



162.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 18 al 22 de junio del 2018

Punto 7.1 del orden del día provisional

CE162/INF/1
24 de mayo del 2018
Original: español

VERSIÓN PRELIMINAR DE LA EVALUACIÓN FINAL DE LA AGENDA DE SALUD PARA LAS AMÉRICAS 2008-2017

Informe final

ÍNDICE

I.	RESUMEN EJECUTIVO	3
II.	INTRODUCCIÓN.....	5
III.	ANTECEDENTES	6
IV.	PROCEDIMIENTO Y METODOLOGÍA.....	11
V.	RESULTADOS	14
	Componente A: Uso que se ha dado a la Agenda en los países.....	14
	Componente B: Progreso en las ocho áreas de acción.....	14
	Componente C: Implementación de la Agenda por la Oficina Sanitaria Panamericana.....	34
VI.	COMENTARIOS GENERALES SOBRE LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN	39
VII.	CONCLUSIONES.....	40
VIII.	ANEXO	42
	Relación de las áreas de acción y los documentos de política, las estrategias y los planes de acción (2008-2017).....	42

I. RESUMEN EJECUTIVO

1. El objetivo del presente informe es documentar y dar cuenta sobre el proceso, los resultados y las conclusiones de la evaluación final de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 (en adelante, la ASA2008-2017 o la Agenda). En la evaluación final de la ASA2008-2017 se siguió el modelo establecido para la evaluación de mitad de período realizada en el 2012, y se examinó el progreso de los países y la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) en la implementación de las ocho áreas de acción de la Agenda por medio de tres componentes: *a)* uso de la Agenda por los países; *b)* progreso en las ocho áreas de acción de la Agenda medido a través de indicadores indirectos; y *c)* evaluación de las responsabilidades de la Oficina en la implementación de la Agenda. Siguiendo la orientación de los Estados Miembros, se utilizó información ya existente para informar sobre la evaluación de los indicadores.

2. La ASA2008-2017, promovida por los ministros y secretarios de salud, inspiró y creó un espacio de acción independiente que complementó la función de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la Oficina, fortaleciéndolos en el campo de la formulación de las políticas y los planes estratégicos de la Organización. Del mismo modo, impulsó y dinamizó la participación de los Estados Miembros en los procesos de formulación de políticas, estrategias y planes de la OPS en todos sus niveles (regional, subregional y de país), de acuerdo con el propósito de la Agenda y las recomendaciones de la evaluación de mitad de período.

3. Los resultados también muestran importantes progresos y metas alcanzadas por los países en todas las áreas de acción de la Agenda, referidas a indicadores relacionados con los siguientes aspectos: *a)* reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil y de los menores de 5 años; *b)* reducción de la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón y cerebrovasculares; *c)* existencia de programas de promoción de la salud, de atención de los adolescentes y los adultos mayores, así como de prevención de la violencia; y *d)* elaboración de políticas y legislación sobre protección social y cobertura de salud. Sin embargo, se muestran también los siguientes elementos negativos: *a)* incremento en la mortalidad por la diabetes y debida al tránsito; *b)* incremento en el sobrepeso en los adultos; *c)* incremento en el número de casos de dengue; *d)* incremento en la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); y *e)* estancamiento en el financiamiento público de la salud.

4. En cuanto al uso de la Agenda, los resultados de la evaluación final muestran una pérdida de su visibilidad como referente para la planificación en los países en los últimos años. Esto se podría explicar por el tiempo transcurrido desde su aprobación en el 2007 y la importancia cada vez mayor de otros marcos de referencia, como los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas, los programas generales de trabajo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los planes estratégicos de la OPS. Sin embargo, se puede apreciar que la Agenda sirvió como instrumento político a nivel regional, que aportó una visión política en torno a la salud para la Región y que reafirmó el compromiso de los países con la salud de las personas.

5. Se han extraído importantes enseñanzas durante el proceso de formulación, implementación y evaluación de la Agenda que tienen relación con la concertación de una visión compartida para la Región, con la búsqueda de la equidad en las políticas, y con la participación y el liderazgo de los países en los procesos de formulación y evaluación de las políticas y estrategias de la Organización. Es importante señalar que estas enseñanzas extraídas del proceso de formulación, implementación y evaluación de la ASA2008-2017 sirvieron para la elaboración de la nueva Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (ASSA2030). Los resultados de esta evaluación también servirán para guiar la ejecución de la ASSA2030.

II. INTRODUCCIÓN

6. El objetivo del presente informe es documentar y dar cuenta sobre el proceso, los resultados y las conclusiones de la evaluación final de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 (en adelante, la ASA2008-2017 o la Agenda). Adicionalmente, se presenta una evaluación de la Agenda en su conjunto, que resalta la importancia que tuvo como guía regional para el desarrollo en cuanto a las ocho áreas de acción en los países y para la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina), y en la que se destaca la importante función de los actores, de las prácticas que se han adoptado y de las enseñanzas extraídas. Es importante señalar que se incluyó un informe preliminar sobre la evaluación final de esta Agenda en la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (ASSA2030), aprobada por la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, en el que se indicó que el informe final se presentaría a los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2018.

7. En cuanto a su alcance, la evaluación final se extendió al ámbito de los 35 Estados Miembros, los 16 territorios y la Oficina. Debido al tiempo transcurrido (10 años) desde la publicación de la Agenda, a los cambios regionales y mundiales que se produjeron en ese período, así como a la rotación de los equipos directivos de los organismos subregionales e internacionales en el sector de la salud, se consideró que no era oportuno evaluar la influencia de la Agenda en los ámbitos de las subregiones y de los organismos internacionales, que sí habían estado presentes en la evaluación de mitad de período.

8. En la ASA2008-2017 no se establecieron objetivos, metas ni indicadores para evaluar de manera directa el impacto y los resultados. En su enunciado de intención, se señala explícitamente que: “la Agenda orientará la elaboración de los futuros planes nacionales de salud, según sea pertinente, y los planes estratégicos de todas las organizaciones interesadas en la cooperación en salud con los países de las Américas, incluyendo el de la Oficina Sanitaria Panamericana. La evaluación del progreso de las áreas de acción definidas en esta Agenda se hará a través de la evaluación del cumplimiento de las metas establecidas en dichos planes”.

9. La evaluación final de la ASA2008-2017 sigue el modelo establecido para la evaluación de mitad de período, con una valoración general del progreso realizado por los países y por la Oficina en las áreas de acción definidas. También responde a las recomendaciones presentadas en el informe de evaluación de mitad de período de la Agenda.

III. ANTECEDENTES

10. **Octubre del 2007.** La ASA2008-2017 se elaboró “a raíz de una recomendación de la Dependencia Común de Inspección de las Naciones Unidas, la cual había señalado que la planificación en las organizaciones internacionales debía basarse en una visión común de sus Estados Miembros, formulada independientemente de la secretaría y de los órganos directivos de las organizaciones”.¹ Además, en ella se abordaron los mandatos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y del Undécimo Programa General de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud, aprobado en el 2006, y se propusieron ocho áreas de acción.² La Agenda se presentó en la Ciudad de Panamá en junio del 2007 y fue reconocida como el instrumento de planificación de más alto nivel para la salud en la Región de las Américas y como guía en la elaboración de planes nacionales de salud y planes estratégicos de las organizaciones de cooperación internacional en el ámbito de la salud de la Región. En el informe final de la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana (documento CSP27/FR) de octubre del 2007 se dio cuenta de su presentación a los Estados Miembros.

11. **Septiembre-octubre del 2008.** El Plan Estratégico de la OPS 2008-2012 (*Documento Oficial 328*), que se aprobó en el 48.º Consejo Directivo de la OPS (2008), se elaboró tomando en cuenta las áreas de acción enunciadas por la ASA2008-2017. En él “se define la contribución de la Oficina al llamamiento a la acción expresado por los países en la Agenda de Salud”, como se señala en el propio documento. En el Plan Estratégico se definieron 16 objetivos estratégicos a nivel regional, los cuales se armonizaron explícitamente con las ocho áreas de acción de la Agenda.³

12. **Septiembre del 2012.** La *Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas* (documento CSP28/6), presentada a la 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre del 2012, tuvo el carácter de un informe preliminar que dio cuenta sobre los resultados en el uso de la Agenda en los países, las subregiones y los organismos internacionales (componente A), sobre el progreso en las ocho áreas de acción de la Agenda en los países (componente B) y sobre la contribución de la Oficina a su implementación (componente C). Proponía recomendaciones específicas para mejorar el uso de la Agenda de una manera acorde con su enunciado de intención.

a) En relación con el componente B, se resaltaron los importantes avances en todas las áreas de acción de la Agenda (especialmente, los esfuerzos para fortalecer la

¹ Organización Panamericana de la Salud. Informe final [Internet]. 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 59.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 1 al 5 de octubre del 2007; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2007 (documento CSP27/FR) [consultado el 18 de mayo del 2017]. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/gov/csp/csp27-fr-s.pdf?ua=1>.

² En la Agenda de Salud para las Américas se establecieron ocho áreas de acción: a) fortalecer la autoridad sanitaria nacional; b) abordar los determinantes de la salud; c) aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad; d) disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de ellos; e) reducir los riesgos y la carga de enfermedad; f) fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud; g) aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología; y h) fortalecer la seguridad sanitaria.

³ Plan Estratégico de la OPS 2008-2012, p. 17, párrafo 59.

autoridad sanitaria, aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud, reducir la carga de enfermedades, fortalecer la gestión y el desarrollo de los recursos humanos del ámbito de la salud y aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología), medidos por medio de indicadores indirectos.⁴ Sin embargo, se expresaba la preocupación sobre la situación de algunos indicadores, como los siguientes: *a)* la razón de mortalidad materna, que no había descendido en los últimos años como se esperaba; *b)* el incremento en el número de casos de dengue; *c)* el incremento de la incidencia de la tuberculosis y de la infección por el VIH/sida; *d)* el incremento de la obesidad; *e)* el estancamiento del gasto público nacional en materia de salud como porcentaje del producto interno bruto; y *f)* la poca reducción del gasto de bolsillo en la Región. Cabe señalar que en siete indicadores no se obtuvieron datos que permitieran analizar los cambios en el período de evaluación y, además, en tres indicadores solo se utilizaron cálculos estimativos o proyecciones para analizar la situación de la salud.

- b) En relación con el componente C, los resultados de la evaluación mostraron que, en respuesta a la Agenda, la Oficina había avanzado en las siguientes líneas de trabajo: *a)* había promovido el avance en todas las áreas de acción y respaldado sus principios y valores en la Región; *b)* había apoyado el multilateralismo en sus acciones; *c)* había proporcionado una visión estratégica común a fin de guiar sus operaciones; *d)* había promovido cambios institucionales internos para que sus operaciones estuvieran en consonancia con los objetivos de la Agenda; y *e)* había aplicado la Agenda en la preparación de los documentos estratégicos, incluidos los planes nacionales y regionales de salud y las agendas subregionales, al igual que la capacitación del personal. Adicionalmente, la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación (IES) y la entonces Área de Planificación, Presupuesto y Coordinación de Recursos (PBR) llevaron a cabo un estudio en el que se trazó un mapa detallado de los vínculos entre los resultados previstos a nivel regional (RPR, la piedra angular de la arquitectura del Plan Estratégico) y las áreas de acción de la Agenda, así como con los planes de trabajo bienales y la estrategia de cooperación en los países. Este análisis confirmó los siguientes aspectos: *a)* que el Plan Estratégico y la Agenda estaban estrechamente vinculados y que los objetivos estratégicos del primero abordaban todas las áreas de acción de la segunda, aunque se otorgaba distinto énfasis a las diversas áreas; *b)* que los objetivos estratégicos de la OPS también contribuyeron a la armonización de la Agenda con los objetivos estratégicos de la OMS y el trabajo de otros organismos internacionales en la Región; y *c)* que el estudio de los vínculos entre los resultados previstos a nivel regional y las áreas de acción podía servir de plataforma para continuar con el análisis gerencial de estos vínculos. Se propusieron como recomendaciones las siguientes: *a)* promover la Agenda entre todos los asociados en el ámbito del financiamiento externo y su inclusión en los acuerdos de colaboración; *b)* en vista de los adelantos en torno al Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (en elaboración en ese momento), garantizar una herramienta sistemática de seguimiento y una

⁴ Los indicadores indirectos (o indicadores proxi) fueron definidos por el grupo de trabajo de los países para la evaluación de mitad de período de la ASA2008-2017.

consonancia clara con las áreas de acción de la Agenda; *c*) procurar que los resultados previstos a nivel regional o cualquier otro instrumento de medición que se utilizase en el seguimiento del avance del Plan Estratégico no duplicase el contenido y estuviese en consonancia directa con las áreas de acción de la Agenda; *d*) establecer criterios y crear un glosario con prácticas comunes para desarrollar la estrategia de cooperación con los países, vinculándola con la Agenda y el Plan Estratégico de la OPS a fin de facilitar la elaboración y, por consiguiente, el seguimiento y la evaluación; y *e*) complementar la nueva estrategia para la movilización de recursos con un plan de acción para abordar el déficit de financiamiento en el bienio 2012-2013 en curso en ese momento.

13. **Septiembre del 2012.** La *Evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto de la OPS 2010-2011/Segundo informe de avance del Plan Estratégico de la OPS 2008-2012* (documento CSP28/8), presentado a la 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana (2012), dio cuenta de los resultados de la evaluación en relación con sus 16 objetivos estratégicos, los 90 resultados previstos a nivel regional y el avance en el logro de las metas y el cumplimiento de sus indicadores. Se precisó que la Región había realizado avances importantes hacia la consecución de las metas para el 2013.

14. **Septiembre-octubre del 2013.** El Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (*Documento Oficial 345*), aprobado por el 52.^o Consejo Directivo de la OPS (2013), declaraba que su formulación respondía a los mandatos tanto regionales como mundiales, precisando que la agenda estratégica del Plan representaba un equilibrio entre la respuesta de la OPS a las prioridades regionales definidas en la ASA2008-2017, 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, además de la convergencia programática con el Programa General de Trabajo de la OMS. En este nuevo Plan Estratégico de la OPS se definieron 9 metas de impacto y 6 categorías programáticas (con 30 áreas programáticas), en las que se incorporaban las ocho áreas de acción de la Agenda, como se hizo en el Plan Estratégico 2008-2012.

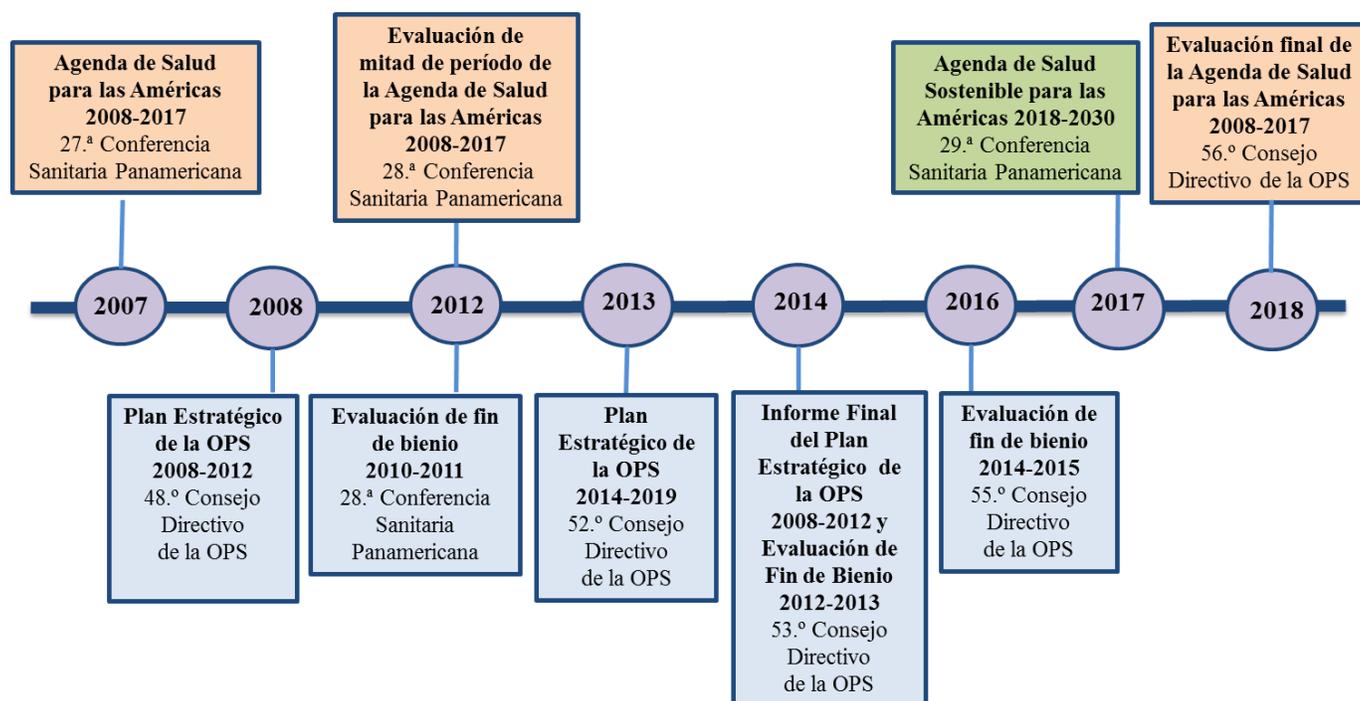
15. **Septiembre-octubre del 2014.** *El Informe final sobre el Plan Estratégico de la OPS 2008-2013 y Evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2012-2013* (*Documento Oficial 348*), presentado al 53.^o Consejo Directivo de la OPS (2014), mostró los resultados de la evaluación, según los cuales la Organización mantuvo una tasa uniforme de ejecución a lo largo de los tres bienios abarcados por el Plan Estratégico de la OPS 2008-2013. En el informe se señalaba que, a pesar del progreso y los logros significativos alcanzados, subsistían varios retos: *a*) la lenta reducción de la tasa de mortalidad materna; *b*) la necesidad de ampliar y coordinar la acción multisectorial en la lucha para prevenir las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo, así como de abordar los determinantes sociales de la salud; *c*) el aumento de las capacidades nacionales básicas de acuerdo con los requisitos del Reglamento Sanitario Internacional para garantizar la detección, la respuesta y el manejo adecuados de las emergencias de salud pública de importancia internacional; *d*) la necesidad de que los sistemas y servicios de salud se organicen y administren mejor para alcanzar gradualmente la cobertura universal de salud y abordar las inequidades en materia de salud, en particular las que

afectan a los grupos vulnerables de la población; y *e*) la superación de las dificultades con respecto a los sistemas de información y la confiabilidad de los datos, que limitan la habilidad de los países y de la Región para evaluar completamente la situación de salud y adoptar decisiones fundamentadas con el fin de abordar los principales problemas de salud y sus determinantes.

16. **Septiembre del 2016.** El *Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2014-2015/Primer informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019* (documento CD55/5), presentado al 55.º Consejo Directivo de la OPS (2016), dio cuenta del progreso constante hacia el logro de las metas previstas para el 2019, de los avances en 90% de los indicadores de los resultados intermedios que estaban en curso, así como de los logros en los 114 indicadores de los resultados inmediatos. También se precisaron los avances significativos en la mejora de la salud y el bienestar en toda la Región, entre ellos, en relación con las metas de impacto, los resultados intermedios y los resultados inmediatos. Asimismo, se señalaba la persistencia de retos y brechas clave en ciertas áreas, como las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo, la salud materna, el financiamiento del sector de la salud, el mantenimiento y el fortalecimiento de las capacidades básicas para responder a las crisis y emergencias, y el aumento de la resiliencia de los sistemas de salud.

17. **Septiembre del 2017.** La *Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030: Un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la Región* (documento CSP29/6, Rev. 3.), aprobada por la 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana (2017), contenía un informe preliminar sobre la evaluación final de la ASA2008-2017, en el que se adelantaban algunos resultados respecto de las recomendaciones formuladas por la Conferencia Sanitaria Panamericana durante la presentación del informe de evaluación de mitad de período en áreas específicas como la mortalidad materna, el dengue, la tuberculosis, la infección por VIH/sida, la obesidad, el gasto nacional público en salud y el gasto de bolsillo.

Figura 1. Cronología de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017



IV. PROCEDIMIENTO Y METODOLOGÍA

Procedimiento

18. En esta evaluación se tomaron en cuenta tanto las recomendaciones formuladas por la 28.º Conferencia Sanitaria Panamericana en el 2012 con respecto al informe de evaluación de mitad de período como las recomendaciones que realizaron los representantes de los Estados Miembros que participaron en el grupo de trabajo de los países encargado de elaborar la ASSA2030 en el 2017. A fin de concentrar la evaluación en los aspectos prioritarios y relevantes de la Agenda, se realizó un ordenamiento, después de una depuración, de 70 de los 75 indicadores indirectos utilizados durante la evaluación de mitad de período de la ASA2008-2017, que se organizaron de la siguiente manera: *a)* 18 indicadores sobre el estado de salud; *b)* 5 indicadores sobre los factores de riesgo; *c)* 4 indicadores sobre la cobertura de servicios; y *d)* 43 indicadores sobre los sistemas de salud.⁵

19. Para obtener información sobre los componentes A y B se utilizó un cuestionario de preguntas enviado en mayo del 2017 a funcionarios de los ministerios y secretarías de salud en los países, así como otra serie de fuentes, como se indica en el siguiente párrafo. Esta información sirvió para construir los cuadros con los indicadores indirectos, similares a los utilizados en la evaluación de mitad de período. Para la evaluación del componente C, en marzo del 2018 se realizó una revisión de los documentos aprobados por los Cuerpos Directivos de la OPS a partir del 2008, junto con una revisión de las estrategias de cooperación con los países de la OPS. La recopilación, organización, revisión y adición de comentarios sobre la información disponible y la elaboración del informe se realizó bajo la responsabilidad de la Oficina para presentarlo al Comité Ejecutivo en su 162.ª sesión en junio del 2018.

20. Respecto de las fuentes, la evaluación final tuvo como importantes referentes los siguientes documentos aprobados por los Cuerpos Directivos de la Organización: la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, el Plan Estratégico de la OPS 2008-2012, la evaluación de mitad de período de la ASA2008-2017, la evaluación de fin del bienio 2010-2011, las ediciones del 2012 y 2017 de Salud en las Américas, el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, el informe final sobre el Plan Estratégico de la OPS 2008-2013 y la

⁵ Siguiendo las recomendaciones del grupo de trabajo de los países, los siguientes indicadores de la evaluación de mitad de período no se consideraron en esta evaluación:

- a) Número de países que han incorporado un mecanismo liderado por la autoridad sanitaria nacional para planificar, gestionar y coordinar el uso de todos los recursos de la cooperación externa en el ámbito de la salud.
 - b) Número de países que tienen un plan nacional de desarrollo.
 - c) Porcentaje de organismos internacionales del sistema interamericano y de las Naciones Unidas que han armonizado su ayuda con las áreas de acción de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017.
 - d) Número de países que han creado entornos propicios para la promoción de la actividad física.
 - e) Número de organismos internacionales que han colaborado con las autoridades nacionales para responder ante situaciones que amenazan la seguridad sanitaria.
-

evaluación de fin del bienio 2012-2013, la evaluación de fin del bienio 2014-2015⁶ y la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030. Adicionalmente, se han utilizado los datos de los *Indicadores básicos de salud 2017*, sobre todo en relación con los indicadores sobre estado de salud, factores de riesgo y cobertura de salud; y, donde fue necesario recurrir a información complementaria, se usó la Plataforma de Información en Salud de las Américas (PLISA), entre otras fuentes. A continuación, se resume la información sobre las fuentes por tipo de indicador:

- a) Para los 18 indicadores de *estado de salud* se utilizaron los *Indicadores básicos de salud* de la OPS del 2017 (ocho indicadores), *Salud en las Américas 2017* (cinco indicadores), el *Plan de Acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las acciones posteriores a la eliminación 2016-2022* (documento CD55/15) (dos indicadores), las estimaciones Spectrum del ONUSIDA del 2017 (dos indicadores) y los informes por país del ONUSIDA y la OMS (un indicador).
- b) Para los cinco indicadores de *factores de riesgo* se utilizaron los *Indicadores básicos de salud* de la OPS del 2017 (dos indicadores), la publicación *Joint Child Malnutrition Estimates. Levels and Trends in Child Malnutrition. Key findings of the 2018 edition* (dos indicadores), y datos del Observatorio mundial de la salud de la OMS (un indicador).
- c) Para los cuatro indicadores de *cobertura de servicios* se utilizaron como fuente los *Indicadores básicos de salud* de la OPS del 2017 (tres indicadores) y el informe de evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto de la OPS 2014-2015 (un indicador).
- d) Para los 43 indicadores de *sistemas de salud* se utilizaron como fuentes el informe de evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto de la OPS 2014-2015 (26 indicadores), la encuesta de la evaluación final de la ASA2008-2017 (cinco indicadores), información procedente de la OMS (dos indicadores), el informe preliminar de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2016-2017 (dos indicadores), las *Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015: Informe final* (un indicador) y *Salud en las Américas 2017* (un indicador). En el caso de tres indicadores se utilizó información de la que disponía la OPS. Falta determinar la evaluación de tres indicadores.

⁶ Es importante señalar que en el caso de los indicadores del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, específicamente los correspondientes a los resultados intermedios (RIT) y resultados inmediatos (RIM), la medición se hizo al 2015. Estos datos se actualizarán en la versión final de este informe con los resultados de la evaluación de fin del bienio 2016-2017, actualmente en curso con los Estados Miembros. En el uso de esta fuente se hizo el máximo esfuerzo por homologar sus indicadores con los de la evaluación de la Agenda.

Metodología

Componente A: Uso de la Agenda en los países

21. Se revisaron las respuestas a la encuesta enviada a los 35 Estados Miembros y se registraron en un cuadro. A continuación, se realizó una valoración y se elaboraron comentarios de los resultados.

Componente B: Progreso en las áreas de acción

22. En cada una de las áreas de acción se ordenaron los indicadores de acuerdo con la clasificación establecida. Los datos del 2017 se compararon con los registrados por la misma fuente el año 2011 (durante la evaluación de mitad de período de la Agenda) y se calificaron como “progreso” y “sin progreso”, en función de los cambios registrados entre los dos momentos de corte. En el caso de los indicadores de los sistemas de salud, se homologaron los indicadores indirectos (*proxy*) con los indicadores de la evaluación de fin del bienio 2014-2015, se valoraron los resultados en función de la meta al 2015 y se calificaron como “excedidos”, “alcanzados”, “progreso” y “sin progreso”.

Componente C: Responsabilidad de la Oficina Sanitaria Panamericana en la implementación de la Agenda

23. Se revisó la información documental relacionada con las responsabilidades de la Oficina y los Cuerpos Directivos de la OPS, en seguimiento a las recomendaciones de la evaluación de mitad de período de la ASA2008-2017.

V. RESULTADOS

24. En esta sección se presentan los principales resultados de cada uno de los componentes, organizados en cuadros, con descripciones y comentarios.

Componente A: Uso que se ha dado a la Agenda en los países

25. En el cuadro 1 se muestra la respuesta de los países a dos de las seis preguntas de la encuesta sobre la evaluación final de la Agenda.⁷ Siendo la planificación una función de los sistemas de salud, es de esperar que todos los Estados Miembros cuenten con planes sectoriales, con las particularidades que correspondan a las estructuras político-administrativas de sus países. La respuesta a la primera pregunta solo constata este hecho genérico.

Cuadro 1. Uso de la Agenda en los países

Preguntas	Número de países (2017)
a. Países que han elaborado planes nacionales en el sector de la salud	19 de los 20 que respondieron
b. Utilización de la ASA2008-2017 en el diseño de los planes nacionales en el sector de la salud por los países	13 de los 20 que respondieron

Componente B: Progreso en las ocho áreas de acción

Área de acción a: Fortalecer la autoridad sanitaria

26. Como se muestra en el cuadro 2, se evaluaron todos los seis indicadores indirectos (indicadores de sistemas de salud).

Cuadro 2. Indicadores para el área de acción a (sistemas de salud)

Indicador	Calificación
1. Número de países y territorios que tienen un plan o una estrategia nacional del sector de la salud con metas y objetivos definidos, revisados en los últimos cinco años (RIM 4.1.1)	Excedido Alcanzado en 22 y progreso en 6 (2015) ^a
2. Número de países que han ejecutado mecanismos de coordinación para el trabajo intersectorial liderados por la autoridad sanitaria nacional	Progreso 19 de los 20 que respondieron (2017) ^b
3. Número de países que han implementado mecanismos para promover la participación social	Progreso 19 de los 20 que respondieron (2017) ^b
4. Número de países y territorios que tienen marcos legislativos o normativos que apoyan la cobertura universal de salud (RIM 4.1.3)	Excedido Alcanzado en 21 y progreso en 2 (2015) ^a

⁷ Un total de 20 de los 35 Estados Miembros respondieron a la encuesta.

Indicador	Calificación
5. Número de países y territorios que analizado o informado progreso hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud usando el marco de seguimiento y evaluación ⁸	Progreso 13 (2017) ^c
6. Proporción de mandatos en declaraciones de las Cumbres de las Américas que reflejan los temas de salud	Progreso 8/48 (2015) ^a

Fuentes:

a) OPS, *Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2014-2015*

b) Encuesta de países para la evaluación final, 2017

c) *Salud en las Américas*, 2017

27. Al 2015, se registró progreso importante en cuanto al número de países y territorios que tienen marcos legislativos que apoyan la cobertura universal de salud. En total, 21 países y territorios alcanzaron el indicador, excediendo la meta, y otros dos lo hicieron parcialmente. Entre estos avances se destaca la aprobación de la ley del tabaco en México (2008), Colombia (2009), El Salvador (2011), Jamaica (2013); la ley de salud mental en Guatemala; la ley para la Promoción y Protección del Derecho a la Igualdad de las Personas con VIH o Sida y sus Familiares en Venezuela; el código penal de la República Dominicana en el contexto de la salud materna y los derechos reproductivos, y la reforma del código civil de Argentina en lo que respecta a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.

28. En la Séptima Cumbre de las Américas que tuvo lugar en Panamá en el 2015, tras negociaciones exitosas de la OPS, los líderes de la Región acordaron abordar las prioridades de salud pública. Estas incluyeron compromisos para trabajar a fin de avanzar en el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, en consonancia con la estrategia aprobada en el 2014; prevenir, detectar y responder a los brotes de enfermedades infecciosas emergentes y otras emergencias de salud pública; y avanzar en las áreas de las ENT, el agua y el saneamiento, los alimentos y la nutrición, y la reducción de la mortalidad materna e infantil. En seguimiento a los compromisos establecidos en la Quinta Cumbre de las Américas en el 2009, los líderes también solicitaron la creación de un Grupo de Trabajo Interamericano sobre las Enfermedades No Transmisibles.

Área de acción b: Abordar los determinantes de la salud

29. Como se muestra en los cuadros 3 a 6, se evaluaron todos los 13 indicadores indirectos (cuatro sobre estado de salud, dos sobre factores de riesgo, dos sobre cobertura y cinco sobre sistemas de salud).

⁸ No se cuenta con información actual con respecto al indicador utilizado en la evaluación de mitad de período: “Número de países que han incorporado un sistema de rendición de cuentas en el sistema de gestión del sector de la salud”. Este indicador se ha utilizado como una medición indirecta de él.

Cuadro 3. Indicadores para el área de acción b (estado de salud)

Indicador	Año 2011	Año 2017	Calificación
1. Razón de mortalidad materna (RMM) por 100.000 nacidos vivos	65,7 (2010) ^a	52 (2015, estimada) ^c	Progreso
2. Tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año) por 1.000 nacidos vivos	14,8 (2010) ^b	13 (2017) ^c	Progreso
3. Tasa de mortalidad neonatal por 1.000 nacidos vivos	9 (2010) ^b	8 (2017) ^c	Progreso
4. Tasa de mortalidad de menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos	18 (2010) ^b	15,8 (2017) ^c	Progreso

Fuentes:

- a) OPS, *Salud en las Américas*, 2012
- b) OPS, *Indicadores básicos de salud 2010*
- c) OPS, *Indicadores básicos de salud 2017*

30. Al 2015, la Región registró un importante avance en la reducción de la mortalidad materna (52 por 100.000 nacidos vivos), infantil (menores de 1 año) (13 por 1.000 nacidos vivos), neonatal (8 por 1.000 nacidos vivos) y de menores de 5 años (15,8 por 1.000 nacidos vivos). Aun cuando la reducción de la mortalidad materna fue significativa, la Región no pudo alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) en esta materia (5, “Mejorar la salud materna”). Sin embargo, la Región pudo alcanzar el ODM 4, referido a la reducción de la mortalidad de menores de 5 años. En relación con este progreso, es importante resaltar los esfuerzos de los países por mejorar y ampliar los servicios orientados a la madre y al niño, con un incremento de la cobertura de atención prenatal y del parto atendido por personal calificado.⁹ En relación con los datos informados al nivel de la Región, es importante hacer notar que los promedios regionales no deben esconder las importantes diferencias entre los registros de las distintas subregiones.

- a) En el caso de la mortalidad materna, América del Norte¹⁰ registró 13 muertes por 100.000 nacidos vivos; Área Andina,¹¹ 87; Brasil, 44; Caribe latino,¹² 187; Caribe no latino,¹³ 107; Cono Sur,¹⁴ 54; Istmo Centroamericano,¹⁵ 95; y México, 38.
- b) En el caso de la mortalidad de menores de 5 años, América del Norte registró 6,7 muertes por 1.000 nacidos vivos; Área Andina, 22,1; Brasil, 17,0; Caribe latino, 48,7; Caribe no latino, 20,8; Cono Sur, 11,1; Istmo Centroamericano, 23; México, 15,1.

⁹ OPS, *Salud en las Américas+*, edición 2017. *Resumen: Panorama regional y perfiles de país*.

¹⁰ Bermuda, Canadá y Estados Unidos de América.

¹¹ Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela.

¹² Cuba, Guadalupe, Guayana Francesa, Haití, Martinica, Puerto Rico y República Dominicana.

¹³ Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Curaçao, Dominica, Granada, Guyana, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes (EUA), Islas Vírgenes (RU), Jamaica, Montserrat, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, San Martín (Países Bajos), Suriname y Trinidad y Tabago.

¹⁴ Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay.

¹⁵ Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.

Cuadro 4. Indicadores para el área de acción b (factores de riesgo)

Indicador	Año 2011	Año 2017	Calificación
1. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en menores de 5 años ¹⁶	7,6% (2011) ^a	7,2% (2017) ^b	Progreso
2. Prevalencia de talla baja para la edad en menores de 5 años	8,2% (2011) ^a	6,3% (2017) ^b	Progreso

Fuentes:

- a) UNICEF/OMS/Banco Mundial, *Joint Child Malnutrition Estimates. Levels and Trends in Child Malnutrition. Key findings of the 2012 edition*
- b) UNICEF/OMS/Banco Mundial, *Joint Child Malnutrition Estimates. Levels and Trends in Child Malnutrition. Key findings of the 2018 edition*

31. Al 2017, la Región registró una leve disminución en la prevalencia de sobrepeso en menores de 5 años, que era de 7,2%, frente a 7,6% en el 2011. Los registros por subregiones permiten observar un panorama desigual: América del Norte registró 6%; Área Andina 6,6%; Caribe latino 7,9%; Caribe no latino, 7%; Istmo Centroamericano, 5,3%; y México, 9,0% (sobre Brasil y el Cono Sur no se dispone de datos). De manera general, se señala que el incremento en este indicador es atribuible a la alimentación inadecuada y la escasa actividad física, y factores del contexto económico y social, particularmente de las políticas desplegadas en el campo de la agricultura y ganadería, el transporte, la planificación urbana, el medioambiente, la educación, y el procesamiento, distribución y comercialización de los alimentos.¹⁷

32. Al 2017, la Región registró una disminución de la prevalencia de talla baja para la edad en menores de 5 años, informada como desnutrición crónica en los menores de 5 años (6,3%), respecto de la medición al 2011 (8,2%). Los registros por subregiones permiten observar un panorama desigual: América del Norte registró 2,1%; Área Andina, 15,5%; Caribe latino, 12,9%; Caribe no latino, 7,4%; Istmo Centroamericano, 30,1%; y México, 13,6% (sobre Brasil y el Cono Sur no se dispone de datos). La prevalencia de la desnutrición infantil está considerada como una de las expresiones de la inequidad en los países en desarrollo, con graves consecuencias para la población de menores en estos países. Es importante recordar que la Región informó como alcanzado el ODM 1, “Erradicar la pobreza extrema y el hambre”, que tenía como meta 1.C “Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre”, y como indicador 1.8 “Número de niños menores de 5 años de peso inferior al normal”. Se señalan como causas inmediatas de la desnutrición crónica la alimentación insuficiente, la atención inadecuada y las enfermedades; subyace a ellas la falta de acceso a alimentos, la falta de atención de salud, y el déficit de agua y saneamiento básico, dentro del gran espectro de escasa escolaridad de las madres, la pobreza y la desigualdad.¹⁸

¹⁶ En los *Indicadores básicos de salud 2017*, este indicador se define como “Sobrepeso en niños < 5 años”.

¹⁷ OMS, *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_why/es.

¹⁸ UNICEF. *La desnutrición infantil: Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento*. Madrid: UNICEF España; 2011.

Cuadro 5. Indicadores para área de acción b (cobertura de servicios)

Indicador	Año 2011	Año 2017	Calificación
1. Cobertura de vacunación a nivel nacional (usando la tercera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina [DTP3] como marcador)	93% (2010) ^a	91% (2016) ^c	Sin progreso
2. Número de países que han incorporado nuevas vacunas en su esquema nacional de inmunización	22 (2011) ^b	Alcanzado en 26 y progreso en 8 (2015) ^d	Progreso

Fuentes:

a) OPS, *Indicadores básicos de salud 2010*

b) Encuesta de países, evaluación de mitad de período ASA2008-2017, 2011

c) OPS, *Indicadores básicos de salud 2017*

d) OPS, *Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2014-2015*

33. Al 2016, la Región registró una disminución en la cobertura de vacunación a nivel nacional (usando la tercera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina [DTP3] como marcador), que se situó en 91% (media ponderada de todos los países), frente a 93% en la medición del 2010. Los registros por subregiones permiten también observar un panorama diverso; por ejemplo, América del Norte registró una cobertura de 95%, mientras que en América Latina y el Caribe fue de 89%.

34. Al 2015, la Región registró una situación de progreso “en curso” en cuanto al número de países que habían introducido una o varias vacunas nuevas, y 26 de 35 países alcanzaron la meta. Con apoyo de la OPS, se introdujeron las siguientes vacunas: la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH), la vacuna antineumocócica conjugada, la vacuna antirrotavírica y la vacuna antipoliomielítica de virus inactivados (IPV). El Fondo Rotatorio realizó negociaciones con fabricantes para reducir significativamente el precio de las vacunas contra el VPH. Los países trabajaron en colaboración con la OPS para introducir vacunas nuevas en los planes nacionales de vacunación.

Cuadro 6. Indicadores para el área de acción b (sistemas de salud)

Indicador	Calificación
1. Número de países y territorios que aplican estrategias de promoción de la salud para reducir las desigualdades en materia de salud y aumentar la participación comunitaria (RIM 3.4.3)	Progreso Alcanzado en 13 y progreso en 7 (2015) ^a
2. Número de países y territorios con una respuesta institucional a las inequidades en el ámbito de la salud (género y etnicidad) y los derechos humanos (RIT 3.3.1)	Progreso Alcanzado en 21 y progreso en 16 (2015) ^a
3. Número de países y territorios que usan una perspectiva de salud pública como parte de un enfoque integrado de la prevención de la violencia (RIT 2.3.2)	Progreso Alcanzado en 5 y progreso en 6 (2015) ^a
4. Número de países y territorios que han ejecutado un plan nacional para mejorar la salud de la madre, del recién nacido y del niño (RIM 3.1.1)	Progreso Alcanzado en 12 y progreso en 4 (2015) ^a

Indicador	Calificación
5. Número de países que han ejecutado intervenciones para abordar las recomendaciones de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud ¹⁹	Progreso 35 países (2017)

Fuentes:

a) OPS, *Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2014-2015*

b) Información de la que dispone la Oficina

35. Al 2015, la situación estaba “en curso” en cuanto al número de países y territorios que usan una perspectiva de salud pública como parte de un enfoque integrado de la prevención de la violencia. Cinco países y territorios alcanzaron la meta y otros seis lo hicieron parcialmente. Los países han adoptado o están adoptando medidas en relación con este indicador. Por ejemplo, El Salvador ha elaborado el plan “El Salvador Seguro”, que refleja una perspectiva de salud pública. Ecuador está ejecutando un plan de prevención de la violencia, usando una estrategia de salud pública integrada, como componente de su Plan Nacional para el Buen Vivir. Trinidad y Tabago está trabajando para alcanzar esa meta, y Estados Unidos y Canadá han estado usando esta perspectiva durante varios años.

36. Al 2017, la mayor parte de los países habían abordado las recomendaciones de la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud, dado que las recomendaciones de esta Comisión fueron sumamente amplias. El avance logrado entre el 2011 y el 2017 incluye la elaboración de perfiles de equidad, medidas sobre la salud en todas las políticas (que tienen que ver con la gobernanza) y la medición de las desigualdades en la salud.

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

37. Como se muestra en el cuadro 7, se evaluaron todos los nueve indicadores indirectos (todos ellos sobre los sistemas de salud).

Cuadro 7. Indicadores para el área de acción c (sistemas de salud)

Indicador	Calificación
1. Número de países que han ejecutado políticas públicas para mejorar la protección social	Progreso 19 de 20 que respondieron (2017) ^a
2. Número de países y territorios que tienen estrategias financieras para lograr la cobertura universal en salud (RIM 4.1.2)	Progreso Alcanzado en 16 y progreso en 5 (2015) ^b
3. Gasto público actual en salud como porcentaje del producto interno bruto	Progreso América Latina y el Caribe: 3,5% (2015) ^c

¹⁹ Este indicador hace referencia a la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud y, por lo tanto, es importante tener presente que en mayo del 2016 se estableció la Comisión de Equidad y Desigualdades en la Salud en las Américas. Esta comisión emitirá sus recomendaciones en el 2018.

Indicador	Calificación
4. Gasto de bolsillo en salud expresado como porcentaje del gasto total en salud	Progreso América Latina y el Caribe: 31,5% (2015) ^c
5. Número de países y territorios con políticas nacionales sobre el acceso, la calidad y el uso de medicamentos y otras tecnologías sanitarias actualizadas en los últimos cinco años (RIM 4.3.1)	Excedido Alcanzado en 13 y progreso en 13 (2015) ^b
6. Número de países que han incorporado medidas específicas para la atención de los pueblos indígenas	Progreso 17 de 20 que respondieron (2017) ^a
7. Número de países y territorios que están aplicando estrategias o planes nacionales sobre la calidad de la atención y la seguridad del paciente (RIM 4.2.2)	Progreso Alcanzado en 10 y progreso en 11 (2015) ^b
8. Número de países que han utilizado el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública	Progreso 33 países (2017) ^d
9. Número de países que han usado la estrategia renovada de atención primaria de salud en su modelo de atención	Progreso 25 (2017) ^d

Fuentes:

- a) Encuesta de países para la evaluación final, 2017
- b) OPS, *Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2014-2015*
- c) OMS
- d) Información de la que dispone la Oficina

38. Al 2017, se registró progreso en cuanto al número de países y territorios que habían ejecutado políticas públicas para mejorar la protección social (19 países de los 20 que respondieron a la encuesta informaron progreso). Adicionalmente, es importante señalar que, dentro del marco de estas políticas, los países de la Región lograron avances en la superación de las barreras económicas y sociales, ampliando el acceso al aseguramiento público en la salud, la provisión de servicios de salud de calidad y la extensión de los servicios a los pueblos indígenas marginados.

39. Al 2015, se registró progreso en cuanto al número de países y territorios que tienen estrategias financieras para lograr la cobertura del sistema público para el aseguramiento en salud. Dieciséis países y territorios alcanzaron la meta y otros cinco estaban en proceso de hacerlo. A fines del 2015, diez países estaban aplicando planes de acción u hojas de ruta hacia la salud universal, 11 países habían elaborado marcos normativos para la salud universal y 15 habían establecido y estaban aplicando marcos financieros para la salud universal.²⁰

40. En el 2015, el gasto público actual en salud como porcentaje del producto interno bruto en América Latina y el Caribe había aumentado a 3,5% en comparación con 3,2% en el 2011. En el 2014, los datos por subregiones y las diferencias por países fueron los siguientes: América del Norte, 8,2%; Área Andina, 3,9%; Brasil, 3,8%; Caribe latino, 5,1%; Caribe no latino, 3,1%; Cono Sur, 3,3%; Istmo Centroamericano, 4,1%; y México, 3,3%. La Región se ha visto afectada por la contracción económica registrada en América Latina y el Caribe durante dos años consecutivos (2015 y 2016), con una contracción

²⁰ OPS, *Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2014-2015*.

estimada del producto interno bruto de 1% en el 2016. Sin embargo, se proyecta una perspectiva de recuperación para el 2017 y el 2018, con una expansión del producto interno bruto de 1,1% en el 2017 y 2,5% en el 2018. Se espera que esta modesta recuperación se sostenga gracias a una mayor demanda externa, un aumento en los precios de las materias primas y una cierta relajación monetaria en América del Sur en un contexto de menor inflación.²¹

41. Al 2015, se registró progreso en cuanto al gasto de bolsillo en salud expresado como porcentaje del gasto total en salud para América Latina y el Caribe, ya que fue de 31,5% en el 2014 frente a 33,3% informado en el 2010. En el 2015 los datos por subregiones y las diferencias por país fueron los siguientes: América del Norte, 11,3%; Área Andina, 34,0%; Brasil, 25,5%; Caribe latino, 19,9%; Caribe no latino, 31,3%; Cono Sur, 31,9%; Istmo Centroamericano, 40,0%; y México, 44,0%. Aun con estos avances, se considera que este porcentaje sigue siendo muy alto. El gasto de bolsillo en salud es el gasto en salud que más impacto tiene en el presupuesto del hogar y podría tornarse un evento catastrófico para las familias. Por otra parte, juega un gran papel en la decisión de buscar atención de salud y es la fuente de financiamiento más inequitativa y menos eficiente.²²

42. Al 2015, se registró progreso en cuanto al número de países y territorios que implementaron una política que incluya una mejora en el acceso a medicamentos. Trece países y territorios alcanzaron la meta y otros 13 lo hicieron parcialmente. La mayoría de los países ejecutaron políticas nacionales para asegurar el acceso a medicamentos esenciales y otras tecnologías sanitarias prioritarias, y los mecanismos subregionales realizaron avances importantes en el acceso a medicamentos de alto costo. El Mercosur, por ejemplo, realizó negociaciones conjuntas en relación con la adquisición de antirretrovirales y medicamentos para la hepatitis C.

43. Al 2017, se registró progreso en cuanto al número de países que incorporaron medidas específicas para la atención de los pueblos indígenas: 17 sobre la meta de 20 (85%), según la encuesta respondida por los países. De manera similar, al 2015 se registró progreso en el número de países o territorios que ejecutan planes, políticas o leyes de salud para grupos étnicos o raciales.²³ Diez países y territorios alcanzaron el indicador, y nueve países y territorios lo hicieron parcialmente. Se llevaron a cabo dos consultas técnicas regionales con los ministerios de salud, con amplia participación de los países de la Región. Estas iniciativas han sido clave para colocar a la etnicidad en un lugar más prominente en los programas de salud, tanto nacionales como regionales. En el caso de Honduras, se inició un proceso para la preparación de un perfil de salud de las poblaciones indígenas y de ascendencia africana. Perú y México han logrado avances para cumplir el indicador del resultado inmediato, según se refleja en sus evaluaciones de país. Sin embargo, siguen existiendo retos, dada la complejidad de los temas incluidos.

²¹ Naciones Unidas. *Situación y perspectivas de la economía mundial a mediados de 2017*. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N17/130/55/pdf/N1713055.pdf>.

²² C. Cid y L. Prieto, “Gasto de bolsillo en salud de los hogares: el caso de Chile, 1997 y 2007”. *Rev Panam Salud Publica*, 2012, 31 (4): 310-316.

²³ OPS, Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2014-2015 (RIM 3.3.5).

44. Al 2015, se registró progreso en cuanto al número de países que aplicaron programas de mejoramiento de la calidad de la atención. Diez países y territorios alcanzaron la meta, y 11 países y territorios lo hicieron parcialmente.

45. En la actualidad, 33 países han firmado un acuerdo para utilizar los servicios que brinda el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública. El volumen de compras fue de \$40,4 millones²⁴ en el 2012 y de \$90,4 millones en el 2017.

46. Al 2017, sobre la base de un examen de la implementación de los mandatos de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*, 25 países tienen un modelo de atención basado en la atención primaria de salud o han desarrollado redes integradas de servicios de salud.

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

47. Como se muestra en los cuadros 8 al 11, se evaluaron nueve indicadores indirectos (tres sobre estado de salud, uno sobre factores de riesgo, dos sobre cobertura y tres sobre sistemas de salud).

Cuadro 8. Indicadores para el área de acción d (estado de salud)

Indicador	Año 2011	Estado al 2017	Calificación
1. Número de nuevos casos de transmisión materno-infantil del VIH	Américas: 4.300 ALC: 4.100 (2011) ^a	Américas: 2.700 ALC: 2.600 (2016) ^a	Progreso
2. Incidencia de la transmisión materno-infantil de la sífilis congénita	9.828 casos informados por 26 países y territorios (2011) ^b	23.609 casos informados por 37 países y territorios (2016) ^c	Sin progreso
3. Prevalencia de la infección por el VIH (por sexo y grupo de edad)	15-49 años: Américas: 0,5% Caribe: 1,2% América Latina: 0,4% (2011) ^a	15-49 años: Américas: 0,5% Caribe: 1,2% América Latina: 0,5% (2016) ^a	Sin progreso

Fuentes:

a) ONUSIDA. Estimaciones Spectrum, 2017.

b) Informe de ONUSIDA, 2011, 2012, 2016

c) ONUSIDA/OMS. 2017 Global AIDS monitoring country reports

²⁴ A menos que se indique otra cosa, todas las cifras monetarias en este documento se expresan en dólares de los Estados Unidos.

48. Tanto en relación con la transmisión maternoinfantil del VIH como con la transmisión maternoinfantil de la sífilis congénita es importante tomar en cuenta lo informado por la OPS, la OMS y UNICEF:²⁵

- a) En el 2015, 22 países de la Región de las Américas notificaron datos compatibles con el logro de las metas de eliminación de la transmisión de madre a hijo del VIH. La tasa de transmisión en América Latina y el Caribe disminuyó 55% entre el 2010 y el 2015, de 15% a 8%.
- b) En los niños de 0 a 14 años, el número de infecciones nuevas por el VIH en América Latina descendió 29% entre el 2010 y el 2015, pasando de 2.440 a 1.730, y 83% en el Caribe, de 2.280 a 400. En consecuencia, entre el 2010 y el 2015 se evitaron unas 28.000 infecciones por el VIH en América Latina y el Caribe gracias a intervenciones de prevención de la transmisión maternoinfantil.
- c) En el 2015, hubo un aumento en la tasa de incidencia de la transmisión maternoinfantil de la sífilis congénita de hasta 1,7 casos por 1.000 nacidos vivos, frente a 1,0 caso por 1.000 nacidos vivos registrado en el 2011. Ese año, 20 países habían informado datos compatibles con la eliminación de la sífilis congénita (dos países más que el año anterior).
- d) En el 2015, 18 países de la Región de las Américas comunicaron datos compatibles con la eliminación de ambas enfermedades.

49. Al 2016, la Región registró un leve incremento en la prevalencia de la infección por VIH (por sexo y grupo etario) en el grupo de 15 a 49 años en América Latina; así, pasó de 0,4 en el 2011 a 0,5% en el 2016. La prevalencia en la Región se mantuvo en 0.5% desde el 2011 al 2016. El mismo caso se informó en el Caribe en donde la tasa de prevalencia se mantuvo en 1,2% durante los cinco años. Se estima que en el 2015 había 2 millones de personas con infección por el VIH en América Latina y el Caribe, de los cuales 98% tenían 15 años o más. En América Latina, la epidemia ha afectado principalmente a los hombres, que representan 68% de las personas con infección por el VIH, mientras que en el Caribe 52% de las personas con esta infección son mujeres.²⁶ Al respecto, es importante tener en cuenta lo informado por el ONUSIDA en el 2017:²⁷

- a) América Latina: En el 2016, había 1,8 millones (1,4-2,1 millones)²⁸ de personas con infección por el VIH. En el 2016, se produjeron aproximadamente 97.000 (79.000-120.000) nuevas infecciones por el VIH (el número de nuevas infecciones por el VIH no varió del 2010 al 2016). En el 2016 murieron 36.000 (28.000-45.000) personas a causa de enfermedades relacionadas con el sida (entre el 2010

²⁵ OPS, *Eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis en las Américas: Actualización 2016*.

²⁶ OPS, *Salud en las Américas+, edición 2017. Resumen: Panorama regional y perfiles de país*, p. 21.

²⁷ ONUSIDA, *Hoja informativa: Día mundial del sida de 2017*. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>.

²⁸ Los intervalos indicados entre paréntesis muestran los intervalos de confianza en las estimaciones del ONUSIDA.

y el 2016, el número de muertes relacionadas con el sida experimentó un descenso del 12%). La cobertura del tratamiento en el 2016 llegó a 58% (42-72%) de todas las personas con infección por el VIH. En el 2016, se produjeron 1.800 (1.300-2.400) nuevas infecciones por el VIH en niños.

- b) Caribe: En el 2016, había 310.000 (280.000-350.000) personas con infección por el VIH. En el 2016, se produjeron aproximadamente 18.000 (15.000-22.000) nuevas infecciones por el VIH. Ese mismo año, 9.400 (7.300-12.000) personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida (entre el 2010 y el 2016, el número de muertes relacionadas con el sida experimentó un descenso de 28%). La cobertura del tratamiento en el 2016 llegó a 52% (41-60%) de todas las personas con infección por el VIH. En el 2016, se produjeron menos de 1.000 nuevas infecciones por el VIH en niños.

Cuadro 9. Indicadores para el área de acción d (factores de riesgo)

Indicador	Año 2011	Estado al 2017	Calificación
1. Proporción de peso bajo al nacer (<2.500 g)	8,2% (2011) ^a	8% (2016) ^b	Progreso

Fuentes:

a) OPS, *Indicadores básicos de salud 2011*

b) OPS, *Indicadores básicos de salud 2017*

50. Al 2016, la Región avanzó en cuanto a la proporción de recién nacidos con peso bajo al nacer (< 2.500 g): 8%, frente a 8,2% registrado en el 2011. Los datos al nivel de las subregiones son los siguientes: América del Norte, 7,9%; Área Andina, 8,5%; Brasil, 8,4%; Caribe latino, 10,1%; Caribe no latino, 10,1%; Cono Sur, 6,9%; Istmo Centroamericano, 10,5%; y México, 5,8%. Al respecto, es importante tener en cuenta lo señalado por la OMS: “La tasa de neonatos con bajo peso al nacer en una población, constituye un buen indicador de un problema de salud pública que incluye la malnutrición materna a largo plazo, una mala salud y una atención de salud deficitaria. Individualmente, el peso al nacer representa un importante mecanismo de predicción de la salud del recién nacido y su supervivencia”.²⁹

Cuadro 10. Indicadores para el área de acción d (cobertura de servicios)

Indicador	Año 2011	Estado al 2017	Calificación
1. Porcentaje de partos en hospitales ³⁰	94,1% (2015) ^a	94,8% (2016) ^a	Progreso

²⁹ OMS. Estadísticas sanitarias mundiales 2005. Ginebra: OMS; 2005.

³⁰ Desde el 2015, la OPS utiliza los partos en hospitales como indicador indirecto de los partos atendidos por personal de salud capacitado suponiendo que los dichos partos son atendidos por personal capacitado. La OPS publicó por primera vez en el 2016 los datos informados por los países sobre los partos hospitalarios como parte de los Indicadores Básicos de Salud. En el 2016 se informó un porcentaje de 94.1% partos hospitalarios en la Región.

Indicador	Año 2011	Estado al 2017	Calificación
2. Prevalencia del uso de anticonceptivos	63% (2011) ^a	69% (2017) ^a	Progreso

Fuentes:

a) OPS, *Indicadores básicos de salud* correspondientes al 2011, al 2016 y al 2017

51. Al 2016, el porcentaje de partos en hospitales en la Región había aumentado a 94,8% frente a 94,1% en el 2015. Los datos por subregiones para el 2016 son los siguientes: América del Norte, 98,1%; Área Andina, 93,2%; Brasil, 98,4%; Caribe latino, 79,2%; Caribe no latino, 96,4%; Cono Sur, 99,4%; Istmo Centroamericano, 79,7%; y México, 94,2%. La institucionalización de la atención del embarazo y el parto y el aumento de las intervenciones obstétricas influyen de manera significativa en la reducción de la mortalidad materna.

52. Al 2017, la Región registró progreso en la prevalencia del uso de anticonceptivos modernos: 69% frente a 63% en el 2011. Los datos por subregiones para el 2017 son los siguientes: América del Norte, 69%; Área Andina, 63%; Brasil, 75%; Caribe Latino, 59%; Caribe no latino, 58%; Cono Sur, 68%; Istmo Centroamericano, 61%; y México, 70%. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) informa una prevalencia de 70% para América Latina y el Caribe en el 2017, junto a otros indicadores, como la prevalencia de 10% de necesidades insatisfechas de planificación familiar en mujeres de 15 a 49 años, y 83% de demanda satisfecha con métodos modernos de planificación familiar en mujeres de 15 a 49 años.

Cuadro 11. Indicadores para el área de acción d (sistemas de salud)

Indicador	Calificación
1. Número de países y territorios que vigilan la situación, las tendencias y los determinantes de la salud de manera bienal (RIM 4.4.1)	Excedido Alcanzado en 18 y progreso en 7 (2015) ^a
2. Número de países y territorios que están ejecutando políticas y planes sanitarios nacionales con respecto a la salud integral del adolescente (RIM 3.1.5)	Progreso Alcanzado en 15 y progreso en 13 (2015) ^a
3. Número de países y territorios que han incorporado estrategias para promover el envejecimiento activo y saludable o el acceso a un proceso integral continuo de atención en sus planes nacionales (RIM 3.2.1)	Alcanzado Alcanzado en 11 y progreso en 9 (2015) ^a

Fuentes:

a) OPS, *Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2014-2015*

53. La Región intensificó las acciones para formar capacidad en los sistemas de información de salud para la gestión de datos y el seguimiento de las tendencias de la situación sanitaria. Sin embargo, aún persisten desafíos para implementar sistemas de información más sólidos que puedan producir datos oportunos y de calidad para medir el progreso en salud.

54. Al 2015, la Región informó avances importantes en varios países prioritarios, como Bolivia, Guatemala, Suriname y Haití, en cuanto a la formulación o actualización de sus políticas nacionales o de los planes relacionados con la salud de los adolescentes.

55. Al 2015, los países de la Región informaron haber incorporado estrategias para un envejecimiento activo y saludable en la población. Por ejemplo, México desarrolló el plan nacional para promover el envejecimiento saludable, el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Por otro lado, Argentina desempeñó una función importante de liderazgo en el proceso que tuvo lugar en torno a la nueva Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores y en la consulta mundial sobre la *Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud*.

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

56. Como se muestra en los cuadros 12 al 14, se evaluaron 17 de los 18 indicadores indirectos, de los cuales once eran sobre estado de salud, dos sobre factores de riesgo y cinco sobre sistemas de salud.

Cuadro 12. Indicadores para el área de acción e (estado de salud)

Indicador	Año 2011	Año 2017	Calificación
1. Tasa de mortalidad por diabetes por 100.000 habitantes (ajustada por edad y sexo)	32,8 (2011) ^a	Total: 33,6 Mujeres: 31,4 Hombres: 36,3 (2015) ^b	Sin progreso
2. Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón por 100.000 habitantes (ajustada por edad y sexo)	76,4 (2011) ^a	62,8 (2015) ^b	Progreso
3. Tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares por 100.000 habitantes (ajustada por edad y sexo)	43,1 (2011) ^a	34,8 (2015) ^b	Progreso
4. Tasa de mortalidad por traumatismos causados en el tránsito por 100.000 habitantes (ajustada por edad y sexo)	14,1 (2011) ^a	15,9 (2013) ^a	Sin progreso
5. Tasa de incidencia de tuberculosis por 100.000 habitantes (todas las formas y baciloscopia positiva)	Todas las formas: 23,5 Esputo positivo: 12,1 (2009) ^a	Por determinarse	Progreso
6. Tasa de incidencia del sida por 100.000 habitantes	10,7 (2009) ^a	Tasa de diagnóstico	Sin progreso

Indicador	Año 2011	Año 2017	Calificación
		de la infección por el VIH: 13,7 (2016) ^a [1]	
7. Número de casos de malaria notificados anualmente en la Región	680.174 (124,1 por 100.000 habitantes) (2010) ^a	454.311 (2015) ^a [2]	Progreso
8. Número de casos de dengue notificados	1.699.072 (2011) ^b	2.276.803 (2016) ^b	Sin progreso
9. Número de países con certificación de la interrupción de la transmisión de la enfermedad de Chagas por vectores (de los 21 países endémicos de la Región)	14/21 (2012) ^c	17/21 (2016) ^d	Progreso
10. Número de países de la Región en los que la oncocercosis es endémica que han certificado su eliminación	1 en proceso de obtener la certificación (2012) ^c	4 (2016) ^d	Progreso
11. Tasa de mortalidad por neoplasias malignas por 100.000 habitantes (ajustada por edad y sexo)	119,6 (2011) ^a	105,3 (2015) ^a	Progreso

Fuentes:

a) OPS, *Indicadores básicos de salud*, 2009, 2010, 2011, 2012 y 2017

b) OPS, *Salud en las Américas*, 2012 y 2017

c) OPS, *Segundo informe de avance del Plan Estratégico de la OPS 2008-2012*

d) OPS, *Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las acciones posteriores a la eliminación 2016-2022* (documento CD55/15)

Nota [1]: La metodología para calcular la tasa de incidencia del sida por 100.000 habitantes cambió después del 2012. En consecuencia, la actualización que se proporciona aquí es con respecto a una medición distinta, que está en consonancia con los Indicadores Básicos de la OPS.

Nota [2]: Incluye tanto los casos autóctonos como los importados notificados por 21 países con endemidad y los casos importados notificados por 15 países y territorios sin endemidad para el año 2015. Además, se utilizaron datos de 12 países y territorios sin endemidad para distintos años: datos correspondientes al 2014 para Estados Unidos y Canadá; datos correspondientes al 2013 para Antigua y Barbuda, Anguila, Islas Vírgenes (EUA), Jamaica, Montserrat y San Kitts y Nevis; y datos correspondientes al 2012 para Bermuda, Islas Caimán, Dominica, San Martín y San Vicente y las Granadinas. En el caso de Chile y Cuba se utilizaron datos correspondientes al 2016.

57. Al 2015, se registró un incremento en la tasa de mortalidad por diabetes por 100.000 habitantes (ajustada por edad y sexo), que se situó en 33,6, frente a 32,8 en el 2011. En la Región, más de 15% de la población mayor de 18 años padece diabetes, un valor tres veces más alto que el que se registraba hace diez años, mientras que la prevalencia de glucosa elevada en sangre se incrementó de 5% en 1980 a 8,5% en el 2014. En el 2014, la tasa de mortalidad ajustada por la edad para la diabetes de tipo 2 en la Región mostró una ligera diferencia entre hombres y mujeres: 35,6 frente a 31,6 por

100.000 habitantes, respectivamente.³¹ La tasa de obesidad (índice de masa corporal [IMC] igual o mayor a 30 kg/m²) en la Región, de 26,8%, es más de dos veces el promedio mundial (12,9%), con una mayor prevalencia en las mujeres (29,6%) que en los hombres (24%).

58. Al 2016, la Región registró progreso en cuanto a la reducción de la tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón por 100.000 habitantes (ajustada por edad y sexo): 62,8, frente a 76,4 en el 2011. Aunque la mortalidad por esta causa viene disminuyendo de manera constante en la mayor parte de los países de la Región, con una reducción general de 19% entre el 2000 y el 2010, sigue siendo la principal causa de muerte.³²

59. Al 2016, la Región registró progreso en cuanto a la reducción de la tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares por 100.000 habitantes (ajustada por edad y sexo): 34,8, frente a 43,1 en el 2011.

60. Al 2013, la Región registró una tasa de mortalidad por traumatismos causados por el tránsito por 100.000 habitantes de 15,9, frente a la medición del 2011 de 14,1. Las tasas varían significativamente de un país a otro, desde 6 muertes por 100.000 habitantes en Canadá hasta 29,3 en República Dominicana. Los traumatismos causados por el tránsito se cobraron la vida de 154.089 personas en el 2013 y representaron 12% de todas las muertes por esta causa en el mundo; esta cifra constituye un aumento de 3% en comparación con las 149.357 defunciones registradas en el 2010. Las defunciones por esta causa son más frecuentes en los países de ingresos medianos (73% del total de muertes por esta causa) en comparación con los países de ingresos altos (26%). Además, se observa un porcentaje desproporcionadamente alto de estas muertes en relación con el nivel de motorización: 37% del total de estas muertes se producen en los países de ingresos medianos, mientras que 63% lo hacen en los de ingresos altos.³³ Ajustada por edad y sexo, en el 2015 la tasa fue de 25,4 muertes en los hombres y 6,6 en las mujeres.³⁴

61. Al 2016, la Región registró una tasa de incidencia de la infección por el VIH por 100.000 habitantes, que se situó en 13,7. Al 2009, la tasa de incidencia del sida (la medición usada en la evaluación de mitad de período de la ASA2008-2017) fue de 10,7 por 100.000 habitantes (no hay datos actualizados sobre este indicador). Al 2016, en América Latina había 1,8 millones (1,4-2,1 millones) de personas con infección por el VIH, y se estima que hubo 97.000 (79.000-120.000) nuevas infecciones por el virus, 1.800 (1.300-2.400) de ellas en niños (el número de nuevas infecciones no varió entre los años 2010 y 2016). Alrededor de 36.000 (28.000-45.000) personas murieron por enfermedades relacionadas con el sida en el 2016, 12% menos que en el 2010. La cobertura del tratamiento en el 2016 fue de 58% (42-72%). En lo que respecta al Caribe, en el 2016 había 310.000 (280.000-350.000) personas con infección por el VIH, con una estimación de 18.000 (15.000-22.000)

³¹ OPS, *Salud en las Américas+*, edición 2017. *Resumen: Panorama regional y perfiles de país*.

³² *Ibidem*.

³³ OPS, *Salud en las Américas+*, edición 2017. *Resumen: Panorama regional y perfiles de país*.

³⁴ OPS, *Indicadores básicos de salud 2017*.

nuevas infecciones ese año (menos de 1.000 nuevas infecciones en niños). Cerca de 9.400 (7.300-12.000) personas murieron de enfermedades relacionadas con el sida, 28% menos que las muertes registradas en el 2010. La cobertura de tratamiento en el 2016 fue de 52% (41-60%).³⁵

62. Al 2015, la Región registró progreso en la disminución en el número de casos de malaria notificados anualmente. Entre el 2000 y el 2015, el número de casos de malaria en la Región disminuyó en 62% (de 1.181.095 a 454.311 casos). Durante el mismo período, las muertes relacionadas con la malaria disminuyeron en 76%, de 410 muertes a 98. Del número total de casos, 77% fueron notificados por Brasil, Perú y Venezuela. A fines del 2015, la malaria se encontraba en forma endémica en 21 países de la Región. Todos los países endémicos, con excepción de Haití y Venezuela, han reducido su morbilidad desde el año 2000. Sin embargo, en los últimos años (2016-2017) ha aumentado la mortalidad y la morbilidad de la malaria.³⁶

63. Al 2016, la Región registró un incremento en el número de casos de dengue notificados: 2.276.803 frente a 1.699.072 en el 2011. Entre el 2011 y el 2015 se notificó un total acumulado de 8.207.797 casos de dengue, lo que representa un incremento de 58% respecto del período 2006-2010; de ellos, 118.837 (1,4%) fueron casos de dengue grave y hubo 5.028 muertes (0,06%) con un incremento del 93% respecto del período anterior.³⁷

64. Al 2016, la Región avanzó en cuanto al número de países con certificación de la interrupción de la transmisión de la enfermedad de Chagas por vectores: 17 países sobre 21 países endémicos, tres más que los 14 del 2012. Es importante recordar que la eliminación de la transmisión de la enfermedad de Chagas corresponde a la meta de impacto 8.3 del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. En esta línea, el *Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022* (documento CD55/15) tiene como objetivo 1.2 el de “acelerar las medidas para interrumpir la transmisión domiciliar de la enfermedad de Chagas por los principales vectores”.

65. Al 2016, el número de países en los que la oncocercosis es endémica que han certificado su eliminación aumentó a cuatro, tres más que en el 2011. Estos países fueron Colombia, Ecuador, Guatemala y México. La eliminación de la oncocercosis corresponde a la meta de impacto 8.2 del Plan Estratégico 2014-2019. El *Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022* (documento CD55/15) tiene como objetivo 2.2 el de “eliminar las enfermedades infecciosas desatendidas objeto de la quimioterapia preventiva, incluida la recopilación de datos para brindar apoyo a la eliminación”, y eleva a seis países la meta para el 2022.

³⁵ UNAIDS, *Fact Sheet. World Aids Day 2017*.

³⁶ OPS, *Salud en las Américas+, edición 2017. Resumen: Panorama regional y perfiles de país*.

³⁷ *Ibidem*.

66. Desde el año 2000, se registró una disminución en la mortalidad en la Región para todos los tipos de cáncer en ambos sexos, con una reducción estimativa de 7,9% entre el 2008 (114,3 por 100.000 habitantes) y el 2015 (105,3 por 100.000 habitantes).

Cuadro 13. Indicadores para el área de acción e (factores de riesgo)

Indicador	Año 2011	Año 2017	Calificación
1. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en personas de 18 o más años de edad (definidos como $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) (cálculo estimativo) ³⁸	59,8 (58,3-61,3) (2011) ^a	62,5 (60,5-64,5) (2016) ^a	Sin progreso
2. Prevalencia del tabaquismo	22% en adultos (2012) ^b	Adultos: 16,3% Adolescentes: 13% (2014) ^c	Progreso

Fuentes:

a) OMS, Observatorio mundial de la salud, disponible en: <http://www.who.int/gho/es/>

b) OPS, *Segundo informe de avance del Plan Estratégico de la OPS 2008-2012*

c) OPS, *Indicadores básicos de salud 2017*

67. Al 2016, la Región registró un incremento en la prevalencia del sobrepeso y la obesidad (IMC mayor a 25 kg/m^2) en adultos (18 o más años de edad) (cálculo estimativo): 62,5% (60,5-64,5), frente a 59,8% (58,3-61,3) en el 2011. La Región de las Américas es la región de la OMS con la prevalencia más alta de sobrepeso y obesidad.³⁹

68. La Región avanzó en la disminución de la prevalencia del tabaquismo (16,3% en los adultos y 13% en los adolescentes) respecto de la medición del 2011 (22% en los adultos). En el año 2013, la prevalencia estandarizada por la edad del consumo actual de tabaco estimada en las personas de 15 años o más en la Región fue de 17,5%; en los estudiantes de 13 a 15 años de edad, de 13,5% (14,7% en los hombres y 12,3% en las mujeres).⁴⁰

Cuadro 14. Indicadores para el área de acción e (sistemas de salud)

Indicadores	Calificación
1. Número de países y territorios que han ejecutado planes de acción nacionales multisectoriales para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo (RIM 2.1.1)	Progreso Alcanzado en 16 y progreso en 12 (2015) ^a
2. Número de países y territorios que tienen una política o plan nacional sobre salud mental en consonancia con la estrategia	Progreso

³⁸ En la evaluación de mitad de periodo, se usó erróneamente el siguiente indicador: “Prevalencia de la obesidad (IMC mayor a 25) en adultos (15 o más años de edad) por sexo (cálculo estimativo)”. Para la obesidad se requiere un IMC mayor a 30. En esta evaluación se definen el sobrepeso y la obesidad de manera congruente con la medición empleada en el Plan Estratégico 2014-2019.

³⁹ OPS, *Salud en las Américas+, edición 2017*, Sobrepeso y obesidad. Estado de salud de la población.

⁴⁰ OPS, *Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030*.

Indicadores	Calificación
regional sobre salud mental y el plan de acción mundial sobre salud mental 2013-2020 (RIM 2.2.1)	Alcanzado en 21 y progreso en 13 (2015) ^a
3. Número de países que han puesto en marcha políticas, estrategias o leyes de acuerdo con el CMCT (RIM 2.1.6)	Progreso Alcanzado en 4 y progreso en 7 (2015) ^a
4. Número de países y territorios con una política o un plan nacional en materia de consumo de alcohol a fin de prevenir y tratar los trastornos debidos al consumo de alcohol de acuerdo con el plan de acción regional y la estrategia mundial para reducir el consumo nocivo de alcohol (RIM 2.2.3)	Progreso Alcanzado en 7 y progreso en 12 (2015) ^a
5. Número de países que han ejecutado un programa nacional de seguridad alimentaria y nutricional	A determinarse

Fuentes:

a) OPS, *Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2014-2015*

69. Los países presentaron desafíos para implementar los planes de acción nacionales multisectoriales para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (ENT) y sus factores de riesgo. La acción multisectorial para abordar las causas fundamentales de las ENT con un enfoque de salud en todas las políticas sigue siendo un reto en todos los países.

70. Al 2015, la Región registraba un avance en cuanto a la aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT). Brasil, Chile, Panamá y Uruguay tienen leyes vigentes de acuerdo con el CMCT. Por otro lado, la Región informa dificultades para aplicar políticas en materia de alcohol basadas en la salud pública, entre ellas la aceptación social del consumo de alcohol, la falta de conciencia de su impacto negativo y el compromiso político con la reducción del consumo nocivo de alcohol.

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

71. Como se muestra en el cuadro 15, se evaluaron todos los cinco indicadores indirectos, todos ellos referidos a los sistemas de salud.

Cuadro 15. Indicadores para el área de acción f (sistemas de salud)

Indicador	Calificación
1. Número de países y territorios con un plan de acción sobre los recursos humanos para la salud en consonancia con las políticas y las necesidades del sistema de prestación de atención de salud (RIM 4.5.1)	Progreso Alcanzado en 7 y progreso en 10 (2015) ^a
2. Número de países y territorios con por lo menos 25 trabajadores de salud (médicos, enfermeras y parteras) por 10.000 habitantes (RIT 4.5.1)	Progreso Alcanzado en 27 (2015) ^a
3. Número de países y territorios que han establecido un nodo del Campus Virtual de Salud Pública o una red de ciberaprendizaje equivalente (RIM 4.5.4)	Progreso Alcanzado en 11 y progreso en 8 (2015) ^a

Indicador	Calificación
4. Número de países que han participado en acuerdos bilaterales o multilaterales que abordan la migración de trabajadores de la salud	Progreso 13 de los 20 que respondieron (2017) ^b
5. Número de países que informan seguimiento de las 20 metas regionales sobre los recursos humanos para la salud	Progreso 20 países (2013-2015) ^c

Fuente:

a) OPS, *Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2014-2015*

b) Encuesta de países para la evaluación final, 2017

c) OPS, *Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015: Informe final*

72. Al 2015, se registró progreso en cuanto al número de países que ejecutaron políticas nacionales para el fortalecimiento de la fuerza de trabajo de salud. Siete países y territorios alcanzaron la meta, y otros diez lo hicieron parcialmente.

73. Al 2015, se registró progreso en cuanto al número de países con una densidad de la fuerza laboral de salud (médicos, enfermeras, parteras) de 25 profesionales por 10.000 habitantes, con un total de 27 países y territorios que habían alcanzado la meta. El reto principal es la distribución de la fuerza laboral sanitaria. El porcentaje de médicos es de hasta 80 puntos porcentuales más alto en las zonas urbanas que en las zonas rurales (o no metropolitanas). En promedio, en el 2015 había 48,7 enfermeras por 10.000 habitantes. América del Norte tenía, con mucho, la mayor densidad de enfermeras, más de siete veces superior a la de América Latina y el Caribe (110,9 frente a 13,6 por 10.000 habitantes).⁴¹

74. Al 2015, aumentó el número de países que establecieron redes de aprendizaje para mejorar las competencias en materia de salud pública del personal de salud. Once países y territorios alcanzaron la meta, y otros ocho lo hicieron parcialmente.

75. Al 2017, se registró un incremento en el número de países que participaron en acuerdos bilaterales o multilaterales que abordan la migración de trabajadores de la salud: 13 de 20 países, frente a los 11 informados en el 2011, según la respuesta de los países a la encuesta.

76. El documento *Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015: Informe final* se presentó al 54.º Consejo directivo en el 2015. La información se recopiló entre el 2013 y el 2015, con la participación de 20 países. Se presentó un informe de progreso a la 28.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, para el cual se recopiló información entre el 2009 y el 2010 con la participación de 24 países.

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

77. Como se muestra en el cuadro 16, se evaluaron cinco indicadores indirectos, todos ellos correspondientes a sistemas de salud.

⁴¹ OPS, *Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030*.

Cuadro 16. Indicadores para el área de acción g (sistemas de salud)

Indicador	Calificación
1. Número de países y territorios que integran la evidencia científica en los programas o en las políticas utilizando metodologías normalizadas (RIM 4.4.5).	Progreso Alcanzado en 9 y progreso en 6 (2015) ^a
2. Número de países y territorios que están aplicando la política regional de investigación para la salud (RIM 4.4.4).	Progreso Alcanzado en 14 y progreso en 15 (2015) ^a
3. Número de países y territorios con mecanismos de rendición de cuentas para revisar la investigación o incorporar la ética en el ámbito de la salud pública (RIM 4.4.6).	Excedido Alcanzado en 12 y progreso en 3 (2015) ^a
4. Número de países y territorios con políticas nacionales sobre el acceso, la calidad y el uso de medicamentos y otras tecnologías sanitarias actualizadas en los últimos cinco años (RIM 4.3.1).	Excedido Alcanzado en 13 y progreso en 13 (2015) ^a
5. Número de países y territorios con mecanismos para la evaluación de tecnologías sanitarias y la incorporación, la selección, la gestión y el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias sobre la base de la evidencia (RIM 4.3.4).	Excedido Alcanzado en 13 y progreso en 14 (2015) ^a

Fuente:

a) OPS, *Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2014-2015*

78. Al 2015, se registró progreso en cuanto al número de países con un sistema o mecanismo que facilite la toma de decisiones basadas en la evidencia. Nueve países y territorios alcanzaron la meta, y otros seis lo hicieron parcialmente.

79. Al 2015, se registró progreso en cuanto al número de países que implementaron una política nacional o un plan de investigación en la salud. Catorce países y territorios alcanzaron la meta, y otros quince lo hicieron parcialmente.

80. Al 2015, se registró progreso en cuanto al número de países que formaron una comisión nacional destinada a vigilar el cumplimiento de las normas éticas en la investigación científica. Doce países y territorios alcanzaron la meta, y otros tres lo hicieron parcialmente.

81. Al 2015, se registró progreso en cuanto al número de países que implementaron normas de acuerdo con los estándares internacionales sobre calidad, seguridad y eficacia de los insumos para el área de la salud. Trece países alcanzaron el indicador, excediendo la meta, y otros trece lo hicieron parcialmente.

82. Al 2015, se registró progreso en cuanto al número de países que implementaron una política que incluya el uso racional de los medicamentos. Trece países y territorios alcanzaron el indicador, excediendo la meta, y otros catorce lo hicieron parcialmente.

Área de acción h: Fortalecer la seguridad sanitaria

83. Como se muestra en el cuadro 17, se evaluaron cuatro de cinco indicadores indirectos, todos ellos referentes a los sistemas de salud.

Cuadro 17. Indicadores para el área de acción h (sistemas de salud)

Indicador	Calificación
1. Número de países y territorios que ejecutan un plan nacional de preparación para epidemias y pandemias graves (RIM 5.2.1).	Progreso Alcanzado en 27 y en progreso en 1 (2017) ^a
2. Número de países que han adquirido las capacidades básicas para la vigilancia y respuesta de conformidad con las obligaciones del Reglamento Sanitario Internacional (2005).	Progreso 22 (2017) ^b
3. Proporción de emergencias de salud pública de importancia internacional en las cuales la información se pone a disposición de los centros nacionales de enlace del Reglamento Sanitario Internacional de la Región en las primeras 48 horas de finalizada la evaluación de riesgos (RIM 5.1.2).	Progreso 60% (2017) ^b
4. Número de países que han formado equipos de alerta y respuesta para brotes y epidemias.	Progreso 35 (2017) ^a
5. Número de países que han mantenido la vigilancia y los preparativos para hacer frente a las enfermedades zoonóticas emergentes y reemergentes.	A determinarse

Fuente:

a) Información de la que dispone la Oficina

b) Informe preliminar de la evaluación de fin del bienio del Programa y Presupuesto 2016-2017 (sujeto a la revisión de los resultados de la evaluación conjunta)

84. Al 2017, se registró progreso en cuanto al número de países que ejecutaron planes o programas nacionales de preparación del sector de la salud para casos de emergencias o desastres. Veintisiete países y territorios alcanzaron la meta, y uno más la alcanzó parcialmente.

85. Al 2017, se registró progreso en cuanto al número de países que incorporaron las capacidades básicas para la vigilancia y respuesta de conformidad con las obligaciones del Reglamento Sanitario Internacional (2005): 22 de 35 Estados Miembros.

86. En el bienio 2016-2017, la información se puso a disposición de los Centros Nacionales de Enlace del RSI dentro de las primeras 48 horas de terminada la evaluación del riesgo en 109 de 181 (60%) de las emergencias de salud pública de posible importancia internacional.

Componente C: Implementación de la Agenda por la Oficina Sanitaria Panamericana

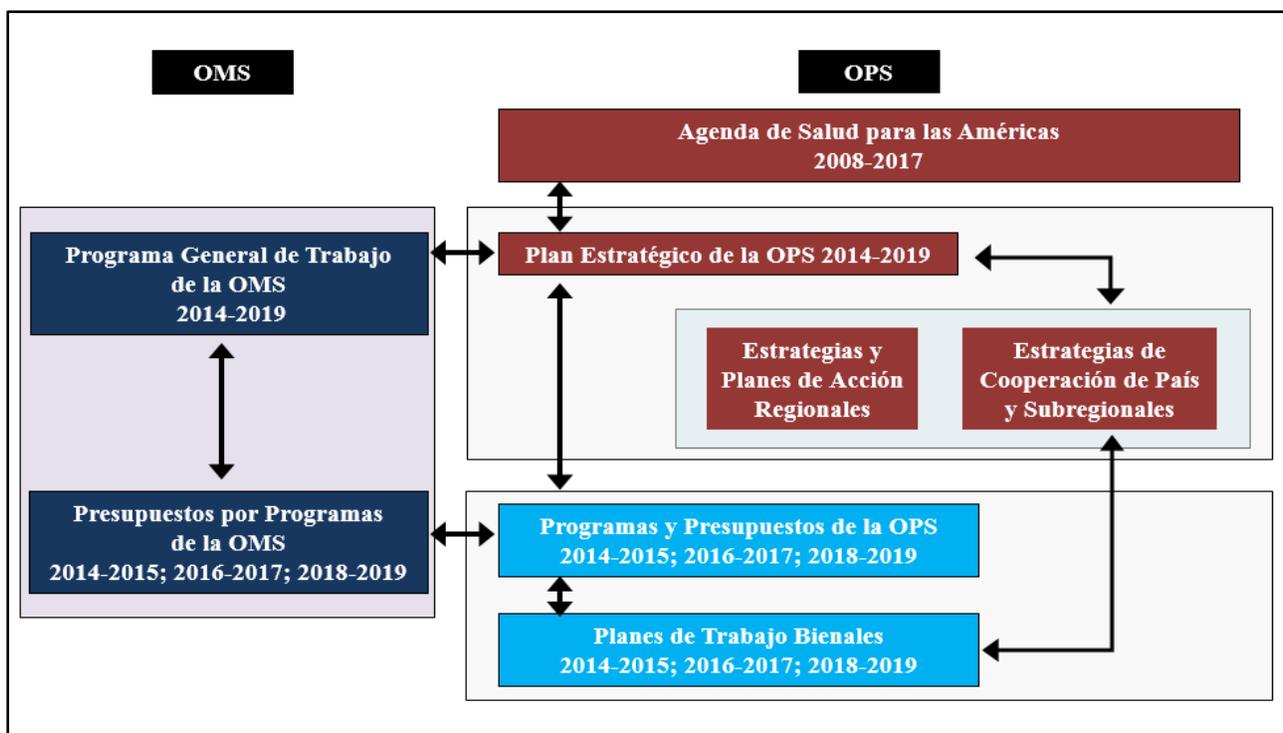
87. Las recomendaciones formuladas durante la evaluación de mitad de período en relación con la responsabilidad de la Oficina en la implementación de la Agenda pueden

resumirse en las siguientes: *a)* evaluar en qué medida el Plan Estratégico 2014-2019 y sus instrumentos de seguimiento y evaluación se encuentran en consonancia con las áreas de acción de la Agenda; *b)* evaluar en qué medida la Agenda y el Plan Estratégico 2014-2019 promovieron la elaboración de documentos oficiales que estuvieran en consonancia con la visión y las áreas de acción de la Agenda; y *c)* evaluar en qué medida las estrategias de cooperación con los países estuvieron en consonancia con la Agenda y el Plan Estratégico 2014-2019.

Recomendación a: *Evaluar en qué medida el Plan Estratégico 2014-2019 y sus instrumentos de seguimiento y evaluación se encuentran en consonancia con las áreas de acción de la Agenda.*

88. El Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (*Documento Oficial 345*) aprobado originalmente por el 52.º Consejo Directivo de la OPS, realizado del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013, se formuló tomando en cuenta las prioridades regionales definidas en la Agenda, considerada como máximo referente en el marco de la planificación de la OPS (Figura 2). Las nueve metas de impacto y las seis categorías (con las 30 áreas programáticas) incorporan las ocho áreas de acción de la Agenda, como ya se había hecho en el Plan Estratégico de la OPS 2008-2013 (véanse los cuadros 18 y 19).

Figura 2. Marcos de planificación de la OPS/OMS



Cuadro 18. Relación de las áreas de acción y las metas de impacto del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019

Áreas de acción de la Agenda	Metas de impacto del Plan Estratégico
b) Abordar los determinantes de la salud	Meta 1: Mejorar la salud y el bienestar con equidad
d) Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos	Meta 2: Asegurar que los recién nacidos y los menores de 1 año inicien su vida de una manera saludable Meta 3: Garantizar una maternidad segura Meta 4: Reducir la mortalidad debida a la baja calidad de la atención de salud
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Meta 5: Mejorar la salud de la población adulta haciendo hincapié en las enfermedades no transmisibles y los factores de riesgo. Meta 6: Reducir la mortalidad por enfermedades transmisibles. Meta 7: Contener la mortalidad debida a la violencia, los suicidios y los accidentes entre adolescentes y adultos jóvenes (15 a 24 años de edad) Meta 8: Eliminar las enfermedades transmisibles prioritarias en la Región
h) Fortalecer la seguridad sanitaria	Meta 9: Evitar las muertes, las enfermedades y las discapacidades resultantes de situaciones de emergencia

Cuadro 19. Relación de las áreas de acción y las categorías y áreas programáticas del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019

Áreas de acción de la Agenda	Categorías y áreas programáticas del Plan Estratégico
a) Fortalecer la autoridad sanitaria nacional	Categoría 4. Sistemas de salud 4.1 Gobernanza y financiamiento en el ámbito de la salud; políticas, estrategias y planes nacionales de salud.
b) Abordar los determinantes de la salud	Categoría 3. Determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida 3.3 Género, equidad, derechos humanos y etnicidad 3.4 Determinantes sociales de la salud 3.5 Salud y medioambiente
c) Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad	Categoría 4. Sistemas 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
d) Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos	Categoría 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 3.2 Envejecimiento y salud

Áreas de acción de la Agenda	Categorías y áreas programáticas del Plan Estratégico
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	<p>Categoría 1. Enfermedades transmisibles</p> <p>1.1 Infecciones por el VIH/sida e infecciones de transmisión sexual</p> <p>1.2 Tuberculosis</p> <p>1.3 Malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores (incluidos el dengue y la enfermedad de Chagas)</p> <p>1.4 Enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas</p> <p>1.5 Enfermedades prevenibles mediante vacunación (incluido el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis).</p> <p>Categoría 2. Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo</p> <p>2.1 Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo</p> <p>2.2 Salud mental y trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas</p> <p>2.3 Violencia y traumatismos</p> <p>2.4 Discapacidad y rehabilitación</p> <p>2.5 Nutrición</p>
f) Fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud	<p>Categoría 4. Sistemas de salud</p> <p>4.5 Recursos humanos para la salud</p>
g) Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología	<p>Categoría 4. Sistemas de salud</p> <p>4.4 Información y evidencia en apoyo de los sistemas de salud</p>
h) Fortalecer la seguridad sanitaria	<p>Categoría 5. Preparación vigilancia y respuesta</p> <p>5.1 Capacidad de alerta y respuesta (para el RSI)</p> <p>5.2 Enfermedades epidémicas y pandémicas</p> <p>5.3 Gestión de emergencias, riesgos y crisis</p> <p>5.4 Inocuidad de los alimentos</p> <p>5.5 Respuesta a brotes y crisis</p>

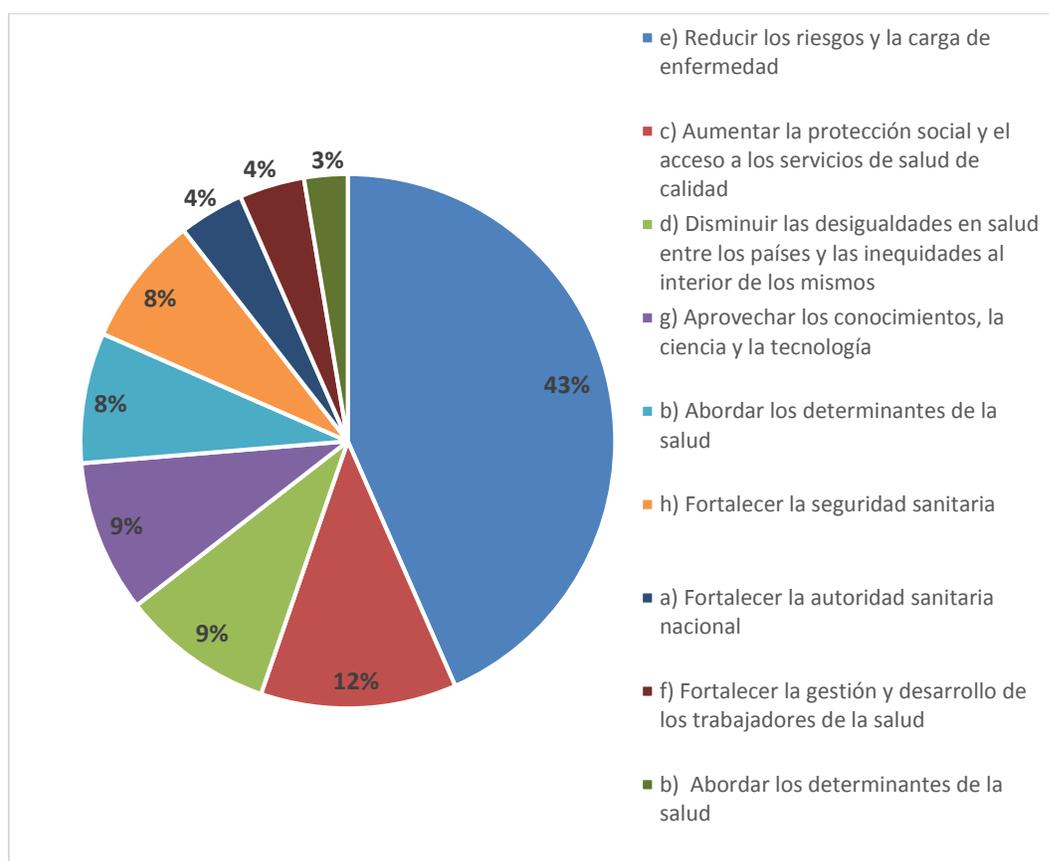
89. En el *Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2014-2015*, presentado en septiembre del 2016, se informó sobre los resultados de la implementación del Plan Estratégico y se dio cuenta del progreso constante hacia el logro de las metas previstas para el 2019, así como de los avances en 90% de los indicadores de los resultados intermedios que estaban en curso y el logro completo o parcial de 114 de los indicadores de resultados inmediatos, todos ellos vinculados a las áreas de acción de la Agenda.

Recomendación b: Evaluar en qué medida la Agenda y el Plan Estratégico 2014-2019 promovieron la elaboración de documentos oficiales que estuvieran en consonancia con la visión y las áreas de acción de la Agenda.

90. En el período 2014-2017, los Cuerpos Directivos de la OPS aprobaron un número significativo de documentos relacionados con las áreas de acción previstas en la ASA2008-2017 (véase el anexo B). La interrelación de las áreas de acción y los temas de los documentos de la OPS se resumen en la figura 3. Cabe destacar que la mayoría de los 76

documentos revisados (33-43%) están relacionados con el área de acción *e*, seguido por las áreas *c* (9-12%) y *d* y *g* (7-9% cada una). Es necesario precisar que los documentos de la Organización tienen temas que cubren diferentes áreas de acción.

Figura 3. Resumen de la relación de las áreas de acción y los documentos de política, las estrategias y los planes de acción (período 2008-2017, en orden de frecuencia)



Recomendación c: Evaluar en qué medida las estrategias de cooperación con los países están vinculadas a la Agenda y al Plan Estratégico de la OPS

91. Las estrategias de cooperación con los países, antes y después de la evaluación de mitad de período de la Agenda, mostraron su consonancia con ella, como se puede ver en el caso de las estrategias de cooperación de Argentina (2012-2016), Aruba (propuesta 2014-2017), Bolivia (2011-2015), Brasil (2008-2012), Chile (2011-2014), Colombia (2011-2014), Costa Rica (2010-2014), Cuba (2012-2015), Ecuador (2010-2014), El Salvador (2012-2015), Guatemala (2013-2017), Guyana (2010-2015), Jamaica (2010-2015), México (2015-2018), Panamá (2014-2017), Paraguay (2010-2014), Perú (2014-2019), Puerto Rico (2013-2016), República Dominicana (2013-2017), Suriname (2012-2016) y Uruguay (2012-2015), entre otros.⁴²

⁴² OPS, La Estrategia de Cooperación con el País (ECP). Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2126%3A2009-country-

VI. COMENTARIOS GENERALES SOBRE LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

Componente A

92. La evaluación de este componente muestra que la ASA2008-2017 no estuvo presente como referente para la planificación en la mayoría de los equipos técnicos de los ministerios y secretarías de salud encuestados. Una explicación de esta situación, que también se esbozó en la evaluación de mitad de período, sería en el tiempo transcurrido desde que la Agenda fuera publicada, su implementación a través de otros instrumentos (planes estratégicos, documentos de política, estrategias y planes de acción sobre temas específicos contenidos en la Agenda), y la rotación de los equipos técnicos y de conducción de los ministerios y secretarías de salud.

Componente B

93. Los datos sobre los 70 indicadores evaluados en este componente permiten observar, con pocas excepciones, un progreso importante de los países y territorios de la Región en las ocho áreas de acción de la Agenda en el período 2011-2017, continuando el progreso similar informado con respecto al período 2007-2011. La evaluación de este componente se informó de manera preliminar en el documento de la ASSA2030, en el que se brindó información actualizada sobre los avances y los desafíos en áreas críticas sobre las que se había informado en la evaluación de mitad de período en el 2012: *a)* mortalidad materna; *b)* dengue; *c)* tuberculosis; *d)* infección por el VIH/sida; *e)* obesidad; *f)* gasto nacional público destinado a la salud, como porcentaje del producto interno bruto; y *g)* gasto de bolsillo, como porcentaje del gasto total destinado a la salud.

Componente C

94. La evaluación de este componente se centró en tres recomendaciones formuladas durante la evaluación de mitad de período de la Agenda. Se destacó la consonancia de los planes estratégicos de la Organización; los documentos de política, las estrategias y los planes de acción; y las estrategias de cooperación con los países con las áreas de acción de la Agenda.

VII. CONCLUSIONES

95. La evaluación final de la ASA2008-2017 permitió verificar el papel que tuvo como instrumento político de nivel regional que aportó una visión política en torno a la salud para la Región, reafirmando el compromiso de los países y territorios con la salud de la población y sirviendo de referente para orientar programáticamente los procesos de planificación estratégica de los Estados Miembros y de la OPS. Como un llamamiento a la acción, la ASA2008-2017 puso sobre el tapete aspectos críticos para la salud en la Región, como el abordaje de los determinantes sociales y de las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de ellos, la protección social y el acceso a servicios de salud, y el fortalecimiento de la autoridad sanitaria nacional.

96. La ASA2008-2017 orientó la formulación del Plan Estratégico de la OPS 2008-2013 y del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, los cuales incorporaron las áreas de acción de la Agenda. De esa manera se viabilizó su implementación y evaluación dentro de los marcos institucionales de la Organización, como se proponía en el enunciado de intención de la Agenda. Del mismo modo, orientó las estrategias de cooperación con los países, otorgándoles una mayor direccionalidad. Finalmente, la Agenda sirvió de referente para la elaboración de políticas, estrategias y planes nacionales de salud, aunque su importancia disminuyó con el transcurso del decenio al introducirse otros marcos de política y agendas tanto regionales como mundiales.

97. La ASA2008-2017, promovida por los ministros y secretarios de salud, inspiró y generó un espacio de acción independiente y complementario al papel de los Cuerpos Directivos y de la Oficina, fortaleciéndolos en el campo de la formulación de las políticas y planes estratégicos de la Organización. Del mismo modo, impulsó y dinamizó la participación de los Estados Miembros en los procesos de formulación programática y de políticas de la Organización realizados tanto en la Sede como en los países, a través de la presencia activa de grupos de trabajo y grupos asesores conformados por representantes de los países, y acompañados por la Oficina en su función de secretaría.

98. Las enseñanzas extraídas del proceso de formulación, implementación y evaluación de la ASA2008-2017 pueden resumirse en las siguientes recomendaciones:

- a) Desplegar mayores esfuerzos para concertar una visión compartida para la Región, articulada en torno a los mandatos regionales y mundiales, que promueva las intervenciones en la salud en los países, tomando en cuenta la evidencia disponible.
- b) Proporcionar el mayor grado posible de direccionalidad de las políticas de salud para la Región, incorporando el enfoque de la equidad, y reflejándolas en objetivos y metas que sean medibles.
- c) Promover la participación activa de las autoridades más altas y los equipos técnicos de los ministerios y las secretarías de salud de los países en los procesos de formulación y evaluación de las políticas y estrategias de la Organización, fomentando el compromiso y el empoderamiento, por medio de grupos de trabajo conformados con representantes de los países, acompañados de la Oficina en su

- función de secretaría, y a través de la realización de eventos paralelos en el Consejo Directivo y la Conferencia Sanitaria Panamericana.
- d) Establecer niveles adecuados de articulación entre los mecanismos de formulación de las políticas y los de implementación y evaluación en el nivel regional, utilizando el potencial institucional de la Organización (gobernanza, capacidad técnica, recursos y logística) para alcanzar los objetivos y las metas acordados.
 - e) Proveer un mecanismo de gobernanza y un plan de comunicación para la coordinación y el seguimiento de acciones en estos marcos con todos los actores clave.
 - f) Reconocer el valor de establecer objetivos claros y metas para poder medir el impacto de la Agenda.

99. Las enseñanzas extraídas del proceso de formulación, implementación y evaluación de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 fueron incorporadas en la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 durante el su proceso de formulación. Se deben realizar esfuerzos para incorporarlas en su implementación y evaluación.

Anexo

VIII. ANEXO

Relación de las áreas de acción y los documentos de política, las estrategias y los planes de acción (2008-2017)

Área de acción ASA2008-2017	29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana (del 25 al 29 de septiembre del 2017)
b) Abordar los determinantes de la salud	Política sobre etnicidad y salud (documento CSP29/7, Rev. 1)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2030 (documento CSP29/8)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022 (documento CSP29/11)
f) Fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud	Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (documento CSP29/10)
g) Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología	Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales 2017-2022 (documento CSP29/9)
Transversal	Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (documento CSP29/6, Rev.3)
Área de acción ASA2008-2017	55.º Consejo Directivo (del 26 al 30 septiembre de 2016)
b) Abordar los determinantes de la salud	La salud de los migrantes (documento CD55/11, Rev. 1)
c) Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad	El acceso y uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias estratégicos y de alto costo (documento CD55/10, Rev. 1)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016-2020 (documento CD55/13)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021 (documento CD55/14)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022 (documento CD55/15)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales (documento CD55/16)
h) Fortalecer la seguridad sanitaria	Los sistemas de salud resilientes (documento CD55/9)
h) Fortalecer la seguridad sanitaria	Plan de acción para reducción del riesgo de desastres 2016-2021 (documento CD55/17, Rev. 1)
Área de acción ASA2008-2017	54.º Consejo Directivo (del 28 de septiembre al 2 de octubre de 2015)
a) Fortalecer la autoridad sanitaria nacional	Estrategia sobre legislación relacionada con la salud (documento CD54/14, Rev. 1)
b) Abordar los determinantes de la salud	Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer (documento CD54/9, Rev. 2)
b) Abordar los determinantes de la salud	Plan de acción sobre la salud de los trabajadores (documento CD54/10, Rev. 1)

e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Plan de acción sobre inmunización (documento CD54/7, Rev. 2)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Estrategia y plan de acción sobre demencias en las personas mayores (documento CD54/8, Rev. 1)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Plan de acción para la prevención y el control de la tuberculosis (documento CD54/11, Rev. 1)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Plan de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos (documento CD54/12, Rev. 1)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales (documento CD54/13, Rev. 1)
Área de acción ASA2008-2017	53.º Consejo Directivo (del 29 de septiembre al 3 de octubre de 2014)
a) Fortalecer la autoridad sanitaria nacional	Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (documento CD53/5, Rev. 2)
a) Fortalecer la autoridad sanitaria nacional	Plan de acción sobre la salud en todas las políticas (documento CD53/10, Rev. 1)
c) Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad	Plan de acción para el acceso universal a sangre segura (documento CD53/6)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación (documento CD53/7, Rev. 1)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Plan de acción sobre salud mental (documento CD53/8, Rev. 1)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia (documento CD53/9, Rev. 2)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Plan de acción para la prevención de la ceguera y las deficiencias visuales (documento CD53/11)
h) Fortalecer la seguridad sanitaria	Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria (documento CD53/12)
Área de acción ASA2008-2017	52.º Consejo Directivo (del 30 de septiembre al 4 de octubre de 2013)
c) Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad	Protección social en salud (documento CD52/5)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (documento CD52/7, Rev.1)
f) Fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud	Recursos humanos para la salud (documento CD52/6)
Área de acción ASA2008-2017	28.ª Conferencia Sanitaria Panamericana (del 23 al 27 de septiembre del 2012)
c) Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad	Protección radiológica y seguridad de las fuentes de radiación: Normas Básicas Internacionales de Seguridad (documento CSP28/17, Rev. 1)
d) Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos	Estrategia y plan de acción para la salud integral en la niñez (documento CSP28/10)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Estrategia para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles (documento CSP28/9, Rev. 1)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	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)

g) Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología	Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud (documento CSP28/11)
g) Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología	Estrategia y plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones (documento CSP28/12, Rev. 1)
g) Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología	Bioética: hacia la integración de la ética en el ámbito de la salud (documento CSP28/14, Rev. 1)
h) Fortalecer la seguridad sanitaria	Coordinación de la asistencia humanitaria internacional en salud en caso de desastres (documento CSP28/13)
Área de acción ASA2008-2017	51.º Consejo Directivo (del 26 al 30 de septiembre del 2011)
d) Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos	Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana (documento CD51/5)
d) Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos	Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave (documento CD51/12)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Plan de acción sobre seguridad vial (documento CD51/7, Rev. 1)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol (documento CD51/8, Rev. 1)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública (documento CD51/9)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Estrategia y plan de acción sobre la epilepsia (documento CD51/10, Rev. 1)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Estrategia y plan de acción sobre la malaria (documento CD51/11)
g) Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología	Estrategia y plan de acción sobre eSalud (documento CD51/13)
h) Fortalecer la seguridad sanitaria	Estrategia y plan de acción sobre el cambio climático (documento CD51/6, Rev. 1)
Área de acción ASA2008-2017	50.º Consejo Directivo (del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010)
b) Abordar los determinantes de la salud	La salud y los derechos humanos (documento CD50/12)
b) Abordar los determinantes de la salud	Estrategia y plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica (documento CD50/13)
b) Abordar los determinantes de la salud	Salud, seguridad humana y bienestar (documento CD50/17)
d) Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos	Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita (documento CD50/15)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Estrategia y plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas (documento CD50/16)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Estrategia sobre el uso de sustancias psicoactivas y la salud pública (documento CD50/18, Rev. 1)
f) Fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud	Estrategia para el desarrollo de competencias del personal de salud en los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud (documento CD50/11)
h) Fortalecer la seguridad sanitaria	Plan de acción de hospitales seguros (documento CD50/10)

Área de acción ASA2008-2017	49.º Consejo Directivo (del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009)
b) Abordar los determinantes de la salud	Plan de acción para la ejecución de la política en materia de igualdad de género (documento CD49/13)
c) Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad	Marco de política para la donación y el trasplante de órganos humanos (documento CD49/14)
c) Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad	Salud y turismo (documento CD49/15)
c) Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad	Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud (documento CD49/16)
c) Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad	Salud familiar y comunitaria (documento CD49/20)
d) Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos	Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes (documento CD49/12)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza (documento CD49/9)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Estrategia y plan de acción sobre salud mental (documento CD49/11)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales evitables (documento CD49/19)
g) Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología	Política de investigación para la salud (documento CD49/10)
Área de acción ASA2008-2017	48.º Consejo Directivo (del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008)
c) Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad	Mejoramiento de la disponibilidad de sangre y la seguridad de las transfusiones en las Américas (documento CD48/11)
d) Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos	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 (documento CD48/7)
d) Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos	Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes (documento CD48/8)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Métodos poblacionales e individuales para la prevención y el tratamiento de la diabetes y la obesidad (documento CD48/5)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino (documento CD48/6)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Hacia la eliminación de la oncocercosis (ceguera de los ríos) en las Américas (documento CD48/10)

e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: oportunidades y retos para su implementación en la Región de las Américas (documento CD48/12)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	El control integrado de vectores, una respuesta integral a las enfermedades de transmisión vectorial (documento CD48/13)
g) Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología	Plan de acción regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud (documento CD48/9)

- - -