% en el 2011. La Región fue la primera en comprometerse formalmente a eliminar la transmisión materno-infantil del VIH con un enfoque dual que incorpora el compromiso existente con la eliminación de la sífilis congénita.

110. Sin embargo, la mayoría de los países todavía no han logrado el acceso universal a los antirretrovirales. La verticalidad persistente y la vulnerabilidad financiera de la respuesta a la infección por el VIH, en especial de los programas de tratamiento, plantean una amenaza para el mantenimiento de los logros y la superación de las disparidades que subsisten en lo que se refiere al acceso universal. Algunos grupos clave, como los hombres que tienen relaciones con hombres, las personas trabajadoras sexuales y las personas trans, siguen siendo afectados desproporcionadamente por la epidemia. El estigma y la discriminación, así como la capacidad limitada del sector de la salud para prestar servicios adecuados a estos grupos, siguen siendo retos importantes para dar una respuesta adecuada. Además, el progreso en el fortalecimiento de los sistemas de información estratégica y su integración en los sistemas de información de salud han sido poco sistemáticos, lo que sigue obstaculizando la programación basada en la evidencia y el seguimiento del avance.

111. La estrategia de cooperación técnica relacionada con el VIH tiene cuatro prioridades o pilares:

- (a) El fortalecimiento y la ampliación de los programas de tratamiento mediante la promoción de las opciones técnicas y programáticas basadas en la evidencia y en los principios de salud pública, articuladas en los cinco pilares de la iniciativa “Tratamiento 2.0”.
- (b) La eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita mediante la promoción, el fortalecimiento y la integración de los servicios relacionados con la infección por el VIH, así como los servicios de salud sexual y reproductiva y salud de la madre, el recién nacido y el niño; la inscripción temprana en los servicios de atención prenatal; y la detección y el tratamiento tempranos para las embarazadas infectadas por el VIH o con sífilis y los niños expuestos.
- (c) La promoción de la formulación de políticas y el establecimiento de prioridades y el fomento de un entorno propicio para una labor de divulgación a poblaciones clave, medidas para abordar el estigma y la discriminación, la promoción de un enfoque basado en los derechos humanos de la respuesta a la infección por el VIH, el desarrollo de paquetes de servicios (elementos para llevar adelante una atención integral), el fortalecimiento de la capacidad de los proveedores de servicios y el fomento de la participación comunitaria.
- (d) El fortalecimiento de los sistemas de información de salud, la promoción y el apoyo de un enfoque longitudinal mediante la vigilancia de casos y el seguimiento del proceso continuo de atención, el análisis y la difusión de información regional y la ejecución de una estrategia regional para la prevención, la vigilancia y el seguimiento de la farmacoresistencia del VIH. En todas las prioridades se incorpora el fortalecimiento de los sistemas de salud y la perspectiva de atención primaria.

112. En la Región se producen anualmente alrededor de 89 millones de nuevos casos de infecciones de transmisión sexual (ITS), como sífilis, clamidia, gonorrea e infecciones por el virus de los papilomas humanos (VPH), en personas de 15 a 49 años. Además de que pueden ocasionar la muerte directamente, estas ITS contribuyen a diversos resultados negativos en materia de salud, entre ellos infertilidad, mortinatalidad, embarazo ectópico y cáncer. Algunas ITS, en particular las que causan ulceraciones genitales, aumentan el riesgo de contraer o transmitir la infección por el VIH. Las limitaciones de los datos y la falta de estrategias nacionales integrales para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las ITS compromete la capacidad de la Región para concentrarse debidamente en las ITS y abordarlas.

113. El alcance y los resultados de las medidas de control de las ITS en la Región son variables, por lo que es fundamental el apoyo de la OPS al fortalecimiento de los programas nacionales. El apoyo técnico de la OPS se centrará en el fortalecimiento de las funciones normativas y de información estratégica de los programas nacionales, entre ellas el fortalecimiento del programa de vigilancia de la susceptibilidad de los gonococos a los agentes antimicrobianos (GASP). También incluirá el apoyo a los países para la elaboración o la actualización de estrategias y directrices nacionales para la prevención y el manejo de las ITS sobre la base de los datos generados por el GASP, así como otros métodos de vigilancia de las ITS, y de la orientación normativa que exista a nivel mundial y regional.

114. Las personas infectadas por el VIH y otros grupos inmunodeprimidos (como las embarazadas y las personas con afecciones crónicas) son afectadas de manera desproporcionada por las hepatitis virales, que pueden causar graves complicaciones hepáticas y aumentar el riesgo de muerte. Alrededor de un tercio de la población mundial ha tenido contacto con el virus de la hepatitis B o ha contraído la infección. En las Américas, la prevalencia estimada de la infección por el virus de la hepatitis B se sitúa entre menos de 2% y 4%. Además, entre siete y nueve millones de adultos de América Latina y el Caribe están infectados por el virus de la hepatitis C. En los trabajadores de la salud de América Latina y el Caribe, se calcula que entre 65% y 80% de las infecciones por el virus de la hepatitis B y alrededor de 55% de las infecciones por el virus de la hepatitis C se deben a pinchazos accidentales con agujas. En la Región también se ven casos de sobreinfección por el virus de la hepatitis D, en particular en los pueblos indígenas de la región amazónica que tienen un riesgo genético. Además, a pesar de que las tasas de prevalencia en general son bajas, se han notificado brotes de hepatitis A y E en algunos países, que señalan la necesidad de mejorar los datos y la vigilancia de estos grupos de enfermedades. Se están detectando menos casos clínicos de hepatitis A en los jóvenes y más en personas de edad mediana y avanzada, lo cual aumenta las probabilidades de que se produzcan situaciones clínicas peores y más muertes. El trabajo en el campo de las hepatitis virales se centrará en la educación y la concientización, la vigilancia y el seguimiento, el diagnóstico, el manejo y tratamiento de casos y la investigación prioritaria.

1.2 Tuberculosis

115. Se han hecho importantes avances en la Región de las Américas desde que comenzó a ejecutarse la estrategia Alto a la Tuberculosis, que permitió ampliar el diagnóstico y el tratamiento tanto de la tuberculosis sensible como de la tuberculosis resistente asociada o no a una infección por el VIH. La incidencia de la tuberculosis está disminuyendo en la Región, pero a una tasa de solo 3% al año. La OMS estimó que en la Región de las Américas se producirían 268.000 casos nuevos de tuberculosis y 21.000 muertes por tuberculosis en el 2011, sin incluir los casos de coinfección por el VIH. Durante ese año se notificaron 218.000 casos nuevos de tuberculosis. En comparación con las estimaciones, los casos notificados representaron una tasa de detección de casos de 81%.

116. La pobreza, la migración y otras vulnerabilidades sociales intensifican la epidemia de tuberculosis. Asimismo, el aumento de los casos de ENT, incluida la diabetes y las enfermedades relacionadas con el tabaco, significa que más personas inmunodeprimidas corren el riesgo de enfermarse de tuberculosis. Estos riesgos sociales y médicos convergen en los barrios pobres de las ciudades, donde las inequidades sociales limitan el acceso a los servicios de salud, especialmente para las mujeres, los niños y los adultos mayores, así como muchos otros grupos vulnerables (consumidores de drogas, personas sin hogar, enfermos mentales y minorías étnicas). Es necesario integrar los programas y los servicios de salud básicos para facilitar el acceso temprano al diagnóstico y el tratamiento. Esto, sumado a la participación cada vez mayor de la comunidad, la sociedad civil y el sector privado, puede llevar al uso más eficaz de nuevos medios de diagnóstico y medicamentos que ya estén disponibles o que estén en desarrollo para la prevención y el tratamiento de la tuberculosis, la tuberculosis multirresistente y la tuberculosis asociada a la infección por el VIH.

117. El apoyo técnico y normativo de la OPS/OMS, así como su apoyo para la vigilancia y su papel en las alianzas, son cruciales para el control de la epidemia de tuberculosis. El plan regional contra la tuberculosis se centra en el fortalecimiento de la capacidad nacional para aplicar la estrategia mundial contra la tuberculosis en los Estados Miembros, a fin de llegar a las poblaciones vulnerables mediante la introducción de marcos nacionales para el control de la tuberculosis. El programa también actualizará y consolidará las políticas emergentes y la orientación técnica, y las adaptará al contexto nacional. En consecuencia, la cooperación técnica para brindar apoyo a los programas nacionales contra la tuberculosis reforzará el uso de medios rápidos de diagnóstico y mejores prácticas de laboratorio, la atención médica a los pacientes con tuberculosis multirresistente, el manejo comunitario integrado de la tuberculosis, el acceso adecuado a nuevas directrices e instrumentos, el acceso a medicamentos de primera y segunda línea de buena calidad, y los sistemas de vigilancia fortalecidos y complementados con un mejor análisis y uso de los datos.

1.3 Malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores

118. Las tasas de mortalidad por malaria han disminuido más de 25% a nivel mundial desde el 2000. En la Región de las Américas, la mortalidad bajó 67% entre el 2000 y el 2011, en tanto que la morbilidad (es decir, el total de casos confirmados) disminuyó en 58%. Sin embargo, a fin de alcanzar las metas fijadas para el 2015, se necesita una ampliación masiva del acceso a la prevención de la malaria, especialmente mediante el control sostenible de vectores, a las pruebas de diagnóstico con garantía de calidad y al tratamiento eficaz con antimaláricos. El riesgo de resurgimiento de la malaria como consecuencia del aumento de la resistencia a la artemisinina y los insecticidas y a la disminución del financiamiento internacional de la prevención y el control. Esta situación exige inversiones estratégicas sostenidas tanto de los asociados para el desarrollo como de los países donde la malaria es endémica. Es necesario fortalecer los sistemas de vigilancia con objeto de focalizar de manera apropiada los recursos limitados y evaluar el progreso y el impacto de las medidas de control.

119. En consonancia con la estrategia técnica mundial para el control y la eliminación de la malaria (2016-2025), el trabajo de la OPS en esta área guiará a los países y a otros interesados directos para mantener los avances del decenio pasado y apoyarse en ellos. El apoyo a los países donde la malaria es endémica incluirá la creación de capacidad para la prevención, el control y la eliminación de la malaria; fortalecimiento de la vigilancia; e identificación tanto de las amenazas como de las nuevas oportunidades para el control y la eliminación de la malaria. La OPS también actualizará la política y la orientación técnica sobre el control de vectores, las pruebas de diagnóstico y el tratamiento antimalárico. Además, la Organización mantiene su firme compromiso para prevenir la reintroducción de la transmisión local en las zonas declaradas libres de malaria.

120. El dengue es una enfermedad endémica con ciclos epidémicos asociados con determinantes sociales, como el crecimiento demográfico, la pobreza y el acceso limitado a servicios básicos. Desde el 2003, 45 países y territorios de la Región de las Américas han notificado 8,6 millones de casos y 4.400 defunciones. El dengue es una enfermedad que siempre ha tenido repercusiones políticas, económicas y sociales sumamente negativas en los países. Actualmente, la cooperación técnica está orientada al fortalecimiento de la capacidad nacional para la vigilancia integral, la atención del paciente, y la detección temprana, los preparativos y el control de brotes en el marco de la Estrategia de Gestión Integrada (EGI-dengue) y la Estrategia Mundial de la OMS 2012-2020.

121. En América Latina, la enfermedad de Chagas es la enfermedad tropical transmisible más prevalente, con una incidencia anual de 28.000 casos. Se calcula que afecta a unos 8 millones de personas y causa un promedio de 12.000 defunciones al año. Hay que tomar más medidas para evitar que esta enfermedad siga propagándose y para localizar, diagnosticar y tratar adecuadamente a los pacientes ya infectados. Además, se necesitará una gran coordinación entre los países y un importante trabajo técnico para mantener los avances logrados con respecto a la eliminación de esta enfermedad transmitida por vectores en muchos territorios endémicos, así como para mantener el análisis sistemático de la sangre en todos los países. La *Estrategia y plan de acción para la prevención, el control y el tratamiento de la enfermedad de Chagas*, apoyados por iniciativas subregionales entre países, han sido eficaces para la reducción de la morbilidad, la mortalidad y el sufrimiento humano resultantes de la enfermedad de Chagas, así como eficientes para ahorrar los recursos de los países al reducir los costos directos e indirectos asociados con esta enfermedad.

1.4 Enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas

122. En América Latina y el Caribe, las enfermedades infecciosas desatendidas afectan a grupos pobres vulnerables, como indígenas y afrodescendientes, así como a personas que viven en zonas rurales y periurbanas y que suelen tener dificultades con el acceso a los servicios de salud. Se estima que, en la Región de las Américas, se encuentran 8,8% de los casos de enfermedades infecciosas desatendidas del mundo, cifra que equivale a 40% de la población de América Latina y el Caribe (es decir, aproximadamente 200 millones de personas) que vive en la pobreza. Además se notifican algunas enfermedades infecciosas desatendidas en Estados Unidos y Canadá, pero con una prevalencia generalmente menor.

123. La “hoja de ruta” regional de la OPS para cinco enfermedades infecciosas desatendidas proporciona directrices para acelerar el trabajo a fin de superar el impacto de las enfermedades desatendidas y tropicales en América Latina y el Caribe. Además, establece un cronograma para el control y, en los casos en que corresponda, la eliminación de 12 enfermedades específicas. Como parte de esta estrategia, la donación de medicamentos y el apoyo de diferentes asociados han posibilitado ofrecer la quimioterapia preventiva en gran escala y el tratamiento adecuado de casos, lo cual ya está teniendo efectos positivos y cuantificables en los países afectados. Para mantener el ímpetu actual de la lucha contra estas enfermedades se necesitan no solo productos y financiamiento, sino también apoyo político. La OPS/OMS se centrará en la ampliación del manejo preventivo, innovador e intensificado de enfermedades y en el aumento del acceso a los medicamentos esenciales para las enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas. Además, seguirá prestando especial atención al fortalecimiento de la capacidad nacional para vigilar enfermedades, al seguimiento apropiado y oportuno del progreso, y a la documentación, certificación y verificación de la eliminación de algunas enfermedades.

124. En todos los países de la Región hay zoonosis, que afectan principalmente a grupos humanos vulnerables con acceso limitado a servicios de salud de buena calidad, así como a las personas expuestas a animales y productos de origen animal en malas condiciones sanitarias. Como la mayoría de las zoonosis son enfermedades desatendidas, los datos sobre la carga de morbilidad son limitados. Sin embargo, la evidencia actual indica que, en la Región, 70% de los casos registrados de enfermedades infecciosas son zoonosis o enfermedades transmisibles comunes a los seres humanos y los animales. La mayoría de las zoonosis que afectan a los animales de producción son endémicas en la Región, aunque están detectándose con mayor frecuencia zoonosis en animales acompañantes y en animales salvajes. Eso se refleja, por ejemplo, en el número creciente de casos de rabia humana transmitida por murciélagos hematófagos. A pesar de la eliminación generalizada de la rabia humana transmitida por el perro en la Región, subsisten focos de esta enfermedad. Las intervenciones de la OPS/OMS para prevenir estas enfermedades en los seres humanos son multisectoriales y requieren actividades eficaces e integradas de vigilancia y control en el marco de los programas veterinarios y de inspección de alimentos, coordinados con el sector de la salud pública. También es esencial, la participación de organizaciones no gubernamentales, los gobiernos locales y la comunidad para detectar y tratar los casos en seres humanos en una etapa temprana.

1.5 Enfermedades prevenibles mediante vacunación

125. Se ha reconocido el liderazgo mundial de la Región de las Américas en el ámbito de la inmunización, lo que ha allanado el camino para la innovación y los adelantos en esta esfera. Entre la gran variedad de logros programáticos cabe señalar la eliminación de la viruela, la poliomielitis, el sarampión y la rubéola; las tasas de cobertura de vacunación que se encuentran entre las más altas del mundo; los rápidos adelantos en la introducción de nuevas vacunas; el liderazgo en la promoción de la adopción de decisiones basada en la evidencia; la compra de vacunas asequibles y de buena calidad por medio del Fondo Rotatorio de la OPS; la creación y el uso de registros computadorizados de inmunización; y la ampliación de la Semana de la Vacunación en las Américas que se convirtió en la Semana Mundial de la Inmunización en el 2012. El programa de inmunización ha evolucionado eficazmente, pasando de un programa dirigido a los niños a uno que abarca a toda la familia.

126. A pesar de estos numerosos logros, queda mucho trabajo por delante para mantenerlos y para abordar la agenda inconclusa de la ampliación de los beneficios de la inmunización y enfrentar varios retos nuevos y emergentes.

127. El promedio elevado de la cobertura regional oculta grandes desigualdades en los países. Haití es el único país de la Región que todavía no ha eliminado el tétanos neonatal como problema de salud pública. Además, este país no tiene un programa nacional de inmunización afianzado y fuerte. El proceso de documentación y verificación relacionado con el sarampión y la rubéola puso de relieve grandes problemas con la vigilancia de las enfermedades prevenibles mediante vacunación que deben abordarse para mantener a la Región libre de las enfermedades que ya se han eliminado. Las nuevas vacunas (por ejemplo, contra la malaria y el dengue) plantean a los programas de vacunación el reto creciente de la introducción sostenible, que requiere un aumento considerable de sus presupuestos y una gran ampliación de la cadena de frío. Haití también ha experimentado retos con respecto a la disponibilidad y el uso de las vacunas para abordar problemas graves y complejos de salud pública, como el cólera.

128. Al cabo de más de 20 años sin casos, la Región de las Américas todavía corre el riesgo de importación de poliovirus salvajes o de circulación de poliovirus derivados de la vacuna. El plan de acción para mantener a la Región de las Américas libre de poliomiélitis proporciona un marco para las fases anteriores y posteriores a la eliminación, así como para la fase de transición. En ese plan se presenta una estrategia integral para mejorar todos los aspectos de la protección de las comunidades y la vigilancia epidemiológica.

1.6 Resistencia a los antimicrobianos

129. La resistencia a los antimicrobianos pone en peligro la sostenibilidad de cualquier respuesta mundial eficaz de salud pública a las enfermedades infecciosas, las cuales representan una amenaza permanente. La tendencia en aumento de la resistencia a los antimicrobianos está socavando los logros de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, alcanzados con mucho esfuerzo, y poniendo en riesgo la posibilidad de ofrecer una cobertura universal de salud de buena calidad. Disponer de medicamentos antimicrobianos eficaces constituye una parte esencial de los tratamientos preventivos y curativos, pues estos productos protegen a los pacientes de enfermedades potencialmente mortales y permiten realizar procedimientos complejos, como la cirugía y la quimioterapia, a un nivel de riesgo aceptable. Dado que la resistencia a los antimicrobianos en gran parte se debe al uso inapropiado de estos productos en la medicina humana, la medicina animal, los alimentos para animales, la agricultura y la ganadería, y la acuicultura es urgente dar una respuesta a escala mundial en la cual se use un enfoque multisectorial.

130. Consciente de esta crisis, la OMS definió su labor en cuanto a la resistencia a los antimicrobianos, en particular a los antibióticos, en el *Plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos*, aprobado por los Estados Miembros mediante la resolución WHA68.7 en mayo del 2015. Asimismo, Consejo Directivo de la OPS aprobó el *Plan de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos* (resolución CD54.R15 [2015]). Después de que la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptara en septiembre del 2016 una declaración política sobre la resistencia a los antimicrobianos, los Estados Miembros se comprometieron a elaborar planes de acción nacionales multisectoriales sobre la resistencia a los antimicrobianos acordes con el plan de acción mundial de la OMS sobre el tema. Al respaldar el enfoque concertado de la iniciativa “Una salud”, en la cual se establecen vínculos entre diversos sectores y actores en pro de la salud humana, ambiental y animal, también se comprometieron a movilizar suficientes recursos, que sean predecibles y sostenibles, para ejecutar tales programas, y se comprometieron a difundir información sobre el problema en todo el mundo.

131. La OPS brindará apoyo a los Estados Miembros para que puedan cumplir su compromiso de elaborar planes de acción nacionales multisectoriales sobre la resistencia a los antimicrobianos y centrará sus esfuerzos en asegurar la ejecución a gran escala de estos planes de acción con los Estados Miembros, al igual que del *Plan de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos* regional; mejorar la vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos; fomentar las intervenciones basadas en la evidencia para su contención; y colaborar con la Organización para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) para que se reduzcan al mínimo los riesgos de que la resistencia a los antimicrobianos aparezca o se propague en los puntos de interacción entre los animales y los seres humanos.

1.7 Inocuidad de los alimentos

132. Recientemente, tanto en los países en desarrollo como en los industrializados ha habido una creciente demanda de especialización sobre el manejo de problemas relacionados con el control de la inocuidad de los alimentos y las enfermedades zoonóticas en situaciones de emergencia y desastres. Este conocimiento, que forma parte del campo de la salud pública veterinaria, es fundamental para la preparación, vigilancia y respuesta eficaz frente a las emergencias relacionadas con la inocuidad de los alimentos.

133. La contaminación de los alimentos con agentes microbianos y productos químicos (incluidos los antimicrobianos) representa un riesgo importante para la salud pública que abarca desde las enfermedades diarreicas hasta varias formas de cáncer. Desde 1993 la OPS cuenta con un sistema de información regional sobre las enfermedades de transmisión alimentaria en América Latina y el Caribe. Un estudio de los brotes de estas enfermedades notificados por 22 países entre 1993 y el 2010 indicó que de los 9.180 brotes donde el agente causal había sido identificado, 69% eran de origen bacteriano y 9,7% de origen viral; 9,5% habían sido causados por toxinas marítimas, 2,5% por contaminantes químicos, 1,8% por parásitos y 0,5% por toxinas vegetales. Aunque los datos sobre las enfermedades de transmisión alimentaria en América Latina y el Caribe son limitados debido a la subnotificación, revelan la importancia del problema. Tan solo en los Estados Unidos hay 47,8 millones de casos de enfermedades de transmisión alimentaria cada año. La OMS también calcula que, según el país, entre el 15% y el 79% de todos los casos de diarrea a escala mundial se deben a alimentos contaminados. Los estudios realizados en la Región de las Américas indican que la frecuencia relativa de las enfermedades diarreicas atribuibles a los agentes patógenos transmitidos por los alimentos varía de 26% a 36%.

134. Se precisa un enfoque multisectorial y transdisciplinario para garantizar la inocuidad de los alimentos, al mismo tiempo que se controlan eficazmente los riesgos para la salud de los seres humanos, los animales, las plantas y el medioambiente. Las políticas públicas, las estrategias y los planes intersectoriales en materia de salud, agricultura y ganadería, y medioambiente son fundamentales para fortalecer los sistemas de inocuidad de los alimentos y, de ese modo, garantizar alimentos inocuos y saludables de la granja a la mesa, incluida la protección del consumidor, asignando particular importancia a los grupos de población pobres y vulnerables.

Análisis de los interesados directos clave

135. La vigilancia, la promoción, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, el control y la eliminación de las enfermedades transmisibles se lograrán mediante la acción conjunta con los asociados actuales y con nuevos asociados dentro y fuera del sector de la salud. La OPS seguirá fomentando la colaboración con diversos organismos de las Naciones Unidas, grandes fundaciones, centros colaboradores de la OMS, organismos multilaterales y bilaterales, instituciones científicas y otros asociados estratégicos clave que comparten la misma visión de reducir la carga de las enfermedades transmisibles a nivel regional y mundial utilizando las herramientas disponibles para forjar alianzas (por ejemplo, acuerdos de cooperación técnica, comités coordinadores interinstitucionales, alianzas publicoprivadas, cooperación técnica entre países, cartas de acuerdo, etc.).

136. La lista actual de asociados estratégicos incluye la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), la Alianza GAVI, la Alianza Mundial para el Control de la Rabia (GARC), la Asociación Internacional de Médicos que Tratan el Sida (IAPAC), el Banco de Desarrollo de América Latina (CAF), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, la Comisión del Codex Alimentarius, la iniciativa del Comité Luz Verde, la iniciativa tripartita “Una Salud” de la OMS, la FAO y la OIE, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Fundación Bill y Melinda Gates, la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz), el Grupo de Trabajo para la Salud Mundial (TFGH), la Iniciativa para el Sarampión y la Rubéola, el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA), el Instituto de Vacunas Sabin (SVI), el Mercado Común del Sur (MERCOSUR), el Organismo Canadiense de Desarrollo Internacional (CIDA), el Organismo Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria (OIRSA), el Organismo de Salud Pública de Canadá (PHAC), el Organismo de Salud Pública del Caribe (CARPHA), la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) el Plan de Emergencia del Presidente de Estados Unidos de América para el Alivio del Sida (PEPFAR), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), el Programa de Tecnología Sanitaria Apropiada (PATH), la Sociedad Canadiense para la Salud Internacional (CSIH), la Sociedad Mundial para la Protección Animal (WSPA) y la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos (INFOSAN).

Estrategias de cooperación técnica

137. Apoyo al fortalecimiento de la capacidad nacional y la autosostenibilidad:

- (a) Proporcionar cooperación técnica y apoyo a los Estados de Miembros en consonancia con los mandatos y las resoluciones de los Cuerpos Directivos de la OPS/OMS, los marcos mundiales y regionales, y las recomendaciones basadas en evidencia formuladas por reconocidos grupos consultivos técnicos y estratégicos regionales.
- (b) Priorizar las poblaciones vulnerables y los grupos de alto riesgo en la cooperación técnica.
- (c) Aumentar la cobertura de las intervenciones eficaces centradas en la vigilancia, la promoción, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, el control y la eliminación de las enfermedades transmisibles.
- (d) Hacer hincapié en el fortalecimiento de la capacidad nacional y local en todos los niveles, así como en la colaboración eficaz entre países, a fin de surtir un efecto sostenible y positivo en los programas sociales y de salud.
- (e) Promover y apoyar la adopción y el uso de tecnologías nuevas, accesibles y eficaces que permitan acelerar los esfuerzos para alcanzar las metas de salud en los países y en la Región.
- (f) Elaborar y aplicar estrategias eficaces para la discontinuidad gradual y la sostenibilidad de programas conexos a nivel nacional, como la transición del apoyo focalizado a algunos países clave seleccionados a la cooperación técnica regional de más alto nivel.

138. Formulación de normas y estándares:

- (a) Aprovechar los conocimientos técnicos especializados de la OPS, que se basan en evidencia científica y conocimientos aplicados, en la formulación y adaptación de criterios y normas regionales.
- (b) Trabajar en colaboración con los Estados Miembros para generar evidencia que sirvan de base para la adopción de directrices, herramientas y metodologías regionales.

- (c) Impulsar a los países a que consideren como propios las normas y los criterios regionales que se establezcan en el área de las enfermedades transmisibles, facilitando su diseminación generalizada, su uso y adaptación a todos los niveles.
 - (d) Procurar que en los programas en todos los niveles se incorporen elementos de supervisión, seguimiento y evaluación.
 - (e) Formular políticas multisectoriales y medidas basadas en datos científicos para prevenir la exposición a los contaminantes a lo largo de la cadena alimentaria y velar por la seguridad de las nuevas tecnologías.
139. Determinar las líneas de investigación:
- (a) Señalar los principales retos relacionados con la salud para los cuales se necesitan respuestas operacionales o basadas en conocimientos.
 - (b) Promover la investigación operativa y el uso apropiado de los resultados para reducir la morbilidad, la mortalidad y la carga causada por las enfermedades infecciosas en la Región.
 - (c) Apoyar el establecimiento de mecanismos para recopilar, analizar, preparar, difundir y utilizar información estratégica a fin de contribuir al caudal de conocimientos sobre las mejores prácticas de vigilancia, prevención, control y eliminación de enfermedades transmisibles.

Temas transversales y enfoques estratégicos en el ámbito de la salud

140. La vigilancia, la promoción, la prevención, el tratamiento, el diagnóstico, el control y la eliminación de las enfermedades transmisibles en la Región de las Américas presentan muchas oportunidades para el trabajo interprogramático a fin de garantizar un enfoque integrado en la formulación y ejecución de programas. Esta colaboración transversal tiene lugar entre las áreas programáticas de la categoría 1, así como entre las diversas categorías. Además, todas las áreas programáticas de la categoría 1 están estrechamente relacionadas con el trabajo que se realiza en la categoría 5 (emergencias de salud), específicamente en lo que se refiere a los esfuerzos para proporcionar un enfoque integrado de la prevención, la detección temprana, la respuesta inmediata y la notificación de enfermedades transmisibles contempladas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

141. En el área de la infección por el VIH/sida, ITS y hepatitis virales, el trabajo contribuye a las siguientes categorías y también se beneficia de ellas: categoría 2 (enfermedades no transmisibles y factores de riesgo); categoría 3 (determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida), ya que la prevención de la transmisión materno-infantil brindará oportunidades para que las mujeres tengan acceso a servicios para el tratamiento de la infección por el VIH y a otros servicios de salud en diversas etapas de la vida; categoría 4 (sistemas de salud) por medio de la mejora de la infraestructura de salud y un mayor acceso al tratamiento; y categoría 5 (emergencias de salud).

142. El área de la tuberculosis se vincula con las categorías 2 y 4. En el caso del vínculo con la categoría 2, las personas con ciertas enfermedades no transmisibles, como la diabetes, pueden tener un sistema inmunitario hipoactivo que aumenta el riesgo de que contraigan tuberculosis. De igual manera, con respecto a la categoría 4, la creación de un programa eficaz contra la tuberculosis depende del funcionamiento adecuado del sistema de atención primaria de salud para diagnosticar y tratar a los pacientes, seguido de un sistema selectivo, pero eficiente, de referencia y contrarreferencia.

143. El área programática de las enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas se vincula con la categoría 3, ya que las intervenciones para prevenir y tratar la esquistosomiasis, el tracoma, las geohelmintiasis y otras enfermedades desatendidas tendrán efectos positivos en los resultados de la salud materno-infantil.

144. En el área de las enfermedades prevenibles mediante vacunación, las oportunidades para el trabajo interprogramático incluyen la categoría 2, en la cual se abordan asuntos relacionados con las vacunas contra el VPH y la hepatitis B; la categoría 3, en la cual la administración de vacunas tradicionales y nuevas ayuda a mejorar la salud a lo largo de todo el ciclo de vida; la categoría 4, en lo que concierne al uso de la vacunación como vehículo para llegar a las poblaciones vulnerables con otras intervenciones de salud y las oportunidades para vincular los registros de vacunación, los registros de nacimientos y otras estadísticas de salud en un sistema de información de salud integral; y la categoría 5, en lo que se refiere al seguimiento estrecho de la vigilancia de las enfermedades prevenibles mediante vacunación a fin de detectar y responder oportunamente a los brotes en la Región, y al fortalecimiento de la capacidad en materia de laboratorios.

145. En la categoría 1, el trabajo en relación con las hepatitis virales está estrechamente vinculado al trabajo con la infección por el VIH/sida y las ITS debido al tema de la coinfección, así como las estrategias con respecto a la seguridad de la sangre, la seguridad de las inyecciones y la promoción de prácticas sexuales más seguras. En la categoría 2, los pacientes inmunodeprimidos, incluidos los portadores de enfermedades crónicas, tienen mayores probabilidades de contraer hepatitis. Esta área programática también requiere oportunidades para la colaboración interprogramática con las categorías 3, 4 y 5.

146. En la categoría 1 se incorporan los temas transversales relativos a género, equidad, derechos humanos y etnicidad a fin de mejorar los resultados de salud.

- (a) Las intervenciones para combatir las enfermedades transmisibles se adaptan con el fin de responder a cuestiones de género y de diversidad cultural partiendo de la comprensión de los hombres y las mujeres en todas las edades, su patrimonio cultural y los factores que influyen en su situación sanitaria. También incluyen la recopilación y presentación de datos desglosados por edad, sexo y otras variables pertinentes.
- (b) El énfasis en la prevención, el tratamiento y el control de las enfermedades transmisibles, en particular en las áreas de mayor necesidad, apoya los ideales de la equidad en la salud y la reducción de la pobreza a fin de llegar a las poblaciones vulnerables con intervenciones integradas de salud que prevengan las desgracias cuando se producen enfermedades.
- (c) El enfoque de derechos humanos es particularmente pertinente en las áreas programáticas relativas a la infección por el VIH/sida, las ITS y las hepatitis virales; la tuberculosis; las enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas; y las enfermedades transmitidas por los alimentos. Debe prestarse especial atención a la promoción de intervenciones para combatir el estigma y la discriminación.

147. Los enfoques estratégicos en el campo de la salud, a saber, los determinantes sociales, la atención primaria de salud, la promoción de la salud y la protección social, están sumamente integrados en el trabajo de la categoría 1.

- (a) El crecimiento demográfico, la pobreza, la migración, las condiciones de vida inadecuadas y la falta de servicios básicos son factores que obstaculizan los esfuerzos para prevenir, tratar y controlar las enfermedades transmisibles (por ejemplo, las enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas). Por consiguiente, los determinantes sociales contribuyen a resultados negativos en materia de salud que acentúan las inequidades en salud. Las intervenciones puestas en marcha por las áreas programáticas aprovecharán las mejores prácticas existentes para abordar de frente estos determinantes sociales a fin de obtener mejores resultados en materia de salud.

- (b) Muchas intervenciones que están alineadas con el trabajo de las diversas áreas programáticas se realizan en el nivel de la atención primaria de salud y proporcionan un punto de acceso para que las familias reciban otros servicios de salud de buena calidad (por ejemplo, vacunación), así como más oportunidades para recibir educación sobre la salud. La incorporación de estas intervenciones en el nivel primario de la atención de salud también facilita el acceso al diagnóstico y el tratamiento tempranos de enfermedades transmisibles (por ejemplo, la malaria y la tuberculosis).
- (c) La prevención de las enfermedades transmisibles concuerda con los principios de la protección social en la salud al limitar la exposición a agentes infecciosos que pueden causar enfermedades, discapacidad o mayor pobreza, en particular en las poblaciones marginadas y vulnerables.

Supuestos y riesgos

Supuestos:

- (a) Los países mantienen su compromiso de contribuir con recursos políticos, humanos y financieros para la prevención, la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento y el control de las enfermedades transmisibles y para el acceso universal y equitativo a la inmunización.
- (b) Los recursos comprometidos se entregan y se utilizan oportunamente y se depende menos de fondos externos para ejecutar las medidas necesarias.
- (c) Los Estados Miembros utilizan plenamente el Fondo Rotatorio de la OPS para la compra de vacunas y el Fondo Estratégico de la OPS para la adquisición de medicamentos y suministros médicos para enfermedades infecciosas desatendidas.
- (d) Los sistemas de vigilancia funcionan plenamente y recopilan datos pertinentes para evaluar los avances y las brechas. Se abordan las lagunas clave en los conocimientos y se avanza en la formulación de políticas basadas en la evidencia y en la ejecución de programas.
- (e) Las tareas están coordinadas, son sinérgicas y se optimizan (en vez de estar desconectadas y en pugna y de constituir una duplicación).
- (f) El entorno jurídico y normativo es propicio para el aumento del acceso y la utilización de los servicios para la infección por el VIH y las ITS.
- (g) Se han adoptado medidas eficaces para mitigar el impacto de las catástrofes.

Riesgos:

- (a) 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.
- (b) Hay agendas de salud paralelas que no están coordinadas y compiten por la prioridad y los recursos.
- (c) Los instrumentos jurídicos y normativos obstaculizan el acceso o la utilización de los sistemas de atención de salud.
- (d) La movilidad de la gente a través de las fronteras contribuye a la complejidad de la prevención, el control y la eliminación de enfermedades.
- (e) 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.
- (f) El estigma y la discriminación con respecto a las personas con la infección por el VIH/sida van en aumento.
- (g) Las enfermedades infecciosas desatendidas siguen teniendo una prioridad muy baja en las agendas del gobierno de ciertos países y colaboradores.
- (h) Escasean los medicamentos para tratar las enfermedades infecciosas desatendidas y las enfermedades zoonóticas en la Región como consecuencia de la insuficiencia de materia prima.
- (i) La inversión en actividades de inmunización es baja o insuficiente, lo cual pone en peligro la meta de la cobertura universal.

Categoría 1. Enfermedades transmisibles: Áreas programáticas y resultados intermedios

1.1 Infección por el VIH/sida, infecciones de transmisión sexual y hepatitis virales

Resultado intermedio-RIT 1.1 Aumento del acceso a intervenciones clave para la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH, las ITS y las hepatitis virales			
Ind. #	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2013*	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)*
RIT 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
RIT 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
RIT 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
RIT 1.1.4	Número de países y territorios que tienen por lo menos 95% de cobertura de la vacunación contra la hepatitis B en menores de 1 año	15	25
RIT 1.1.5	Número de países y territorios que incluyen en sus listas nacionales de medicamentos esenciales uno o varios medicamentos que la OMS recomienda para el tratamiento de la hepatitis C	8	15

1.2 Tuberculosis

Resultado intermedio-RIT 1.2 Aumento del número de pacientes con tuberculosis diagnosticados y tratados con éxito			
Ind. #	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2013	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 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	2,500,000 pacientes
RIT 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 contra la tuberculosis multirresistente en (la Región de) las Américas	2,960 pacientes	5,490 pacientes
RIT 1.2.3	Porcentaje de nuevos pacientes con tuberculosis diagnosticada, en comparación con el número total de casos incidentes de tuberculosis	79%	90%

* El año de la línea de base es el 2013 o el año al que correspondan los datos más recientes. Se indica el año correspondiente en el caso de los indicadores sin datos para el 2013. Las metas para el 2019 incluyen la línea de base del 2013 más las metas propuestas para cada uno de los bienios que terminan en el 2015, el 2017 y el 2019. Esto se aplica a todas las líneas de base y las metas de esta categoría.

** Hasta mediados del 2013, la población que reunía los requisitos eran las personas infectadas 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 que significa que el número de personas que reúne los requisitos (denominador) va a aumentar.

1.3 Malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores

Resultado intermedio-RIT 1.3 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

Ind. #	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2013	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 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%
RIT 1.3.2	Número de países y territorios con capacidad instalada para eliminar la malaria	10	21
RIT 1.3.3	Número de países y territorios con capacidad instalada para el manejo de todos los casos de dengue	14	30
RIT 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

1.4 Enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas

Resultado intermedio-RIT 1.4 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			
Ind. #	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2013	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 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
RIT 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	0/10	10/10
RIT 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 filarías linfática	1/4	4/4
RIT 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	1/2	2/2
RIT 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	0/3	3/3
RIT 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	0/2	2/2
RIT 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	5/24	16/24
RIT 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

1.5 Enfermedades prevenibles mediante vacunación

Resultado intermedio-RIT 1.5 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

Ind. #	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2013	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 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%
RIT 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
RIT 1.5.3	Número de países y territorios que han introducido una o varias vacunas nuevas	34	51
RIT 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

1.6 Resistencia a los antimicrobianos

Resultado intermedio-RIT 1.6 Aumento de la capacidad a nivel de país para reducir el riesgo y prevenir la propagación de infecciones multirresistentes

Ind. #	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2013	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 1.6.1	Número de países con mayor capacidad de vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos para reducir el riesgo y prevenir la propagación de infecciones multirresistentes	20	30

1.7 Inocuidad de los alimentos

Resultado intermedio-RIT 1.7 Número de países que tienen la capacidad de mitigar los riesgos relacionados con la inocuidad de los alimentos y responder a brotes

Ind. #	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2013	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 1.7.1	Número de países y territorios que tienen mecanismos adecuados implantados para prevenir o mitigar los riesgos relacionados con la inocuidad de los alimentos y para responder a brotes, incluidos los que se presenten en las poblaciones marginadas	4	20





Categoría 2: Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo

Reducir la carga de las enfermedades no transmisibles, incluidas las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las neumopatías crónicas, la diabetes y los problemas de salud mental, así como la discapacidad, la violencia y los traumatismos, mediante la promoción de la salud y la reducción de riesgos, la prevención, el tratamiento y la vigilancia de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo

Alcance

148. La OPS, junto con otras organizaciones asociadas de diversos sectores, abordará la carga de las enfermedades no transmisibles (ENT), haciendo hincapié en las enfermedades cardiovasculares (en particular la hipertensión), el cáncer, la diabetes, las neumopatías y la enfermedad renal crónica. Se hará hincapié en los factores de riesgo comunes, como el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, el régimen alimentario poco saludable, el consumo de sal, la inactividad física y la obesidad. En su respuesta a las ENT, la OPS se centrará también en la nutrición y en otros problemas relacionados con estas enfermedades, entre ellos la salud mental, la violencia y los traumatismos, y las discapacidades y la rehabilitación. Los objetivos principales del trabajo en esta categoría serán abordar los determinantes subyacentes de las ENT, incluidos los factores socioeconómicos, ambientales y ocupacionales a lo largo del ciclo de vida, así como fortalecer la respuesta de la atención primaria a las ENT, los factores de riesgo y los trastornos conexos. Los distintos enfoques específicos se describen en los diversos mandatos de la OPS/OMS relacionados con las ENT, entre ellos el *Plan de acción regional para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles* para el período 2013-2019.

Contexto

2.1 Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo

149. Más de 75% de las defunciones en la Región de las Américas son causadas por ENT, que son prevenibles en gran medida y que pueden controlarse mediante políticas y normas públicas, servicios de salud e intervenciones con respecto al modo de vida. De especial interés es la carga de mortalidad prematura por ENT dado que, en la Región, cada año mueren más de 1,5 millones de personas menores de 70 años debido a las ENT, lo cual tiene graves implicaciones para el desarrollo social y económico. Dado que la epidemia de las ENT está impulsada por la globalización, la urbanización, las tendencias demográficas y las condiciones socioeconómicas, se necesitan intervenciones no solo del sector de la salud, sino también de otros sectores gubernamentales, como la agricultura y la ganadería, la educación, el transporte, el trabajo, el medioambiente y el comercio, así como de la sociedad civil y el sector privado. Las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el cáncer son todos problemas que están en aumento en la Región de las Américas y, con el crecimiento demográfico y el envejecimiento de la población, se prevé que la situación empeorará. Por lo tanto, se necesitan urgentemente políticas y servicios para reducir los principales factores de riesgo y promover la salud en las comunidades, los lugares de trabajo, las escuelas y otros entornos. Para controlar mejor las ENT, se deben fortalecer los sistemas y servicios de salud, en particular en el nivel de la atención primaria, para facilitar el tamizaje, la detección temprana y el manejo de las ENT y sus factores de riesgo, garantizar el acceso a medicamentos y tecnologías, y mantener la continuidad de la atención de buena calidad.

150. El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de las ENT. En la Región, la prevalencia del consumo de tabaco en adultos es de 22% y 16% de la mortalidad total en adultos es atribuible al tabaco. La brecha en el consumo de tabaco entre los hombres y las

mujeres está reduciéndose, especialmente en los adolescentes. El consumo de tabaco también refleja desigualdades sociales, observándose una mayor prevalencia en los grupos de menores ingresos y con niveles de escolaridad más bajos. En la Región, 29 países han ratificado el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT). Aunque unos 20 países han aprobado leyes para cumplir por lo menos uno de los mandatos del convenio, es necesario avanzar mucho más. La interferencia de la industria tabacalera sigue siendo un importante reto en la Región que impide el progreso necesario en la ejecución del CMCT de la OMS.

151. Los informes indican que reducir el consumo de tabaco en un 20% y el consumo de sal en un 15%, al mismo tiempo que se trata a los pacientes expuestos a un riesgo elevado de padecer enfermedades cardiovasculares con una combinación de medicamentos apropiados, en 10 años podría prevenir hasta 3,4 millones de defunciones en la Región a un costo razonable. Estos datos fortalecen el argumento de que los países, guiados por el liderazgo bien informado de los ministerios de salud, pueden seguir abogando por políticas multisectoriales que promuevan el autocuidado responsable basado en la prevención y mejoren la disponibilidad de medicamentos esenciales.

152. El consumo de alcohol es otro importante factor de riesgo de la carga de morbilidad relacionada con las ENT. En el 2004, causó por lo menos 347.000 muertes en la Región y la pérdida de más de 13 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). Se calcula que el consumo medio por habitante es de 8,7 litros en los mayores de 15 años, en comparación con un promedio mundial de 6,1 litros por persona por año. En el 2005, alrededor de 17,9% de los hombres y 4,5% de las mujeres de la Región registraban episodios semanales de consumo excesivo de alcohol. La expansión de la industria del alcohol en la Región y sus intensas campañas de comercialización y promoción, ante la falta de un control reglamentario eficaz, siguen siendo obstáculos importantes para la adopción de una respuesta eficaz.

153. A nivel regional están ocurriendo cambios rápidos y nocivos en el consumo de alimentos. Estos cambios afectan a grandes sectores de la población, especialmente a los segmentos de ingresos bajos y con un nivel menor de educación. Está aumentando el consumo de alimentos procesados de alto contenido calórico y ricos en grasas, azúcar y sal, mientras que está disminuyendo el consumo de frutas y verduras. Estos cambios en los hábitos alimentarios están acompañados de una disminución de la actividad física. El resultado es una epidemia alarmante de **sobrepeso y obesidad**. Según las estimaciones regionales, entre 50% y 60% de los adultos, más de un tercio de los adolescentes y entre 7% y 12% de los menores de 5 años tienen un peso excesivo (IMC >25) o son obesos (IMC >30). Aun peor, las previsiones indican que esta cifra subirá rápidamente, llegando a 289 millones de personas (39% de la población) para el 2015. En casi todos los países, el problema es mayor en las mujeres.

154. La obesidad está vinculada a varias ENT. Un análisis de 57 estudios prospectivos señala que, por cada 5 kg/m² de exceso en el índice de masa corporal (IMC), la mortalidad aumenta casi 30% (40% por enfermedades cardiovasculares, entre 60% y 120% por complicaciones relacionadas con la diabetes, 10% por cáncer y 20% por enfermedades respiratorias crónicas).

155. La urbanización acelerada de la Región, los sueldos en aumento y el crecimiento económico están detrás de los regímenes alimentarios poco saludables y modos de vida sedentarios que, a su vez, han dado lugar al problema de la obesidad. Otros factores son la comercialización globalizada de alimentos procesados y bebidas azucaradas, la enorme popularidad del entretenimiento electrónico y las computadoras, el papel central del automóvil en la planificación y el diseño urbanos, y el temor creciente de la delincuencia en la calle, que mantienen a muchas personas dentro de su casa. Con la adopción por parte de la OMS de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, la atención se ha volcado hacia la importancia fundamental del entorno alimentario, debido a que influye en las preferencias, las decisiones de compra de alimentos y el comportamiento alimentario.

2.2 Salud mental y trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas

156. Los trastornos mentales, neurológicos y de consumo de sustancias psicoactivas son una causa importante de morbilidad, mortalidad y discapacidad. Ocho trastornos prioritarios son los que más contribuyen a la morbilidad en la mayoría de los países en desarrollo: depresión, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, suicidio, epilepsia, demencia, trastornos debidos al consumo de alcohol, trastornos debidos al uso de drogas ilícitas y trastornos mentales en los niños. En la Región, los problemas que requieren especial atención son la depresión, los trastornos debidos al consumo de alcohol, la demencia y los trastornos mentales de los niños y los adolescentes, incluida la prevención del suicidio. Estos son los principales determinantes y causas de la morbilidad. La OPS se centrará en cuatro áreas: *a)* la información y la vigilancia, ampliando el caudal de evidencia sobre la salud mental; *b)* la formulación de políticas, planes e instrumentos jurídicos, con un énfasis particular en la protección de los derechos humanos; *c)* el desarrollo y la integración del componente de la salud mental en la atención primaria; y *d)* el suministro de servicios de salud mental y apoyo psicosocial en casos de desastre y emergencias humanitarias. A este respecto, la reestructuración de los servicios de salud mental debe seguir siendo una prioridad en América Latina y el Caribe.

2.3 Violencia y traumatismos

157. La violencia y los traumatismos son una causa importante de morbilidad y mortalidad en la Región de las Américas. Los homicidios son la primera causa de mortalidad en los hombres de 15 a 29 años en la Región y la segunda causa en las mujeres de la misma edad. Los traumatismos causados por el tránsito son la principal causa de muerte en los niños de 5 a 14 años y la segunda en el grupo de 15 a 44 años. Por cada persona que muere como consecuencia de actos de violencia y traumatismos, muchas más sufren consecuencias de largo plazo para la salud física y mental. Las distintas formas de violencia afectan a las poblaciones de manera específica. Mientras que la mayoría de los ataques a los hombres, incluidos los hombres jóvenes, son perpetrados por una persona extraña o una conocida, las mujeres tienen mayores probabilidades de sufrir violencia a manos del esposo o compañero íntimo, y los niños tienen mayores probabilidades de sufrir maltratos de adultos muy cercanos a ellos.

158. La violencia acarrea considerables costos directos e indirectos para la sociedad. Consume gran parte del presupuesto de los sectores de la salud, los servicios sociales y la justicia por los gastos que representan el tratamiento de los sobrevivientes y el arresto y enjuiciamiento de los agresores. La violencia también reduce la productividad, aumenta el ausentismo y plantea considerables costos intergeneracionales como consecuencia de las repercusiones de la violencia en los hijos de los sobrevivientes. Además, el temor a la violencia puede exacerbar aun más las desigualdades al aislar a los pobres en sus hogares y a los ricos en sus espacios segregados, lo que afecta el bienestar y la trama social de las familias y comunidades.

2.4 Discapacidades y rehabilitación

159. En la Región de las Américas se calcula que entre 140 millones y 180 millones de personas tenían algún tipo de discapacidad en el 2010. Se prevé que esta cifra aumente debido al crecimiento demográfico, el envejecimiento, el aumento de los casos de ENT, los accidentes, los desastres, la violencia, el régimen alimentario deficiente y el consumo de sustancias psicoactivas. Los recursos limitados, las políticas inadecuadas, el acceso limitado a los servicios de salud y de rehabilitación, así como al transporte inaccesible constituyen retos importantes para las personas con alguna discapacidad. Es necesario abordar la salud ocular, auditiva y bucodental, dado que cerca de 80% de los casos de ceguera en la Región de las Américas son evitables y que las caries dentales afectan a más del 90% de la población de la Región.

160. La OPS ayudará a mejorar las condiciones de salud y de vida de las personas con discapacidades mediante la cooperación técnica, el fomento de la participación comunitaria y un enfoque basado en los derechos. Se fortalecerá el acceso a los servicios de salud para las personas discapacitadas, incluidos los servicios de rehabilitación. Eso contempla generar sinergias entre programas de salud conexos para la promoción de la salud y la prevención de discapacidades, fortalecer la capacidad del personal de salud, brindar protección social a las personas discapacitadas y mejorar la información sobre las discapacidades en los sistemas de información de salud.

2.5 Nutrición

161. La nutrición deficiente, que conduce al retraso del crecimiento en los niños y contribuye al sobrepeso y la obesidad a lo largo de todo el ciclo de vida, es un factor de riesgo importante para tres de las cuatro ENT principales: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes. Los trastornos de salud relacionados con la nutrición deficiente y el sobrepeso y la obesidad representan una pesada carga para las personas, las comunidades y el sistema de salud, además de obstaculizar el desarrollo humano y la equidad. Por lo tanto, la prevención de estos trastornos de salud es fundamental para el logro de las metas de desarrollo regionales y mundiales. Se han establecido metas regionales con respecto a la lactancia materna exclusiva y la reducción del retraso del crecimiento de los niños, el sobrepeso y la anemia en las mujeres.

162. La OPS brindará apoyo al fortalecimiento de la base de evidencia para ejecutar intervenciones eficaces relativas a la nutrición y a la formulación y evaluación de políticas y programas, además de ofrecer el liderazgo, los conocimientos prácticos y la capacidad necesarios para ampliar el alcance de las actividades. Proporcionará cooperación técnica a fin de mejorar los entornos, por ejemplo, para apoyar la lactancia materna en los hospitales y fomentar las comidas saludables y la recreación en las escuelas. La OPS promoverá la participación del sector privado en la fortificación de los alimentos de primera necesidad y la reformulación de productos. También propondrá marcos para la reglamentación en las áreas del etiquetado de alimentos y la comercialización de alimentos y bebidas a los niños. En todas estas actividades se utilizarán enfoques multisectoriales con la participación de actores clave, como ministerios de educación, de agricultura y ganadería, y del medioambiente. Por último, la OPS dará seguimiento al progreso logrado en la consecución de las metas nutricionales acordadas por los Estados Miembros.



Análisis de los interesados directos clave

163. Los principales interesados directos en esta categoría son los ministros de salud y las autoridades nacionales de salud responsables de las ENT y sus factores de riesgo, la nutrición, la salud mental, la violencia y los traumatismos, las discapacidades y la rehabilitación, incluidos los programas de salud ocular, bucodental y auditiva. Dado que se necesita un enfoque de la totalidad del gobierno para abordar las ENT y sus factores de riesgo, los interesados directos clave también comprenden otros sectores, como la agricultura y la ganadería, la educación, el transporte, el trabajo, el medioambiente y el comercio. La OPS también se asocia en estas áreas programáticas con interesados directos fuera del gobierno, incluidos los distintos actores de la sociedad civil (organizaciones no gubernamentales, organizaciones internacionales, asociaciones profesionales y comunidad académica) así como el sector privado.

164. La OPS tiene alianzas sólidas con los centros colaboradores de la OMS relacionados con la categoría y también con numerosas asociaciones profesionales, instituciones académicas, organizaciones no gubernamentales y organizaciones del sector privado que trabajan en el área de las ENT. Esta colaboración tiene lugar principalmente por medio del Foro Panamericano de Acción sobre las Enfermedades No Transmisibles, pero también se ha establecido este tipo de vínculos con respecto a otras iniciativas relacionadas con las áreas programáticas específicas dentro de la categoría. La Coalición Caribe Saludable, la Coalición de América Latina para la Salud y la Alianza para el Convenio Marco son también interesados directos clave de la sociedad civil que colaboran con la OPS, en particular para la movilización social y las comunicaciones en torno a las ENT y la prevención y el control de los factores de riesgo.

165. La OPS además colabora con organismos de las Naciones Unidas como la Unión Internacional de Telecomunicaciones, el UNICEF, el PNUD, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito a fin de ampliar la programación conjunta en el ámbito de las ENT y sus factores de riesgo a nivel regional y nacional.

166. Por medio de sus fuertes lazos con los gobiernos, la OPS ha apoyado las diversas declaraciones políticas sobre las ENT, entre ellas la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, la declaración de Puerto España sobre las ENT, la resolución de los ministros de salud de la zona andina sobre las ENT y su vigilancia (REMSAA XXXIV/5 y REMSAA XXXII, 2011), la resolución de UNASUR sobre las ENT y la declaración de Antigua (Guatemala) de los ministros de salud de Centroamérica y la República Dominicana sobre las ENT, respaldada por los presidentes del Sistema de la Integración Centroamericana.

167. La OPS seguirá formando y ampliando la capacidad en los ministerios de salud para mejorar la respuesta de los diversos interesados directos, así como la eficacia y el impacto de las políticas, los programas y los servicios nacionales relacionados con las ENT y sus factores de riesgo.

Estrategias de cooperación técnica

168. En los esfuerzos hacia la consecución de las metas y los indicadores mundiales establecidos en el marco de vigilancia mundial de las ENT, se asignará prioridad a la ejecución de los diversos mandatos y resoluciones sobre las ENT, los factores de riesgo y trastornos relacionados, en particular el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (un tratado mundial jurídicamente vinculante) y el Plan de acción regional para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. La OPS encabezará, junto con los Estados Miembros, una respuesta multisectorial, articulando opciones normativas y reglamentarias para abordar las condiciones físicas, socioeconómicas y ambientales más amplias que propician la nutrición saludable, la reducción de los factores de riesgo, la salud mental, la prevención de la violencia, la discapacidad, la rehabilitación y el manejo de las ENT. Para eso será necesario establecer alianzas eficaces y desempeñar un papel de liderazgo y coordinación con los fondos, programas y organismos pertinentes de las Naciones Unidas. El trabajo de la OPS se basará en gran medida en su competencia normativa y de fortalecimiento de la capacidad.

169. La OPS apoyará a los Estados Miembros en la elaboración de planes nacionales y el fortalecimiento de políticas, programas y servicios, poniendo de relieve el enfoque de la atención primaria de salud para las ENT, sus factores de riesgo y los trastornos relacionados. Se hará hincapié especialmente en la prevención a lo largo del ciclo de vida y en el tamizaje sistemático y la detección temprana del cáncer, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo. Otros temas prioritarios serán la mejora de la calidad de la atención, el aumento del acceso a servicios asequibles de diagnóstico y tratamiento, la reducción del sufrimiento de las personas con discapacidades y enfermedades crónicas, y el apoyo a estrategias y tecnologías apropiadas para entornos de atención primaria de salud y lugares de trabajo que cuentan con escasos recursos. La OPS también apoyará la información, la vigilancia y la investigación, ampliando la base de evidencia para sustentar las políticas, estrategias y leyes nacionales y haciendo hincapié en la protección de los derechos. Con respecto a la salud mental, también incluirá el apoyo mental y psicosocial en las situaciones de emergencia humanitaria.

Temas transversales y enfoques estratégicos en el ámbito de la salud

170. La categoría 2 y sus áreas programáticas requerirán un trabajo interprogramático con las demás categorías, en particular la categoría 1 (enfermedades transmisibles), la categoría 3 (determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida) y la categoría 4 (sistemas de salud). Los vínculos con la categoría 1 son principalmente las comorbilidades (por ejemplo, tuberculosis, diabetes, infección por el VIH/sida y trastornos mentales) y las vacunas para prevenir ciertos tipos de cáncer (vacuna contra el virus de la hepatitis B para el cáncer hepático y vacuna contra el virus de los papilomas humanos para el cáncer cervicouterino). Con respecto a la categoría 3, hay vínculos fuertes entre la mortalidad neonatal y en la primera infancia y la morbilidad y la promoción de la nutrición saludable (particularmente la lactancia materna) para prevenir las ENT. Las estrategias para prevenir y controlar las ENT también brindan apoyo al envejecimiento activo y saludable. Las medidas multisectoriales necesarias para la prevención de las ENT son aquellas que abordan los determinantes sociales de la salud, así como las amenazas ambientales para la salud y la equidad de género. Los vínculos con la categoría 4 son particularmente fuertes, ya que para el manejo de las ENT es indispensable adoptar un enfoque de atención primaria centrada en la persona y tener acceso a tecnologías médicas. Los temas abarcados en la categoría 2 exigen una fuerte colaboración multisectorial para abordar las causas subyacentes de las ENT y los factores de riesgo conexos de una manera más eficaz.

171. Abordar los determinantes sociales de la salud es un aspecto crucial en la estrategia para responder a la carga de las ENT, los factores de riesgo y los trastornos relacionados. Las estrategias de promoción de la salud son un componente esencial de la prevención de las ENT. Es especialmente importante promover la salud en la niñez y la adolescencia a fin de instilar, en las primeras etapas de la vida, modos de vida saludables. La atención primaria de salud es otro componente esencial del manejo de las ENT y sus factores de riesgo, al igual que la salud mental, las discapacidades y la rehabilitación, y la prevención de la violencia y los traumatismos. La OPS integrará las intervenciones para el manejo de las ENT y los factores de riesgo en los esfuerzos más amplios de fortalecimiento de los sistemas de salud, sobre la base del enfoque de la atención primaria. A fin de proporcionar atención equitativa para las ENT, los factores de riesgo y los trastornos conexos, se necesitan mecanismos de protección social en el ámbito de la salud. Por consiguiente, la prevención y el control de las ENT y sus factores de riesgo deben estar incluidos en los conjuntos de medidas de protección social.

172. Se tendrán en cuenta los temas transversales del género, la equidad, los derechos humanos, y la etnicidad en la consecución de todos los resultados intermedios y los indicadores correspondientes que se señalan a continuación.

Supuestos y riesgos

Supuestos:

- (a) Los países y territorios de la Región reconocen el concepto de la salud como estado de completo bienestar físico, mental y social.
- (b) Los Estados Miembros mantienen y aumentan los compromisos contraídos en el marco de los planes de acción de la OMS y la OPS para las ENT, teniendo también en cuenta otros mandatos relacionados con las ENT y sus factores de riesgo, como los convenios y mandatos de las Naciones Unidas sobre el alcohol, el tabaco, el régimen alimentario poco saludable, la actividad física, la salud mental, la violencia, la seguridad vial, las discapacidades y la nutrición. Cabe destacar las obligaciones de los países de acuerdo con el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.
- (c) Los países y territorios asignan prioridad a la ejecución de los planes de acción nacionales para abordar las ENT, la salud mental y los factores de riesgo, con un aumento de los recursos financieros y humanos para su ejecución, de acuerdo con las directrices de la OPS/OMS.
- (d) Se establecen relaciones de colaboración y alianzas multidisciplinarias y multisectoriales eficaces en relación con las políticas, los mecanismos, las redes y la acción, con la participación de todos los interesados directos a nivel nacional, regional e internacional.
- (e) Los países y territorios y la OPS mejoran sus sistemas de información de salud para cuantificar adecuadamente y vigilar las ENT y sus factores de riesgo.
- (f) Los sistemas de salud responden de manera integrada a las ENT y sus factores de riesgo, centrándose en las intervenciones de atención primaria de salud.
- (g) Los países y territorios adoptan el enfoque comunitario de la salud mental.

Riesgos:

- (a) 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.
- (b) 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.
- (c) La poca capacidad regulatoria 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.
- (d) 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.
- (e) 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.
- (f) 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.
- (g) Se asigna baja prioridad a la prevención de la violencia, tanto porque las consecuencias de la violencia a menudo son invisibles en las estadísticas sanitarias actuales como porque la evaluación del progreso es igualmente difícil.

Categoría 2. Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo: Áreas programáticas y resultados intermedios

2.1 Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo

Resultado intermedio-RIT 2.1 Aumento del acceso a intervenciones para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo			
Ind. #	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2013*	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)*
RIT 2.1.1	Reducir el consumo nocivo de alcohol, según corresponda en el contexto nacional**		
	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 (2003-2005)	5% reducción
	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% reducción
	2.1.1c Prevalencia estandarizada según la edad de episodios de consumo excesivo de alcohol	13,7%	5% reducción
RIT 2.1.2	Prevalencia del consumo de tabaco actual		
	2.1.2a Prevalencia del consumo de tabaco actual entre adolescentes de 13 a 15 años de edad	Por decidir por la OMS	Por decidir por la OMS
	2.1.2b Prevalencia estandarizada según la edad del consumo de tabaco actual (mayores de 18 años)	21%	17% (a fin de alcanzar la meta mundial de una reducción de 30% en el 2025)
RIT 2.1.3	Prevalencia de la actividad física insuficiente		
	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
	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 2009 y 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
RIT 2.1.4	Porcentaje de hipertensión controlada*** a nivel de la población (<140/90 mmHg) entre personas mayores de 18 años	15%	35%

* El año de la línea de base es el 2013 o el año al que correspondan los datos más recientes. Se indica el año correspondiente en el caso de los indicadores sin datos para el 2013. Las metas para el 2019 incluyen la línea de base del 2013. Esto se aplica a todas las líneas de base y las metas de esta categoría.

** Los países seleccionarán indicadores del consumo nocivo de alcohol según sea apropiado para el contexto nacional y en consonancia con la estrategia mundial de la OMS para reducir el consumo nocivo de alcohol. Los indicadores pueden incluir la prevalencia de episodios de consumo excesivo de alcohol, el consumo total por habitante, y la morbilidad y mortalidad relacionadas con el alcohol, entre otros.

*** Al medir el porcentaje de personas con hipertensión controlada a nivel de la población de mayores de 18 años, los países podrán abordar de manera integral el factor de riesgo principal para las ENT y el más prevalente en la Región. La hipertensión es causa de muertes prematuras por accidentes cerebrovasculares, enfermedades cardiovasculares y enfermedad renal crónica. Al utilizar este indicador, la Región también podrá informar a la OMS el indicador relativo a la prevalencia de la hipertensión arterial.

2.1 Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo (continued)

Resultado intermedio-RIT 2.1 Aumento del acceso a intervenciones para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo			
Ind. #	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2013	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 2.1.5	Prevalencia estandarizada según la edad de glucemia elevada y diabetes entre personas mayores de 18 años	18.8%	18,8% (el mismo nivel a fin de contribuir a la meta mundial de detener el aumento de la diabetes y la obesidad para el 2025)
RIT 2.1.6	Número de países y territorios en los que se ha detenido el aumento de la obesidad en el nivel nacional actual		
	2.1.6a Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes de 13 a 17 años de edad	A ser determinada, según el Marco Mundial de Vigilancia de la OMS	A ser determinada, según el Marco Mundial de Vigilancia de la OMS
	2.1.6b Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos (hombres y mujeres mayores de 18 años)	A ser determinada, según el Marco Mundial de Vigilancia de la OMS	A ser determinada, según el Marco Mundial de Vigilancia de la OMS
RIT 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 gramos (2010)	7 gramos (a fin de alcanzar la meta mundial de una reducción relativa de 30% para el 2025)
RIT 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
RIT 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

2.2 Salud mental y trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas

Resultado intermedio-RIT 2.2 Aumento de la cobertura de servicios de tratamiento para los trastornos mentales y los trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas

Ind. #	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2013	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 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

2.3 Violencia y traumatismos

Resultado intermedio-RIT 2.3 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

Ind. #	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2013	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 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
RIT 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	A ser determinado según el informe de la OMS 2014 acerca de la situación mundial de prevención de la violencia

2.4 Discapacidades y rehabilitación

Resultado intermedio-RIT 2.4 Aumento del acceso a servicios sociales y de salud para personas con discapacidades, incluida la prevención			
Ind. #	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2013	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 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
RIT 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

2.5 Nutrición

Resultado intermedio-RIT 2.5 Reducción de los factores de riesgo nutricionales			
Ind. #	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2013	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 2.5.1	Porcentaje de menores de 5 años que padecen retraso del crecimiento	13.5% (2010)	7.5%
RIT 2.5.2	Porcentaje de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) con anemia	22.5% (2010)	18%
RIT 2.5.3	Porcentaje de menores de 5 años que tienen sobrepeso	7% (2008-2012)	7% (2016-2019)

Categoría 3. Determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida



Promover la buena salud en las etapas clave de la vida, teniendo en cuenta la necesidad de abordar los determinantes sociales de la salud (las condiciones sociales en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen) y aplicando enfoques basados en la igualdad de género, la etnicidad, la equidad y los derechos humanos.

Alcance

173. Esta categoría abarca las estrategias para promover la salud y el bienestar desde antes de la concepción hasta la vejez. Está orientada a: *a)* la salud como resultado de todas las políticas; *b)* la salud con relación al desarrollo, incluido el medioambiente; y *c)* los determinantes sociales de la salud, con la incorporación de la perspectiva de género, la equidad, los derechos humanos y la etnicidad, y el aumento de la capacidad en torno a estos temas.

174. Por su índole, esta categoría es transversal y resulta fundamental para abordar los determinantes sociales de la salud y la equidad a fin de mejorar los resultados en materia de salud en la Región. Aborda las necesidades de salud de la población, haciendo hincapié en las etapas clave de la vida. Este enfoque permite formular estrategias integrales que respondan a los cambios en las necesidades, las características demográficas y los factores epidemiológicos, sociales, culturales, ambientales y conductuales, así como a las inequidades en salud y a las brechas en cuanto a la equidad. El enfoque de la totalidad del ciclo de vida tiene en cuenta la forma en que diversos determinantes interactúan y afectan a la salud a lo largo de la vida y entre generaciones. La salud se considera como un proceso continuo dinámico, en vez de una serie de estados de salud aislados. Este enfoque destaca la importancia de las transiciones, vinculando cada etapa a la siguiente, define los factores de riesgo y los que protegen la salud, y prioriza las inversiones en la atención de salud y en los enfoques que incorporan los determinantes sociales, el género, la promoción y la protección de los derechos humanos, y la etnicidad. Asimismo, el trabajo en esta categoría contribuye a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), especialmente el ODM 3 (promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer), el 4 (reducir la mortalidad de los menores de 5 años) y el 5 (mejorar la salud materna). También está en consonancia con los convenios y las normas universales y regionales en materia de derechos humanos, y responde a la visión de la agenda para el desarrollo después del 2015.

Contexto

175. En la Región de las Américas, la esperanza de vida al nacer aumentó de 69,2 en 1980 a 76,1 en el 2011. Sin embargo, a pesar del gran progreso, persisten marcadas inequidades, y los indicadores positivos a menudo ocultan grandes diferencias dentro de los países y entre ellos. La Región ha experimentado una transición demográfica y una rápida urbanización y tiene un alto grado de diversidad étnica. Los grupos étnicos y raciales minoritarios (grupos indígenas, afrodescendientes y los gitanos, entre otros) presentan las mayores tasas de pobreza y acceso limitado a los servicios de salud. El género también interactúa con otros determinantes de la salud e influye en el estado general de salud. Los grupos que enfrentan las mayores desigualdades, basadas en el género, el grupo étnico, la edad, el lugar de residencia, la religión, el idioma, la orientación sexual u otros factores, tienden a ser más vulnerables y a presentar resultados peores en materia de salud. Es necesario adoptar medidas específicas para reducir estas inequidades en salud.

176. El enfoque de los determinantes sociales de la salud tiene en cuenta el panorama completo en cada país, abordando los factores interrelacionados que repercuten en la salud y el bienestar. Permite a los profesionales de la salud pública buscar soluciones fuera de los sistemas de atención de salud para abordar las inequidades en salud. Además, proporciona un marco para mejorar la salud de las personas al mismo tiempo que propicia oportunidades justas a lo largo de todo el ciclo de vida, al promover la participación de la sociedad civil y el empoderamiento de las comunidades.

177. El derecho a la salud y los derechos humanos, consagrados en convenios y normas universales y regionales de derechos humanos, ofrecen un marco conceptual y jurídico unificador para orientar las estrategias a los grupos en situación de vulnerabilidad, así como un mecanismo para evaluar el éxito y aclarar la rendición de cuentas y responsabilidades de diferentes interesados directos.

178. Aunque muchos países han progresado considerablemente en cuanto a la reducción de la mortalidad materna, los promedios nacionales ocultan inequidades. Cada día mueren en la Región alrededor de 30 mujeres por causas relacionadas con el embarazo o el parto. Es necesario mejorar la recopilación de datos y los sistemas de información a fin de vigilar mejor la salud materna. Los grupos vulnerables (poblaciones rurales, grupos indígenas y adolescentes) requieren medidas específicas fundamentadas en la perspectiva de género, la equidad, los derechos humanos y los determinantes sociales de la salud. Las iniciativas para reducir la mortalidad materna deben incluir estrategias para mejorar la calidad de la atención y abordar la morbilidad materna grave (“cuasi incidentes”).

179. El uso excesivo de las cesáreas se ha convertido en un problema mundial de salud pública. En un estudio reciente se observó que, de los 18,5 millones de partos por cesárea que hubo en todo el mundo en el 2008, 73% (13,5 millones) tuvieron lugar en 69 países con tasas de cesárea del 15% o mayores. En los estudios no se encontró ningún beneficio adicional para la madre o el bebé en los países con tasas de cesárea superiores al 15%; en cambio, las tasas elevadas presentan una relación con resultados de salud maternoinfantil negativos. Por otro lado, se considera que las tasas de cesárea inferiores al 10% reflejan una subutilización.

180. En la Región se necesitan enfoques amplios e integrados con respecto a la salud sexual y reproductiva, lo que implica una evaluación de las necesidades de la mujer a lo largo de todo el ciclo de vida, incluidas etapas como el período anterior a la concepción, el período prenatal, el parto, el puerperio y la menopausia. Debe considerarse la posibilidad de incluir la anticoncepción y el aborto en la elaboración y la ejecución de las intervenciones de atención de salud. Otros de los retos que afectan a las mujeres de la Región son la feminización de la epidemia de infección por el VIH/sida, la salud mental, los cánceres ginecológicos, y la violencia doméstica, por el compañero íntimo y la violencia sexual. Un problema emergente en las políticas de salud de la mujer es la interfaz con las enfermedades no transmisibles como la obesidad, la hipertensión y la diabetes, que son ahora causas importantes de la carga de enfermedad de las mujeres.

181. Los niños de la Región de las Américas son su principal recurso; por lo tanto, el reconocimiento y la protección de sus necesidades y de sus derechos humanos particulares son esenciales para un desarrollo verdadero. Los Estados Miembros han logrado grandes avances con respecto a la reducción de la mortalidad y la morbilidad en la niñez y han alcanzado una mayor integración de los servicios de salud infantil en los establecimientos de salud. Sin embargo, para que dicha integración sea aun más eficaz, las políticas, las estrategias y los planes nacionales de salud, así como las leyes y la normativa, deben adoptar un enfoque intersectorial, interprogramático y del ciclo de vida.

182. Aunque la mortalidad infantil ha disminuido mucho, persisten retos en la Región que deben afrontarse. La mortalidad neonatal es el componente principal de la mortalidad de menores de 1 año y de 5 años, y las principales causas de muerte son prevenibles. En la Región, cada año, mueren 210.000 niños antes de cumplir 5 años, más de 60% de ellos durante el primer mes de vida.

183. Las condiciones al nacer y en las primeras etapas de la vida influyen mucho en la salud y el desarrollo a lo largo de todo el ciclo de vida. Diversas condiciones adversas en los primeros años de vida influyen de manera negativa en el crecimiento, el desarrollo y la capacidad sensorial, lo que a su vez afecta la calidad de vida y la capacidad de trabajar y aprender de la persona y, en última instancia, el capital social de un país. También hay datos que indican que ciertos trastornos en la infancia contribuyen a la aparición de enfermedades crónicas en la edad adulta.

184. La exclusión social y las desigualdades constituyen uno de los retos mayores para la salud de los niños en la Región. La pobreza y las privaciones durante la primera infancia pueden perjudicar el desarrollo del niño y su aprendizaje en el futuro, ya que 80% de la capacidad del cerebro se desarrolla antes de los tres años de edad. Sin embargo, los programas de desarrollo del niño en la primera infancia tienen una cobertura baja y muchas estrategias de supervivencia infantil todavía adoptan un enfoque vertical que no tiene en cuenta las condiciones ambientales y otros determinantes sociales de la salud. Los países afrontan retos para ampliar la cobertura de las estrategias de prestación de servicios de salud, tanto clínicos como comunitarios, a fin de alcanzar las metas de salud y calcular los recursos necesarios y las implicaciones financieras de estas estrategias, especialmente para las poblaciones excluidas.

185. La población de adolescentes y jóvenes representa actualmente 26% del total de la población, la mayor cohorte que ha existido de este grupo en relación con otros grupos etarios. La tasa de fecundidad en adolescentes (73,4 por 1.000 mujeres adolescentes de 15 a 19 años) sigue siendo elevada en comparación con el nivel mundial (52,7 por 1.000). Veintiún por ciento de los adolescentes tienen un peso excesivo y 6% son obesos; al mismo tiempo, la anemia sigue siendo un problema considerable en las mujeres jóvenes. Además, la violencia y el uso de sustancias psicoactivas en los jóvenes son importantes inquietudes en la Región. El impacto desproporcionado de estos problemas en la población joven de ingresos bajos, transfronteriza y la que pertenece a minorías étnicas y será el punto central de investigaciones e intervenciones.

186. Los adultos mayores sanos e independientes contribuyen al bienestar de la familia y la comunidad. Dentro de 10 años, el número de adultos mayores (personas de más de 65 años) se habrá duplicado en la Región, en comparación con el año 2000. Aunque los adultos que llegan a los 60 años tienen una esperanza de vida de alrededor de 21 años más, en general pasan 10 de esos años con mala salud. Los adultos mayores se enfrentan con inequidades sociales y económicas, junto con diversos trastornos crónicos y discapacidades que se complican debido a la falta de protección social y de salud, y al acceso limitado a servicios de buena calidad. La disponibilidad de recursos familiares para ayudar a los adultos mayores ha disminuido notablemente y, por consiguiente, más personas de este grupo no dispondrán de este tipo de cuidados. Con intervenciones oportunas y adecuadas se podrán afrontar estos retos y aumentar la contribución de los adultos mayores al desarrollo social y económico.

187. Los factores ambientales influyen en la salud de las personas y de la población en conjunto. Según los cálculos, los determinantes ambientales de la salud son la causa de cerca del 25% de la carga mundial de morbilidad y de alrededor de un millón de muertes anuales en la Región. Los principales determinantes ambientales de la salud son la contaminación del aire de las viviendas por combustibles sólidos; las partículas ambientales y el ozono; el radón en las viviendas; la exposición doméstica peligrosa a metales, en particular plomo, mercurio y metilmercurio; los plaguicidas; los desechos peligrosos; la falta de acceso sostenible a agua potable y saneamiento básico, y los principales factores de riesgo ocupacionales. Los determinantes ambientales de la salud muestran una distribución altamente desigual, lo que interactúa con otras inequidades en salud. La carga de morbilidad ambiental y su distribución injusta en la Región representan una seria amenaza para la equidad en la salud, la cobertura universal de salud, la seguridad económica y el crecimiento, el desarrollo humano sostenible, la gobernanza regional y el logro de los objetivos de desarrollo mundiales.

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

188. Hay intervenciones eficaces para mejorar la salud de las mujeres y los niños, y reducir la mortalidad materna, neonatal e infantil. Los retos estriban en utilizarlas y ampliarlas, de manera que sean accesibles para todos antes de la concepción y en el embarazo, el parto y los primeros años de vida, garantizando la calidad de la atención. La mitad de las defunciones maternas, un tercio de las defunciones de recién nacidos y un tercio de los mortinatos, así como la mayoría de las complicaciones que pueden conducir a la muerte de la madre o el recién nacido, se producen dentro de las 24 horas precedentes o siguientes al parto. Es también en este mismo período que pueden efectuarse las intervenciones más eficaces para salvar la vida de las madres y los bebés: manejo del parto, administración de oxitocina después del parto, reanimación del recién nacido, inicio temprano de la lactancia materna e intervenciones para niños con defectos congénitos. El trabajo en esta área es objeto de un compromiso de alto nivel como consecuencia de su inclusión en los ODM 4 y 5, y de que es un tema de interés para la Comisión de Información y Rendición de Cuentas sobre la Salud de las Mujeres y los Niños.

189. La planificación familiar puede evitar hasta un tercio de las muertes maternas, pero en el 2012 más de 200 millones de mujeres tenían necesidades desatendidas en el ámbito de la anticoncepción. Es necesario consolidar y fortalecer la ejecución de políticas de salud sexual y reproductiva en la Región como parte de los derechos a la salud reproductiva. Hay grandes retos que subsisten, como la provisión de suministros para la planificación familiar; la universalización de la anticoncepción de urgencia; la disponibilidad de servicios de esterilización masculina y femenina; la ampliación de la capacidad de los servicios de salud para abordar la infertilidad; la realización de abortos en los casos en que están permitidos por ley, en particular en embarazos resultantes de actos de violencia sexual; y la integración de programas de salud sexual y reproductiva con el tratamiento de la hipertensión y la diabetes y la salud mental, en vista de la alta carga de morbilidad de estas enfermedades.

190. Durante el período 2014-2019, la Oficina seguirá trabajando en la promoción de intervenciones eficaces para reducir las tasas de mortalidad de menores de 5 años en los países en desarrollo a niveles que se acerquen a aquellos de los países más ricos y disminuir las disparidades entre los niños más pobres y los más adinerados dentro de cada país, prestando especial atención al tratamiento de la neumonía y la diarrea y a la coordinación eficaz con las enfermedades conexas prevenibles mediante vacunación y los programas ambientales.

191. En el caso de los adolescentes, el trabajo se centrará en la inversión en factores protectores a nivel individual, familiar y de la comunidad a fin de promover y proteger el comportamiento saludable y prevenir los factores de riesgo, priorizando a los adolescentes pobres en situación de vulnerabilidad, y las áreas de la salud sexual y reproductiva, la violencia sexual y de pareja, la salud mental, la nutrición, los accidentes, el uso y el abuso de sustancias psicoactivas y las enfermedades no transmisibles, en un marco de derechos humanos.

192. Un gran reto para la Región es el de prestar servicios preventivos y de promoción de la salud para mantener la calidad de vida y el bienestar de los adultos (de 18 a 65 años), especialmente de los hombres. El común denominador durante esta etapa de la vida es el trabajo, que constituye la fuente de ingresos para el sustento familiar, confiere estatus y promueve el crecimiento personal y profesional. Es importante prestar especial atención a esta “edad laboral” para promover los modos de vida saludables y controlar los factores de riesgo que puedan causar enfermedades y trastornos en etapas posteriores de la vida. Una amplia gama de factores de riesgo influye en la salud de los adultos, entre ellos el comportamiento, los hábitos, la cultura y los determinantes sociales de la salud. Algunos riesgos están relacionados con las condiciones de trabajo (como la exposición a peligros físicos, químicos o biológicos) o los términos del empleo (contratos, sueldos, horarios, prestaciones sociales, etc.). Además, ciertos tipos de trabajo pueden promover hábitos insalubres, como muy poca actividad física o régimen alimentario deficiente, entre otros. Los servicios preventivos y clínicos, como los exámenes periódicos y las vacunaciones programadas, son fundamentales para mejorar la salud de los adultos y evitar la muerte prematura y la discapacidad.

3.2 Envejecimiento y salud

193. La promoción de la salud con un enfoque de todo el ciclo de vida conduce a un envejecimiento más activo y saludable. En el período 2014-2019, la Oficina dará prioridad a la salud de los 150 millones de adultos mayores que viven actualmente en la Región y los 50 millones más que llegarán a la vejez antes del 2025. Los esfuerzos se concentrarán en el mantenimiento de la capacidad funcional para que estas personas puedan llevar una vida activa e independiente en la comunidad, la reducción de las tasas de discapacidad y la demanda de atención a largo plazo y de servicios sociales y de salud, la promoción de la salud de los adultos mayores en las políticas públicas, la adaptación de los sistemas de salud para afrontar los retos relacionados con el envejecimiento, el apoyo a la formación de recursos humanos para afrontar este reto y la generación de la información necesaria para llevar a la práctica intervenciones y evaluarlas.

3.3 Género, equidad, derechos humanos y etnicidad

194. La igualdad de género en el ámbito de la salud es una meta progresiva para garantizar que las mujeres y los hombres, en un contexto de diversidad sexual y étnica, tengan igualdad de oportunidades para obtener acceso a los recursos necesarios para proteger y promover su salud. Algunas de las condiciones previas necesarias para lograr la igualdad de género incluyen el cumplimiento por el Estado de sus obligaciones para garantizar el derecho a la salud y abordar las inequidades de género.

195. En la Convención sobre los Derechos del Niño, de las Naciones Unidas, se reconoce el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a participar en los asuntos que afectan su salud. Estos derechos se respetan en la formulación de políticas y programas.

196. Se utilizará un enfoque sinérgico como base para la integración institucional del género, la equidad, los derechos humanos y la etnicidad en todos los niveles de la Organización, lo que implica diseñar y establecer mecanismos estructurales que posibiliten que la integración programática (políticas, planes y leyes) obtenga buenos resultados y que ayuden a los países a alcanzar la igualdad de género, la equidad, la igualdad étnica y el derecho a la salud y otros derechos humanos conexos. En este sentido, los retos para la OPS y los Estados Miembros consisten en adquirir suficiente pericia en lo que se refiere a la elaboración de instrumentos de leyes de derechos humanos y de mecanismos para la rendición de cuentas aplicables al ciclo de vida, los determinantes sociales, el género, la equidad y la diversidad cultural, y su integración en los sistemas de salud.

3.4 Determinantes sociales de la salud

197. La labor en relación con los determinantes sociales de la salud abarca todas las áreas de trabajo de la OPS. Durante el período 2014-2019, la OPS seguirá centrando su trabajo en los determinantes sociales y sus vínculos con la promoción de la salud, abordando la equidad en las cinco categorías programáticas del Plan Estratégico (excluida la categoría 6, liderazgo, gobernanza y funciones habilitadoras). Además, el fortalecimiento de la capacidad para integrar el enfoque de determinantes sociales de la salud continuará en la Oficina y en los Estados Miembros. Se necesitan herramientas y directrices para garantizar la presencia de la “salud en todas las políticas” a fin de crear una mayor conciencia sobre el valor agregado por medio del enfoque basado en los determinantes sociales y su vínculo con la promoción de la salud que fomenta la participación y el poder de decisión de la comunidad en lo que respecta a la salud. La Oficina también elaborará un conjunto normalizado de indicadores para dar seguimiento a las medidas relativas a los determinantes sociales de la salud, ejecutar el plan de trabajo conjunto en ese campo y darle seguimiento con sus colaboradores dentro y fuera del sector de la salud. Para eso será necesario recopilar datos desglosados a fin de mejorar el análisis y la comprensión de las inequidades y los gradientes sociales en cuanto a la salud en la Región y dentro de los países.

198. La iniciativa de la “salud en todas las políticas” se basa en los avances nacionales e internacionales en el ámbito de las políticas de salud y la atención de salud integral, entre ellos la Declaración de Alma-Ata, la Carta de Ottawa, la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Declaración Política de Río sobre los determinantes sociales de la salud. La Declaración Política de Río, aprobada en el 2011 por la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, expresa el compromiso mundial de adoptar el enfoque de los determinantes sociales al ámbito de la salud. Esto permite que los países de la Región cobren impulso para elaborar sus propios planes nacionales de acción y estrategias multisectoriales a fin de reducir las inequidades.

199. Por último, tal como se señala en la Declaración Política de Río, la OPS se centrará en la necesidad de una mejor coordinación y orientación, del número cada vez mayor de actores en el sector de la salud, área generalmente denominada gobernanza de la salud. El enfoque de los determinantes sociales de la salud promueve la gobernanza por medio de alianzas y redes con diferentes sectores de la sociedad, cuyo propósito es abordar las marcadas inequidades que se observan en la Región mediante acciones concretas y políticas públicas basadas en el consenso, con el objetivo de alcanzar el grado máximo de salud para todos y de cumplir los tratados y las normas regionales y mundiales aplicables a la salud en el marco de los derechos humanos.

3.5 Salud y medioambiente

200. Es indispensable abordar los determinantes ambientales y sociales de la salud a fin de crear sociedades inclusivas, sanas y seguras, donde las personas puedan alcanzar su potencial y llevar una vida larga, sana, digna y productiva. Esto requiere medidas específicas para abordar las desigualdades ambientales en torno a la salud. En consonancia con el gran conjunto de compromisos, acuerdos y mandatos mundiales y regionales sobre los temas relativos a la salud ambiental, la cooperación técnica de la OPS en esta área prioritaria se centrará en: *a)* el fortalecimiento de la función rectora de las autoridades nacionales de salud en cuanto a la salud ambiental; *b)* el aumento de la capacidad institucional en la esfera de la salud ambiental, incluidas la competencia profesional en relación con los riesgos de salud ambiental y la evaluación del impacto, la vigilancia de las desigualdades ambientales en la salud y la generación de una base de evidencia para fundamentar las políticas; *c)* el mantenimiento y la promoción de la salud ambiental, en particular la puesta en marcha de servicios ambientales primarios a nivel local; *d)* la promoción de medidas para reducir las desigualdades ambientales y sus repercusiones en la salud mediante actividades que abarquen toda la gama de gradientes ambientales y sociales y que se centren en las poblaciones sumamente vulnerables; y *e)* el fortalecimiento de programas específicos que abordan las amenazas ambientales actuales y emergentes que tienen un impacto en la salud local, como el cambio climático, la pérdida de diversidad biológica, el agotamiento del ecosistema, la escasez de agua y la desertificación.

Análisis de los interesados directos clave

201. El trabajo de la categoría 3 se hará en el contexto de la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer y el Niño y del movimiento “Todas las mujeres, todos los niños”. Entre los asociados y los colaboradores se encuentran H4+ (OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial, ONUSIDA, ONUMUJERES), la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, al igual que otros organismos de las Naciones Unidas como el PNUD y la División de Población; la Organización de los Estados Americanos (OEA); las instituciones académicas y de investigación; la sociedad civil y organizaciones de desarrollo; el Programa Especial del PNUD/UNICEF/UNFPA/OMS/Banco Mundial de Investigación, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana; el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, y la Alianza GAVI. Estas alianzas contribuirán a lograr la complementariedad y a acelerar la acción en la recta final para cumplir los ODM 3, 4 y 5.

202. Como una de las metas fundamentales de la agenda para el desarrollo después del 2015 consiste en mantener el grado máximo posible de salud en todas las etapas de la vida, el trabajo en esta categoría es esencial para alcanzar esta meta al igual que la meta de cobertura universal de los servicios de salud. En este sentido es esencial el enfoque sobre los determinantes sociales de la salud y la promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida.

203. Dada la experiencia adquirida en el bienio 2012-2013 gracias al trabajo realizado con la plataforma de las Naciones Unidas para los determinantes sociales de la salud (Organización Internacional del Trabajo, ONUSIDA, PNUD, UNFPA, UNICEF y OMS), la Organización está en buenas condiciones para promover la acción con respecto a los determinantes sociales, incluida su integración en la agenda para el desarrollo después de 2015, y proporcionar apoyo técnico a los Estados Miembros sobre el tema. Asimismo, se establecerá una red de instituciones con el propósito de fortalecer la capacidad de los Estados Miembros para trabajar en las cinco áreas de acción consagradas en la Declaración Política de Río sobre los determinantes sociales de la salud.

204. La OPS seguirá colaborando con ONU-Agua, fortalecerá su colaboración con el UNICEF en la vigilancia mundial del agua y el saneamiento, e impulsará una iniciativa para asegurar la calidad del agua en un nuevo marco de colaboración con ONU-Hábitat en asuntos relacionados con la salud ambiental en zonas urbanas. La Organización seguirá participando en el Programa Interinstitucional de Gestión Racional de los Productos Químicos y seguirá proporcionando servicios de secretaría para este programa. La OPS fortalecerá aun más la representación de la salud en la respuesta general de las Naciones Unidas al cambio climático, por medio de la Junta de los Jefes Ejecutivos del Sistema de las Naciones Unidas para la Coordinación. La Organización efectuará aportes técnicos relacionados con la salud a los programas relacionados con la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático y a alianzas específicas con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas.

Estrategias de cooperación técnica

- (a) Garantizar que haya datos para cuantificar las tendencias relacionadas con los determinantes sociales de la salud, los derechos humanos, la etnicidad y la igualdad de género en la medida en que se relacionan con la salud en la Región.
- (b) Fortalecer los sistemas de vigilancia, seguimiento y evaluación a fin de ampliar la base de evidencia y de investigación para la planificación y la evaluación de las políticas por medio de inversiones adecuadas, el fortalecimiento de la capacidad y alianzas eficaces entre los sectores académico y público.
- (c) Llevar a cabo una labor de promoción con los gobiernos para dar prioridad a la salud a lo largo de todo el ciclo de vida usando un marco de determinantes sociales, derechos humanos, diversidad cultural e igualdad de género en la salud, mediante la educación, políticas y un plan de comunicación, haciendo hincapié en la acción intersectorial y las alianzas publicoprivadas.
- (d) Fortalecer las estrategias y los planes nacionales para abordar la salud en todas las políticas públicas, con la participación de la sociedad civil y los interesados directos pertinentes, por medio de iniciativas comunitarias.
- (e) Apoyar la incorporación de las perspectivas de igualdad de género e igualdad étnico-racial, reducción de la pobreza y derechos humanos en la elaboración de directrices, la formulación de políticas y la ejecución de programas en el ámbito de la salud a fin de abordar las causas fundamentales de las inequidades en salud, la discriminación y la desigualdad con respecto a los grupos más vulnerables.
- (f) Ejecutar los planes y las estrategias regionales existentes acordados con los Estados Miembros, incluidas las resoluciones de los Cuerpos Directivos de la OPS, que se relacionan con la salud a lo largo de todo el ciclo de vida, los determinantes sociales, los derechos humanos, la diversidad cultural, la igualdad de género en la salud, y el medioambiente, y que integran intervenciones en los principales problemas de salud usando estrategias de promoción y prevención.
- (g) Contribuir al fortalecimiento de los sistemas de salud por los siguientes medios:
 - i. Integración y armonización de programas e intervenciones a lo largo de un proceso continuo de atención de todo el ciclo de vida que abarque el hogar, la comunidad y diferentes niveles de los sistemas y servicios de salud.
 - ii. Ampliación, integración y reorientación de los servicios a fin de realizar intervenciones que tengan en cuenta la perspectiva de género y que sean costo-eficaces a lo largo de todo el ciclo de vida, usando los marcos relativos a los determinantes sociales, los derechos humanos y la igualdad de género en la salud, y mediante la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la atención y el apoyo, asegurando que los servicios lleguen a las poblaciones de difícil acceso y a los grupos vulnerables, incluidos los pueblos indígenas.
 - iii. Fortalecimiento de la capacidad del personal de salud pública para ejecutar intervenciones de salud pública y brindar atención de salud de buena calidad en respuesta a las nuevas exigencias emanadas de las tendencias demográficas y epidemiológicas.
 - iv. Promoción de intervenciones comunitarias y apoyo a la atención apropiada en el hogar a lo largo de todo el ciclo de vida.

- (h) Establecer y mantener una coordinación eficaz con otros asociados en todos los sectores pertinentes a nivel de país, subregional y regional, y promover alianzas con organismos bilaterales y de las Naciones Unidas para armonizar los esfuerzos a fin de ampliar las intervenciones y aprovechar al máximo los recursos, fortaleciendo la red de centros colaboradores de la OMS de la Región de las Américas.
- (i) Fomentar la transferencia de tecnologías y nuevas modalidades de cooperación técnica (por ejemplo, Sur-Sur), procurando aprovechar y movilizar la pericia técnica en toda la Región, y promover el intercambio de enseñanzas entre los Estados Miembros.
- (j) Mejorar la alianza estratégica de los ministerios de salud y medioambiente para establecer lazos más sólidos entre el sector ambiental y el de la salud en la planificación y ejecución de políticas nacionales.
- (k) Movilizar recursos para todos los enfoques estratégicos a fin de mejorar la salud a lo largo de todo el ciclo de vida.
- (l) Procurar que la cooperación técnica se adapte a las necesidades de los Estados Miembros y las poblaciones, centrando la cooperación técnica en los países clave definidos en este Plan Estratégico y en los países prioritarios señalados para esta categoría.

Temas transversales y enfoques estratégicos en el ámbito de la salud

205. Esta categoría tiene muchos vínculos con otras áreas de trabajo de la OPS. Hay una relación especial de trabajo con las enfermedades transmisibles y las vacunas, la nutrición, la inocuidad de los alimentos y los servicios de salud integrados, centrados en la persona que brindan atención primaria para reducir la mortalidad y la morbilidad materna y en la niñez a todo lo largo de todo el ciclo de vida. También hay vínculos con los programas que abordan los comportamientos de riesgo en la adolescencia y los programas contra las ENT en los adultos. La respuesta de la Oficina a las necesidades de salud de los grupos de adultos mayores es polifacética y abarca todos los componentes de la Organización. Será particularmente importante la estrecha colaboración con el análisis de la situación de salud, las ENT y la salud mental a lo largo de todo el ciclo de vida y el acceso de los adultos mayores a servicios de salud, el cuidado a largo plazo y la prevención de discapacidades. Igualmente importante es el vínculo con las iniciativas para garantizar la salud de las mujeres, los niños y los adultos mayores en situaciones de emergencia.

206. Además, por su misma índole, el trabajo en esta categoría —concretamente, los esfuerzos para apoyar la salud a lo largo de todo el ciclo de vida y los temas transversales, como la integración de la perspectiva de género, la equidad, la etnicidad y los derechos humanos— contribuye al trabajo en las demás categorías y se beneficia del trabajo que se realiza en ellas. Esta categoría servirá de núcleo para asegurar que el trabajo técnico en estas áreas transversales se incorpore en todas las áreas programáticas. Además, se deberá promover la colaboración intersectorial para abordar los determinantes sociales y ambientales de la salud.



Supuestos y riesgos

Supuestos:

- (a) Los Estados Miembros mantienen el compromiso de abordar la brecha de inequidad en salud mediante la acción con respecto a los determinantes sociales de la salud, en particular la puesta en práctica de la Declaración Política de Río y el seguimiento de su progreso.
- (b) El sector de la salud mantiene su liderazgo en la adopción del marco de la “salud en todas las políticas” para la acción de los países.
- (c) Se asumen compromisos políticos a nivel regional y de país con respecto a los derechos relacionados con la salud sexual y reproductiva, la salud a lo largo de todo el ciclo de vida, los temas transversales y los determinantes sociales de la salud.
- (d) Hay enfoques integrales y mecanismos de coordinación entre categorías, dentro de ellas y con otros organismos de las Naciones Unidas para mejorar la salud de las poblaciones vulnerables.
- (e) El trabajo interprogramático está organizado de manera tal que tenga un efecto multiplicador en las intervenciones de los sistemas de salud.
- (f) Los sistemas de información de salud tienen la capacidad para vigilar la situación de la salud de todos los grupos de la población.
- (g) Los países están dispuestos a hacer cambios en las leyes y las políticas, y a mantenerlos, a fin de derribar las barreras al acceso a la atención de salud y los métodos anticonceptivos, especialmente para los jóvenes.
- (h) Se dispone de intervenciones basadas en la evidencia a nivel de país, con herramientas apropiadas para su ejecución.
- (i) Un enfoque integral del envejecimiento activo incorpora no solo la salud física de los adultos mayores, sino también los derechos humanos, la salud mental, los determinantes sociales y otros programas pertinentes.
- (j) La colaboración regional y multisectorial contribuye a la elaboración de programas nuevos y al intercambio de prácticas óptimas entre los Estados Miembros.
- (k) Los sistemas de salud están preparados para proporcionar servicios clínicos, preventivos y de promoción de la salud a los trabajadores y las poblaciones en edad de trabajar.
- (l) Se colabora con otros organismos de las Naciones Unidas para abordar el tema de la salud ambiental y de los trabajadores.
- (m) Los países fortalecen su marco normativo y legislativo en materia de salud ambiental y salud de los trabajadores.

Riesgos:

- (a) Las prioridades contrapuestas, los desastres y las epidemias, los disturbios políticos y civiles limitan los recursos para las áreas programáticas en esta categoría, comprometiendo el logro de los resultados.
- (b) Hay una erosión de la voluntad política para apoyar el trabajo en relación con los determinantes sociales de la salud y poca capacidad para integrarlos en los programas de salud.
- (c) El movimiento frecuente de personal y la falta de una masa crítica de proveedores de atención de salud socavan las intervenciones a nivel de salud primaria.
- (d) Los sistemas de información producen datos desglosados limitados y pocos datos sobre los determinantes sociales de la salud.
- (e) La participación de los principales interesados directos en todas las etapas de la adopción de decisiones sobre la planificación familiar, desde las políticas hasta la ejecución de programas, es limitada por razones sociales y religiosas. No se usa el enfoque multisectorial para garantizar el acceso a la planificación familiar. La mayoría de los países no tienen sistemas adecuados de evaluación y seguimiento con la finalidad de señalar las principales barreras para la planificación familiar y los grupos con acceso mínimo a estos servicios, como los adolescentes, los indígenas y los habitantes de zonas rurales.

- (f) El personal de salud no está preparado para trabajar con nuevos programas de envejecimiento en actividad.
- (g) Se usan pocos programas basados en la evidencia, adaptados al contexto local y pertinentes para la población local.
- (h) Aunque se ponen de relieve los temas transversales en las prioridades de salud a nivel mundial, regional y nacional, quedan ocultos fácilmente o se los deja de lado cuando son cuestionados por grupos nacionales e internacionales con intereses especiales. Los socios poseen escasos conocimientos, y hay poco consenso entre ellos, en lo que se refiere a las definiciones, los marcos y las estrategias para los temas transversales.
- (i) Hay leyes y políticas perjudiciales basadas en la identidad de género, las expresiones de género, la edad, la etnicidad o la orientación sexual que obstaculizan las iniciativas para que se respeten, promuevan y protejan los derechos humanos en el contexto de la salud.
- (j) Debido a las políticas y leyes obsoletas y al cumplimiento limitado de las políticas y leyes vigentes, es difícil abordar eficazmente la salud ambiental y de los trabajadores.

Categoría 3. Determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida: Áreas programáticas y 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

Resultado intermedio-RIT 3.1 Aumento del acceso a las intervenciones para mejorar la salud de la mujer, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto			
Ind. #	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2013*	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)*
RIT 3.1.1	Porcentaje de necesidad insatisfecha con respecto a los métodos modernos de planificación familiar	15%	11%
RIT 3.1.2	Porcentaje de partos atendidos por personal capacitado	95%	97%
RIT 3.1.3	Porcentaje de madres y recién nacidos que reciben atención posparto dentro de los siete días siguientes al parto	40%	60%
RIT 3.1.4	Porcentaje de niños de menos de 6 meses alimentados exclusivamente mediante la lactancia materna	38%	44%
RIT 3.1.5	Porcentaje de niños de 0 a 59 meses con neumonía presunta que reciben antibióticos	29%	40%
RIT 3.1.6	Tasa de fecundidad específica en las mujeres de 15 a 19 años**	60 por 1,000	52 por 1,000
RIT 3.1.7	Número de países y territorios que cumplen la recomendación de la OPS de efectuar evaluaciones médicas ocupacionales periódicas para la población de trabajadores adultos (de 18 a 65 años de edad)	3	10

* El año de la línea de base es el 2013 o el año al que correspondan los datos más recientes. Se indica el año correspondiente en el caso de los indicadores sin datos para el 2013. Las metas para el 2019 incluyen la línea de base del 2013. Esto se aplica a todas las líneas de base y las metas de esta categoría.

** La OPS calculará también el porcentaje de madres adolescentes menores de 15 años de edad.

3.2 Envejecimiento y salud

Resultado intermedio-RIT 3.2 Aumento del acceso a intervenciones para que los adultos mayores puedan llevar una vida independiente			
Ind. #	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2013	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 3.2.1	Número de países y territorios con por lo menos un programa de autocuidado basado en la evidencia para adultos mayores que viven con múltiples trastornos crónicos	1 (2015)	15

***Esta línea de base del indicador no es aplicable porque se trata de un indicador nuevo. Los indicadores nuevos son los que se miden por primera vez en el Plan Estratégico y sin los datos de la línea de base actual.

3.3 Género, equidad, derechos humanos y etnicidad

Resultado intermedio-RIT 3.3 Aumento de la capacidad del país de integrar el género, la equidad, los derechos humanos y la etnicidad en el ámbito de la salud			
Ind. #	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2013	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 3.3.1	Número de países y territorios con una respuesta institucional que aborda las inequidades en salud: género, equidad, derechos humanos y etnicidad	32	39

3.4 Determinantes sociales de la salud

Resultado intermedio-RIT 3.4 Mayor liderazgo del sector de la salud para abordar los determinantes sociales de la salud			
Ind. #	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2013	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 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

3.5 Salud y medioambiente

Resultado intermedio-RIT 3.5 Reducción de las amenazas medioambientales y ocupacionales para la salud			
Ind. #	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2013	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 3.5.1	Número de países y territorios con una disparidad significativa (>5%) que han reducido la brecha entre el acceso de la población urbana y la rural a fuentes de agua mejoradas	9	24
RIT 3.5.2	Proporción de la población con acceso a servicios mejorados de saneamiento	88%	92%
RIT 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
RIT 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
RIT 3.5.5	Número de países y territorios con capacidad de abordar el tema de la salud ambiental	11	24





Categoría 4. Sistemas de salud

Fortalecer los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud; orientar la gobernanza y el financiamiento en el ámbito de la salud hacia la consecución progresiva del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud; organizar la prestación integrada de servicios de salud centrados en la persona; promover el acceso a tecnologías sanitarias, así como su uso racional; fortalecer los sistemas de información e investigación sobre la salud y la integración de la evidencia en las políticas de salud y la atención de salud; facilitar la transferencia de conocimientos y tecnologías; y desarrollar recursos humanos para la salud.

Alcance

207. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (en lo sucesivo, “salud universal”)⁴ una de las ideas más poderosas en el ámbito de la salud pública, combina dos componentes fundamentales: *a)* el acceso a los servicios de buena calidad necesarios para lograr que cada persona y comunidad tengan buena salud, incluidas la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos o la atención a largo plazo, junto con las medidas necesarias para abordar los determinantes de la salud; y *b)* los mecanismos, las políticas y los reglamentos financieros requeridos para garantizar la protección financiera y evitar que la mala salud conduzca a la pobreza o la empeore.

208. La promoción de la cobertura universal de salud significa fomentar el acceso universal a trabajadores de la salud bien capacitados y motivados, y a tecnologías sanitarias seguras y eficaces, incluidos los medicamentos y otros productos médicos, mediante redes de prestación de servicios bien organizadas. Significa establecer y mantener sistemas de salud sólidos basados en la atención primaria de salud y que descansen en firmes cimientos legales, institucionales y organizativos. El trabajo en estas esferas debe estar guiado por la innovación, la evidencia científica y el conocimiento pertinente. Los Estados Miembros de la OPS varían en cuanto a su tamaño, recursos y niveles de desarrollo; la salud universal proporciona un poderoso concepto unificador para orientar la salud y el desarrollo, así como para fomentar la equidad en materia de salud en los próximos años. El liderazgo de la OPS, tanto técnico como político, será crucial para impulsar la salud universal y permitir a los países alcanzarla.

Contexto

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

209. Los sistemas de salud de la Región deben hacer frente a dos retos institucionales principales: la segmentación debida a regímenes de financiamiento y afiliación distintos, y la fragmentación debida a la atención de salud prestada por muchas instituciones y establecimientos diferentes que no suelen estar integradas en redes. Otros problemas son la falta de prioridades y objetivos nacionales claros, la falta de datos comparables, la gestión de servicios y capacidades de reglamentación poco sólidas y deficiencias con respecto a la disponibilidad, distribución y calidad del personal de salud. Estos problemas agravan las inequidades en salud, la ineficiencia de los servicios de atención de salud y las brechas en el acceso eficaz a servicios de salud de alta calidad, incluidos los productos médicos y otras tecnologías sanitarias.

4 Definición de la OPS: “El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios de salud integrales, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular a los grupos en situación de vulnerabilidad” (*Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*, documento CD53/5, Rev. 2, aprobada mediante la resolución CD53.R14 [2014]).

210. Si bien la evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas efectuada en el 2012 documenta avances importantes en la planificación estratégica de la salud en una gran parte de los países de la Región, el fortalecimiento de esta función en el sector de la salud es fundamental para el liderazgo y la gobernanza eficaces. Uno de los retos principales relacionados con el liderazgo y la gobernanza del sector de la salud es la insuficiencia del acceso al conocimiento científico y su poca utilización para comprender mejor los efectos de los programas y servicios de salud pública.

211. El acceso a los servicios de salud es solo uno de varios determinantes de la salud. Hay una estrecha relación entre la salud universal y los pilares sociales, ambientales y económicos del desarrollo sostenible. En consecuencia, millones de personas en la Región no tienen garantizado el derecho a la salud y los recursos no se utilizan eficientemente para ejecutar intervenciones de eficacia comprobada que aborden las prioridades de salud y mejoren los resultados sanitarios. Los grupos de población más afectados son los más vulnerables, históricamente excluidos y pobres, por ejemplo, los grupos indígenas y los afrodescendientes. Las políticas y los marcos jurídicos que promueven la equidad en el acceso a la atención de salud y las tecnologías sanitarias están abordándose en toda la Región, junto con los mecanismos de protección social para reducir o eliminar los obstáculos financieros.

212. La salud universal no se concibe como un conjunto mínimo de servicios, sino como un proceso activo que se logra de manera progresiva y que debe hacerse avanzar en tres aspectos: *a)* la gama de servicios de buena calidad efectivamente al alcance de las personas; *b)* la proporción de los costos de esos servicios que está cubierta; y *c)* la proporción de la población cubierta por los servicios de salud. Los resultados de la evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas revelan adelantos en cuanto a la función rectora de las autoridades nacionales de salud e indican que se deben realizar esfuerzos continuos para fortalecer estas tres dimensiones. El establecimiento de una buena gobernanza en el ámbito de la salud —como proceso encaminado a establecer una visión común y hacer converger los esfuerzos— es esencial para la salud universal. La estrategia política propuesta, que vincula la salud con metas sociales y económicas más generales, implica la ejecución de políticas de protección social basadas en evidencia con mecanismos financieros específicos dirigidos a la salud universal.

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

213. En la Región de las Américas, la fragmentación de los servicios de salud es una limitación común. La fragmentación de los sistemas se caracteriza por la falta de coordinación entre los distintos niveles y lugares de atención, la duplicación de los servicios y la infraestructura, la capacidad de producción sin utilizar o subutilizada, y la prestación de servicios de salud en el sitio menos apropiado, en particular, en los hospitales. Desde la perspectiva de las personas, la fragmentación se manifiesta como la falta de acceso a los servicios, la pérdida de continuidad en la atención y la incapacidad de los servicios de satisfacer las necesidades de los usuarios.

214. La cobertura universal de salud implica un modelo de atención centrado en la persona y el establecimiento de redes integradas de atención de salud a fin de satisfacer las necesidades y exigencias de toda la población a lo largo de todo el ciclo de vida. La transformación de la manera en que se presta la atención asegurará el acceso a servicios de salud eficaces e integrales, incluidos los programas de salud verticales, a lo largo de todo el continuo de la atención de salud. La prestación de servicios integrados centrados en la persona se estructura en torno a las necesidades de salud y las expectativas de las personas y las comunidades, en lugar de hacerlo en torno a las enfermedades. Entretanto, las políticas fundamentadas en evidencia reúnen los mejores datos científicos y otras formas de conocimiento de manera sistemática y promueven métodos adecuados y eficientes para mejorar la atención de salud y las políticas en materia de salud. Ambos aspectos son fundamentales para configurar las políticas y los servicios de salud.

4.3 Acceso a productos médicos y fortalecimiento de la capacidad regulatoria

215. Las tecnologías sanitarias, incluidos los medicamentos y otros productos médicos, son imprescindibles para la prestación de los servicios de salud, desde la prevención hasta los cuidados paliativos. Para lograr la salud universal un paso fundamental es mejorar el acceso a las tecnologías sanitarias y una parte esencial de esto es elaborar y ejecutar políticas que fortalezcan la gobernanza y la gestión de las tecnologías sanitarias. Sin embargo, hay disparidades importantes en el acceso a los medicamentos y otras tecnologías sanitarias entre los países de la Región, y entre los distintos grupos socioeconómicos dentro de un mismo país. En la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos las tecnologías sanitarias constituyen el mayor gasto público en salud después de los gastos de personal, y el mayor gasto en salud de los hogares. El uso inapropiado e irracional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias no solo infla los costos de la atención de salud, sino que también disminuye la calidad de la atención, arriesga la seguridad del paciente y compromete los resultados generales en materia de salud.

216. Aunque algunos países de la Región han fortalecido su capacidad de innovación tecnológica en el ámbito de la salud, aún no se han abordado muchas de las prioridades en materia de innovación. Las tecnologías sanitarias más novedosas comienzan a estar disponibles, pero a menudo tienen un costo mayor que aquellas que reemplazan. Por lo tanto, la incorporación de tecnologías sanitarias sobre la base de evaluaciones debe orientar la toma de decisiones con respecto a su adquisición y aplicación en los servicios de salud, y es necesario elaborar directrices de práctica para mejorar la calidad de la atención y optimizar los recursos para la salud. Además, es importante contar con una capacidad de reglamentación apropiada para asegurar la disponibilidad de medicamentos seguros, de calidad y eficaces, así como de otras tecnologías sanitarias; el fortalecimiento de esta capacidad se ha tornado una prioridad para los países de la Región a fin de avanzar hacia la salud universal.

4.4 Información y evidencia en apoyo de los sistemas de salud

217. La información de salud es un insumo fundamental que apoya todos los aspectos de la acción en torno a la salud, como la investigación, la planificación, las operaciones, la vigilancia, el seguimiento y la evaluación, así como la asignación de prioridades y la toma de decisiones. Sin embargo, subsisten disparidades entre los países con respecto a la cobertura, fiabilidad, oportunidad y calidad de la información suministrada por los sistemas de información de salud. También hay diferencias entre los países con respecto a la capacidad analítica y de investigación para producir datos de salud y usarlos a fin de analizar las causas de los problemas y las mejores opciones disponibles para abordarlos. Las comunidades deben desempeñar una función más activa en la generación y difusión de la evidencia a fin de orientar mejor las medidas para mejorar el estado de salud de la población.

218. Para mejorar las condiciones de vida de la población y reducir las inequidades en los resultados de salud es necesario fortalecer la capacidad de análisis de la situación de salud y mejorar la producción y el intercambio de evidencia, así como para facilitar su traducción en políticas y aplicación en la práctica de la salud pública. La evidencia científica y la información de salud deben integrarse en los procesos decisivos a todos los niveles del sistema sanitario para lograr una atención de salud basada en la evidencia y formulación de políticas fundamentadas en la evidencia. La Oficina seguirá trabajando en la elaboración de directrices, herramientas y productos de información multilingües y en formatos múltiples que permitan al personal de la Oficina y los profesionales de salud de los países obtener acceso sostenible a conocimientos científicos y técnicos actualizados, y contribuyan al empoderamiento de los pacientes mediante información fidedigna. Además, la Oficina administrará y apoyará las redes de difusión del conocimiento para traducir los datos científicos en políticas y prácticas, y promover el uso apropiado de las tecnologías de la información y de la comunicación.

219. Se considera que la información de salud es un derecho básico de las personas. El desarrollo y el uso de las tecnologías de la información y de la comunicación, la ampliación del alfabetismo digital y el aumento del acceso a conocimientos científicos y la capacitación son todos elementos que pueden ayudar a aumentar el acceso a de las personas a información fidedigna sobre salud. En particular, el desarrollo y uso de los dispositivos móviles (*mHealth*) y de aplicaciones de salud electrónicas (*eSalud*) ofrece la posibilidad de cambiar la manera en que se prestan los servicios de salud. El desarrollo y la aplicación de las estrategias nacionales de ciber salud serán fundamentales para la optimización del beneficio para la salud que ofrecen las nuevas tecnologías de la información.

4.5 Recursos humanos para la salud

220. Los recursos humanos —profesionales, científicos, técnicos, auxiliares y agentes sanitarios de la comunidad— son la columna vertebral de los sistemas y servicios de salud y, en consecuencia, son fundamentales para lograr la cobertura universal de salud. Sin embargo, sin una atención adecuada, la fuerza laboral puede convertirse en un obstáculo importante para alcanzar la salud universal. Muchos países de la Región sufren una escasez crítica de personal de salud a nivel nacional, definida como menos de 25 trabajadores de salud por 10.000 habitantes, y prácticamente todos experimentan escasez de trabajadores de salud en algunos distritos o comunidades, por lo general de la periferia urbana o comunidades rurales habitadas por pueblos indígenas u otros grupos con singularidades socioeconómicas y culturales. A mediano plazo, las crecientes exigencias relacionadas con las enfermedades no transmisibles y el envejecimiento de la población, combinadas con las presiones financieras sobre los sistemas de salud, intensificarán las tensiones en torno a la disponibilidad, la distribución, la composición, las competencias, el manejo y el desempeño de los recursos humanos dedicados a la salud. Otro problema en muchos países es la emigración del personal del área de la salud.

221. El personal de salud también es un actor político fundamental que tiene suficiente poder para cambiar la manera en que las políticas de salud se formulan y se ejecutan. La eficacia de la atención de salud depende enormemente del desempeño de los trabajadores de salud y, en consecuencia, de su financiamiento, capacitación, selección, contratación y desarrollo mediante perspectivas de carrera integrales. Los servicios de salud integrados de gran calidad, eficaces y centrados en la persona dependen de una combinación acertada de trabajadores de salud que tengan las aptitudes adecuadas, en el lugar adecuado y el momento propicio. El fortalecimiento de la gestión y el desarrollo de los recursos humanos para la salud deben formar parte de las políticas públicas. Veinte de los 30 países que participaron en la evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas en el 2012 informaron que habían incluido esta área de trabajo en sus planes nacionales de salud. Puesto que los recursos humanos para la salud pueden influir considerablemente en el estado de salud de la población, deben considerarse como trabajadores esenciales y no como recursos flexibles que pueden recortarse fácilmente ante a un déficit presupuestario. Puede decirse que los trabajadores de salud son a la vez cabeza, corazón y manos del sistema de salud.

Análisis de los interesados directos clave

222. En el sector de la salud hay muchos interesados directos en los niveles mundial, regional, nacional y local. Además, en los últimos años ha surgido un número cada vez mayor de actores en el campo internacional de la salud, lo que ha favorecido una cooperación constructiva, pero también la competencia por los recursos y por la influencia en la política de salud. Para mejorar tanto la salud como la equidad en salud en la Región de las Américas se necesita una visión compartida, un enfoque basado en los derechos y la convergencia de todos los esfuerzos para la consecución de los objetivos comunes.

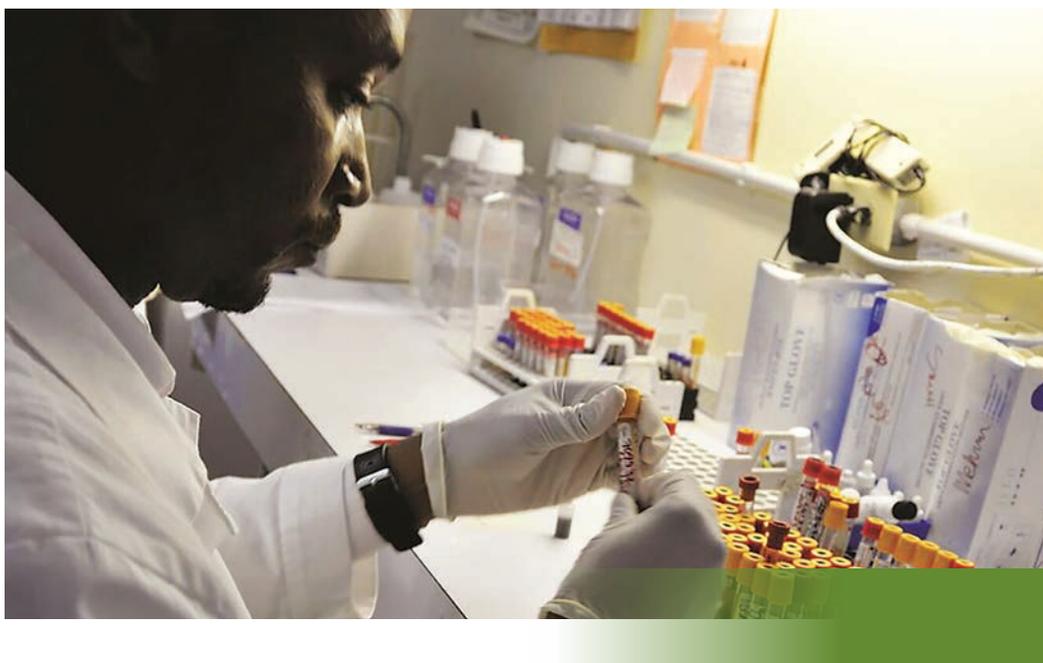
223. Al promover la salud universal y apoyar a los Estados Miembros para que la alcancen, la Oficina seguirá colaborando con el sector público, el sector privado y la sociedad civil. Dentro del sector público, seguirá haciendo participar a otros aliados en las actividades de cooperación que abarquen múltiples sectores, incluidas las esferas de la educación, la agricultura y la ganadería, el medioambiente, la planificación, las finanzas y las actividades parlamentarias y jurídicas. Para evitar la duplicación, optimizar el uso de recursos y aumentar las sinergias, la Oficina seguirá fortaleciendo la coordinación con otros organismos del sistema de las Naciones Unidas y el sistema interamericano, y mejorando la armonización y alineación con los tres niveles de la OMS.

224. La Oficina trabajará con una serie de asociados estratégicos que participan en las diferentes áreas programáticas de esta categoría como la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), la Agencia de Salud Pública de Canadá (PHAC), la Alianza GAVI, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Mundial, el Departamento de Salud del Reino Unido, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS), la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Mundial), la Fundación Bill y Melinda Gates, la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz), el Gobierno del Brasil, el Organismo Canadiense de Desarrollo Internacional (CIDA), el Organismo de Salud Pública del Caribe (CARPHA), Salud Canadá y RAD-AID Internacional. Por último, la Oficina reforzará sus relaciones y asociaciones con los centros colaboradores de la OMS vinculados con esta categoría, así como las relaciones con numerosas asociaciones profesionales, instituciones académicas, organizaciones no gubernamentales y organizaciones del sector privado en el área de los sistemas de salud.

Estrategias de cooperación técnica

- (a) Establecer asociaciones y redes en todas las ramas del gobierno, la sociedad civil, las universidades, los centros de investigación, los centros colaboradores, las asociaciones profesionales, los donantes y otros, a fin de promover la cobertura universal de salud.
- (b) Aplicar un enfoque basado en la atención primaria de salud a la transformación de los sistemas de salud, como se define en el documento de posición *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas*. Un sistema de salud basado en la atención primaria de salud supone un enfoque amplio de la organización y el funcionamiento de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor grado posible de salud su principal objetivo, a la vez que maximiza la equidad y la solidaridad. Un sistema de esta naturaleza se rige por los principios de capacidad de respuesta frente a las necesidades de salud de la población, la orientación hacia la calidad, la rendición de cuentas de los gobiernos, la justicia social, la sostenibilidad, la participación social y la coordinación intersectorial.
- (c) Convertir la investigación en políticas de salud pública que apoyen la salud universal, mediante la ejecución de la Política de la OPS sobre la Investigación para la Salud y la estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud, así como la estrategia de la OMS sobre la investigación en políticas y sistemas de salud. Formar y mantener la capacidad necesaria para realizar investigaciones sobre cuestiones de interés nacional y regional en las esferas de la salud pública, las políticas y la reglamentación en materia de salud, y los sistemas de salud; y convertir los resultados en políticas y prácticas.
- (d) Aumentar la capacidad para fortalecer la función rectora de las autoridades nacionales de salud y forjar alianzas entre las instituciones del gobierno y otros interesados directos y asociados pertinentes, a fin de fortalecer la apropiación de las metas y los objetivos nacionales por parte del país.
- (e) Fortalecer la capacidad de las autoridades nacionales de salud con respecto a la definición, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de las estrategias y los planes nacionales de salud, con el apoyo de políticas multisectoriales e inversiones nacionales.
- (f) Fortalecer la capacidad parlamentaria tanto en el nivel regional como en el nacional, a fin de elaborar una legislación que permita alcanzar la salud universal.

- (g) Promover el desarrollo institucional y opciones de política basadas en la evidencia para crear marcos jurídicos y mecanismos financieros que aumenten la protección social en la salud.
- (h) Ampliar el uso de las tecnologías de la información y de la comunicación, así como de los medios sociales para la colaboración virtual y aumentar el alcance de las actividades de cooperación técnica, mediante iniciativas regionales como la Red Colaborativa de Atención Primaria de Salud, la Plataforma Regional de Acceso e Innovación para Tecnologías Sanitarias, el Campus Virtual de Salud Pública y el Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud.
- (i) Emprender actividades de promoción y apoyo a los Estados Miembros en la reorganización de la atención de salud mediante la aplicación del marco de redes integradas de prestación de servicios de salud (OPS, 2010) y fortalecer las capacidades de gestión y liderazgo.
- (j) Fortalecer las instituciones en los niveles nacional, subregional y regional, y promover una estrategia de salud pública para el desarrollo, la innovación, la incorporación, la evaluación, la reglamentación, la gestión y el uso racional de las tecnologías sanitarias, con vistas a garantizar la seguridad del paciente y la calidad de la atención. Aplicar la *Estrategia mundial y el plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual*, y fortalecer la Red de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de las Américas y el Fondo Estratégico de la OPS para la compra de medicamentos esenciales e insumos de salud pública.
- (k) Elaborar y aplicar normas y criterios, métodos, herramientas analíticas y opciones de política internacionales basados en la evidencia para los sistemas de salud, servicios y tecnologías sanitarias, incluido el análisis, la investigación y el diseño y la evaluación de las intervenciones en el ámbito de la salud. Ampliar las plataformas para convertir el conocimiento que introducen un método sistemático para la formulación de políticas fundamentadas en la evidencia. Usar sistemas validados para abordar las variaciones injustificadas o no deseadas en la atención de salud.



- (l) Consolidar, mantener y ampliar las iniciativas regionales para el fortalecimiento de los sistemas de información y el intercambio de información, como el Plan Regional para el Fortalecimiento de las Estadísticas Vitales y de Salud, y la Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud y Perfiles de País. Promover el mapeo de los sistemas nacionales de investigación sobre la salud y otras herramientas para apoyar la gobernanza de la investigación de salud y la plataforma de información de salud de la OPS.
- (m) Ejecutar las estrategias y los planes de acción regionales sobre *eSalud* y gestión del conocimiento y comunicaciones a fin de contribuir al objetivo de que las sociedades sean más informadas, equitativas, competitivas y democráticas.
- (n) Elaborar y ejecutar opciones de política y herramientas basadas en la evidencia para afrontar los cinco objetivos relativos al desarrollo de recursos humanos para la salud establecidos en el Llamado a la Acción de Toronto para el decenio de los recursos humanos en salud para las Américas.

Temas transversales y enfoques estratégicos en el ámbito de la salud

225. Los sistemas y servicios de salud son el vehículo para combatir las enfermedades, promover la salud física y mental, y alargar la vida; deben garantizar el derecho a la salud sin discriminación de ninguna clase. También son un medio para fomentar el desarrollo social y económico. El desarrollo y mantenimiento de sistemas de salud sólidos basados en la atención primaria de salud es la manera de lograr y mantener mejores resultados en materia de salud, mejorar la equidad y la protección social en el ámbito de la salud, y aumentar la satisfacción de las personas con respecto a la atención sanitaria. El trabajo interprogramático y la colaboración intersectorial son partes inherentes de la estrategia de atención primaria de salud. Las limitaciones en el nivel del sistema y de los servicios pueden impedir que mejoren los resultados en materia de salud, y comprender y abordar estas limitaciones requiere del diálogo y la colaboración con los expertos de todas las demás áreas de trabajo. Para mejorar con equidad los resultados de salud se requiere aplicar enfoques de derechos humanos, género y diversidad cultural al desarrollar los sistemas de salud, pero sobre todo al evaluar su desempeño.

226. La integración de los servicios en todo el continuo de la atención de salud y el establecimiento de mejores vínculos entre la atención médica, social y de largo plazo suponen beneficios importantes en cuanto a la atención de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, la salud materno-infantil y la salud de las personas que están envejeciendo. La carga cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles tendrá consecuencias devastadoras para la salud de las personas, las familias y las comunidades, y amenaza con saturar los sistemas de salud. Las emergencias de salud pública, los desastres, las enfermedades desatendidas y las amenazas emergentes para la salud de la población requieren sistemas de salud que respondan a estas situaciones. La adopción de medidas multisectoriales es fundamental para abordar estas cargas y amenazas, y para mejorar con equidad los resultados en materia de salud.

227. El establecimiento de sistemas de salud sólidos para la salud universal es un asunto que incumbe a todos. Es un medio para lograr resultados previstos en otras categorías de trabajo; por ejemplo, para crear capacidad y herramientas para la coherencia de las políticas, a fin de incorporar los determinantes sociales de la salud o crear las capacidades básicas que los Estados Miembros necesitan para cumplir con el Reglamento Sanitario Internacional (como una legislación nacional, política y financiamiento, coordinación, recursos humanos y laboratorios, entre otras).

Supuestos y riesgos

Supuestos:

- (a) Persiste la estabilidad social y política en la Región y se da prioridad a las inversiones públicas en la salud.
- (b) Todos los interesados directos pertinentes a nivel nacional, subregional y regional se han comprometido a lograr la equidad en el ámbito de la salud.
- (c) El liderazgo dinámico garantiza una mayor armonización y convergencia de la cooperación en materia de salud.
- (d) Los Estados Miembros y los asociados en el ámbito del desarrollo usan cada vez más los datos de buena calidad para la asignación de recursos, el establecimiento de prioridades y la elaboración de políticas y programas.
- (e) Los países actualizan sus políticas, planes, marcos legislativos y normativos y sistemas de salud a fin de apoyar la cobertura universal de salud y garantizar el derecho a la salud.
- (f) Los países adoptan un modelo de atención centrado en la persona como una de las reformas principales para mejorar la calidad de los servicios de salud y aumentar la satisfacción de los usuarios.
- (g) El acceso a productos médicos y tecnologías sanitarias de buena calidad sigue siendo un tema estratégico importante para las autoridades nacionales de salud, en particular el fortalecimiento de los marcos normativos y los sistemas de adquisiciones.
- (h) Prosigue la acción regional, subregional y nacional para promover el desarrollo del personal en el área de la salud, de acuerdo con el Llamado a la Acción de Toronto.
- (i) Las alianzas intersectoriales e interinstitucionales para apoyar el desarrollo del personal de salud siguen promoviendo la participación activa de todos los interesados directos, entre ellos la sociedad civil, las asociaciones profesionales y el sector privado.

Riesgos:

- (a) La disminución del financiamiento externo de los donantes y el espacio fiscal nacional limitado para aumentar el gasto en salud pública comprometen la sostenibilidad de las políticas públicas para mejorar la equidad.
- (b) Los recursos asignados a los enfoques sistémicos han disminuido y la coordinación intersectorial es débil.
- (c) Se da prioridad a soluciones a corto plazo en vez de a la inversión en medidas sostenibles y a largo plazo para garantizar la cobertura universal de salud y los derechos de los pacientes.
- (d) La persistencia de la segmentación menoscaba la eficiencia del sistema de atención de salud y erosiona su potencial para reducir la exclusión.
- (e) 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.
- (f) Se hacen inversiones en tecnología e infraestructura sin análisis apropiados y sin evaluar las necesidades.
- (g) La negociación y puesta en marcha de acuerdos de libre comercio obstaculizan el acceso a productos médicos y tecnologías en la Región.
- (h) Se hacen pocas inversiones internacionales y nacionales en sistemas de información de salud, investigación e integración de la evidencia en la práctica, especialmente en los países de ingresos medios, donde se encuentra la mayoría de los pobres de la Región.
- (i) El financiamiento del desarrollo del personal en el área de salud llega a un nivel tan bajo que afecta a los presupuestos y a los incentivos para desplegar personal en áreas subatendidas.
- (j) Los países afectados por una crisis de recursos humanos siguen sin poder tomar la iniciativa y manejar respuestas por su cuenta.
- (k) Las fuerzas de mercado siguen ejerciendo presión, llevando al éxodo de profesionales de la salud a otros países (“fuga de cerebros”) y a zonas urbanas, así como a otras profesiones.

Categoría 4. Sistemas de salud: Áreas programáticas y resultados intermedios

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

Resultado intermedio-RIT 4.1 Aumento de la capacidad nacional para lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud			
Ind. #	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2013*	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)*
RIT 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	3 (2015)	12
RIT 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	7	20

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

Resultado intermedio-RIT 4.2 Aumento del acceso a servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad			
Ind. #	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2013	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 4.2.1	Número de países que han reducido por lo menos en 10% las hospitalizaciones prevenibles por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio	6 (2015)	19

4.3 Acceso a productos médicos y fortalecimiento de la capacidad regulatoria

Resultado intermedio-RIT 4.3 Mejoramiento del acceso y del uso racional de medicamentos, productos médicos y tecnologías sanitarias seguros, eficaces y de buena calidad			
Ind. #	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2013	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 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	1	14
RIT 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	35

* El año de la línea de base es el 2013 o el año al que correspondan los datos más recientes. Se indica el año correspondiente en el caso de los indicadores sin datos para el 2013. Las metas para el 2019 incluyen la línea de base del 2013. Esto se aplica a todas las líneas de base y las metas de esta categoría.

4.4 Información y evidencia en apoyo de los sistemas de salud

Resultado intermedio-RIT 4.4 Todos los países tienen sistemas de información e investigación sobre salud en funcionamiento			
Ind. #	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2013	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 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
RIT 4.4.2	Número de países y territorios con mecanismos funcionales de gobernanza de la investigación sobre salud	5	26

4.5 Recursos humanos para la salud

Resultado intermedio-RIT 4.5 Disponibilidad adecuada de personal de salud competente, culturalmente apropiado, bien reglamentado y distribuido y tratado de manera justa			
Ind. #	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2013	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 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
RIT 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	23
RIT 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 tiene una densidad menor de trabajadores de salud con respecto a la densidad nacional	11	19



Categoría 5. Preparación, vigilancia y respuesta

Reducir la mortalidad, la morbilidad y la perturbación social resultantes de las emergencias y los desastres por medio de la detección, el manejo y la mitigación de agentes patógenos que suponen grandes amenazas, así como por medio de actividades de reducción de riesgos, preparación, respuesta y la recuperación temprana dirigidas a todo tipo de riesgos, que fortalezcan la capacidad de recuperación y apliquen un enfoque multisectorial para contribuir a la seguridad de salud.

Alcance

228. Esta categoría se centra en el fortalecimiento de la capacidad para llevar a cabo actividades de prevención, reducción de riesgos, preparación, vigilancia, respuesta y recuperación temprana en caso de emergencias y desastres relacionados con cualquier tipo de riesgo (natural, causado por los seres humanos, biológico, químico, radiológico y de cualquier otra índole) y, cuando la capacidad nacional esté saturada, dirigir y coordinar la respuesta internacional de salud para contener los desastres, incluidos los brotes de enfermedades, y llevar a cabo actividades de asistencia y recuperación eficaces para las poblaciones afectadas.

Contexto

5.1 Gestión de amenazas infecciosas

229. Las enfermedades epidémicas y pandémicas representan una amenaza permanente y continua para la seguridad de salud y para el desarrollo socioeconómico sostenible a escala mundial y regional. La necesidad de una vigilancia integral y una respuesta colectiva rápida en la Región, sobre todo en el caso de posibles pandemias y brotes, supone un reto importante debido al gran número de desplazamientos de la población y a los cambios en los entornos ambientales, como la deforestación y el cambio climático, entre otros factores. Las enfermedades de origen animal pueden causar epidemias o pandemias y ponen de manifiesto la necesidad de una gestión eficaz de los riesgos de zoonosis emergentes que pueden provocar emergencias de salud pública.

230. La OPS brindará apoyo a los países en la vigilancia, la prevención y el control de las enfermedades de alto riesgo de potencial epidémico y pandémico (como las fiebres hemorrágicas virales, la gripe y las infecciones por coronavirus y por virus transmitidos por artrópodos, así como las enfermedades bacteriales). Prestará tal apoyo por medio de la previsión de eventos, la caracterización de las enfermedades y los riesgos infecciosos, y la formulación de estrategias basadas en la evidencia para prever, prevenir y detectar amenazas infecciosas y responder a ellas. Esto comprende la elaboración y el respaldo de estrategias, instrumentos y capacidades para la prevención y el control de los riesgos infecciosos que suponen grandes amenazas; el establecimiento y mantenimiento de redes de expertos con objeto de aumentar la competencia técnica internacional para detectar, comprender y gestionar los riesgos infecciosos nuevos o emergentes que supongan grandes amenazas; así como la prestación de apoyo técnico según lo previsto en el Marco de Preparación para una Gripe Pandémica.

5.2 Preparación de los países para las emergencias de salud y Reglamento Sanitario Internacional (2005)

231. En los informes anuales que los Estados Partes del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) presentaron a la Asamblea Mundial de la Salud entre el 2011 y el 2016 se observa que hubo una mejora constante a nivel regional en relación con todas las capacidades básicas. Sin embargo, la situación con respecto a las capacidades básicas en las distintas subregiones sigue siendo heterogénea y las puntuaciones más bajas se registran sistemáticamente en la subregión del Caribe. En el 2011, cuando la 64.a Asamblea Mundial de la Salud determinó que los Estados Partes debían presentar los informes anuales en su formato actual, la tasa de respuesta fue de 51% (18 de 35 Estados Partes de la Región de las Américas). En el 2016, los 35 Estados Partes de la Región presentaron sus informes a la 69.a Asamblea Mundial de la Salud, por lo que la tasa de respuesta alcanzó por primera vez el 100%. Al comparar los informes más recientes con los informes anuales que los Estados Partes presentaron a la 68.a Asamblea Mundial de la Salud en el 2015, se observa que los cambios en las puntuaciones regionales se ubican, en promedio, en torno a los 10 puntos porcentuales en el caso de todas las capacidades excepto en relación con los puntos de entrada, en la cual se registró una mejora de 18 puntos porcentuales. Excepto las capacidades para responder a eventos relacionados con riesgos químicos (57%) y radiológicos (55%), la puntuación regional promedio en las capacidades restantes se encuentra cerca o por encima de 75%. La puntuación más alta corresponde a la vigilancia (92%).

232. El sector de la salud tiene la responsabilidad de vigilar, prever y mitigar las consecuencias de las situaciones de emergencia y los desastres para la salud; en consecuencia, debe fortalecer su capacidad para responder y ejecutar oportuna y eficazmente intervenciones relacionadas con la salud. Un reto importante es la preparación. La infraestructura operativa ordinaria, el personal y la organización de los servicios de salud deben tener la flexibilidad y capacidad para pasar de inmediato a la respuesta ante emergencias; para ello dependen de la capacidad de laboratorio, los sistemas de vigilancia, el equipo de protección personal, los recursos humanos y la participación comunitaria, entre otros aspectos.

233. El objetivo de esta área programática es lograr que todos los países de la Región cuenten con las capacidades para manejar riesgos de todo tipo en situaciones de emergencias de salud y desastres, incluidas las capacidades básicas necesarias para cumplir con sus responsabilidades de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005). Estas abarcan la legislación, las políticas y el financiamiento a nivel nacional; la coordinación y las comunicaciones con los centros nacionales de enlace; la vigilancia y la comunicación de riesgos; la preparación y la respuesta; la prevención y el control de las infecciones; los recursos humanos, y la creación de redes y fortalecimiento de la capacidad en materia de laboratorios. El trabajo en esta área programática procura fortalecer la capacidad de los países para proteger el bienestar físico, mental y social de sus habitantes, y recuperarse rápidamente de las situaciones de emergencia y los desastres. Esto requiere liderazgo nacional y una capacidad sostenida del sector de la salud, que permita fortalecer la capacidad de recuperación de los países y los territorios.

5.3 Información sobre emergencias de salud y evaluación de riesgos

234. Esta área programática tiene como objetivo suministrar información fiable para la toma de decisiones de salud pública en situaciones de emergencia. Esto incluye detectar nuevos eventos de salud pública, evaluar los riesgos para la salud pública, realizar vigilancia epidemiológica e investigaciones sobre el terreno, vigilar las intervenciones de salud pública, y transmitir información sobre salud pública a los asociados técnicos.

235. La capacidad de la Oficina de suministrar a las autoridades nacionales orientación técnica e información que puedan ponerse en práctica respecto de los eventos de salud pública que puedan representar un riesgo a la salud pública internacional depende de que los Estados Miembros presenten información a la OPS de manera oportuna y transparente, y de que la OPS esté en capacidad de mantenerse en comunicación con los centros nacionales de enlace las

24 horas del día los siete días de la semana. A lo largo del bienio 2014-2015, se mantuvo el seguimiento epidemiológico y las medidas de respuesta las 24 horas del día los siete días de la semana, a fin de informar rápidamente a los Estados Miembros sobre amenazas o riesgos para la salud pública. Un ejemplo de ello fue el virus del Zika, que en el 2016 pasó a ser una emergencia de salud pública de importancia internacional. Durante este período, se enviaron 38 alertas y actualizaciones epidemiológicas a los Estados Miembros; se publicaron 31 actualizaciones sobre eventos (10 relacionados con el virus del Zika) en el Sitio de Información sobre Eventos para los centros nacionales de enlace del RSI; y se enviaron 594 comunicaciones por correo electrónico a los Estados Miembros acerca de amenazas o riesgos para la salud pública. El seguimiento se intensificó durante la Copa Mundial de Fútbol del 2014, que se realizó en Brasil, lo que se tradujo en la difusión de información acerca de 177 eventos de salud pública, 52% de los cuales correspondió a enfermedades infecciosas. La OPS evaluó los riesgos y transmitió información sobre la mayoría de las posibles emergencias de salud pública a los centros nacionales de enlace del RSI en un plazo de 48 horas. La Oficina detectó posibles causas de retrasos al transmitir información y aplicó las medidas correspondientes para mejorar la coordinación con los Estados Miembros y la sede de la OMS.

236. La Oficina seguirá mejorando su capacidad de coordinar las iniciativas regionales que se emprendan con el fin de fortalecer todos los aspectos de las actividades de detección, comprobación y evaluación de riesgos de eventos que se realicen de manera sistemática, incluida la formación con respecto a la creación de capacidad, la coordinación de actividades y la transmisión de información de buena calidad en todos los eventos agudos de salud pública. Se facilitará el intercambio de experiencias entre los Estados Miembros, para que la información sobre aquellos eventos de salud pública que puedan causar preocupación a escala internacional sea más oportuna y transparente, y para que los canales de comunicación entre los centros nacionales de enlace se fortalezcan a fin de facilitar la localización de contactos a nivel internacional.

5.4 Operaciones de emergencia

237. Entre el 2011 y el 2015, casi una cuarta parte de los desastres ocurridos en el mundo tuvieron lugar en la Región de las Américas (418 de 1.719). Entre el 2014 y el 2015, 39,9 millones de personas se vieron afectadas en la Región. Las repercusiones económicas de estos desastres en la Región durante el 2011-2015 superaron los \$256.000 millones, lo que equivale a 31,6% de las pérdidas registradas en todo el mundo. En los países de América Latina y el Caribe se han registrado en los últimos decenios algunos de los desastres que han causado más muertes en todo el mundo, entre ellos el terremoto y la epidemia de cólera en Haití. La Región también fue el epicentro de un nuevo tipo de crisis con la aparición del nuevo virus de la gripe por A (H1N1) y la primera pandemia según lo establecido en el Reglamento Sanitario Internacional, así como la aparición reciente de una cepa debilitante del virus del Zika.

238. Se ha tornado más habitual que los países de América Latina y el Caribe aborden la respuesta a las emergencias o los desastres de menor escala usando sus propios recursos (humanos y de otra índole), sin solicitar ayuda de la comunidad internacional. Sin embargo, los países seguirán requiriendo ayuda internacional y apoyo de la Oficina al enfrentar desastres de magnitud mediana y grande. Cuando la capacidad nacional esté saturada, la Oficina dirigirá y coordinará la respuesta internacional de salud para contener los desastres, incluidos los brotes de enfermedades, y llevará a cabo actividades de asistencia y recuperación eficaces para las poblaciones afectadas. En consecuencia, la OPS debe mejorar constantemente su capacidad de emprender las actividades de asistencia en el menor tiempo posible.

239. Por consiguiente, la Oficina seguirá mejorando sus sistemas y procesos para dar una respuesta más predecible y eficaz a las emergencias de salud. Este esfuerzo tiene tres aspectos clave: *a)* el fortalecimiento de la capacidad operativa de la OPS, *b)* el aumento y el fortalecimiento de la capacidad internacional de respuesta a las emergencias por medio de alianzas; y *c)* el apoyo de las autoridades nacionales que coordinan la respuesta internacional a las emergencias de salud en sus países.

5.5 Servicios básicos de emergencias

240. Esta área abarca la creación de capacidad, políticas, procedimientos y sistemas estandarizados en toda la Oficina que sustentan la eficacia de la gestión y la sostenibilidad de la dotación de personal y del financiamiento del programa de emergencias, al tiempo que garantizan la interoperabilidad y la uniformidad de las actividades coordinadas de respuesta a emergencias que se realizan por medio de alianzas. Esta área de trabajo abarca las labores de administración, comunicaciones, movilización de recursos y gestión de subvenciones, planificación estratégica, gestión de recursos financieros y humanos, seguridad, y salud y bienestar del personal.

5.6 Reducción del riesgo de desastres y proyectos especiales

241. De los casi 18.000 establecimientos de salud en la Región, 77% están ubicados en zonas proclives a desastres. Entre el 2000 y el 2009, más de 45 millones de personas de la Región quedaron sin atención de salud durante meses, y a veces incluso años, debido a los daños causados por los fenómenos naturales a los hospitales y otros establecimientos de salud.

242. La OPS coordinará la ejecución del *Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021*, que tiene como objetivo proteger la vida de los pacientes y del personal de salud contra los desastres, al igual que el equipo y los suministros de salud, y asegurar que los servicios de salud sigan funcionando eficazmente durante y después de las situaciones de emergencia y los desastres, a fin de salvar vidas, reducir las discapacidades y permitir al sector de la salud cumplir con sus responsabilidades.

243. La OPS colabora con los países en la ejecución de proyectos especiales como los de hospitales seguros, hospitales “inteligentes” y poblaciones desplazadas dentro de su país, entre otros, a fin de crear capacidad en los países para proteger el bienestar físico, mental y social de sus habitantes, y recuperarse rápidamente de las situaciones de emergencia y desastres. Un proyecto especial sobre los países muy vulnerables se centra en el fortalecimiento del liderazgo nacional y la capacidad sostenida del sector de la salud que permita fortalecer la capacidad de recuperación de esos países y territorios.

5.7 Respuesta a brotes y crisis

244. La pandemia de gripe por A (H1N1) del 2009, al igual que el terremoto devastador del 2010 que azotó a Haití y la epidemia de cólera que le siguió, dieron lugar a las operaciones de respuesta frente a emergencias de mayor magnitud y dificultad afrontadas por los países afectados y los agentes de respuesta inmediata, así como por toda la comunidad internacional.

245. En general, actualmente los países de la Región pueden responder a los desastres menores de manera autosuficiente, aunque siempre será necesaria la asistencia externa cuando se trate de desastres mayores. Por consiguiente, la Organización seguirá desempeñando un papel importante en la prestación de ayuda a los países y los territorios durante la respuesta a desastres mayores, orientada por el documento *Respuesta institucional a emergencias y desastres: política y procedimientos clave*. En consecuencia, la OPS debe mejorar constantemente su capacidad para desplegar ayuda en el menor tiempo posible. Debe dedicarse especial atención a velar por que los grupos de población más vulnerables —entre ellos, los niños, los adultos mayores, las comunidades indígenas y las embarazadas— tengan un acceso equitativo a los servicios de salud.

Análisis de los interesados directos clave

246. La participación de los interesados directos, en particular los ministerios de salud y las instituciones nacionales de gestión de emergencias, es imprescindible para ejecutar las actividades planificadas, así como para obtener resultados intermedios y resultados inmediatos en esta categoría. Todas las instituciones nacionales e internacionales relacionadas con la salud desempeñan una función fundamental en el fortalecimiento de la capacidad de los países para reducir los riesgos, prepararse para las emergencias y los desastres de salud pública, responder frente a ellos y recuperarse.

247. La Estrategia Internacional para la Reducción de los Desastres de las Naciones Unidas, la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas y el Comité Interinstitucional Permanente están a cargo de coordinar las iniciativas mundiales para reducir la mortalidad, la morbilidad y la perturbación social causadas por los desastres, y regularmente incluyen prioridades relacionadas con la salud en sus deliberaciones, decisiones y directrices. Las actividades actuales que forman parte de los marcos y mecanismos existentes multilaterales, internacionales y regionales se ejecutarán plenamente, en particular aquellas prescritas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005), el Marco de Preparación para una Pandemia de Gripe, el Plan de Acción Mundial para las Vacunas Antigripales, el Marco de Acción de Hyogo para 2005-2015, la Agenda Transformativa de las Naciones Unidas, la Asociación Internacional para la Gestión de Conflictos y la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, al igual que los convenios sobre productos químicos, y las plataformas mundiales y regionales para la reducción de riesgos de desastres. Se mantendrán y fortalecerán las principales redes, como la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos, el Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Gripe, el Grupo de Acción Sanitaria Mundial y los equipos de respuesta regionales del Comité Interinstitucional Permanente.

248. Muchas universidades, centros de excelencia y asociaciones profesionales, entre otros, llevan a cabo actividades de investigación y capacitación relacionadas con la gestión de las emergencias de salud, que contribuyen al desarrollo, difusión y aplicación de las políticas, las estrategias, los planes de acción y las directrices técnicas y publicaciones de los Estados Miembros de la OPS y de la Oficina.

Estrategias de cooperación técnica

249. El enfoque de la gestión de riesgos en casos de emergencia debe ser integral, eficiente y eficaz. A fin de establecer la capacidad de recuperación y proteger mejor a las poblaciones se necesita un enfoque holístico, coordinado y capaz de hacer frente a múltiples riesgos, que debe aplicarse en la Oficina y los Estados Miembros, así como en la comunidad de salud internacional. Para lograr un impacto óptimo, este enfoque debe incorporarse en planes nacionales integrales para la gestión de riesgos en casos de emergencia que incluyan a todos los sectores.

250. La función de liderazgo de los ministerios de salud se verá fortalecida al hacerse mayor hincapié en el desarrollo de la capacidad para incorporar los preparativos, la vigilancia y los criterios de respuesta en las políticas, planes, normas y presupuestos nacionales. Se dará un nuevo énfasis a la creación de vínculos con las instituciones académicas y de investigación para conocer más a fondo los posibles impactos de riesgos concretos como la gripe pandémica, los terremotos, las inundaciones, los huracanes, las emergencias químicas y radiológicas, las enfermedades de transmisión alimentaria y el cambio climático. La inclusión de la reducción de riesgos de desastres en el sector de la salud es esencial para proteger los servicios de salud (con respecto tanto a la infraestructura física como al nivel funcional) y para asegurar la continuidad de estos servicios durante y después de las emergencias.

251. Se hará hincapié en la utilización de las alianzas en pro de la salud y las redes de gestión de desastres existentes y nuevas dentro del sector de la salud y otros sectores, entre ellos, organismos del sector público y del sector privado. Las actividades de colaboración incluirán la promoción de la causa, la gestión de la información, la movilización de recursos y los acuerdos nacionales e internacionales para reducir los riesgos de desastres en el sector de la salud y garantizar la posibilidad de realizar intervenciones oportunas y eficaces durante y después de estos eventos. La Oficina fomentará la colaboración entre los países, aprovechando sus experiencias y capacidades específicas; asimismo, aumentará la concientización política sobre la importancia de los programas de prevención y control de infecciones en el marco de las capacidades básicas del Reglamento Sanitario Internacional.

252. La Oficina fortalecerá su capacidad interna para mejorar aún más sus mecanismos de respuesta coordinados de preparación ante los desastres y las emergencias, y ayudar eficientemente a los países cuando sea necesario. Además, implantará *a)* los procedimientos normalizados de trabajo de la OMS para la gestión de las amenazas de salud pública graves en toda la Organización, lo que comprende fortalecer del sistema de la OMS de gestión de eventos a nivel de toda la organización y asegurar su capacidad operativa en todo momento), y *b)* las políticas y los procedimientos establecidos en el documento *Respuesta institucional a emergencias y desastres: política y procedimientos clave*. Se adoptará un enfoque basado en las enseñanzas extraídas para modificar y actualizar las normas, los procedimientos, las directrices técnicas y otras herramientas relacionadas con las emergencias y los desastres, y para ajustar las estrategias cuando sea necesario.

Temas transversales y enfoques estratégicos en el ámbito de la salud

253. La planificación y ejecución conjunta de todas las áreas programáticas de la categoría 5 es esencial para ejecutar el Plan Estratégico. Los temas transversales y los enfoques estratégicos se mencionan de forma específica en la descripción que sigue acerca de los vínculos con otras categorías de trabajo y sus áreas programáticas particulares.

254. Esta categoría tiene un vínculo particularmente estrecho con la categoría 1 reducción de la carga de las enfermedades transmisibles, cuya vigilancia y control es un aspecto principal de las responsabilidades de la OPS, de conformidad con el RSI (2005). La contribución de la Organización incluye proporcionar orientación experta sobre el tratamiento de la neumonía, las enfermedades diarreicas, las enfermedades prevenibles mediante vacunación, la malaria, el dengue, las hepatitis virales, la tuberculosis y la infección por el VIH en tales entornos.

255. Con respecto a la categoría 2, que se ocupa de las enfermedades no transmisibles, la coordinación con el área programática sobre la salud mental es necesaria para la preparación y respuesta a las necesidades de salud mental y psicosociales de las poblaciones afectadas por desastres y situaciones de emergencia. Dado que los traumatismos y la violencia generalmente aumentan en las situaciones de emergencia, la categoría 5 tiene conexiones estrechas con esta área programática para la prestación de atención traumatológica y la prevención de los traumatismos y la violencia. Una respuesta adecuada a los desastres disminuirá las discapacidades a largo plazo cuando se ponen en práctica estrategias adecuadas; las estrategias de prevención de las enfermedades de transmisión alimentaria evitarán discapacidades crónicas como la artritis reactiva o el síndrome hemolítico urémico, al igual que el retraso del crecimiento asociado con la diarrea, un factor importante que incide en el retraso del crecimiento en los menores de 5 años. La inocuidad de los alimentos y la nutrición guardan vínculos estrechos en el contexto de los preparativos para situaciones de emergencia.

256. Los principios de la categoría 3 —derechos humanos, equidad, género e igualdad étnica, desarrollo sostenible, seguridad humana y rendición de cuentas— fundamentan toda la labor de la Organización en torno a las emergencias. En los desastres, se necesita de la colaboración con las áreas programáticas que abordan el curso de vida, especialmente con respecto a la protección y la atención continua de embarazadas, niños y adultos mayores. En especial, las poblaciones de adultos mayores pueden tener una movilidad reducida y poca capacidad de adaptarse. Las funciones propias de cada género deben considerarse explícitamente en los planes y programas de emergencia. Por otro lado, debido a que los riesgos se distribuyen a lo largo de un gradiente social, las intervenciones deben considerar a los grupos de población marginados, culturalmente distintos o en situaciones de vulnerabilidad. La creación de recursos comunitarios para abordar las emergencias forma parte del proceso participativo que debe servir de fundamento para medidas estatales de protección coherentes. La respuesta a las situaciones de emergencia necesita la capacidad institucional para identificar y manejar el saneamiento ambiental, las amenazas químicas y radiológicas y el impacto del cambio climático.

257. Las capacidades necesarias para la reducción de riesgos, la preparación, la respuesta y la recuperación en casos de desastre, y para cumplir con el RSI son componentes fundamentales de la categoría 4 (sistemas de salud). Se precisa un vínculo sólido con las políticas, las estrategias y los planes nacionales en materia de salud para facilitar la aplicación de las resoluciones y los mandatos relativos al RSI (2005), la estrategia y el plan de acción de hospitales seguros, las políticas y los reglamentos relativos a la inocuidad de los alimentos y la reforma de las Naciones Unidas en el ámbito de la gestión de desastres. La convergencia plena con la estrategia de servicios de salud integrados y centrados en la persona es fundamental para desplegar la ayuda humanitaria y la respuesta a los brotes. El acceso a los productos médicos y el fortalecimiento de la capacidad de reglamentación, particularmente en relación con las emergencias radiológicas y los laboratorios, son aspectos clave relacionados con los preparativos para situaciones de emergencia, el RSI y la respuesta a crisis. El sistema de información y evidencia sobre la salud proporcionarán datos fundamentales para elaborar las evaluaciones de riesgos, vigilar el avance, generar medidas de intervención basadas en datos científicos y ejecutar la respuesta frente a emergencias. Uno de los pilares de la preparación para situaciones de emergencia es fortalecer las capacidades de los recursos humanos en el ámbito de la salud para ejecutar una respuesta oportuna y adecuada frente a las consecuencias para la salud pública de las emergencias y los desastres.

258. Con respecto a la categoría 6, la Oficina utilizará asociaciones para prestar apoyo a los países para que mejoren sus capacidades de gestión de riesgos en casos de emergencia. La OMS fortalecerá su interacción con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y organismos multilaterales, bilaterales y regionales. La respuesta frente a las situaciones de emergencia exige una estrategia concreta de comunicación de riesgos, concebida por los responsables del manejo de la respuesta, así como un conjunto bien definido de canales de comunicación, mensajes y métodos para llegar a los grupos destinatarios. Gran parte del trabajo comprendido en la categoría 5 depende de los procesos de liderazgo institucional relacionados con la planificación estratégica, la movilización y la gestión de los recursos, en particular el acceso a recursos extrapresupuestarios. Por lo tanto, la creación, negociación y ejecución de nuevos métodos de financiamiento, concebidos para aumentar la previsibilidad, flexibilidad y sostenibilidad del financiamiento de la OPS, es primordial para ejecutar las tareas clasificadas en esta categoría. Para el funcionamiento eficaz y eficiente de esta categoría es fundamental que existan y se pongan en marcha procesos administrativos flexibles y orientados a la obtención de logros, sobre todo cuando se trabaja en situaciones de emergencia.

Supuestos y riesgos

Supuestos:

- (a) Se informa de manera transparente sobre la situación real de las capacidades básicas de los países requeridas en el RSI, independientemente de cualquier influencia política.
- (b) Hay suficiente personal, financiamiento y capacidad en los países, en la Región y en la sede de la OPS/OMS para que la Organización pueda ampliar e incorporar un enfoque integral, eficiente y eficaz, basado en diversos peligros, de la capacidad de preparación, alerta y respuesta en situaciones de emergencia.
- (c) Los principales asociados y redes del sector de la salud y de otros sectores proporcionan apoyo para llevar a cabo la colaboración entre países y aumentar la conciencia política sobre la importancia del marco del RSI y de la prevención de la exposición a contaminantes en la cadena alimentaria.
- (d) La gestión de riesgos de emergencias y desastres sigue siendo una prioridad del sector de la salud, y los ministerios de salud y otros asociados están dispuestos a trabajar con la OPS en esta esfera.
- (e) Los gerentes de nivel superior de las oficinas nacionales, regionales y mundiales asignan suficiente prioridad al trabajo en esta categoría, permitiendo a la OPS formar su capacidad interna para ayudar eficientemente a los países a administrar las amenazas graves para la salud pública.
- (f) Los departamentos técnicos nacionales y regionales participan en la preparación de listas para el aumento de personal y otros preparativos, y muestran que están dispuestos a cumplir un conjunto básico de normas a fin de poseer o exceder la capacidad mínima para controlar los riesgos para la salud pública asociados con situaciones de emergencia.

Riesgos:

- (a) Los países o la Organización no asignan suficiente prioridad a esta categoría de trabajo, lo que lleva a la pérdida de financiamiento.
- (b) 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.
- (c) 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.
- (d) No se consigue personal técnico competente a nivel nacional y subnacional para ejecutar planes y utilizar las herramientas necesarias para recopilar información.
- (e) 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.
- (f) La inestabilidad política y el deterioro de la seguridad restringen las operaciones en el sector de la salud.
- (g) Otras categorías de trabajo y departamentos técnicos contribuyen poco a las actividades de preparación y aumento de la respuesta.
- (h) Existe confusión entre las intervenciones a corto plazo relacionadas con la preparación ante situaciones de emergencia y la adquisición, a un plazo más largo, de las capacidades básicas de respuesta.
- (i) Las emergencias de salud o los desastres trastornan las actividades de planificación y ejecución que están en marcha.
- (j) En toda la Región se observan diferencias en cuanto al grado de preparación, lo que pone en peligro la seguridad de salud en general.
- (k) La comunicación es poco eficaz en las situaciones de emergencia debido a que los mensajes entre la esfera política y las áreas técnicas son contradictorios y compiten entre sí.

Categoría 5. Emergencias de salud: Áreas programáticas y resultados intermedios

5.1 Gestión de amenazas infecciosas

Resultado intermedio-RIT 5.1 Fortalecimiento de la capacidad de los países para crear resiliencia y prepararse de manera adecuada a fin de responder de forma rápida, previsible y eficaz a epidemias y pandemias de gran magnitud			
Ind. #	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2013*	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)*
RIT 5.1.1	Número países y territorios con capacidad instalada para responder de manera eficaz a epidemias y pandemias de gran magnitud	6/35	35/35

5.2 Preparación de los países para las emergencias de salud y Reglamento Sanitario Internacional (2005)

Resultado intermedio-RIT 5.2 Los países tienen un programa para manejar riesgos de todo tipo en situaciones de emergencia de salud para lograr que el sector de la salud sea resiliente ante los desastres, con énfasis en las poblaciones vulnerables			
Ind. #	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2013	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 5.2.1	Número de países y territorios que alcanzan o superan la capacidad mínima para manejar riesgos de salud pública asociados a situaciones de emergencia	19	36
RIT 5.2.2	Número de Estados Partes que tienen y mantienen las capacidades básicas previstas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005)	6/35	35/35

5.3 Información sobre emergencias de salud y evaluación de riesgos

Resultado intermedio-RIT 5.3 Fortalecimiento de la capacidad de la OPS para realizar de manera oportuna el análisis de la situación, la evaluación de riesgos y el seguimiento de la respuesta en relación con todas las amenazas y eventos de salud de gran magnitud			
Ind. #	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2013	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 5.3.1	Porcentaje de eventos agudos de salud pública en los cuales se realiza una evaluación de riesgos completa en un plazo de 72 horas	60%	100%

* El año de la línea de base es el 2013 o el año al que correspondan los datos más recientes. Se indica el año correspondiente en el caso de los indicadores sin datos para el 2013. Las metas para el 2019 incluyen la línea de base del 2013. Esto se aplica a todas las líneas de base y las metas de esta categoría.

5.4 Operaciones de emergencia

Resultado intermedio-RIT 5.4 Mejora del acceso de las poblaciones afectadas por emergencias a un paquete esencial de servicios de salud que pueden salvar vidas

Ind. #	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2013	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 5.4.1	Porcentaje de países y territorios que suministran un paquete esencial de servicios de salud que pueden salvar vidas en emergencias clasificadas	50%	75%

5.5 Servicios básicos de emergencia**

Resultado intermedio-RIT 5.5 Programa de emergencias de salud de la OPS bien dotado y eficiente para brindar apoyo a los programas nacionales de emergencias de salud

Ind. #	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2013	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 5.5.1	Porcentaje de requerimientos básicos financiados por los recursos básicos de la OPS/OMS o acuerdos de financiamiento plurianuales	N/C	50%

5.6 Reducción del riesgo de desastres y proyectos especiales

Resultado intermedio-RIT 5.6 Los países tienen un programa para reducir riesgos de todo tipo en situaciones de emergencia de salud y desastres para lograr que el sector de la salud sea resiliente ante los desastres

Ind. #	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2013	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 5.6.1	Número de países y territorios que están ejecutando intervenciones que reducen el riesgo de desastres en el sector de la salud y aumentan la resiliencia a nivel de la comunidad	11	35

5.7 Respuesta a brotes y crisis

Resultado intermedio-RIT 5.7 Todos los países responden adecuadamente a las amenazas y emergencias que tienen consecuencias para la salud pública

Ind. #	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2013	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 5.7.1	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	100% (2015)	100%

** En consonancia con el indicador del resultado intermedio E.5 del presupuesto por programas de la OMS (documento A70/7), este indicador se refiere a las capacidades de la Oficina para implementar el Programa de Emergencias de Salud de la OPS en apoyo a los países, a partir de un financiamiento específico para dicho programa. La ficha técnica del indicador incluirá detalles de los aspectos relativos a la medición.



Categoría 6. Liderazgo, gobernanza y funciones habilitadoras

Fomentar el liderazgo institucional y la gobernanza, y llevar a cabo las funciones habilitadoras necesarias para mantener la integridad y el funcionamiento eficiente de la Organización a fin de que cumpla eficazmente con sus mandatos.

Alcance

259. Esta categoría incluye funciones y servicios que contribuyen a fortalecer el liderazgo y la gobernanza de la OPS, así como la transparencia, la rendición de cuentas y la gestión de riesgos. En ella también se procura mejorar la planificación estratégica, la coordinación de recursos, la movilización de recursos y presentación de informes, la gestión y la administración, y la comunicación estratégica. La labor en esta categoría seguirá fortaleciendo la función de liderazgo de la OPS en la Región, a fin de permitir que los numerosos actores desempeñen una función activa y eficaz para contribuir a la salud de todas las personas. También dará lugar a una Organización transparente y con capacidad de respuesta, y mejorará el trabajo de la Oficina en relación con la prestación de cooperación técnica en todas las categorías de una manera eficaz y eficiente. El trabajo en esta categoría será importante para mejorar la coordinación con las autoridades nacionales, los organismos de las Naciones Unidas y otras organizaciones intergubernamentales, las alianzas publicoprivadas y la sociedad civil de conformidad con la *Revisión cuatrienal amplia de la política relativa a las actividades operacionales del sistema de las Naciones Unidas para el desarrollo*.

Contexto

6.1 Liderazgo y gobernanza

260. En los esfuerzos de la Organización en pro de la salud y para abordar las inequidades en salud de la Región, la Oficina deberá ejercer un importante liderazgo en el ámbito de la salud pública en colaboración con los países y asociados. En consecuencia, en esta área programática se abordan las siguientes funciones: *a)* reforzar el liderazgo en la salud para apoyar la función de gobernanza de los Estados Miembros en el marco de los procesos de reforma de la OMS y de las Naciones Unidas; *b)* coordinar y convocar a los interesados directos pertinentes en el ámbito de la salud para asegurar una buena gobernanza y rendición de cuentas a los Estados Miembros; *c)* fortalecer los esfuerzos de los Estados Miembros para satisfacer las prioridades nacionales en materia de salud, como se describe en este Plan y en la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017; y *d)* fortalecer la presencia en los países para atender eficiente y efectivamente las necesidades nacionales de salud. Estos esfuerzos deben conducir a una acción intersectorial que pase del énfasis en las enfermedades a un énfasis en el bienestar y el desarrollo sostenible, por medio de un enfoque basado en los derechos.

261. El liderazgo político y la función rectora seguirán siendo necesarios para manejar eficazmente las relaciones cada vez más complejas con el número cada vez mayor de actores e interesados directos en el contexto de la salud internacional. Este número cada vez mayor de actores y de interesados directos es una tendencia continua que no se prevé que disminuirá en un futuro cercano. Como resultado de ella, han surgido nuevas asociaciones, alianzas, canales financieros y fuentes de apoyo técnico. Pero, a la vez, genera dificultades relacionadas con la duplicación de esfuerzos, elevados costos de transacción, requisitos variables para la rendición de cuentas y una armonización que no está acorde con las prioridades nacionales y regionales aprobadas, como las definidas en la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. En este contexto tan complejo, el acceso a servicios y productos de salud de buena calidad exigirá la comprensión de las leyes nacionales y locales y la formulación de leyes que abarquen factores

económicos, sociales y culturales (tales como educación, vivienda, seguridad social, conservación de alimentos, trabajo, el disfrute del progreso científico, etc.). Al mismo tiempo, es necesario velar por la coherencia con las obligaciones del derecho y los tratados internacionales.

262. Algunas economías emergentes están incrementando su apoyo financiero y técnico en el ámbito de la salud más allá de sus programas nacionales como parte de una tendencia en aumento de la cooperación Sur-Sur y otros modos de cooperación similares. Reconociendo la amplia experiencia que existe en los Estados Miembros, la OPS está aprovechando cada vez más estos recursos en apoyo de la cooperación técnica. Este enfoque panamericano es clave para reforzar el trabajo de los Estados Miembros y de la Organización.

263. La OPS debe estar en capacidad de responder a las necesidades cambiantes de los países y de adaptarse a los cambios externos como los precedentes de la reforma de la OMS y de las Naciones Unidas. Por consiguiente, tiene que continuar los esfuerzos encaminados a aumentar la eficacia de la participación con los otros interesados directos, fortalecer la capacidad de negociación de los actores en el ámbito de la salud, invertir en la diplomacia en torno a la salud y utilizar su posición de liderazgo para mejorar la coherencia entre los muchos actores que participan en el ámbito de la salud en el nivel mundial, regional, subregional y nacional. Esta coherencia puede ser evidente, cuando sea apropiado, dentro del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo, u otras iniciativas similares. En este sentido, la Organización deberá fortalecer y refinar su trabajo en los tres niveles funcionales (nacional, subregional y regional), y además aumentar la coordinación y armonización con la OMS.

264. Las siguientes nueve prioridades generales del liderazgo de la Oficina asegurarán que se asigne la importancia necesaria a las áreas clave del Plan Estratégico 2014-2019, con lo cual podrán lograrse los resultados previstos de la ejecución del Plan de manera eficaz y eficiente. La Oficina abogará para que estas prioridades se aborden en los niveles políticos más altos y para que se tomen las medidas necesarias a nivel nacional, subregional y regional. Al hacerlo, la Oficina perfeccionará las estrategias existentes, incluida la ejecución de nuevas modalidades de cooperación técnica, y fortalecerá la capacidad en torno a la diplomacia y la gobernanza de la salud. Se asignará particular importancia al fortalecimiento de las capacidades de los Estados Miembros para generar alianzas y asociaciones estratégicas a fin de incluir la “salud en todas las políticas” y para administrar la cooperación horizontal en la esfera de la salud. La eficacia de estas prioridades del liderazgo se medirá a través del progreso hacia el cumplimiento de los resultados intermedios y de las metas con respecto al impacto, establecidos en el Plan Estratégico.

- (a) Fortalecer la capacidad del sector de la salud para abordar los determinantes sociales de la salud, mediante la adopción de la estrategia de la “salud en todas las políticas” y la promoción de una mayor participación y empoderamiento comunitarios.
- (b) Catalizar el logro progresivo del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, especialmente en los ocho países clave, incluidas las intervenciones de promoción y prevención.
- (c) Aumentar la acción intersectorial y multisectorial para la prevención y atención de las enfermedades no transmisibles.
- (d) Mejorar las capacidades básicas de los países para la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005).
- (e) Acelerar las medidas para la eliminación de las enfermedades transmisibles prioritarias en la Región.
- (f) Terminar el trabajo en torno a los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, influir en la integración de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y brindar apoyo a los países para el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la salud.
- (g) Fortalecer la capacidad del sector de la salud para generar información y evidencia destinadas a medir y demostrar el avance en cuanto a la vida sana y el bienestar.

- (h) Apoyar los conocimientos y la pericia en los países de la Región en cuanto a la prestación de la cooperación técnica, mediante el intercambio de experiencias exitosas y de las lecciones extraídas.
- (i) Aumentar la rendición de cuentas, la transparencia, la eficiencia y la eficacia del funcionamiento de la Oficina.

265. El fortalecimiento de la gobernanza de la Organización es una prioridad continua a fin de velar por que la OPS mantenga su importancia como organismo líder en el ámbito de la salud pública que responde a sus Estados Miembros. Esto exige la participación y supervisión continuas de los Estados Miembros por medio de los mecanismos formales de los Cuerpos Directivos de la Organización y la colaboración cercana a nivel de país.

266. La misión de la Organización se fortalecerá y se promoverá al tiempo que se protegen sus prerrogativas e inmunidades y su condición de organización internacional de salud pública. La promoción de una buena gestión y la garantía del respeto y el cumplimiento de la constitución y el reglamento y el estatuto de la Organización servirán para proteger el nombre y la integridad de la Organización.

6.2 Transparencia, rendición de cuentas y gestión de riesgos

267. La transparencia de la gestión, la rendición de cuentas y la gestión de riesgos son aspectos fundamentales para lograr una gestión eficaz y eficiente, así como para infundir confianza a los Estados Miembros, los donantes, los interesados directos y los asociados con respecto al trabajo de la Organización. Con este fin, la OPS fortalecerá los mecanismos existentes e introducirá nuevas medidas concebidas para velar por que la Organización siga rindiendo cuentas y siendo transparente y experta en el control eficaz de los riesgos.

268. La evaluación es un aspecto fundamental cuando se aborda la transparencia y la rendición de cuentas, y facilita cumplir con las mejores prácticas. La OPS/OMS promoverá una cultura de la evaluación, al igual que su uso proactivo en toda la Organización, lo que implica proporcionar un marco institucional consolidado para la evaluación en los diferentes niveles, de acuerdo con las normas y criterios del Grupo de Evaluación de las Naciones Unidas. Dentro del contexto de la política de evaluación de la OMS, la OPS abordará sus necesidades específicas en esta esfera. Además, la OPS continuará fortaleciendo una cultura de la evaluación como un componente integral de la planificación operativa, respaldada por un sistema de garantía de la calidad para promover las mejores prácticas. Se promoverá una estrategia coordinada y un sentido de identificación con la función de evaluación en todos los niveles de la Organización. En consonancia con la política de evaluación de la OPS propuesta, se facilitará la evaluación objetiva, que será apoyada con herramientas como directrices claras.

269. La función de auditoría interna en la OPS se ha fortalecido considerablemente en los últimos años; se seguirán realizando auditorías de las operaciones de la Sede y las representaciones, en las que se consideren factores de riesgo específicos. La Oficina de Ética continuará centrándose en el fortalecimiento de las normas de comportamiento ético del personal y también realizará evaluaciones de riesgos para determinar cualquier vulnerabilidad que pudiera repercutir en la imagen y la reputación de la Organización. Se prestará atención particular a la elaboración de un nuevo programa de declaración de conflictos de intereses y situación financiera. En su calidad de coordinadora del Sistema de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos de la OPS, la Oficina de Ética también dirigirá las actividades encaminadas a fortalecer aún más el sistema interno de justicia de la OPS.

270. La gestión de los riesgos es una esfera importante de particular interés. La OPS está expuesta constantemente a riesgos de distinta naturaleza, entre ellos, los relacionados con su trabajo técnico en la salud pública, el financiamiento, las actividades de compras en nombre de los Estados Miembros, las relaciones con el sector privado, las organizaciones no gubernamentales y otras instituciones, y el contexto político y de gobernanza. Todos estos riesgos pueden afectar la eficacia y la reputación de la Organización. Este enfoque requiere la implantación y el seguimiento de procesos establecidos para velar por que todos los riesgos sean detectados y controlados adecuadamente, y notificados periódicamente al personal directivo superior de la OPS para que se adopten decisiones y medidas oportunas y fundamentadas.

271. Para garantizar el funcionamiento eficaz del sistema de gestión de riesgos, así como de las actividades de cumplimiento y control, la OPS pondrá en marcha un sistema de gestión de riesgos corporativos en todos los niveles de la Organización, lo cual está en consonancia con la labor que está realizando el Comité Consultivo de Expertos Independientes de la OMS.

6.3 Planificación estratégica, coordinación de recursos y presentación de informes

272. Esta área programática abarca la formulación de políticas; la planificación estratégica y operativa; la gestión, el desempeño, el seguimiento y la evaluación del presupuesto, y la presentación de informes en todos los niveles. También comprende el financiamiento y la gestión de los recursos para asegurar la coherencia, sinergia y armonización entre las distintas partes de la Oficina en respuesta a las prioridades establecidas en el Plan Estratégico. La Oficina continúa impulsando y consolidando la gestión basada en los resultados como marco operativo principal para mejorar la eficacia, eficiencia, convergencia con los resultados y rendición de cuentas de la Organización. Es particularmente importante formular, negociar y ejecutar enfoques nuevos para la movilización de recursos y la creación de alianzas, concebidas para aumentar la previsibilidad, flexibilidad y sostenibilidad del financiamiento de la OPS mediante un enfoque programático, al tiempo que se respeta el marco legal normativo de la Organización.

6.4 Gestión y administración

273. Esta área programática abarca los servicios administrativos básicos que sustentan el funcionamiento eficaz y eficiente de la OPS: finanzas, recursos humanos, tecnología de la información, compras y apoyo a las operaciones. La Oficina procurará poner en práctica un sistema moderno de información gerencial que simplifique los procesos administrativos y mejore los controles y los indicadores del desempeño, lo que dará lugar a una mayor eficiencia, transparencia, rendición de cuentas, descentralización y delegación de autoridad. Además, garantizará que la toma de decisiones y la asignación de recursos tengan lugar más cerca de donde se ejecutan los programas. Por otra parte, las capacidades y competencias administrativas y de gestión se fortalecerán en todos los niveles de la Oficina.

274. La idoneidad del marco de control financiero, como un aspecto concreto de la gestión de riesgos, es una prioridad particular. La OPS mejorará y ampliará los mecanismos que le permitan declarar, con confianza y de manera oportuna, cómo se están utilizando todos los recursos invertidos en la Organización para lograr el conjunto previsto de resultados establecidos en el Plan Estratégico y en el correspondiente Programa y Presupuesto.

275. La orientación en relación con los recursos humanos también está en consonancia con la reforma general de la gestión, que procura asegurar que la OPS sea capaz de reclutar al personal adecuado y desplegarlo donde se requiera; administrar los contratos del personal de acuerdo con las reglas existentes y de modo que se promueva su movilidad y desarrollo profesional; utilizar la planificación de la sucesión en los puestos para promover la continuidad de las funciones esenciales; y velar por que la Organización cuente con políticas y sistemas de recursos humanos que le permitan responder rápidamente a las circunstancias y necesidades cambiantes en el campo de la salud pública.

276. Las compras son un componente fundamental de la misión de la Organización de apoyar la cooperación técnica mediante la compra de bienes y servicios en nombre de los Estados Miembros, a fin de garantizar su acceso a medicamentos, vacunas y otros insumos de salud pública a precios asequibles. La OPS tiene implantados normas y procedimientos en materia de compras y sistemas de planificación institucional para garantizar la gestión apropiada de las actividades estratégicas y las relacionadas con las transacciones, así como desplegar una respuesta rápida en situaciones de emergencia.

277. La OPS garantizará un entorno de trabajo seguro y saludable para su personal mediante la provisión eficaz y eficiente de apoyo operativo y logístico, mantenimiento de la infraestructura y administración de los activos, incluido el cumplimiento de las normas mínimas de seguridad operacional de las Naciones Unidas y de las normas mínimas de seguridad residencial para las operaciones.

278. Por último, la formulación y ejecución de políticas y servicios en materia de tecnología de la información seguirán garantizando que se disponga de infraestructura, aplicaciones, redes y comunicaciones, apoyo a los usuarios y continuidad de las operaciones plenamente funcionales.

6.5 Comunicación estratégica

279. La labor en el área de la comunicación estratégica se basará en dos objetivos interrelacionados. Por un lado, la OPS desempeña la función crucial de proporcionar al público información de salud oportuna y exacta, incluso durante las situaciones de emergencia. Por otro lado, tiene que comunicar mejor su propio trabajo y el impacto, en especial, el progreso regional sobre los temas de salud y las necesidades regionales constantes para aumentar su visibilidad y posicionamiento estratégico como una organización líder en el ámbito de la salud.

280. La demanda cada vez mayor de información sobre la salud hace necesario que la OPS se deba comunicar interna y externamente de manera oportuna y coherente. También exige el suministro de conocimientos de salud esenciales y material de promoción a los Estados Miembros, los asociados en la esfera de la salud y otros interesados directos, incluida la sociedad civil.

281. La OPS adoptará un enfoque más proactivo de colaboración con los medios de comunicación y el personal para explicarles mejor la función que desempeña la Organización y el impacto que tiene sobre la salud de las personas. Esto se logrará mediante la ejecución de la *Estrategia de gestión del conocimiento y comunicaciones* en todos los niveles de la Organización. Además, la OPS mejorará su capacidad de suministrar información de salud mediante herramientas innovadoras de comunicación para llegar a un público más amplio.

282. Entre los elementos fundamentales de esta área programática están la preparación, la gestión y el intercambio de información y conocimientos basados en la evidencia producidos por los Estados Miembros de la OPS y la Oficina; la prestación de cooperación técnica en materia de gestión del conocimiento y comunicaciones; la facilitación de las comunicaciones entre la OPS, sus asociados y los interesados directos, incluido el sistema de las Naciones Unidas y el sistema interamericano, el público en general y el público especializado; el mejoramiento de la imagen de la Organización y la protección de su reputación; y el uso de las comunicaciones para fomentar los cambios individuales, sociales y políticos necesarios para mejorar y mantener la salud y el bienestar.

Análisis de los interesados directos clave

283. La participación y el compromiso de un amplio espectro de interesados directos son necesarios para lograr muchos de los resultados intermedios y los resultados inmediatos en esta categoría y para brindar apoyo a la ejecución del Plan Estratégico. La Oficina debe asegurar la interacción y la comunicación constantes con las autoridades de salud, sectores gubernamentales diferentes al de la salud, asociados para el desarrollo, la sociedad civil, los medios de comunicación, y otros interesados directos, tanto del sector público como del privado, al tiempo que les suministra información clara y convincente acerca de la función de la OPS, de sus logros y de su rendición de cuentas. Esto es fundamental a fin de motivar y habilitar a todos esos interesados para que apoyen a la Organización y colaboren con ella efectivamente. Por otra parte, estos interesados directos se apoyan en el liderazgo de la OPS para definir, explicar y promover los principios y las metas de la salud pública, lo que a su vez mejorará su propia habilidad para apoyar y promover estos principios y metas.

284. Dada la función de la Organización dentro de la OMS y las Naciones Unidas, se prevé que habrá una mayor coordinación, armonización y comunicación continuas con estos sistemas. La Organización hará contribuciones positivas para la ejecución exitosa de la reforma institucional que se está llevando a cabo en la OMS y las Naciones Unidas. En vista de los esfuerzos específicos en marcha en relación con el establecimiento de prioridades programáticas y la reforma de la gestión, la interacción de la Organización con la OMS y los organismos del sistema de las Naciones Unidas será particularmente importante. A nivel de país esto incluirá la participación activa de la OPS en el equipo de coordinación de las Naciones Unidas, mientras que a nivel regional esto también incluirá la colaboración constante entre los organismos de las Naciones Unidas para prestar apoyo sinérgico; y, a nivel mundial, la OPS seguirá colaborando en los fructíferos diálogos políticos y técnicos. A fin de mejorar los resultados colectivos en el ámbito de la salud, será importante seguir fortaleciendo las relaciones con las entidades de integración subregional y con otros organismos y organizaciones especializados del sistema interamericano.

285. Con miras a poner en marcha nuevas modalidades de cooperación técnica, la colaboración y las alianzas en los países y entre ellos promoverán enfoques intersectoriales y multisectoriales. Estos incluirán no sólo a los ministerios de salud, sino también a otros interesados directos clave del sector público y privado fuera del sector de la salud. Las actividades para incluir a estos otros actores serán clave para asegurar que se preste suficiente atención a los determinantes sociales de la salud y se apoyen los esfuerzos hacia la cobertura universal de salud.

286. Las actividades de la Organización se llevan a cabo en un entorno económico difícil, en el que hay una marcada competencia por los recursos. No obstante, la Organización sigue demostrando importantes resultados ante los asociados, lo que contribuye a la participación y la colaboración permanentes, y esto a su vez ayuda a asegurar recursos sostenibles para la ejecución del Plan Estratégico, de conformidad con el marco de gestión basado en resultados. En este sentido, la Organización debe estar lista para ampliar la colaboración en los países y entre los países, fomentar las asociaciones nuevas y reforzar las alianzas existentes en apoyo de la agenda regional de salud pública.

287. Teniendo en cuenta las inequidades en salud que siguen existiendo en la Región entre los países y dentro de ellos, la Organización seguirá reforzando y desarrollando modalidades de financiamiento con los Estados Miembros, no solo con el fin de apoyar la colaboración dentro de cada país sino para centrar la atención estratégica en las cuestiones de salud pública regionales. Para este proceso será importante contar con el apoyo de instituciones financieras clave a nivel regional y subregional.

288. La Oficina debe seguir fomentando la participación de los Estados Miembros a fin de que se beneficien plenamente de los servicios de adquisiciones de la Organización como parte de la cooperación técnica. En este proceso, es necesario procurar que se comprendan la estrategia, las reglas y los procedimientos en materia de adquisiciones, incluida la función de la Organización como interlocutor estratégico en la elaboración de programas de país relacionados con la salud y las adquisiciones. Al mismo tiempo, la OPS debe continuar su apoyo y plena participación con la familia de las Naciones Unidas mediante la colaboración continua en iniciativas y proyectos conjuntos, como la participación en la reforma de la gestión mundial de las Naciones Unidas, la armonización de procesos y prácticas adecuadas para las adquisiciones de bienes y servicios, y el cumplimiento de la colaboración de los organismos de las Naciones Unidas a nivel de país por medio de la adopción de directrices comunes para las adquisiciones.

Estrategias para llevar adelante el liderazgo, la gobernanza y las funciones habilitadoras

289. Las estrategias principales para llevar adelante el liderazgo, la gobernanza y las funciones habilitadoras son las siguientes:

- (a) Dirigir, orientar y coordinar la labor con la OMS, los Estados Miembros, el sistema de las Naciones Unidas y el sistema interamericano, y con otros asociados, interesados directos y el público en general para asegurar una mayor capacidad de respuesta a las necesidades de salud de los Estados Miembros, al mismo tiempo que se avanza en torno a los mandatos regionales y mundiales en materia de salud.
- (b) Seguir apoyando y coordinando la formulación de estrategias de cooperación en los países que converjan estrechamente con las políticas, estrategias y planes nacionales de salud, y con el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo, a fin de mostrar una mayor armonización.
- (c) Promover enfoques intersectoriales y multisectoriales para fortalecer la capacidad institucional y el liderazgo entre los Estados Miembros a fin de que desempeñen su función de gobernanza en el campo de la salud.
- (d) Garantizar que los Estados Miembros y otros asociados se comprometan plenamente a conseguir recursos sostenibles para la ejecución del Plan Estratégico de la OPS mediante un enfoque programático fundamentado en la gestión basada en los resultados.
- (e) Fortalecer las competencias apropiadas de los funcionarios de la OPS para poner en marcha nuevos enfoques relacionados con la diplomacia en el ámbito de la salud y las nuevas asociaciones en el campo de la salud.
- (f) Garantizar la ejecución de un sistema moderno de gestión de la información para simplificar los procesos administrativos y mejorar los indicadores y los controles del desempeño, lo que permitirá una mayor eficiencia, transparencia, rendición de cuentas, descentralización y delegación de autoridad.
- (g) Fortalecer la capacidad institucional para poner en marcha un sistema de gestión de riesgos corporativos.
- (h) Fortalecer las capacidades y competencias administrativas y de gestión en todos los niveles de la Oficina.
- (i) Fortalecer la planificación estratégica de los recursos humanos, centrando la atención en la planificación de la sucesión, la ubicación del personal en función de las competencias y las necesidades, la movilidad y el desarrollo del personal.
- (j) Formar y mantener la capacidad de la Oficina necesaria para ejecutar las estrategias de comunicación interna y gestión del conocimiento.

Temas transversales

290. Sobre la base de las normas y prácticas existentes, los temas transversales de género, equidad, derechos humanos y etnicidad se aplicarán en todo el trabajo incluido en esta categoría según sea necesario, pero sobre todo en lo que se refiere a los asuntos relacionados con la gestión de los recursos humanos y el sistema de justicia interno. Además, la Organización aplicará el plan de acción para todo el sistema sobre la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, adoptado recientemente por las Naciones Unidas.

291. Por medio del trabajo incluido en esta categoría, la Oficina apoyará la labor en las otras categorías para facilitar la obtención de sus resultados. De esta manera, la categoría 6 se vincula con todas las demás categorías.

Supuestos y riesgos

Supuestos:

- (a) La Organización puede movilizar oportunamente las contribuciones necesarias de los Estados Miembros y de asociados tradicionales y no tradicionales. El financiamiento recibido de la OMS concuerda con el presupuesto aprobado.
- (b) Hay políticas y reglas claras en materia de gestión, responsabilidad y rendición de cuentas para ejecutar programas eficazmente de una manera cada vez más descentralizada.
- (c) Se llevan a cabo las reformas institucionales de la OMS y las Naciones Unidas, y hay una mayor coordinación y armonización con estos sistemas a nivel mundial, regional y de país.
- (d) Hay convenios claros con los Estados Miembros y los interesados directos para evitar conflictos de intereses, costos elevados de transacción y riesgos legales para la Organización, los gobiernos, las organizaciones internacionales, los asociados y los donantes, procurando al mismo tiempo la rendición de cuentas.
- (e) Hay una percepción cada vez más positiva de la función de la OPS como líder y asociado clave para el desarrollo de la salud en la Región.
- (f) La rendición de cuentas de la Organización sigue fortaleciéndose en el contexto del marco de la gestión basada en los resultados.

Riesgos:

- (a) Las reducciones adicionales de la asignación de recursos de la OMS comprometen gravemente la capacidad de la OPS para obtener los resultados establecidos en el Plan Estratégico.
- (b) La asistencia internacional a la Región sigue disminuyendo.
- (c) No hay suficiente voluntad política para ejecutar el Plan Estratégico en la Región.
- (d) La presencia limitada de la OPS en foros estratégicos socava la coordinación con las autoridades nacionales, los organismos de las Naciones Unidas y otras organizaciones intergubernamentales, las alianzas publicoprivadas y la sociedad civil de acuerdo con la revisión cuatrienal amplia de la política relativa a las actividades operacionales de las Naciones Unidas.
- (e) Los recursos movilizados tienen poca flexibilidad, lo cual compromete la capacidad de la Organización para centrarse en las prioridades acordadas por los Estados Miembros en el Plan Estratégico.
- (f) Los posibles conflictos de intereses con asociados del sector privado afectan a la imagen y la reputación de la Organización.
- (g) La falta de un sistema moderno de información para la gestión retrasa la simplificación de los procesos administrativos e impide el uso de medidas más eficaces que conduzcan a ahorros en los costos.
- (h) La poca disponibilidad y fiabilidad de la información impide la adopción de decisiones oportunas.

Categoría 6. Liderazgo, gobernanza y funciones habilitadoras: Áreas programáticas y resultados intermedios

6.1 Liderazgo y gobernanza

Resultado intermedio-RIT 6.1 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

Ind. #	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2013*	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)*
RIT 6.1.1	Nivel de satisfacción de los interesados directos con la función de OPS/OMS en la conducción de los asuntos de salud mundiales y regionales	Alto (sobre la base de la clasificación compuesta de la encuesta de percepción de los interesados directos de noviembre del 2012)	Alto (sobre la base de la encuesta de percepción de los interesados directos del 2019)
RIT 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	13/35 (2015)	20/35
RIT 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.	7 (2015)	8

6.2 Transparencia, rendición de cuentas y gestión de riesgos

Resultado intermedio-RIT 6.2 La OPS funciona de manera responsable y transparente y dispone de marcos de gestión y de evaluación de riesgos que funcionan adecuadamente

Ind. #	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2013	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 6.2.1	Proporción de riesgos institucionales con planes de respuesta aprobados y ejecutados	80% (2015)	100%

* El año de la línea de base es el 2013 o el año al que correspondan los datos más recientes. Se indica el año correspondiente en el caso de los indicadores sin datos para el 2013. Las metas para el 2019 incluyen la línea de base del 2013. Esto se aplica a todas las líneas de base y las metas de esta categoría.

6.3 Planificación estratégica, coordinación de recursos y presentación de informes

Resultado intermedio-RIT 6.3 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

Ind. #	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2013	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 6.3.1	Porcentaje del presupuesto aprobado de la OPS que se ha financiado	90% (basado en la Evaluación del programa y presupuesto 2012-2013)	100%
RIT 6.3.2	Porcentaje de las metas de los indicadores de los resultados intermedios del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 logrados	91% (basado en la evaluación final del Plan Estratégico 2008-2013, utilizada como referencia)	≥90%

6.4 Gestión y administración

Resultado intermedio-OCM 6.4 Effective management and administration across the three levels of the Organization

Ind. #	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2013	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 6.4.1	Proporción lograda de métricas de gestión y administración (como las desarrolladas en los acuerdos sobre el nivel de los servicios)	80% (2015)	95%

6.5 Comunicación estratégica

Resultado intermedio-RIT 6.5 Mejor comprensión por parte del público y los interesados directos del trabajo de la OPS/OMS

Ind. #	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2013	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 6.5.1	Porcentaje de los Estados Miembros y otros representantes de los interesados directos que evalúan el desempeño de la OPS/OMS como excelente o bueno	77%	100% (encuesta de la OMS de percepción de los interesados directos del 2019)

VII. Garantizar la ejecución eficiente y eficaz del Plan



292. En esta sección se señalan diversos factores amplios que podrían influir en la ejecución eficiente y eficaz del Plan, a saber: estrategias de cooperación técnica, funciones y responsabilidades de la OPS y sus Estados Miembros, financiamiento y gestión del riesgo.

293. Con la finalidad de seguir siendo pertinente y receptiva para los Estados Miembros y, al mismo tiempo, seguir desempeñando una función de liderazgo en la Región, la Organización empleará enfoques innovadores en su colaboración con los Estados Miembros y los asociados. El Plan Estratégico 2014-2019 es el marco de referencia que guiará las intervenciones de la OPS para impulsar la agenda de salud pública en la Región. A fin de lograr los resultados previstos en el Plan Estratégico, la Organización explorará nuevas modalidades de cooperación técnica y ampliará sus alianzas a nivel nacional, subregional y regional. Se prestará especial atención a la creación y el uso de pericia nacional en los países de la Región y al intercambio de experiencias fructíferas y de las enseñanzas extraídas. La OPS promoverá y apoyará la realización de intervenciones costo-eficaces, las mejores inversiones y herramientas apropiadas, según el contexto de los países.

294. Según lo expuesto en la cadena de resultados, serán necesarios el compromiso y la colaboración de los Estados Miembros, la Oficina y los asociados para alcanzar los resultados establecidos en el Plan y lograr los impactos previstos.

295. Sobre la base del nivel histórico del financiamiento disponible para el Plan Estratégico 2008-2013 y de las proyecciones, el conjunto de recursos para la ejecución del Plan Estratégico 2014-2019 se calcula en \$1.800 millones. Este cálculo se presenta para que los Estados Miembros y los asociados tengan una idea de la magnitud de los recursos que se necesitarán a lo largo del período de seis años abarcado por el Plan para permitir el logro de sus resultados previstos. Con la finalidad de obtener los recursos necesarios para ejecutar el Plan, la OPS tendrá que concebir una estrategia sólida de movilización de recursos. Con este objeto, se prestará especial atención al enfoque programático de la Organización guiado por el Plan para obtener recursos que tengan la suficiente flexibilidad a fin de posibilitar que se logren los resultados intermedios previstos.

296. El programa y los presupuestos incluirán recursos del presupuesto ordinario, contribuciones voluntarias, contribuciones voluntarias nacionales y fondos de la OMS. Es importante señalar que el Plan Estratégico 2014-2019 está ejecutándose en el marco de la nueva Política del Presupuesto de la OPS, que incorpora los principios de la equidad y la solidaridad panamericana y hace hincapié en la presencia en el país y en la presupuestación orientada a la consecución de resultados. Una consideración importante es la forma de incorporar las contribuciones voluntarias nacionales y manejarlas en la dotación de fondos para las categorías y los resultados intermedios del Plan.

297. La Oficina aplicará su marco de gestión de riesgos institucionales para determinar los riesgos y aplicar las medidas de mitigación necesarias que aumenten la probabilidad de lograr los resultados previstos en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. El marco de gestión de riesgos institucionales de la Oficina se basa en la norma internacional ISO 31000 e incluye una metodología para integrar la gestión de riesgos en todos los niveles de la Organización por medio de un proceso proactivo, continuo y sistemático. El objetivo es preparar a la Organización a fin de que pueda determinar y controlar los riesgos de manera oportuna, y aprovechar adecuadamente las oportunidades que pudieran surgir. Este marco se aplicará a Plan Estratégico 2014-2019, al Programa y los Presupuestos (2014-2015, 2016-2017, 2018-2019) y a la planificación operativa en todas las entidades de la Oficina.

VIII. Seguimiento, evaluación y presentación de informes



298. El seguimiento, la evaluación y la presentación de informes constituyen una parte integral del marco de gestión basada en los resultados de la OPS. De conformidad con este marco y con el compromiso de la Organización de mejorar la rendición de cuentas y la transparencia, esta sección presenta el proceso conjunto para el seguimiento de la ejecución del Plan Estratégico 2014-2019 y sus correspondientes programas y presupuestos.

299. El desempeño de la OPS se evaluará al medir el progreso hacia el logro de las metas relativas al impacto y los resultados intermedios establecidos en el Plan Estratégico 2014-2019.

300. La ejecución general del Plan Estratégico se evaluará usando los indicadores definidos. Esta evaluación exigirá que tanto los Estados Miembros como la Oficina hagan el seguimiento e informen al respecto.

301. La primera versión modificada del Plan Estratégico incluyó un conjunto de indicadores modificados, que fueron resultado de la colaboración con los Estados Miembros a través del Grupo de Trabajo de los Países (CWG, por su sigla en inglés), establecido en la 153.^a sesión del Comité Ejecutivo e integrado por 12 Estados Miembros⁵ y la Oficina Sanitaria Panamericana. El Grupo de Trabajo de los Países y la Oficina perfeccionaron la definición y los valores de la línea de base y de las metas para todos los indicadores. Esto se fundamentó en el proceso de consulta con todos los países y los territorios, llevado a cabo para la elaboración del Plan Estratégico 2014-2019 original aprobado por el 52.º Consejo Directivo en el 2013.

302. La segunda versión modificada incluye nuevos indicadores de los resultados intermedios que corresponden a las modificaciones en la categoría 5 y el agregado del área programática 1.6, así como un nuevo indicador con respecto a las hepatitis en el área programática 1.1.

303. Se ha elaborado un compendio de indicadores, que presenta definiciones estándar y criterios de medición para todos los indicadores con el objeto de estandarizar el seguimiento y la presentación de informes de progreso hacia el logro de las metas de los indicadores. El compendio también refleja la responsabilidad conjunta de los Estados Miembros y la Oficina con respecto al seguimiento y la presentación de informes de los indicadores del Plan Estratégico y el Programa y Presupuesto. Será necesario contar con el compromiso de todos los países y territorios de informar sobre el avance hacia el logro de los indicadores a fin de hacer el seguimiento eficaz de la ejecución del Plan Estratégico y de sus programas y presupuestos. La Oficina colaborará estrechamente con los países y territorios en el proceso de seguimiento, evaluación y presentación de informes.

⁵ Los integrantes del Grupo de Trabajo de los Países fueron: Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Jamaica, México, Paraguay y Perú. El CGW fue presidido por Brasil y copresidido por El Salvador.

304. El impacto, los resultados intermedios y los resultados inmediatos se evaluarán en forma conjunta sobre la base de los datos disponibles de los Estados Miembros y notificados a la OPS o de cualquier otra fuente de información oficial. El seguimiento de los indicadores del nivel de impacto se hará utilizando los Datos Básicos de Salud de la PS y no hará falta el seguimiento individual por cada país. Además, se ha creado el Sistema de Seguimiento del Plan Estratégico de la OPS (SPMS, por sus siglas en inglés) con insumos del Grupo de Trabajo de los Países en respuesta al mandato de los Estados Miembros acerca del seguimiento y la evaluación conjunta de los indicadores de resultados intermedios y de resultados inmediatos (resolución CD52.R8 [2013]). El sistema facilita el análisis de la información por indicador de los resultados intermedios y resultados inmediatos.

305. El seguimiento y la evaluación de la ejecución del Plan se hará cada dos años y, al finalizar cada bienio, se presentará un informe a los Cuerpos Directivos. La evaluación de fin de bienio de la ejecución del programa y los presupuestos proporcionará un análisis integral del desempeño de la Organización, que incluirá una determinación del progreso alcanzado hacia la obtención de los resultados intermedios establecidos y del logro de los resultados inmediatos. Las evaluaciones de fin de bienio servirán de base para informar a los Estados Miembros sobre el progreso en la ejecución del Plan Estratégico y guiar los ajustes transitorios.

306. También se hará una evaluación final al terminar el período del Plan Estratégico.

Siglas y abreviaturas



SIGLA	DESCRIPCIÓN
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
ALBA	Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América
AVAD	años de vida ajustados en función de la discapacidad
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BRICS	Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica
CAF	Banco de Desarrollo de América Latina
CARPHA	Organismo de Salud Pública del Caribe
CCG	Grupo Consultivo de los Países
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos
CIDA	Organismo Canadiense de Desarrollo Internacional
CMCT	Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco
CTP	Cooperación técnica entre países
CWG	Grupo de Trabajo de los Países
EASP	Escuela Andaluza de Salud Pública
ECP	Estrategia de cooperación en los países
EGI-dengue	Estrategia de Gestión Integrada para la Prevención y el Control del Dengue
EVAS	Esperanza de vida ajustada en función del estado de salud (esperanza de vida sana)
ENT	enfermedades no transmisibles
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
FDA	Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos
FMSTM	Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
GOARN	Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos
IDH	índice de desarrollo humano
IICA	Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura

SIGLA	DESCRIPCIÓN
IMC	índice de masa corporal
ITS	infecciones de transmisión sexual
MERCOSUR	Mercado Común del Sur
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
ODM	Objetivo de Desarrollo del Milenio
OE	objetivo estratégico (Plan Estratégico 2008-2013)
OIE	Organización Mundial de Sanidad Animal
OIRSA	Organismo Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSP, la Oficina	Oficina Sanitaria Panamericana
PAFNCD	Foro Panamericano de Acción contra las Enfermedades No Transmisibles
PEPFAR	Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida
PHAC	Organismo de Salud Pública del Canadá
PIB	producto interno bruto
PMIS	Sistema de Información Gerencial de la OSP
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
REMSAA	Reunión de Ministros de Salud del Área Andina
RIT	resultado intermedio
RPR	resultados previstos a nivel regional (Plan Estratégico 2008-2013)
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
SCSI	Sociedad Canadiense para la Salud Internacional
SVI	Instituto de Vacunas Sabin
TB	tuberculosis
UNASUR	Unión de Naciones Suramericanas
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

Anexos



ANEXO I. Enseñanzas clave extraídas de los planes anteriores

1. El Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 se basa en la experiencia y las enseñanzas extraídas de planes, programas y presupuestos anteriores, y de otros instrumentos y procesos de planificación de alto nivel, incluidos los procesos de planificación y presupuestación de la OMS. Se ha otorgado especial atención al análisis de las enseñanzas extraídas del Plan Estratégico de la OPS 2008-2013 en vista de que fue el primer plan que se ejecutó usando el enfoque de la gestión basada en los resultados.

2. A continuación se indican las principales enseñanzas extraídas que se han tenido en cuenta en la elaboración del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Para orientar su aplicación a aspectos clave del Plan, estas se han clasificado en tres categorías: *a)* políticas y estratégicas; *b)* programáticas y técnicas; y *c)* administrativas y de gestión. La aplicación de estas enseñanzas será fundamental para la ejecución eficaz del Plan y para seguir mejorando la eficiencia y la eficacia de la gestión de la Organización.

Enseñanzas políticas y estratégicas

3. El Plan Estratégico de la OPS 2008-2013 fue el primer plan que estuvo en consonancia con los procesos de planificación y presupuestarios de la OMS (específicamente el Plan Estratégico de Mitad de Período 2008-2013 de la OMS y el presupuesto por programas correspondiente). Aunque se tomó la decisión de armonizar, por primera vez, el trabajo de la OPS con el del programa general de trabajo de la OMS, esto no se logró plenamente en todos los objetivos estratégicos. Estas variaciones con respecto al programa general de trabajo de la OMS crearon algunos retos al presentar información al nivel mundial. El Plan Estratégico 2014-2019 está en consonancia con el Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS al mismo tiempo que preserva los aspectos específicos regionales, y este grado de armonización debería facilitar el seguimiento y la presentación de informes sobre los indicadores mundiales incluidos en el Duodécimo Programa General de Trabajo. Además, facilitará la gestión de los recursos recibidos de la OMS y la contribución de la Región al programa mundial de acción de salud.

4. El Plan Estratégico 2014-2019 debe tener la flexibilidad necesaria para que sea posible adaptarlo fácilmente a las circunstancias cambiantes. El proceso para modificar el Plan Estratégico 2008-2013 exigió que los Estados Miembros aprobaran todos los cambios necesarios lo que incluyó, aunque sin limitarse a estos aspectos, la fijación de líneas de base y de metas para el período completo de ejecución. En el nuevo Plan se definen funciones y responsabilidades más claras de los Estados Miembros y de la Oficina. Además incorporará mecanismos para hacer los ajustes necesarios a los diferentes componentes del Plan durante su ejecución.

5. Aunque un documento estratégico debería indicar las áreas prioritarias a las que la Organización dirigirá sus recursos, se deben establecer además las prioridades dentro de las áreas para que se puedan abordar eficazmente los temas clave. Cuando se elaboró el Plan Estratégico 2008-2013 los criterios de asignación de prioridades no se basaban en pruebas fidedignas y no habían sido elaborados por medio de una consulta amplia, lo que limitó la aceptación posterior del plan. En el Plan Estratégico 2014-2019 los criterios se formularon sobre la base de un método científico y con la participación de personal de toda la Oficina. Los criterios y la metodología fueron también examinados y aplicados por los Estados Miembros por intermedio del Grupo Consultivo de los Países (CCG).

6. El logro de los resultados del Plan Estratégico debe ser una responsabilidad conjunta de la Oficina y los Estados Miembros. Es necesario que haya una mayor participación de los Estados Miembros durante todas las fases desde el comienzo de la formulación y a lo largo de la ejecución hasta la evaluación final del plan. En este sentido, el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 debe ejecutarse dentro de otros marcos estratégicos como el Programa General de Trabajo de la OMS y la Agenda de Salud para las Américas, al igual que otros marcos pertinentes en la Región.

7. Las contribuciones voluntarias nacionales (es decir, las contribuciones voluntarias de los Estados Miembros destinadas exclusivamente a la cooperación técnica en el propio país) representaron una porción considerable de las contribuciones voluntarias recibidas por la Organización durante la ejecución del Plan Estratégico 2008-2013. Aunque se hizo un esfuerzo para garantizar que hubiera un vínculo adecuado con las prioridades estratégicas establecidas por los Estados Miembros, es necesario aclarar el aporte de estas contribuciones al logro general de los resultados. En el Programa y Presupuesto 2014-2015 se indicarán las contribuciones voluntarias nacionales bajo cada categoría y su efecto sobre otras fuentes de financiamiento de la Organización, así como sobre el equilibrio general entre el nivel de recursos y los logros programáticos.

Enseñanzas programáticas y técnicas

8. La Organización ha avanzado en la promoción y el apoyo del trabajo interprogramático entre diferentes categorías, en particular a nivel de país. Aun persisten algunos retos a nivel regional donde una estructura funcional fija parece obstaculizar la colaboración horizontal. Mediante la reducción del número de Objetivos Estratégicos, ahora llamados categorías, y un enfoque de gestión más flexible se pretende afrontar este reto. Se necesitarán otros cambios a nivel operativo para promover el trabajo entre las categorías.

9. La estrategia de cooperar por medio de redes para mejorar la gobernanza y el liderazgo se considera apropiada y eficaz en función de los costos; sin embargo, requiere un compromiso institucional para su sostenibilidad a mediano y largo plazo. La creación de redes debe incluir mecanismos de sostenibilidad para asegurar su éxito a largo plazo.

10. Los proyectos de cooperación técnica entre los países en los que se utilizan fuentes flexibles de financiamiento, como la porción variable del presupuesto asignado al país, demostraron ser más eficaces que los proyectos comparables que no tienen esta flexibilidad. Hay muchos factores específicos de los países (la voluntad política, las limitaciones económicas y prioridades de salud) que afectan la viabilidad de estos proyectos y, por lo tanto, los fondos deben ajustarse a las necesidades específicas de los Estados Miembros. Sin embargo, esto también requiere que se establezcan criterios para garantizar un enfoque equitativo de asignación de recursos entre los Estados Miembros. Los Estados Miembros manifestaron la necesidad de un mayor intercambio de conocimientos entre los profesionales dedicados a la salud pública, al igual que entre los organismos internacionales de cooperación, lo que llevó a un esfuerzo en toda la Organización para crear una plataforma de intercambio de conocimientos ubicada en la web donde pudieran transmitirse experiencias y buenas prácticas en el ámbito de la salud pública. La importancia cada vez mayor de la cooperación Sur-Sur y la cooperación triangular en el diálogo

internacional ha llevado a la Organización a elaborar un marco político renovado para facilitar la cooperación entre los países, que será examinado por los Cuerpos Directivos en el 2013 y, de ser aprobado, posiblemente se incorporará en el nuevo Plan Estratégico.

11. El nivel subregional de la cooperación técnica fue introducido en la Política del Presupuesto Regional por Programas en el 2006 y concebido para permitir que la Organización prestase apoyo a los planes de salud de los procesos de integración subregional en la Región de las Américas, proporcionando otro espacio para la cooperación y la promoción de la causa en la Región. El trabajo en este nivel ha permitido que la Organización cuente con mayor flexibilidad para responder a las necesidades de los Estados Miembros, mientras promueve simultáneamente la cooperación entre países, un tema cada vez más importante entre los países de la Región. La cooperación técnica a nivel subregional también facilita el debate en torno a las políticas de salud a nivel subregional, regional y mundial al crear una variedad de foros diplomáticos en los que los países pueden contribuir al diálogo supranacional sobre las políticas y la diplomacia en salud. Cada proceso subregional ofrece una plataforma para los intereses e inquietudes comunes, así como un espacio en el que pueden surgir normas y prácticas innovadoras mediante el diálogo y el intercambio colectivo.

Enseñanzas administrativas y de gestión

12. La cantidad, la calidad y la mensurabilidad de los indicadores plantearon retos a lo largo del proceso de ejecución del Plan Estratégico 2008-2013. En la mayoría de los casos, la evaluación se centró en indicadores cuantitativos y el análisis cualitativo fue limitado. El mejoramiento que se logró con el transcurso de los años en cuanto al seguimiento y la evaluación de la ejecución del Plan Estratégico 2008-2013 demostró el valor de realizar un análisis integral cualitativo para demostrar mejor los resultados. Sin embargo, se consideró que este proceso era bastante engorroso. En consecuencia, se ha simplificado el proceso al reducir el número de indicadores y mejorar su calidad. Los indicadores en el Plan Estratégico 2014-2019 se centran en medir el progreso hacia la mejora de la situación de salud con respecto a los indicadores del impacto en lugar de centrarse en evaluar los procesos.

13. Aunque el proceso de seguimiento y evaluación de la ejecución del Plan Estratégico 2008-2013 se condujo a nivel de la Oficina, también incluyó el progreso logrado por los Estados Miembros. En el nuevo proceso de evaluación se definirán claramente los distintos niveles de rendición de cuentas. El impacto y los resultados intermedios se evaluarán sobre la base de los sistemas oficiales de información con los que cuentan los Estados Miembros, y los resultados inmediatos y productos y servicios serán responsabilidad de la Oficina. La Oficina ha examinado el proceso de seguimiento y evaluación del desempeño, y ha encontrado un nuevo proceso que combina las eficiencias con la flexibilidad para determinar los retos y realizar ajustes. Además se debe incorporar un proceso para que se realicen evaluaciones independientes periódicas a fin de garantizar el mejoramiento continuo de la programación y de contribuir a la rendición de cuentas; la información ponerse a disposición de todos los niveles de la gestión y los interesados directos.

14. El Plan Estratégico de la OPS 2008-2013 fue el primer plan que se ejecutó completamente usando el marco de la gestión basada en los resultados. La aplicación de la gestión basada en los resultados permitió a la Organización demostrar mejor los resultados y centrar mejor la asignación de recursos, al mismo tiempo que aumentó la transparencia y la rendición de cuentas. Este enfoque se ha institucionalizado en gran medida en la OPS como se muestra en el informe más reciente de la Dependencia Común de Inspección de las Naciones Unidas. La OPS seguirá consolidando este marco de gestión basada en los resultados a fin de mejorar la transparencia y la rendición de cuentas, al mismo tiempo que se simplifica la planificación, la presupuestación y los procesos de seguimiento y evaluación del desempeño al fortalecer la capacidad. El nuevo Sistema de Información Gerencial de la OPS (PMIS) también contribuirá a mejorar aun más la aplicación de la gestión basada en los resultados en toda la Oficina. El sistema generará y usará información sobre el desempeño para rendir cuentas, presentar información a los interesados directos externos y brindar información a la gerencia interna a fin de hacer el seguimiento, aprender y tomar decisiones.

ANEXO II. Marco de estratificación de las prioridades programáticas

1. En el Plan Estratégico se establece este marco a fin de que sirva como instrumento clave para guiar la planificación y la asignación de todos los recursos con los que cuenta la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina), incluidos los recursos humanos y financieros, y para proyectar la movilización de recursos a fin de ejecutar el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Este marco está en consonancia con los principios de la Política del Presupuesto de la OPS y con el marco de gestión basada en los resultados de la OPS. Se han establecido principios generales, que incluyen criterios y un método científico, a fin de guiar la aplicación de este marco de una manera objetiva.
2. En este marco se aprovecha el proceso de estratificación de prioridades programáticas del Plan Estratégico de la OPS 2008-2013 y el que se ha utilizado en el proyecto de Duodécimo Programa General de Trabajo 2014-2019 de la OMS.
3. La metodología empleada en este marco está en consonancia con el marco de la gestión basada en los resultados de la OPS y, por consiguiente, debería contribuir a mejorar la rendición de cuentas y la transparencia en la asignación y la movilización de recursos mediante un enfoque programático.
4. En la metodología se establecen tres niveles de prioridad (1: prioridad alta, 2: prioridad mediana y 3: prioridad baja) que se aplican a las 27 áreas programáticas de las categorías 1 a 5 del Plan Estratégico de la OPS, con las siguientes dos excepciones:
 - (a) Categoría 6 (liderazgo, gobernanza y funciones habilitadoras). Esta categoría brinda apoyo a la prestación de la cooperación técnica en las categorías 1 a 5, incluida la presencia en los países, y depende del financiamiento flexible. Por consiguiente, es importante asegurar que se disponga de los fondos necesarios para cubrir dichas funciones. El nivel de financiamiento de esta categoría se determinará sobre la base del análisis de los costos esenciales, la eficiencia y las medidas costo-eficaces, entre otros (la Oficina emprenderá estos análisis).
 - (b) Áreas programáticas 5.5 (servicios básicos de emergencia) y 5.7 (respuesta a brotes y crisis). Estas dos áreas tampoco fueron incluidas en el ejercicio de asignación de prioridades. Las características de estos programas implican que siempre se necesitarán las funciones de relaciones externas, gestión y administración en relación con el programa de emergencias. Además, se debe contar constantemente con suficientes recursos humanos, técnicos y financieros para la respuesta a brotes y crisis. De hecho, los fondos asignados a la respuesta a brotes y crisis pertenecen a un segmento del presupuesto que está separado del Programa y Presupuesto, de conformidad con la práctica presupuestaria de la OMS.
5. Teniendo en cuenta que la Organización ya ha establecido las áreas programáticas, que representan las prioridades para el Plan Estratégico 2014-2019, debe fijarse para cada área programática un nivel mínimo de financiamiento, lo que garantizará una cobertura mínima de la Organización a fin de mantener los logros y la capacidad de respuesta institucional.
6. Después de que se asigne el nivel mínimo de financiamiento, la asignación de los fondos restantes se guiará por el método de estratificación prioritaria y los criterios definidos en este marco. Esto se complementará con los criterios establecidos en el mecanismo de coordinación de recursos, incluida la brecha en los indicadores de resultados intermedios (la distancia entre la línea de base y la meta prevista que debe lograrse a fines de un bienio), sobre la base de la determinación de los costos del Programa y Presupuesto. La asignación de los recursos flexibles movilizados se hará según el nivel de prioridad y la brecha programática. Esta metodología proporciona un medio para comparar distintos temas de salud en un marco relativo, no absoluto, de la manera más equitativa posible y en una forma objetiva en cierta medida.

Metodología

7. La metodología perfeccionada (resolución CD55.R2 [2016]) incluye actualizaciones a los criterios de Hanlon para la fijación de prioridades de salud, sumamente conocidos y ampliamente aceptados. Este método perfeccionado de Hanlon adaptado por la OPS responde a la resolución CD53.R3 (2014) en la que se solicitaba a la Directora que continuase realizando consultas con los Estados Miembros sobre el perfeccionamiento del marco de estratificación de las prioridades programáticas del Plan Estratégico y lo aplicase durante el proceso de elaboración de los programas y presupuestos.

8. El método se basa en la evaluación de los siguientes componentes: *a)* el tamaño o la magnitud, *b)* la gravedad, *c)* la eficacia de las intervenciones, *d)* la inequidad y *e)* el factor de posicionamiento (véanse las definiciones de cada componente que figuran a continuación). Se aplica la siguiente ecuación:

$$\text{Calificación básica de las prioridades} = ((A+B+E)C) / 5,25 \times F$$

en la que:

A = Tamaño o magnitud del problema (escala de 0 a 10 puntos)

Prevalencia o incidencia de las enfermedades, o deficiencias del sistema o del programa (en el caso de las áreas programáticas que no están orientadas a las enfermedades).

B = Gravedad del problema (escala de 0 a 20 puntos)

Abarca una combinación de cuatro componentes: B1 es la urgencia, B2 es la seriedad de las consecuencias (mortalidad prematura, discapacidad, carga para los servicios de salud, efecto sobre la salud y el desarrollo humano sostenible), B3 es la pérdida económica y B4 son los efectos externos indirectos negativos (repercusión negativa en otros o posibilidad de que el problema se propague o empeore otros eventos). Al determinar el puntaje de este componente se considera la importancia del área programática en cuestión para el sistema de salud y las consecuencias si no se interviene.

C = Eficacia de las intervenciones (escala de 0 a 10 puntos)

Disponibilidad de intervenciones eficaces para abordar los problemas o las deficiencias de los sistemas o programas.

E = Inequidad (escala de 0 a 5 puntos)

De acuerdo con la OPS/OMS, las inequidades en la salud son desigualdades injustas e injustificadas que son innecesarias y pueden evitarse, y ocurren entre grupos de personas tanto dentro de los países como entre ellos.⁶ La inequidad se puede medir como la presencia diferencial de una enfermedad o del acceso a programas de salud de acuerdo con el género, la etnicidad, el nivel de ingresos, la ubicación geográfica (urbana o rural), etc., dentro de los países y entre ellos.

⁶ Véase el documento CD55/7, Metodología para el marco de estratificación de las prioridades programáticas del Plan Estratégico de la OPS (septiembre del 2016). Disponible en: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=35729&Itemid=270&lang=es.

F = Factor de posicionamiento (escala de 0,67 a 1,5 puntos)

El posicionamiento es el valor agregado de una institución en cada una de las áreas programáticas a las que se están otorgando prioridad. En el caso de la OPS, esto significa la medida en la que la Organización está en una posición única para colaborar con los Estados Miembros para abordar las áreas programáticas sobre la base de *a)* cuestiones políticas, estratégicas o técnicas y *b)* la cooperación técnica a nivel de país, subregional o regional y otros aspectos similares, tomando en cuenta las seis funciones básicas de la OPS. El factor de posicionamiento institucional también permite incorporar algunas consideraciones políticas y estratégicas en el proceso de asignación de las prioridades.

El **denominador** de la ecuación es 5,25. En términos matemáticos, esto convierte la calificación básica de las prioridades en una escala de 0 a 100.

Aplicación

9. Tras ser validada por el SPAG, la metodología fue aplicada por los Estados Miembros como parte de las consultas nacionales con respecto al Programa y Presupuesto 2018-2019. Estos resultados también permitieron actualizar la estratificación de las prioridades programáticas en esta segunda versión modificada del Plan Estratégico 2014-2019.

10. Las representaciones de la OPS/OMS facilitaron las consultas nacionales en colaboración con las autoridades de salud. La herramienta tipo matriz de Hanlon adaptada por la OPS para la estratificación de prioridades fue utilizada por funcionarios de salud de alto rango para calificar los distintos componentes de la ecuación descrita anteriormente, teniendo en consideración el alcance de cada área programática y los criterios de cada componente. Luego se determinó una puntuación general para cada país al computar la media recortada de las puntuaciones individuales (es decir, excluidos los valores mínimos y máximos). Se consolidaron las puntuaciones de los países y territorios a fin de obtener las puntuaciones regionales promedio del área programática. Esto dio lugar a los tres niveles de prioridad descritos en la metodología más arriba.

ANEXO III. Lista de países y territorios con su sigla correspondiente

	PAÍS ESTADOS MIEMBROS	SIGLA 35		PAÍS MIEMBROS ASOCIADOS	SIGLA 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 (Estado Plurinacional de)	BOL		ESTADOS PARTICIPANTES	3
7	Brasil	BRA		Francia	4
8	Canadá	CAN	40	Colectividad de San Martín	MAF
9	Chile	CHL	41	Guadalupe	GLP
10	Colombia	COL	42	Guayana Francesa	GUF
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	Bermuda	BMU
21	Honduras	HND	49	Islas Caimán	CYM
22	Jamaica	JAM	50	Islas Turcas y Caicos	TCA
23	México	MEX	51	Islas Vírgenes Británicas	VGB
24	Nicaragua	NIC	52	Montserrat	MSR
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 (República Bolivariana de)	VEN			

ANEXO IV. Mandatos, resoluciones, estrategias y planes de acción de la OPS

Categoría y área programática	Mandatos, resoluciones, estrategias y planes de acción de la OPS
1 Enfermedades transmisibles	
1.1 Infección por el VIH/sida, infecciones de transmisión sexual y hepatitis virales	<ul style="list-style-type: none"> - Plan Estratégico Regional de la OPS para el control de la infección por el VIH/sida y las infecciones de transmisión sexual [2006-2015] (resolución CD46.R15 [2005]) - Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita [2010-2015] (resolución CD50.R12 [2010]) - Hepatitis virales (resolución WHA63.18 [2010]) - Prevención y control de las hepatitis virales: Marco para la acción mundial (OMS, 2012)
1.2 Tuberculosis	<ul style="list-style-type: none"> - Estrategia regional para el control de la tuberculosis (2005-2015) (resolución CD46.R12 [2005]) - Plan de expansión del manejo programático de la tuberculosis resistente a medicamentos: Hacia el acceso universal de la TB-D/M/XDR en las Américas, 2010-2015 (OPS, 2011)
1.3 Malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores (incluidos el dengue y la enfermedad de Chagas)	<ul style="list-style-type: none"> - Estrategia y plan de acción sobre la malaria [2012-2015] (resolución CD51.R90 [2011]) - Prevención y control del dengue en las Américas (resolución CSP27.R15 [2007]) - Estrategia y plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas [2010-2013] (resolución CD50.R17 [2010]) - El control integrado de vectores, una respuesta integral a las enfermedades de transmisión vectorial (documento CD48/13 [2008])
1.4 Enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas	<ul style="list-style-type: none"> - Hacia la eliminación de la oncocercosis (ceguera de los ríos) en las Américas (documento CD48/10 [2008]) - Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza (documento CD49/9 [2009]) - Control y eliminación de cinco enfermedades desatendidas en América Latina y el Caribe [2010-2015] (OPS, 2010) - Enfermedades tropicales desatendidas (resolución WHA66.12 [2013])
1.5 Enfermedades prevenibles mediante vacunación (incluido el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis)	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de acción mundial sobre vacunas (resolución WHA65.17 [2012]) - Vacunas e inmunización (resolución CSP26.R9 [2002]) - Fortalecimiento de los programas de inmunización (resolución CD50.R5 [2010]) - Plan de acción para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de la rubéola congénita en la Región de las Américas (documento CSP28/16 [2012]) - Poliomielitis: intensificación de la iniciativa de erradicación mundial (resolución WHA65.5 [2012])
1.6 Resistencia a los antimicrobianos	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos (resolución CD54.R15 [2015])
1.7 Inocuidad de los alimentos	<ul style="list-style-type: none"> - Fomento de las iniciativas en materia de inocuidad de los alimentos (resolución WHA63.3 [2010])

Categoría y área programática	Mandatos, resoluciones, estrategias y planes de acción de la OPS
2 Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo	
2.1 Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> - Estrategia y plan de acción para el control de las enfermedades no transmisibles (resolución CSP28.R13 [2012]) - Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol [2012-2021] (documento CD51/8, Rev.1 [2011]) - Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino [2008-2015] (documento CD48/6 [2008]) - Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluido el régimen alimentario, la actividad física y la salud [2006-2015] (documento CD47/17 [2006]) - Métodos poblacionales e individuales para la prevención y el tratamiento de la diabetes y la obesidad (resolución CD48.R9 [2008]) - Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (OMS, 2003) - Fortalecimiento de la capacidad de los Estados Miembros para Implementar las disposiciones y directrices del Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco (resolución CD50.R6 [2010]) - El Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco: oportunidades y retos para su implementación en la Región de las Américas (resolución CD48.R2 [2008])
2.2 Salud mental y trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas	<ul style="list-style-type: none"> - Estrategia y plan de acción sobre la epilepsia [2011 2021] (documento CD51/10 [2011]) - Estrategia y plan de acción sobre salud mental [2009-2019] (resolución CD49.R17 [2009]) - Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública [2012-2021] (resolución CD51.R7 [2011]) - Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 (resolución WHA66.8 [2013])
2.3 Violencia y traumatismos	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de acción sobre la seguridad vial [2012-2017] (resolución CD51/.R6 [2011])
2.4 Discapacidades y rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales evitables [2009-2013] (resolución CD49.R11 [2009]) - Discapacidad (resolución WHA66.9 [2013]) - La discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y otros derechos relacionados (resolución CD47.R1 [2006])
2.5 Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> - Estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo [2006-2015] (resolución CD47.R8 [2006]) - Estrategia y plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica [2010-2015] (resolución CD59.R11 [2010])

Categoría y área programática

Mandatos, resoluciones, estrategias y planes de acción de la OPS

3 Determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida

- | | |
|---|--|
| 3.1 Salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto, y salud sexual y reproductiva | <ul style="list-style-type: none">- Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes [2010-2018] (resolución CD49.R14 [2009])- Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave [2012-2017] (resolución CD51.R12 [2011])- Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes [2008-2018] (resolución CD48.R5 [2008])- 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 [2008-2015] (resolución CD48.R4, Rev. 1 [2008])- Estrategia y plan de acción para la salud integral en la niñez [2012-2017] (resolución CSP28.R20 [2012]) |
| 3.2 Envejecimiento y salud | <ul style="list-style-type: none">- Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable [2009-2018] (resolución CD49.R15 [2009]) |
| 3.3 Género, equidad, derechos humanos y etnicidad | <ul style="list-style-type: none">- Plan de acción para la ejecución de la política en materia de igualdad de género [2009-2013] (resolución CD49.R12 [2009]) |
| 3.4 Determinantes sociales de la salud | <ul style="list-style-type: none">- Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana [2013-2021] (resolución CD51.R4 [2011]) |
| 3.5 Salud y medioambiente | <ul style="list-style-type: none">- Estrategia y plan de acción sobre el cambio climático [2012-2017] (resolución CD51.R15 [2011]) |

Categoría y área programática	Mandatos, resoluciones, estrategias y planes de acción de la OPS
4 Sistemas de salud	
4.1 Gobernanza y financiamiento en el ámbito de la de salud; políticas, estrategias y planes nacionales de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Atención Primaria de Salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros (resolución CD44.R6 [2003]) - Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo (resolución CSP26.R19 [2002]) - Funciones esenciales de salud pública (resolución CD42.R14 [2000]) - La salud y las relaciones internacionales: su vinculación con la gestión del desarrollo nacional de la salud (resolución CD48.R16 [2008]) - Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (resolución CD53.R14 [2014])
4.2 Servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad	<ul style="list-style-type: none"> - Política y estrategia regional para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente [2007-2013] (resolución CSP27.R10 [2007]) - Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas (OPS, 2011) - Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en la Atención Primaria de Salud (resolución CD49.R22 [2009]) - Política y estrategia regionales para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente (resolución CE140.R18 [2007])
4.3 Acceso a productos médicos y fortalecimiento de la capacidad regulatoria	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso a medicamentos (resolución CD45.R7 [2004]) - Fortalecimiento de las autoridades reguladoras nacionales de medicamentos y productos biológicos (resolución CD50.R9 [2010]) - Equipos y dispositivos médicos (resolución CD42.R10 [2000]) - Armonización de la reglamentación farmacéutica (resolución CD42.R11 [2000]) - La salud pública, las investigaciones sanitarias, la producción de medicamentos esenciales y el acceso a los mismos (resolución CD47.R7 [2006]) - Mejoramiento de la disponibilidad de sangre y la seguridad de las transfusiones en las Américas (resolución CD48.R7 [2008]) - Salud pública, innovación y propiedad intelectual: una perspectiva regional (resolución CD48.R15 [2008]) - Marco de política para la donación y el trasplante de órganos humanos (resolución CD49.R18 [2009]) - Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud (resolución CSP28.R9 [2012]) - Protección radiológica y seguridad de las fuentes de radiación: Normas Básicas Internacionales de Seguridad (resolución CSP28.R15 [2012])

Categoría y área programática

Mandatos, resoluciones, estrategias y planes de acción de la OPS

4 Sistemas de salud

4.4 Información y evidencia en apoyo de los sistemas de salud

- Plan de acción regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud [2008-2013] (resolución CD48.R6 [2008])
- Estrategia para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud de los países de las Américas, 2008-2013 (resolución CSP27.R12 [2007])
- Estrategia y plan de acción sobre eSalud [2012-2017] (resolución CD51.R5 [2011])
- Estrategia y plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones, 2013-2018 (resolución CSP28.R2 [2012])
- La salud pública, las investigaciones sanitarias, la producción de medicamentos esenciales y el acceso a los mismos (resolución CD47.R7 [2006])

4.5 Recursos humanos para la salud

- Política de investigación para la salud (resolución CD49.R10 [2009])
- Llamado a la acción de Toronto para una década de recursos humanos en salud (2006-2015)
- Desarrollo y fortalecimiento de la gestión de los recursos humanos en el sector de la salud (resolución CD43.R6 [2001])
- Observatorio de recursos humanos de salud (resolución CD45.R9 [2004])
- Estrategia para el desarrollo de competencias del personal de salud en los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud (resolución CD50.R7 [2010])
- Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015 (resolución CSP27.R7 [2007])
- Programa ampliado de libros de texto y materiales de instrucción (PALTEX) (resolución CSP28.R3 [2012])

Categoría y área programática	Mandatos, resoluciones, estrategias y planes de acción de la OPS
5 Emergencias de salud	
5.2 Preparación de los países para las emergencias de salud y Reglamento Sanitario Internacional (2005)	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) (resolución WHA64.1 [2011]) - Revisión del Reglamento Sanitario Internacional (resolución WHA58.3 [2005]) - Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) (resolución WHA59.2 [2006]) - Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) (resolución WHA61.2 [2008]) - Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) (resolución WHA65.23 [2012]) - Seguridad sanitaria internacional: Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI [2005]) (resolución CSP27.R13 [2007]) - Reglamento Sanitario Internacional (2005), segunda edición (OMS, 2008)
5.5 Servicios básicos de emergencia	<ul style="list-style-type: none"> - Reforma de la labor de la OMS en la gestión de emergencias sanitarias. Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS. Informe de la Directora General (documento WHA69/30 [2016])
5.3 Reducción del riesgo de desastres y proyectos especiales	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de acción de hospitales seguros (2010-2015) (resolución CD50.R15 [2010]) - Hospitales seguros: iniciativa regional sobre los establecimientos sanitarios capaces de resistir los efectos de los desastres (2008-2015) (resolución CSP27.R14 [2007]) - Coordinación de la asistencia humanitaria internacional en salud en caso de desastres (resolución CSP28.R19 [2012]) - Los huracanes Katrina y Rita y los preparativos para casos de desastre en la Región de las Américas (resolución CD46.R14 [2005]) - Preparación y respuesta frente a los desastres (resolución CD45.R8 [2004]) - Huracanes Georges, Mitch y Floyd (resolución CD41.R6 [1999]) - Preparativos de salud para los desastres provocados por el fenómeno "El Niño" (resolución CD40.R13 [1997]) - Preparativos para situaciones de emergencia y coordinación del socorro en casos de desastre (resolución CD31.R23 [1985]) - Programa de preparativos para situaciones de emergencia (resolución CD27.R40 [1980]) - Programa de preparativos para situaciones de emergencia y de coordinación del socorro en casos de desastre en las Américas (resolución CD26.R36 [1979]) - Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres (resolución CD55.R10 [2016])
5.7 Respuesta a brotes y crisis	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinación de la asistencia humanitaria internacional en salud en caso de desastres (resolución CSP28.R19 [2012]) - Preparación y respuesta frente a los desastres (resolución CD45.R8 [2004]) - Preparativos para situaciones de emergencia y coordinación del socorro en casos de desastre (resolución CD32.R10 [1987])

Categoría y área programática

Mandatos, resoluciones, estrategias y planes de acción de la OPS

6 Liderazgo, gobernanza y funciones habilitadoras

- | | |
|--|---|
| 6.1 Liderazgo y gobernanza | <ul style="list-style-type: none">- El proceso de reforma de las Naciones Unidas y el papel de la OMS en la armonización de las actividades operacionales para el desarrollo en los países (resolución WHA58.25 [2005])- Alianza de Busan para la Cooperación Eficaz al Desarrollo (2011)- Reforma de la OMS (documento A66/4 [2013])- Declaración del Milenio (2000) Naciones Unidas (documento A/55/L.2 [2000])- Revisión trienal amplia de la política relativa a las actividades operacionales del sistema de las Naciones Unidas para el desarrollo (documento A/62/208 [2008])- Cooperación entre países para el desarrollo sanitario en las Américas (resolución CE152/15 [2013])- La salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (resolución WHA69.11 [2016]) |
| 6.2 Transparencia, rendición de cuentas y gestión de riesgos | <ul style="list-style-type: none">- Marco de la gerencia basada en resultados en la OPS (documento SPB4/5, Rev.2 [2010]) |
| 6.3 Planificación estratégica, coordinación de recursos y presentación de informes | <ul style="list-style-type: none">- Agenda de Salud para las Américas 2008-2017- Política del Presupuesto de la OPS (resolución CSP28.R10 [2012])- Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS 2014-2019 (documento A66/6 [2013])- Presupuesto por programas 2014-2015 de la OMS (documento A66/7 [2013]) |
| 6.5 Comunicaciones estratégicas | <ul style="list-style-type: none">- Estrategia y Plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones (documento CSP28/12, Rev.1 [2012]) |

