



Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud 2018-2019



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

Documento Oficial No. 354
Original: inglés



Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud 2018-2019

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud
para las Américas

Septiembre del 2017



Índice

| | | |
|-------------|--|-----------|
| I. | Resumen | 1 |
| II. | Proyecto de Presupuesto | 5 |
| | Proyecto de presupuesto general | 5 |
| | Presupuesto por categoría y área programática | 5 |
| | Explicación de los cambios en el presupuesto | 8 |
| | Presupuesto por país y por nivel funcional | 9 |
| | Un aumento de la eficiencia: hacer más con menos | 9 |
| III. | Financiamiento del Programa y Presupuesto | 13 |
| | Financiamiento de la OPS | 14 |
| | Financiamiento de la OMS | 16 |
| | Programas específicos y respuesta a brotes y crisis | 17 |
| | Contribuciones voluntarias nacionales fuera del Programa y Presupuesto | 17 |
| IV. | Contexto | 19 |
| | Panorama | 19 |
| | Asignación de prioridades | 21 |
| | Riesgos y oportunidades | 23 |
| | Temas transversales de la OPS/OMS | 24 |
| | Los Objetivos de Desarrollo Sostenible | 25 |
| V. | Rendición de Cuentas Respecto del Desempeño | 29 |
| VI. | Categorías | 31 |
| | Categoría 1 - Enfermedades transmisibles | 31 |
| | Categoría 2 - Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo | 45 |
| | Categoría 3 - Determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida | 57 |
| | Categoría 4 - Sistemas de salud | 67 |
| | Categoría 5 - Emergencias de salud | 77 |
| | Categoría 6 - Liderazgo, gobernanza y funciones habilitadoras | 89 |



I. Resumen



1. En este Programa y Presupuesto 2018-2019 se establecen los resultados y las metas institucionales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) correspondientes al último bienio del Plan Estratégico 2014-2019 y se presenta el presupuesto que requiere la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina u OSP) para brindar apoyo a los Estados Miembros en el logro de dichos resultados. El Programa y Presupuesto 2018-2019 cierra el último Plan Estratégico elaborado en la era de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Es también el primer programa y presupuesto que se elabora tras la aprobación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) conforme a lo establecido en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas. Aunque la estructura de resultados actual de la OPS está en plena consonancia con los ODS,¹ lo cual permitirá darles seguimiento, se prevé que en el próximo Plan Estratégico, que abarcará el período 2020-2025, se adopte un enfoque integral multisectorial en estrecha colaboración con los Estados Miembros para reflejar más plenamente el propósito de los ODS y la evolución de las prioridades de la Región de las Américas en materia de salud. Estas prioridades se establecerán en la agenda de salud sostenible para las Américas 2018-2030, la cual se adoptará en la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre del 2017.

2. En el año 2016 se observó un panorama socioeconómico diverso en toda la Región. La mayoría de los países registraron un crecimiento económico gradual e hicieron cada vez más hincapié en la equidad y la solidaridad en el contexto de un sector social en evolución. Sin embargo, en casi todos los países persiste el reto del financiamiento sostenible para el sector de la salud: solo en seis países se ha alcanzado la meta de dedicar al gasto público en salud un monto equivalente al 6% del producto interno bruto (PIB).² Por otro lado, la vasta mayoría de los países de la Región se clasifican actualmente en la categoría de países de ingresos medianos, lo que en algunos casos restringe el acceso a un financiamiento internacional favorable y limita aún más los fondos para el sector social. La desigualdad económica sigue siendo una característica general de la Región; la reducción de la pobreza se ha estancado y la riqueza está concentrada en unas pocas familias.

3. En el ámbito de la salud pública, sigue siendo prioritario garantizar sistemas de salud resilientes que cuenten con suficiente financiamiento y personal, con el objetivo de lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud³ para todas las personas de la Región de las Américas. El sistema nacional de salud seguirá siendo el pilar fundamental de la respuesta a los

1 Organización Panamericana de la Salud, Preparar a la Región de las Américas para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible sobre la salud [internet]. Washington, D.C.: OPS; 2015 [consultado el 18 de marzo del 2016]. Puede encontrarse en http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/10017/9789275318638_spa.pdf.

2 Este es un indicador sustituto que permite medir el progreso hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Un gasto público destinado a la salud equivalente al 6% del PIB es una referencia útil, en la mayoría de los casos, y una condición necesaria, aunque no suficiente, para reducir las inequidades y aumentar la protección financiera en el marco del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Compendio de indicadores del impacto y resultados intermedios de la OPS, 2014.

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

brotos de enfermedades, así como de las actividades relacionadas con la prevención y el tratamiento de las enfermedades transmisibles y no transmisibles a lo largo del curso de la vida. En términos generales, la mayor parte de los indicadores clave de salud en la Región están siguiendo una tendencia positiva. Sin embargo, esto oculta divergencias significativas entre los países y dentro de ellos. El costo de las enfermedades no transmisibles (ENT) sigue en ascenso y la tasa de mortalidad materna, parte de la “agenda inconclusa” de los ODM, sigue presentando una brecha importante en la Región. Los fenómenos naturales, las emergencias de salud pública y los efectos del cambio climático seguirán siendo desafíos persistentes e impredecibles para el desarrollo sostenible.

4. Es necesario mirar más allá del sector de la salud, a nivel nacional e internacional, para abordar no solo los determinantes sociales de la salud, sino también aquellos factores que no dependen del sector de la salud y que contribuyen al aumento de la morbilidad y la mortalidad, como la violencia y los accidentes de tránsito. Este enfoque holístico concuerda con la visión multisectorial de los ODS y se vincula directamente con la estrategia de salud en todas las políticas, establecida hace tiempo.⁴

5. Considerando esta situación en la que existen importantes retos de salud pública a nivel nacional e internacional, así como un entorno de recursos limitados con un crecimiento económico lento o negativo en algunos países, la Oficina ha analizado cuidadosamente los puntos a favor y en contra de las diferentes alternativas presupuestarias, con el objetivo de formular recomendaciones óptimas y realistas a sus Estados Miembros. Entre las principales consideraciones económicas que se tomaron en cuenta se encuentran las siguientes:

- a) El entorno económico de la Región no es deficiente, pero se ha quedado a la zaga frente a otras regiones que registran una elevada tasa de crecimiento; además, varios países enfrentan limitaciones fiscales considerables a nivel nacional, lo que limita su capacidad de contribuir con las organizaciones internacionales.
- b) En épocas de austeridad fiscal, es esencial mantener el flujo de recursos a los sectores sociales, particularmente la seguridad social, la educación y la salud, a fin de atenuar los efectos de la debilidad económica en los sectores más pobres y más marginados de nuestras sociedades.
- c) Una situación de crecimiento nominal cero del presupuesto de la Organización equivale, en esencia, a una reducción, dado que los costos se incrementan de manera proporcional a la inflación y otros factores fiscales. En términos reales, los costos de personal aumentaron 2% entre los años 2014 y 2016, y se espera que se incrementen en otro 5% en el bienio 2018-2019.
- d) En el bienio 2014-2015 la OPS logró movilizar recursos para financiar 99% del presupuesto de US\$ 563,1 millones⁵ de ese período, y se ejecutó 93% de ese presupuesto. Esto demuestra la capacidad de la Organización tanto para atraer financiamiento como para ejecutar los programas, aun en un entorno de recursos limitados.
- e) Con respecto al bienio 2016-2017, al 31 de marzo del 2017, se había financiado más del 84% del presupuesto básico por programas, de \$612,8 millones. Esto demuestra una vez más la solidez de sus programas y su capacidad para recaudar fondos.
- f) La OPS ha puesto en práctica varias medidas importantes para mejorar la eficiencia, lo que se ha traducido en una reducción de los recursos necesarios en áreas netamente administrativas (véase el presupuesto propuesto para el área programática 6.4 [Gerencia y administración] para el bienio 2016-2017 y compárese con el nivel del bienio 2014-2015). Estas medidas se describen con más detalle en las secciones II y III del presente documento

4 Organización Panamericana de la Salud, Plan de acción sobre la salud en todas las políticas [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2014 [consultado el 18 de marzo del 2016]. Puede encontrarse en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26798&Itemid=270&lang=es.

5 A menos que se indique otra cosa, todas las cifras monetarias que se presentan en este documento están expresadas en dólares de los Estados Unidos.

6. Considerando lo anterior, la Oficina propone un **presupuesto general para los programas básicos de \$619,6 millones**. Esto representa un aumento de \$6,8 millones, o 1,1%, con respecto a los \$612,8 millones aprobados para el presupuesto básico por programas para el bienio 2016-2017. Este incremento presupuestario se debe en gran medida a un aumento de la asignación de los márgenes presupuestarios de la OMS a la Región de las Américas. Este discreto aumento permitirá a la Oficina responder a las solicitudes de cooperación técnica adicional que planteen los Estados Miembros en áreas programáticas prioritarias como las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo; la salud de la madre, el niño y el adolescente; la malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores; la infección por el VIH/sida, las infecciones de transmisión sexual y las hepatitis virales; el fortalecimiento de los sistemas y servicios de salud como un paso hacia el logro del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud; información y evidencia en apoyo de los sistemas de salud; y preparación de los países para las emergencias de salud y Reglamento Sanitario Internacional. En la sección II de este documento se presentan en detalle los cambios propuestos en el presupuesto y las prioridades relativas. Se solicita a los Estados Miembros que, al aprobar este presupuesto, concedan a la Directora flexibilidad para hacer cambios en la asignación de recursos entre las seis categorías programáticas a fin de hacer ajustes ante las prioridades emergentes y el aumento o la disminución de la disponibilidad de financiamiento en el transcurso del bienio. Se informará a los Estados Miembros sobre cualquier cambio de este tipo mediante informes periódicos.

7. El nivel de las **contribuciones señaladas** debería mantenerse invariable en **\$210,6 millones**, manteniendo el crecimiento nominal cero. El bienio 2018-2019 es el tercer período presupuestario consecutivo en el cual la Oficina presenta un proyecto de presupuesto sin aumento de las contribuciones señaladas. El efecto combinado de una reducción de los ingresos varios, el aumento de los costos por la inflación, las prioridades programáticas de los Estados Miembros que no han sido financiadas y la necesidad de reemplazar una infraestructura anticuada traerán como consecuencia un déficit importante en el financiamiento. La Oficina procurará absorber este déficit movilizando contribuciones voluntarias flexibles, reduciendo los costos y poniendo en práctica medidas que permitan obtener ahorros gracias a un aumento de la eficiencia.

8. El presupuesto propuesto para los programas regionales específicos y la respuesta a situaciones de emergencia (no incluido en los programas básicos) es de \$56,0 millones. Por ende, el proyecto de **presupuesto total** para el bienio 2018-2019 es de **\$675,6 millones**, lo que implica \$27,8 millones (4,3%) más que en el Programa y Presupuesto 2016-2017 de \$647,8 millones.

9. El proyecto de Programa y Presupuesto 2018-2019 se ha elaborado combinando procesos de asignación de prioridades y determinación de costos de abajo arriba y orientados a la consecución de resultados en las representaciones de la OPS/OMS y los programas técnicos, adoptando una visión institucional en cuanto al entorno de los recursos y las consideraciones de salud pública descritas anteriormente. El ejercicio de asignación de prioridades, para el que se usó el método de Hanlon perfeccionado por la OPS, se llevó a cabo conjuntamente con los ministerios de salud o su equivalente en todos los Estados Miembros de la OPS. En la sección II de este documento se presentan los resultados consolidados de 47 países y territorios. Los resultados consolidados iniciales de la determinación de los costos de abajo arriba, orientada a la consecución de resultados, dieron lugar a un presupuesto de \$704 millones. La Oficina aplicó un riguroso proceso de negociación y asignación de prioridades para elaborar un proyecto de presupuesto que, sin dejar de ser realista, siga estando basado en los resultados y orientado a las necesidades.

10. En el bienio 2018-2019, la OPS mantendrá su función como la organización a la cual acudir para responder a emergencias de salud pública de importancia internacional en la Región de las Américas, según su definición en el Reglamento Sanitario Internacional (2005). La Oficina no solo asume un papel de coordinación al determinar la respuesta internacional ante crisis de esta naturaleza y ayudar a dirigir tal respuesta, sino que además envía equipos de emergencia para brindar apoyo a las actividades de respuesta a nivel de país, según sea necesario. El fin último es contener los brotes de enfermedades y las pandemias tan rápido como sea posible, asegurando el máximo nivel de protección contra las enfermedades transmisibles para todas las personas de la Región de las Américas.

11. En consonancia con este papel, y sobre la base de la sólida trayectoria de la OPS en cuanto a la respuesta ante brotes epidémicos y situaciones de emergencia (el más reciente, el brote por el virus del Zika), en este Programa y Presupuesto se reflejan los cambios programáticos y estructurales que se introdujeron en el 2016 a raíz de la reforma del Programas de Emergencias Sanitarias emprendida por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La categoría 5 pasará a denominarse “emergencias de salud” y tendrá siete áreas programáticas: gestión de amenazas infecciosas, preparación de los países para las emergencias de salud y el Reglamento Sanitario Internacional (2005), información sobre emergencias de salud y evaluación de riesgos, operaciones de emergencia, servicios básicos de emergencia y respuesta a brotes y crisis. La resistencia a los antimicrobianos pasó a ser un área programática de la categoría 1 (enfermedades transmisibles), y la inocuidad de los alimentos, que antes era el área programática 5.4, también se movió a la categoría 1. A raíz de estos cambios, el número de áreas programáticas aumentó de 30 en el Programa y Presupuesto 2016-2017 a 34 en el Programa y Presupuesto 2018-2019, y el número de resultados inmediatos se incrementó de 113 a 132. Estos cambios de la estructura programática se presentan al Subcomité como parte de la propuesta de modificaciones del Plan Estratégico 2014-2019 en otro punto del orden del día.

12. En su conjunto, el Programa y Presupuesto 2018-2019 representa el compromiso de la Oficina con los Estados Miembros de aplicar fielmente los elementos programáticos que se presentan en este documento y presentar informes al respecto, así como el compromiso de seguir ejerciendo una adecuada rectoría financiera, en consonancia con las normas contables internacionales aprobadas y el Reglamento Financiero de la OPS. Durante muchos años la OPS ha estado a la vanguardia en la aplicación de la gestión basada en resultados, lo cual incluye la transparencia y la rendición de cuentas necesarias ante los Estados Miembros. En el bienio 2018-2019 la Oficina prevé consolidar esta fuerte tradición por medio de lo siguiente:

- a. un portal público en la web constantemente actualizado que muestre la ejecución financiera y programática a nivel regional, subregional y de país;
- b. una mejora del análisis y la transparencia en la presentación de informes presupuestarios y financieros gracias a la puesta en funcionamiento del Sistema de Información Gerencial de la OPS (PMIS);
- c. un seguimiento enérgico y sistemático de todas las recomendaciones de auditoría internas y externas, los problemas éticos notificados y los riesgos institucionales detectados mediante el proceso de gestión de riesgos;
- d. un seguimiento y evaluación de los resultados inmediatos del Programa y Presupuesto, realizados de manera conjunta y en colaboración con Estados Miembros, para lograr una evaluación más objetiva del desempeño de la OPS.

13. El Programa y Presupuesto 2018-2019 representa asimismo el compromiso asumido por los Estados Miembros de la OPS de proporcionar el financiamiento de contribuciones señaladas acordado que se ha indicado y trabajar de la mano con la Oficina y otros asociados del sector de la salud para lograr los resultados y las metas que se establecen en este documento.

14. El proyecto de Programa y Presupuesto 2018-2019 está dividido en dos grandes partes. La primera comprende este resumen, el proyecto de presupuesto, las consideraciones financieras, el análisis contextual, los ODS y la rendición de cuentas por el desempeño. En la segunda se examinan las seis categorías y sus áreas programáticas; en cada categoría se presenta un breve análisis técnico así como los indicadores y las metas para determinar el desempeño de los programas.

II. Proyecto de Presupuesto



Proyecto de presupuesto general

15. En el Programa y Presupuesto 2018-2019 se propone un presupuesto de \$619,6 millones para los programas básicos. Esto representa un aumento de \$6,8 millones, es decir, de 1,1%, con respecto al presupuesto de \$612,8 millones aprobado para el Programa y Presupuesto 2016-2017. Al igual que en bienios anteriores, los elementos que tienen un mayor peso en los costos son la nómina de sueldos y los recursos humanos, las actividades de los programas técnicos y los gastos operativos generales en las diversas oficinas de la Organización. Este proyecto de presupuesto es realista y tiene en cuenta tanto las necesidades señaladas por los países como el desempeño de la Organización en últimos bienios, en particular en cuanto al nivel de financiamiento y ejecución. La distribución del presupuesto se basa en los rigurosos ejercicios de asignación de prioridades, tanto a nivel de país como a nivel regional; además, tiene en cuenta las medidas de amplio alcance adoptadas para aumentar la eficiencia.

16. En el proyecto de Programa y Presupuesto 2018-2019, se prevé que la OMS aportará \$190,1 millones destinados a los programas básicos (es decir, un 31%). Este monto, previsto en el anteproyecto de presupuesto por programas de la OMS 2018-2019, implica un aumento presupuestario de \$12,0 millones con respecto a la asignación de \$178,1 millones que la Asamblea Mundial de la Salud aprobó para la Región de las Américas para el bienio 2016-2017. Este incremento incluye un aumento en los presupuestos correspondientes a la reforma del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS y la resistencia a los antimicrobianos, y es consecuencia de la aplicación del método de asignación estratégica de los márgenes presupuestarios adoptado por la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2016 (véase el documento EB137/6).

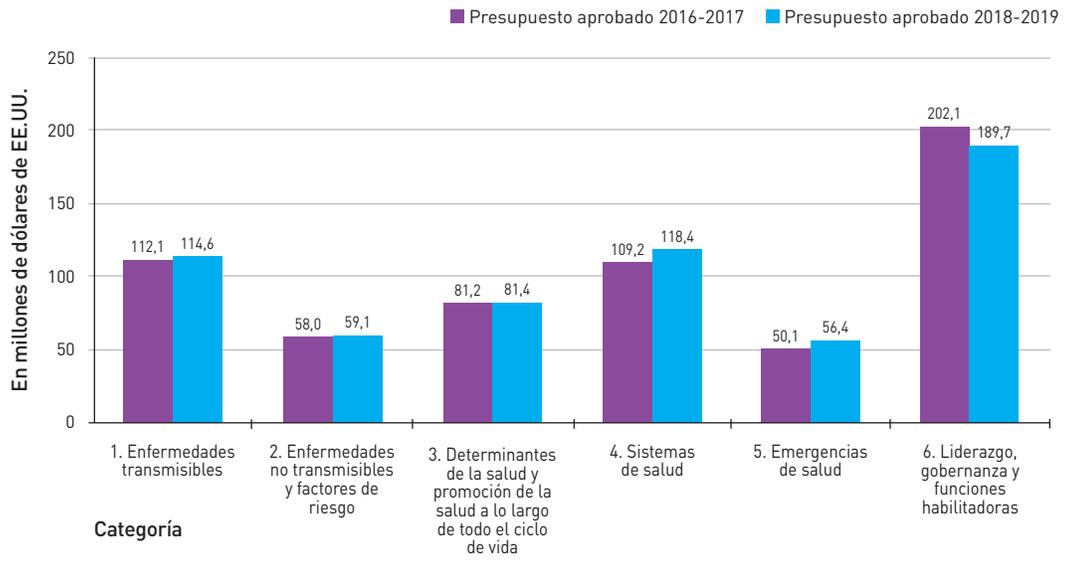
17. El aumento general del presupuesto de 1,1% que se propone equivale a una reducción presupuestaria en dólares de los Estados Unidos ajustados a la inflación. En el 2016, la tasa anual promedio de inflación fue de 3%, según la Oficina de Estadísticas Laborales de los Estados Unidos. Esto implica que el presupuesto nominal de \$612,8 millones, aprobado en el 2015 para el bienio 2016-2017, equivale a \$621 millones al cierre del 2016 y \$628 millones al cierre del 2017 en dólares constantes (el monto necesario para mantener el mismo poder adquisitivo). Sin embargo, la Oficina seguirá absorbiendo los efectos de la inflación mediante los ahorros resultantes de un aumento de la eficiencia.

Presupuesto por categoría y área programática

18. En la figura 1 se observa el presupuesto total de la OPS para el bienio 2018-2019 por categoría y se lo compara con el presupuesto aprobado para el bienio 2016-2017.

19. En el cuadro 1 se muestra el proyecto de presupuesto desglosado por categoría y área programática para los programas básicos. También se incluye el presupuesto para programas específicos y para la respuesta a brotes y crisis.

Figura 1. Proyecto de presupuesto por categoría para el bienio 2018-2019, comparado con el bienio 2016-2017



Cuadro 1. Proyecto de presupuesto por categoría y área programática para el bienio 2018-2019, comparado con el bienio 2016-2017 (en dólares de EE.UU.)

| Categoría o área programática | Presupuesto aprobado 2016-2017 [a] | Presupuesto preliminar 2018-2019 [b] | Aumento (disminución) [c] = [b]-[a] |
|---|---------------------------------------|---|--|
| 1. Enfermedades transmisibles | 112.070.000 | 114.600.000 | 2.530.000 |
| 1.1 Infección por el VIH/sida, infecciones de transmisión sexual y hepatitis virales | 15.511.000 | 13.800.000 | (1.711.000) |
| 1.2 Tuberculosis | 7.266.000 | 9.100.000 | 1.834.000 |
| 1.3 Malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores | 19.452.000 | 24.100.000 | 4.648.000 |
| 1.4 Enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas | 13.428.000 | 15.400.000 | 1.972.000 |
| 1.5 Enfermedades prevenibles mediante vacunación | 46.732.000 | 41.600.000 | (5.132.000) |
| 1.6 Resistencia a los antimicrobianos | 4.659.000 | 5.600.000 | 941.000 |
| 1.7 Inocuidad de los alimentos | 5.022.000 | 5.000.000 | (22.000) |
| 2. Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo | 58.028.000 | 59.100.000 | 1.072.000 |
| 2.1 Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo | 29.944.000 | 32.500.000 | 2.556.000 |
| 2.2 Salud mental y trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas | 7.260.000 | 8.300.000 | 1.040.000 |
| 2.3 Violencia y traumatismos | 6.183.000 | 6.500.000 | 317.000 |
| 2.4 Discapacidades y rehabilitación | 5.432.000 | 3.500.000 | (1.932.000) |
| 2.5 Nutrición | 9.209.000 | 8.300.000 | (909.000) |
| 3. Determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida | 81.242.000 | 81.400.000 | 158.000 |
| 3.1 Salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto, y salud sexual y reproductiva | 44.854.000 | 42.600.000 | (2.254.000) |
| 3.2 Envejecimiento y salud | 2.671.000 | 4.100.000 | 1.429.000 |
| 3.3 Género, equidad, derechos humanos y etnicidad | 9.204.000 | 10.200.000 | 996.000 |
| 3.4 Determinantes sociales de la salud | 12.034.000 | 12.000.000 | (34.000) |
| 3.5 Salud y medio ambiente | 12.479.000 | 12.500.000 | 21.000 |
| 4. Sistemas de salud | 109.196.000 | 118.400.000 | 9.204.000 |
| 4.1 Gobernanza y financiamiento en el ámbito de la salud; políticas, estrategias y planes nacionales de salud | 17.401.000 | 19.300.000 | 1.899.000 |
| 4.2 Servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad | 13.661.000 | 17.300.000 | 3.639.000 |
| 4.3 Acceso a productos médicos y fortalecimiento de la capacidad regulatoria | 24.725.000 | 28.400.000 | 3.675.000 |
| 4.4 Información y evidencia en apoyo de los sistemas de salud | 33.267.000 | 35.400.000 | 2.133.000 |
| 4.5 Recursos humanos para la salud | 20.142.000 | 18.000.000 | (2.142.000) |
| 5. Emergencias de salud | 50.130.000 | 56.400.000 | 6.270.000 |
| 5.1 Gestión de amenazas infecciosas | 12.400.000 | 13.800.000 | 1.400.000 |
| 5.2 Preparación de los países para las emergencias de salud y Reglamento Sanitario Internacional [2005] | 17.730.000 | 16.600.000 | (1.130.000) |
| 5.3 Información sobre emergencias de salud y evaluación de riesgos | 5.000.000 | 6.500.000 | 1.500.000 |
| 5.4 Operaciones de emergencia | 8.200.000 | 8.200.000 | 0 |
| 5.5 Servicios básicos de emergencia | 4.000.000 | 6.300.000 | 2.300.000 |
| 5.6 Reducción del riesgo de desastres y proyectos especiales | 2.800.000 | 5.000.000 | 2.200.000 |
| 6. Liderazgo, gobernanza y funciones habilitadoras | 202.134.000 | 189.700.000 | (12.434.000) |
| 6.1 Liderazgo y gobernanza | 46.500.000 | 46.100.000 | (400.000) |
| 6.2 Transparencia, rendición de cuentas y gestión de riesgos | 8.252.000 | 10.000.000 | 1.748.000 |
| 6.3 Planificación estratégica, coordinación de recursos y presentación de informes | 24.034.000 | 17.300.000 | (6.734.000) |
| 6.4 Gerencia y administración | 110.837.000 | 103.300.000 | (7.537.000) |
| 6.5 Comunicación estratégica | 12.511.000 | 13.000.000 | 489.000 |
| Programas básicos (categorías 1 a 6): subtotal | 612.800.000 | 619.600.000 | 6.800.000 |
| Programa para la erradicación de la fiebre aftosa | 11.800.000 | 9.000.000 | (2.800.000) |
| Hospitales inteligentes | | 25.000.000 | 25.000.000 |
| Respuesta a brotes y crisis | 22.000.000 | 22.000.000 | 0 |
| Mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis | 1.200.000 | | (1.200.000) |
| Programa y Presupuesto: total | 647.800.000 | 675.600.000 | 27.800.000 |

Explicación de los cambios en el presupuesto

20. Dado que se agregaron dos áreas programáticas (resistencia a los antimicrobianos e inocuidad de los alimentos) a la categoría 1 (enfermedades transmisibles), el proyecto de presupuesto correspondiente a esta categoría se incrementó en \$2,5 millones en comparación con el presupuesto aprobado para esta categoría en el bienio 2016-2017. En este presupuesto también se considera la necesidad de proteger los logros y los avances en el ámbito de la vacunación y de la lucha contra las enfermedades prevenibles mediante vacunación como el sarampión, la poliomielitis y la rubéola, así como la reducción en la transmisión del VIH/sida.

21. El proyecto de presupuesto de la categoría 2 (enfermedades no transmisibles y factores de riesgo) se incrementó en \$1,0 millones debido a la alta prioridad del área programática de las enfermedades no transmisibles. El presupuesto correspondiente a la categoría 3 (determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida) se mantiene prácticamente invariable con respecto al bienio 2016-2017. Estas dos categorías comprenden áreas programáticas de alta prioridad y requieren inversiones para abordar la carga de las enfermedades no transmisibles y la mortalidad materna, entre otros problemas. En lugar de proponer aumentos considerables del presupuesto, se redoblarán los esfuerzos para financiar plenamente el proyecto de presupuesto de estas áreas, históricamente subfinanciadas debido a las dificultades para recabar contribuciones voluntarias destinadas a ellas.

22. El proyecto de presupuesto correspondiente a la categoría 4 (sistemas de salud) representa un aumento \$9,2 millones con respecto al presupuesto aprobado para el 2016-2017. Este aumento es necesario a fin de reforzar el trabajo con los países para el establecimiento de sistemas de salud resilientes y para acelerar la ejecución de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*, aprobada por los Estados Miembros en el 53.º Consejo Directivo en octubre del 2014. Cuatro de las cinco áreas programáticas de la categoría 4 son de alta prioridad para los Estados Miembros de la OPS en su conjunto, según los resultados del ejercicio de asignación de prioridades realizado con el método de Hanlon perfeccionado por la OPS.

23. El presupuesto de la categoría 5 (emergencias de salud) para el bienio 2018-2019 es \$6,3 millones mayor que el aprobado para el 2016-2017. Este aumento del presupuesto se debe en gran medida a la reforma del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS, adoptada por la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2016. Este incremento también es necesario para brindar apoyo a la aplicación de la estrategia de prevención y control de enfermedades arbovirales, aprobada por el 55.º Consejo Directivo en septiembre del 2016, mejorar la prevención y el control de las enfermedades infecciosas, ampliar la prevención y el control del cólera en Haití y mejorar la capacidad básica permanente de responder a las necesidades de los países. Las cinco primeras áreas programáticas de la categoría de emergencias de salud concuerdan plenamente con la nueva estructura de la OMS, mientras que el área de reducción del riesgo de desastres y proyectos especiales es específica de la OPS, como se describe en el Plan Estratégico modificado.

24. Con respecto a la categoría 6 (liderazgo, gobernanza y funciones habilitadoras) se propone para el bienio 2018-2019 un presupuesto de \$12,4 millones menos que en el bienio 2016-2017. Considerando esta reducción, el aumento de los costos en esta categoría debe seguir absorbiéndose mediante ahorros mayores que se obtengan al mejorar la eficiencia. La puesta en funcionamiento del Sistema de Información Gerencial de la OPS (PMIS) permite a la Organización examinar y reorganizar o consolidar en un solo lugar el procesamiento de transacciones y las funciones administrativas auxiliares a fin de reducir los costos, en lugar de realizar esas mismas funciones de procesamiento en diferentes lugares en toda la Organización. Además, la Oficina seguirá mejorando la manera en que usa las tecnologías de la información y de la comunicación para reducir los costos. Un ejemplo significativo ha sido la realización de reuniones virtuales en vez de reuniones presenciales que requieren la compra de pasajes aéreos y el pago de viáticos. El uso de un mayor número de consultores, proveedores de servicios y otros contratos a corto plazo para suministrar productos y servicios específicos también es menos costoso que mantener personal con contratos a plazo fijo.

25. El recorte presupuestario de la categoría 6 también se debe a que se sacaron del Programa y Presupuesto ciertos componentes de los costos de la inversión de capital y la tecnología de la información. Por consiguiente, en el bienio 2018-2019, el presupuesto de las actividades financiadas por medio del Fondo Maestro de Inversiones de Capital, así como los gastos conexos, estarán fuera del Programa y Presupuesto. De esta manera, la OPS sigue la misma línea que la OMS, donde los gastos de este fondo se registran fuera del presupuesto por programas. Asimismo, los componentes adicionales de los costos por seguridad y servicios de tecnología de la información que se financiarán por medio del fondo de tasas por puesto ocupado de la OPS se presupuestaron fuera del Programa y Presupuesto 2018-2019, conforme a la práctica de la OMS.

26. En el análisis que se presenta en la sección VI de este documento pueden encontrarse más detalles de los programas por categoría y área programática.

Presupuesto por país y por nivel funcional

27. En el cuadro 2 se muestra la distribución preliminar del presupuesto indicativo, desglosada por país y en los tres niveles de la Organización (de país, subregional y regional). El objetivo es asegurar que cuando menos 40% del presupuesto total se asigne a los dos primeros niveles (de país y subregional). En el presupuesto de los países se toma en cuenta: *a)* las asignaciones presupuestarias generales y *b)* los ejercicios de asignación de prioridades que se hayan finalizado a nivel de país.

Un aumento de la eficiencia: hacer más con menos

28. La OPS ha adoptado varias medidas importantes para mejorar la eficiencia, como la implementación del Sistema de Información Gerencial de la OSP (PMIS), la reducción de los costos de personal, la ejecución de acuerdos sobre el nivel de los servicios y la aplicación de tecnologías y plataformas de comunicación innovadoras para facilitar y ampliar la cooperación técnica con los Estados Miembros y la colaboración con los asociados. La implementación del PMIS ha simplificado los flujos de trabajo y reducido la carga administrativa del personal de servicios generales. El PMIS terminó de entrar en funcionamiento a comienzos del 2016 y, como suele ocurrir al implementar este tipo de sistemas, ha generado muchos retos; no obstante, la OPS prevé que para el inicio del bienio 2018-2019 logrará un aumento considerable de la eficiencia gracias a la implementación de este sistema.



Cuadro 2. Presupuesto indicativo por país/territorio y nivel funcional (en dólares de EE.UU.)

| País o territorio | Código | Presupuesto propuesto |
|---|--------|-----------------------|
| Anguila | AIA | 400.000 |
| Antigua y Barbuda | ATG | 600.000 |
| Argentina | ARG | 6.330.000 |
| Aruba | ABW | 120.000 |
| Bahamas | BHS | 2.700.000 |
| Barbados | BRB | 600.000 |
| Belice | BLZ | 2.200.000 |
| Bermuda | BMU | 590.000 |
| Bolivia | BOL | 10.200.000 |
| Bonaire, San Eustaquio, Saba | BES | 120.000 |
| Brasil | BRA | 22.900.000 |
| Canadá | CAN | 550.000 |
| Chile | CHL | 4.300.000 |
| Colombia | COL | 10.000.000 |
| Costa Rica | CRI | 3.100.000 |
| Cuba | CUB | 6.900.000 |
| Curaçao | CUW | 120.000 |
| Departamentos franceses en la Región de las Américas | FDA | 300.000 |
| Dominica | DMA | 600.000 |
| Ecuador | ECU | 5.400.000 |
| El Salvador | SLV | 5.500.000 |
| Estados Unidos de América | USA | 490.000 |
| Granada | GRD | 600.000 |
| Guatemala | GTM | 12.900.000 |
| Guyana | GUY | 6.000.000 |
| Haití | HTI | 40.630.000 |
| Honduras | HND | 10.800.000 |
| Islas Caimán | CYM | 670.000 |
| Islas Turcas y Caicos | TCA | 220.000 |
| Islas Vírgenes Británicas | VGB | 200.000 |
| Jamaica | JAM | 4.800.000 |
| México | MEX | 10.800.000 |
| Montserrat | MSR | 100.000 |
| Nicaragua | NIC | 13.000.000 |
| Oficina de los Países del Caribe Oriental | ECC | 6.000.000 |
| Panamá | PAN | 5.700.000 |
| Paraguay | PRY | 8.900.000 |
| Perú | PER | 11.250.000 |
| Puerto Rico | PRI | 340.000 |
| República Dominicana | DOM | 6.590.000 |
| Saint Kitts y Nevis | KNA | 500.000 |
| San Martín (parte holandesa) | SXM | 120.000 |
| San Vicente y las Granadinas | VCT | 700.000 |
| Santa Lucía | LCA | 600.000 |
| Suriname | SUR | 4.800.000 |
| Trinidad y Tabago | TTO | 4.100.000 |
| Uruguay | URY | 4.200.000 |
| Venezuela | VEN | 7.230.000 |
| Total: Nivel de país | | 245.770.000 |
| Nivel regional | | 351.130.000 |
| Nivel subregional | | 22.700.000 |
| Programas básicos: total | | 619.600.000 |
| Programas regionales específicos y respuesta a situaciones de emergencia | | 56.000.000 |
| PROGRAMA Y PRESUPUESTO: TOTAL | | 675.600.000 |

29. El costo de personal se redujo en 9%, al pasar de \$123 millones al año en el bienio 2014-2015 a \$112 millones en el 2016. Este descenso se debió al uso de mecanismos contractuales que no otorgan la condición de funcionario para ejecutar los programas de manera eficaz, así como al uso de recursos externos (por ejemplo, expertos de los países y centros de referencia).

30. La aplicación de acuerdos sobre el nivel de los servicios con indicadores clave del desempeño mejoró la eficiencia de los servicios administrativos y de apoyo como la gestión de los recursos financieros, la gestión de los recursos humanos, los servicios de tecnología de la información, los servicios de compras y suministros, y las operaciones de servicios generales. Entre los resultados positivos se encontraron la reducción del tiempo que transcurre desde que el Departamento de Gestión de Compras y Suministros recibe una autorización de compra hasta que emite la orden de compra correspondiente; la reducción del tiempo de respuesta que necesita el Departamento de Servicios de Tecnología de la Información para resolver las solicitudes de servicio; un aumento del número de transacciones de recursos humanos procesadas sin error la primera vez; y una disminución de 2% a 3% en los costos de los servicios públicos y otros costos operativos en el bienio. Esto último se logró mediante la consolidación de oficinas, el uso de materiales de la construcción más modernos y eficientes, y una programación más cuidadosa del uso de los servicios públicos.

31. La aplicación de tecnologías y las plataformas de comunicación innovadoras incluyó el uso de teleconferencias, una menor necesidad de imprimir material para las reuniones, en particular las de los Cuerpos Directivos, así como una mayor distribución de materiales por medio del sitio web. Se amplió el uso de medios de comunicación digitales y la participación de los usuarios mediante la utilización de redes sociales como Facebook, Flickr, Twitter y YouTube. También se han intensificado las actividades de difusión en los medios mediante mensajes dirigidos a públicos específicos y respuestas directas a las consultas de la prensa. Gracias a los esfuerzos consolidados tanto en las actividades de difusión en los medios como en el desarrollo del diseño del sitio web, la Organización se encuentra actualmente en una posición más sólida dentro de la comunidad internacional.



III. Financiamiento del Programa y Presupuesto



32. El Programa y Presupuesto 2018-2019 se financiará por medio de: *a)* las contribuciones señaladas de los Estados Miembros de la OPS, los Estados Participantes y los Miembros Asociados, *b)* los ingresos varios presupuestados, *c)* otras fuentes de financiamiento de la OPS, incluidas las contribuciones voluntarias y los fondos especiales, y *d)* los fondos asignados por la OMS a la Región de las Américas. Las contribuciones señaladas y los ingresos varios pueden usarse desde el primer día del bienio, pues se parte del supuesto de que los Estados Miembros pagarán sus cuotas oportunamente; además, puede disponerse de otras fuentes de financiamiento de la OPS, como las contribuciones voluntarias, cuando el acuerdo se esté ejecutando plenamente; por último, puede disponerse del financiamiento de la OMS al recibir la distribución de los fondos adjudicados o una comunicación del Director General. La proporción de cada fuente de financiamiento es la siguiente: las contribuciones señaladas representan 31%; los ingresos varios, 3%; otras fuentes de financiamiento de la OPS, 35%; y la asignación de la OMS a la Región de las Américas, 31%. En el cuadro 3 se muestra el financiamiento que se prevé obtener para el Programa y Presupuesto 2018-2019 comparado con el del Programa y Presupuesto 2016-2017.

Cuadro 3. Presupuesto 2018-2019 por fuente de financiamiento, comparado con el del bienio 2016-2017 (en dólares de EE.UU.)

| Fuente de financiamiento | 2016-2017 | 2018-2019 | Aumento (disminución) |
|--|---------------------|---------------------|-----------------------|
| Contribuciones señaladas de la OPS | 210.640.000 | 210.640.000 | 0 |
| <i>Ajuste por igualación de impuestos</i> | <i>(17.905.000)</i> | <i>(16.340.000)</i> | 1.565.000 |
| Ingresos varios presupuestados de la OPS | 25.000.000 | 20.000.000 | <i>(5.000.000)</i> |
| Contribuciones voluntarias de la OPS y otras fuentes | 216.965.000 | 215.200.000 | <i>(1.765.000)</i> |
| Asignación de la OMS a la Región de las Américas | 178.100.000 | 190.100.000 | 12.000.000 |
| TOTAL | 612.800.000 | 619.600.000 | 6.800.000 |

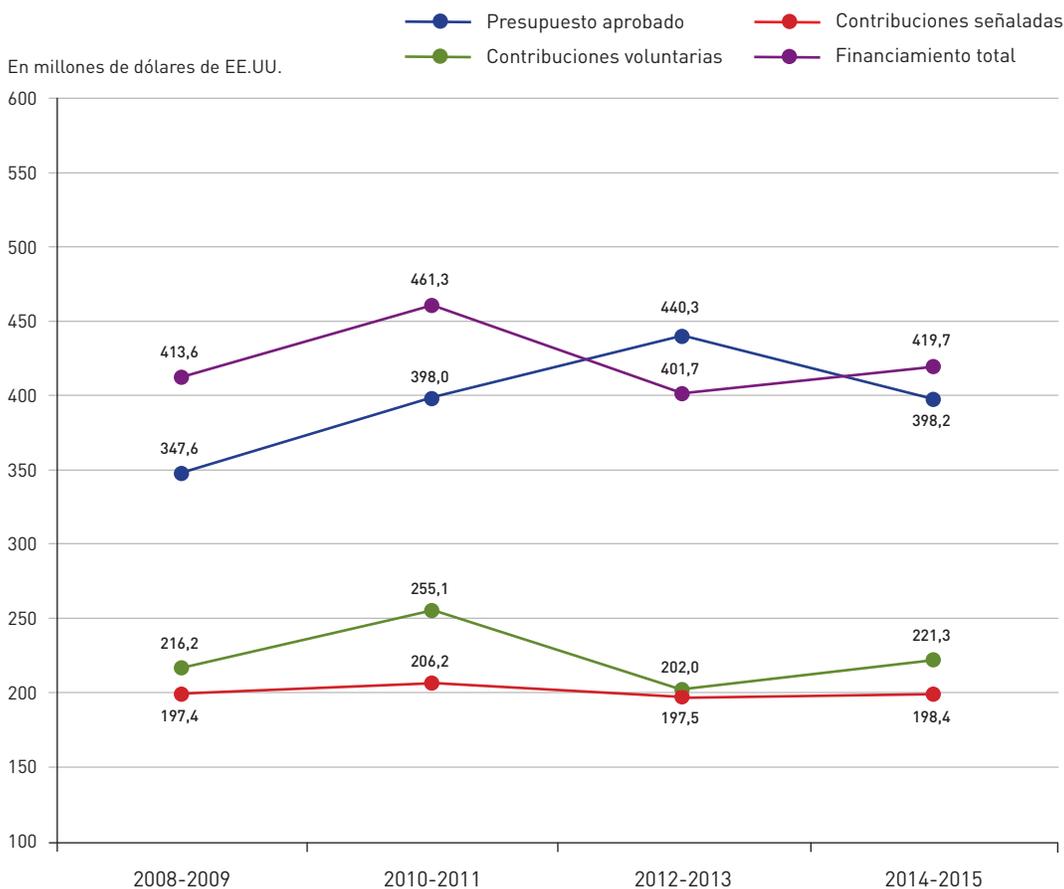
Financiamiento de la OPS

33. El nivel propuesto de contribuciones señaladas para el bienio 2018-2019 asciende a \$210.640.000, lo que implica un crecimiento nominal cero. El bienio 2018-2019 es el tercer período presupuestario consecutivo en el cual la Oficina presenta un proyecto de presupuesto sin aumento de las contribuciones señaladas. Las contribuciones de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados se ajustan de acuerdo con lo establecido en la resolución CD18.R7 con respecto a la igualación de impuestos. Por este motivo, las contribuciones netas para el bienio 2018-2019 suman \$194,3 millones, lo que implica un aumento de \$1,5 millones con respecto a los \$192,7 millones del bienio 2016-2017 debido a un aumento de las tasas de puestos vacantes. Las contribuciones señaladas constituyen el principal financiamiento de la Organización, y le permiten ejecutar los programas prioritarios con un alto nivel de certeza con respecto al flujo de fondos. Por consiguiente, es esencial que las contribuciones señaladas se abonen en su totalidad a tiempo.

34. Los ingresos varios presupuestados son una estimación del interés que generarán las inversiones de la Organización. En el Programa y Presupuesto 2018-2019 se prevé que ascenderán a \$20 millones, lo que implica un descenso de \$5 millones con respecto al bienio 2016-2017. La estimación de los ingresos varios presupuestados se basa en el comportamiento del mercado en el período fiscal anterior a la presentación del proyecto de presupuesto, es decir, dos años antes del período presupuestario en consideración. En los tres últimos bienios, la Oficina ha presupuestado los ingresos varios de una manera conservadora, lo que se ha traducido en excedentes en los ingresos. En el bienio 2014-2015 se había previsto que los ingresos varios sumarían \$6 millones, pero en realidad ascendieron a \$13,9 millones. Para el bienio 2016-2017 se calcularon en \$25 millones, y los montos reales probablemente superarán esa cantidad, según las cifras de ingresos correspondientes al ejercicio financiero del 2016.

35. Entre otras fuentes de financiamiento que tiene la OPS se encuentran las contribuciones voluntarias y los ingresos generados por los mecanismos especiales de recuperación de costos como los cargos a los fondos de compras. En el bienio 2016-2017, las contribuciones voluntarias, incluidos los gastos de apoyo a programas, constituyen más de 70% del financiamiento procedente de otras fuentes de la OPS; el restante 30% se divide entre los fondos especiales establecidos a partir de diversas resoluciones de los Cuerpos Directivos. Sobre la base de las proyecciones actuales, de los \$215 millones requeridos de financiamiento procedente de otras fuentes, se prevé recaudar \$100 millones de las fuentes anteriormente descritas; los \$115 millones restantes deben recaudarse mediante actividades de movilización de recursos. La fuente de las contribuciones voluntarias son los gobiernos nacionales, estatales o locales, así como las organizaciones internacionales y no gubernamentales que brindan apoyo a las intervenciones de salud pública. Uno de los principales retos presupuestarios con respecto a las contribuciones voluntarias es que a menudo son muy específicas, pues se otorgan para proyectos o ubicaciones geográficas particulares. En la figura 2 se presentan los distintos presupuestos aprobados y el nivel de financiamiento del componente de la OPS del Programa y Presupuesto, desglosados por fuente de financiamiento y expresados en millones de dólares de Estados Unidos.

Figura 2. Nivel de financiamiento del componente de la OPS del Programa y Presupuesto desde el bienio 2008-2009 hasta el bienio 2014-2015 (en millones de dólares de EE.UU.)



36. La Oficina continuará realizando esfuerzos para ampliar la base de donantes a fin de aumentar el volumen y la flexibilidad de las contribuciones voluntarias según sea necesario para financiar el Programa y el Presupuesto, especialmente para las áreas programáticas prioritarias que históricamente han estado subfinanciadas. La Oficina propondrá la creación de un fondo de contribuciones voluntarias flexibles para la OPS, para que estas donaciones puedan estar en un fondo mancomunado que se use para financiar programas prioritarios de toda la Organización, de manera similar a la forma en que se administran las contribuciones voluntarias básicas de la OMS.

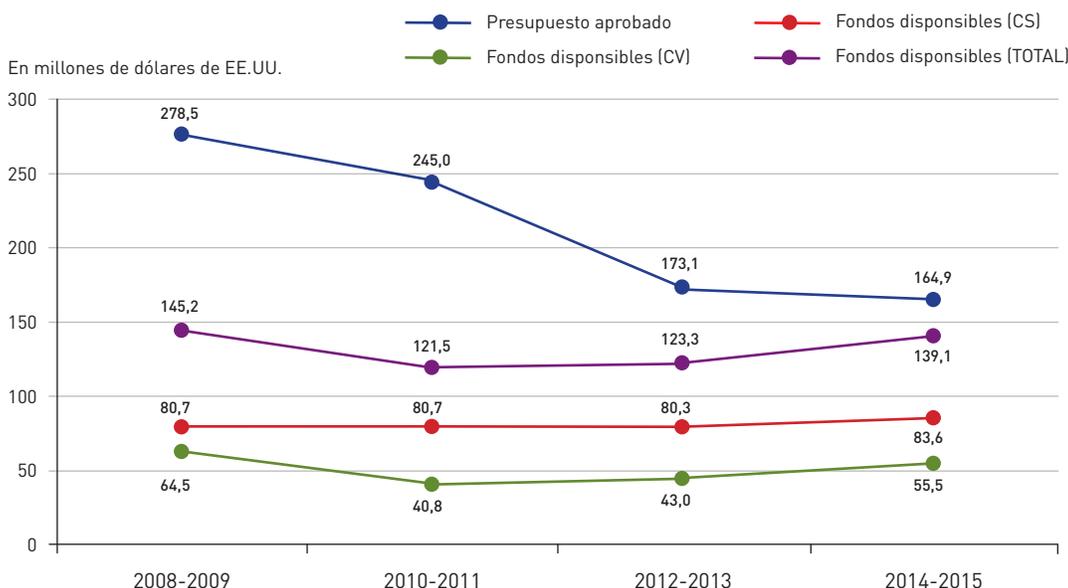
37. Muchos Estados Miembros de la OPS ya están donando a la Oficina una cantidad significativa de recursos financieros, mucho más de la contribución señalada que les corresponde, sea para apoyar los costos operativos a nivel de país o para financiar actividades del Programa y el Presupuesto dentro y fuera de sus fronteras nacionales. La Oficina colaborará con los Estados Miembros y otros actores fuera de la Región para ampliar y diversificar el flujo de financiamiento a fin de efectivamente financiar el Programa y el Presupuesto.

Financiamiento de la OMS

38. La asignación de fondos de la OMS a la Región de las Américas se estableció en \$190,1 millones, es decir, 31% del proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2018-2019. Se prevé que esta asignación se financie por medio de las contribuciones señaladas y las contribuciones voluntarias de la OMS. La asignación de contribuciones señaladas de la OMS a la Región de las Américas había sido constante hasta el bienio 2016-2017; en promedio se ha ubicado en \$81 millones por bienio en periodos anteriores. En los últimos bienios la asignación de contribuciones señaladas por parte de la OMS se ha hecho en tramos, sin la garantía de que se entregaría la totalidad en el bienio. En el bienio 2014-2015, el nivel de contribuciones señaladas aumentó en 4% y alcanzó \$83,6 millones; sin embargo, en el bienio 2016-2017, la OMS solo ha proporcionado a la Región de las Américas \$72,2 millones correspondientes a las contribuciones señaladas y ha indicado que no se prevé proporcionar más fondos por este concepto. Si se compara con el bienio 2014-2015, esto representa un recorte de 14% en el financiamiento correspondiente a las contribuciones señaladas para la Región. Aunque el aumento del financiamiento en gastos de apoyo a programas de la OMS compensó en gran medida este recorte, esta no es una solución sostenible. Por consiguiente, es fundamental que los Estados Miembros de la OPS aboguen por una distribución sostenida y justa de las contribuciones señaladas a la Región de las Américas. En el período comprendido entre el 2008 y el 2015, la asignación de las contribuciones voluntarias de la OMS y del financiamiento procedente de otras fuentes se ubicó, en promedio, en \$51 millones por bienio, una fracción parcial de la asignación del presupuesto por programas de ese periodo, que promedió \$134 millones (deducidas las contribuciones señaladas). En términos generales, en el bienio 2016-2017 (al 31 de marzo del 2017), 71%⁶ del presupuesto de la OMS para la Región de las Américas ya se había financiado, en comparación con 84% en el bienio 2014-2015.

39. En la figura 3 se muestran los presupuestos aprobados y los niveles de financiamiento de la asignación de la OMS a la Región de las Américas en el período comprendido del bienio 2008-2009 al bienio 2014-2015.

Figura 3. Asignación presupuestaria y financiamiento de la OMS a la Región de las Américas, 2008-2015



⁶ Con lo cual queda excluida cualquier donación futura no prevista de la OMS a la Región de las Américas en el 2017.

Programas específicos y respuesta a brotes y crisis

40. Este segmento del presupuesto incluye programas específicos que son iniciativas de duración limitada financiadas con contribuciones voluntarias específicas, como la de hospitales inteligentes y el Programa Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa. El presupuesto de \$25 millones para la iniciativa de hospitales inteligentes ya cuenta con pleno financiamiento procedente de una contribución voluntaria específica del Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido. Se prevé que el presupuesto de \$9 millones establecido para el programa de erradicación de la fiebre aftosa se financie con contribuciones voluntarias.

41. Este segmento también incluye la respuesta a brotes y crisis, para la cual la Organización propone un presupuesto de \$22 millones a modo de indicador. El financiamiento real de la respuesta a brotes y crisis depende de los eventos, según los brotes epidémicos y las emergencias por desastres naturales que se declaren, y se obtiene en gran medida de las contribuciones voluntarias a la OPS y la OMS.

Contribuciones voluntarias nacionales fuera del Programa y Presupuesto

42. Las contribuciones voluntarias nacionales son fondos proporcionados por los gobiernos nacionales para financiar iniciativas particulares. Son fondos específicos del país y no entran dentro de los mecanismos de gobernanza del Programa y Presupuesto de la OPS. Aunque estas iniciativas y su financiamiento no forman parte del presente proyecto de presupuesto, contribuyen con las prioridades nacionales, en consonancia con el alcance estratégico de la OPS. Estos fondos se administran siguiendo lo establecido en el reglamento y las reglas financieras de la OPS, y se contabilizan en los informes financieros de la Organización. Además, los proyectos de mayor magnitud están sujetos al escrutinio adicional de auditoría, para garantizar su integridad y cumplimiento fiduciarios.

43. En el bienio 2016-2017, doce Estados Miembros aportaron contribuciones voluntarias nacionales por un monto total de \$172 millones. Esta cifra no incluye el proyecto Mais Médicos, que asciende a \$520 millones.





IV. Contexto



Panorama

44. Como ya se indicó, el Programa y Presupuesto 2018-2019 es el último de los tres programas y presupuestos correspondientes al Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Es también el primero que se elabora en el período de los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) establecidos en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas. Este Programa y Presupuesto está elaborándose al mismo tiempo que se está formulando en la Región la nueva agenda de salud sostenible para las Américas 2018-2030. La reciente reforma del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS y su aplicación en la OPS también han implicado cambios que se reflejan en el nuevo Programa y Presupuesto.

45. En la formulación de este Programa y Presupuesto se ha hecho hincapié en las prioridades de los países y el logro de resultados a nivel de país; la continuidad de los programas para afrontar los retos actuales en el ámbito de la salud y subsanar las brechas; la respuesta a retos nuevos y emergentes en el ámbito de la salud; y el seguimiento a los mandatos recientes aprobados por los Estados Miembros (es decir, las estrategias y planes regionales de salud).

46. El Programa y Presupuesto 2018-2019 se basa en la estructura programática y la cadena de resultados aprobadas por los Estados Miembros para la ejecución del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 y sus programas y presupuestos (figura 4), en el entendimiento de que la Oficina y los Estados Miembros son responsables de manera conjunta de los resultados inmediatos, los resultados intermedios y los resultados a nivel del impacto y se han comprometido a alcanzarlos. Si bien los resultados intermedios y los resultados a nivel del impacto se mantienen invariables a lo largo de los seis años de duración del Plan Estratégico de la OPS, excepto los cambios hechos a los resultados intermedios de la categoría 1 (enfermedades transmisibles) y la categoría 5 (emergencias de salud), los resultados inmediatos se definen en cada programa y presupuesto que sirve para ejecutar el Plan Estratégico.

47. Entre los cambios programáticos específicos del bienio 2018-2019 se encuentran los siguientes:

- a) Una reestructuración completa de la categoría 5, que ahora se denomina “emergencias de salud” y tiene siete áreas programáticas. Seis de estas áreas programáticas concuerdan plenamente con el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS: gestión de amenazas infecciosas, preparación de los países para las emergencias de salud y el Reglamento Sanitario Internacional (2005), información sobre emergencias de salud y evaluación de riesgos, operaciones de emergencia, servicios básicos de emergencia y respuesta a brotes y crisis. Un área programática, la reducción del riesgo de desastres y proyectos especiales, refleja una prioridad específica de la Región.
- b) Una ampliación de la categoría 1 (enfermedades transmisibles): la resistencia a los antimicrobianos pasó a ser un área programática aparte, a fin de afrontar los desafíos emergentes en este campo. Además, la inocuidad de los alimentos, que anteriormente era el área programática 5.4, ahora pasó a la categoría 1. Finalmente, en vista de que las hepatitis virales son un problema cada vez mayor, se cambió el nombre del área programática 1.1 para incorporar estas enfermedades.

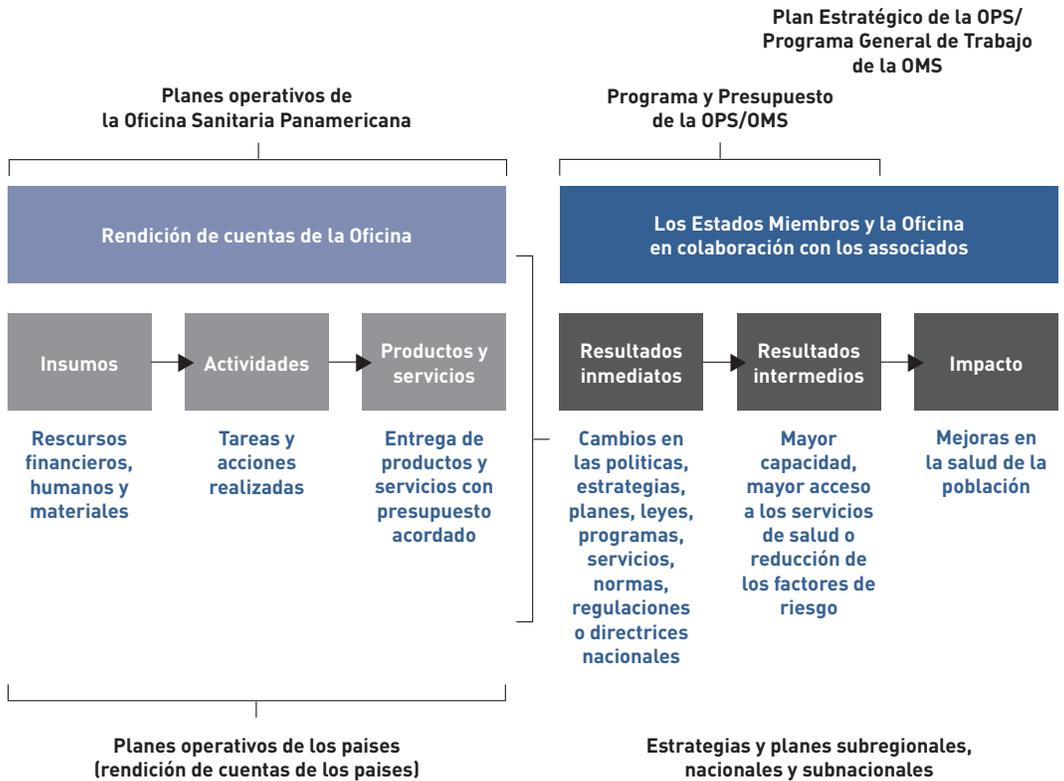
48. A raíz de estos cambios, el número de áreas programáticas aumentó de 30 en el Programa y Presupuesto 2016-2017 a 34 en el Programa y Presupuesto 2018-2019. Estos cambios de la estructura programática se presentan al Subcomité como parte de la propuesta de modificaciones del Plan Estratégico 2014-2019 en otro punto del orden del día.

49. El Programa y Presupuesto 2018-2019 tiene 132 resultados inmediatos: 84 que se han mantenido sin cambios con respecto al programa y presupuesto anterior, 21 que han sido actualizados y 27 totalmente nuevos. Para medir el logro de los resultados inmediatos en el bienio 2018-2019 hay 171 indicadores de resultados inmediatos, cuyas líneas de base y metas, aún en proceso de elaboración, se basarán en la información y los análisis más recientes que estén disponibles y se incluirán en la versión del documento que se someterá a la consideración del Comité Ejecutivo en junio del 2017. En la medida de lo posible, los resultados inmediatos y los indicadores conexos establecidos por la OPS están en consonancia con los del presupuesto por programas de la OMS 2018-2019 a fin de facilitar la presentación de informes y documentar los aportes de la Región a los resultados acordados a nivel mundial. Los productos y los servicios (resultados concretos), los insumos y las actividades correspondientes al bienio se definirán durante el proceso de planificación operativa de la Oficina en el segundo semestre del 2017.

50. Para la elaboración del presente Programa y Presupuesto se partió de la experiencia y las enseñanzas extraídas de la formulación y la ejecución del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, así como de los programas y presupuestos correspondientes a los bienios 2014-2015 y 2016-2017, y se combinó el enfoque de abajo arriba con el enfoque institucional. El proceso ha abarcado lo siguiente:

- a) Elaboración de los contenidos programáticos y definición de los resultados inmediatos y los indicadores del bienio por parte de las redes de categorías de la Oficina.

Figura 4. Cadena de resultados de la OPS



- b) Determinación de las prioridades por parte de las autoridades nacionales de salud, con el apoyo de las representaciones de la OPS/OMS y el Departamento de Planificación y Presupuesto.
- c) Determinación de los costos de los resultados inmediatos por parte de las entidades de la Oficina.
- d) Examen de los costos consolidados por categoría y área programática y nivel funcional por parte de las redes de categorías.
- e) Examen del proyecto de presupuesto que se presentará al Subcomité por parte de la Gerencia Ejecutiva de la Oficina.

51. Los exámenes realizados por las redes de categorías y la Gerencia Ejecutiva tomaron en cuenta la situación de la salud pública y el alcance programático de cada área programática, así como los presupuestos aprobados, los niveles de financiamiento y las tasas de ejecución en los bienios anteriores y el bienio en curso. Se prestó particular atención a los resultados del proceso de asignación de prioridades a nivel de país, que se describe más adelante.

52. Se espera que el proceso participativo y consultivo usado en la elaboración de este programa y presupuesto fortalezca aún más el compromiso y la responsabilidad compartidas de los Estados Miembros y la Oficina a fin de lograr la ejecución satisfactoria del Programa y Presupuesto 2018-2019. Se seguirán realizando consultas con los Estados Miembros por intermedio de los Cuerpos Directivos de la OPS y de las representaciones de la OPS/OMS a fin de ultimar la versión del Programa y Presupuesto que se presentará al Comité Ejecutivo y, posteriormente, a la Conferencia Sanitaria Panamericana.

Asignación de prioridades

53. En consonancia con los principios del proyecto de Programa y Presupuesto 2018-2019 y la solicitud de los Estados Miembros de centrar los esfuerzos de la Organización en aquellas áreas donde resulta evidente que la cooperación técnica que presta agrega valor, se realizaron ejercicios de asignación de prioridades con las autoridades nacionales de salud de los países y territorios de la Región. La finalidad de estos ejercicios es determinar las áreas programáticas prioritarias a las cuales se debe prestar más atención en las actividades de cooperación técnica de la OPS en el nuevo bienio. Estos ejercicios se hacen usando el método de Hanlon perfeccionado por la OPS para fundamentar la formulación y la ejecución del Programa y Presupuesto de la OPS (véase el documento CD55.R2 [2016]).

54. En el cuadro 4 se muestran los resultados regionales consolidados de los ejercicios de asignación de prioridades realizados con 47 países y territorios. De conformidad con este método, las 27 áreas programáticas están divididas en tres niveles de prioridad: 1: alta; 2: media; y 3: baja. Los resultados indican que los Estados Miembros, en su conjunto, dan prioridad a la cooperación técnica principalmente en aquellas áreas programáticas que están orientadas hacia el sistema de salud y las intervenciones de salud pública. Cabe mencionar que las áreas programáticas del nivel 1 de mayor prioridad —a saber, 2.1 (enfermedades no transmisibles y factores de riesgo); 3.1 (salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto, y salud sexual y reproductiva); 1.3 (malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores); 4.1, 4.2, 4.4 y 4.5 (todas sobre los sistemas y servicios de salud); 1.1 (infección por el VIH/sida, ITS y hepatitis virales); y 5.2 (preparación de los países para las emergencias de salud y Reglamento Sanitario Internacional [2005])— tienen un amplio alcance y, por su propia naturaleza, brindan apoyo a las áreas programáticas de los niveles 2 y 3 de prioridad, que tienen una cobertura más específica.

55. El nivel de prioridad no indica la importancia intrínseca, mayor o menor, de un área programática en particular, sino el nivel de cooperación técnica que esperan los Estados Miembros, teniendo en cuenta la situación de la salud, la capacidad de la OPS y el trabajo de otros asociados en el país. Por consiguiente, en el bienio 2018-2019 la OPS debe dar prioridad a las áreas programáticas del nivel 1. Sin embargo, en el proyecto de presupuesto se toma en cuenta la necesidad de mantener los logros alcanzados en materia de salud, reflejar un cálculo más realista de los costos, y el mandato que tiene la Organización de dar una respuesta a los Estados Miembros y colaborar con ellos en todas las áreas programáticas aprobadas. Además, los resultados de la asignación de prioridades realizada de manera individual a nivel de país guiarán la cooperación técnica que la OPS preste específicamente a cada país.

Cuadro 4. Estratificación de las prioridades programáticas y presupuesto: perspectiva regional

| Nivel de prioridad | N.º | Área programática | Nivel del presupuesto 2018-2019 | Cambio (%) del 2016-2017 al 2018-2019 |
|--------------------|-----|---|---------------------------------|---------------------------------------|
| Alta (1) | 2.1 | Enfermedades no transmisibles y factores de riesgos | Alta | 9% |
| | 3.1 | Salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto, y salud sexual y reproductiva | Alta | - 5% |
| | 4.5 | Recursos humanos para la salud | Alta | - 11% |
| | 1.3 | Malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores (incluidos el dengue y la enfermedad de Chagas) | Alta | 24% |
| | 4.4 | Información y evidencia en apoyo de los sistemas de salud | Alta | 6% |
| | 1.1 | Infección por el VIH/sida, ITS y hepatitis virales | Media | - 11% |
| | 4.1 | Gobernanza y financiamiento en el ámbito de la salud; políticas, estrategias y planes nacionales de salud | Alta | 11% |
| | 4.2 | Servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad | Alta | 27% |
| | 5.2 | Preparación de los países para las emergencias de salud y Reglamento Sanitario Internacional (2005) | Media | n/c |
| Media (2) | 5.6 | Reducción del riesgo de desastres y proyectos especiales | Baja | n/c |
| | 3.4 | Determinantes sociales de la salud | Media | 0% |
| | 2.5 | Nutrición | Media | - 10% |
| | 2.2 | Salud mental y trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas | Media | 14% |
| | 2.3 | Violencia y traumatismos | Baja | 5% |
| | 3.5 | Salud y medioambiente | Media | 0% |
| | 1.5 | Enfermedades prevenibles mediante vacunación (incluido el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis) | Alta | - 11% |
| | 1.6 | Resistencia a los antimicrobianos | Baja | n/c |
| | 4.3 | Acceso a productos médicos y fortalecimiento de la capacidad regulatoria | Alta | 15% |
| Baja (3) | 5.1 | Gestión de amenazas infecciosas | Media | n/c |
| | 5.4 | Operaciones de emergencia | Media | n/c |
| | 5.3 | Información sobre emergencias de salud y evaluación de riesgos | Baja | n/c |
| | 3.2 | Envejecimiento y salud | Baja | 54% |
| | 1.7 | Inocuidad de los alimentos | Baja | 0% |
| | 2.4 | Discapacidades y rehabilitación | Baja | - 36% |
| | 1.2 | Tuberculosis | Media | 25% |
| | 3.3 | Género, equidad, derechos humanos y etnicidad | Media | 11% |
| | 1.4 | Enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas | Media | 15% |

Fuente: Ejercicios de estratificación de las prioridades programáticas correspondientes al Programa y Presupuesto 2018-2019 realizados con los ministerios de salud usando el método de Hanlon perfeccionado por la OPS.

Nota: En el cuadro no se incluyen las áreas programáticas 5.5 (servicios básicos de emergencia), 5.7 (respuesta a brotes y crisis) ni las de la categoría 6 (liderazgo, gobernanza y funciones habilitadoras, 6.1 a 6.5) debido a su naturaleza; n/c significa "no corresponde".

56. Aunque no se esperaba que hubiera una correlación exacta entre los niveles presupuestarios y los niveles de prioridades, los niveles presupuestarios propuestos por área programática por lo general concuerdan con los resultados de la asignación de prioridades, como se muestra en el cuadro 4. Lo más importante es que los niveles de prioridad deben fundamentar la asignación de recursos para garantizar que las áreas programáticas con un nivel más alto de prioridad reciban los fondos necesarios durante la ejecución del Programa y Presupuesto 2018-2019. En las áreas programáticas en las que se observa un cambio en el presupuesto que parece incompatible con los niveles de prioridad programática, ello se debe principalmente a los factores descritos anteriormente.

Riesgos y oportunidades

57. La gestión de riesgos es un pilar importante de una buena rectoría institucional y contribuye a la planificación y la gestión programática basadas en los resultados. Teniendo en cuenta lo anterior, la Oficina adoptó una política de gestión de riesgos con el objetivo de detectar y mitigar los riesgos que puedan tener un efecto negativo en los programas y el desempeño de la OPS.

58. Al detectar y comprender los riesgos, la Organización tiene la oportunidad de abordar posibles amenazas. Esto a su vez permite que los Estados Miembros puedan tener más confianza y estar más seguros de que la OPS podrá cumplir sus compromisos. El proceso de detectar, evaluar y mitigar los riesgos es una tarea institucional que forma parte del proceso central de toma de decisiones que se realiza como parte de la gestión de la Oficina.

59. En este contexto, en el Programa y Presupuesto 2018-2019 se incluyen los riesgos con el propósito de concientizar a los Estados Miembros sobre el trabajo que se está realizando para prevenir, mitigar o resolver los posibles riesgos.

60. Sobre la base de los riesgos establecidos para cada categoría en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, el progreso informado en el *Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2014-2015* y el examen de los riesgos institucionales⁷ realizado por la Gerencia Ejecutiva de la Oficina, se determinó que los riesgos que se indican a continuación son los más pertinentes para el Programa y Presupuesto 2018-2019. También se mencionan las medidas de mitigación y los controles pertinentes.

61. Se ha determinado que en los principales riesgos institucionales que se enfrentarán en el bienio 2018-2019 son los siguientes:

- a) Cambio en las prioridades de salud a nivel mundial, regional o nacional que se traduce en una reducción del apoyo político y económico a programas específicos que pueden afectar los resultados en materia de salud.
- b) Cambios políticos y económicos en los Estados Miembros o los asociados que afectan negativamente la ejecución eficaz y la sostenibilidad de los programas.
- c) La diversidad de políticas y normas legales implantadas en toda la Región que limita el acceso a los sistemas y los programas de atención de salud y su utilización.
- d) Las situaciones de emergencia, los disturbios civiles y otras perturbaciones sociales que afectan las operaciones de la OPS.
- e) Variaciones en las tasas de cambio que tienen un efecto negativo en la disponibilidad de recursos.
- f) La falta de flexibilidad de los recursos para financiar actividades programáticas que afecta al financiamiento de categorías y áreas programáticas prioritarias que no cuentan con suficientes fondos.
- g) Los ciberataques a la OPS que afectan la integridad de los datos y la disponibilidad de los sistemas que sirven de apoyo a las actividades, las comunicaciones y la colaboración con los Estados Miembros.
- h) La fragmentación de los sistemas de salud que afecta negativamente la eficiencia en la prestación de los servicios de salud y los esfuerzos para reducir las inequidades en la salud.

⁷ La detección, la clasificación, la validación, el seguimiento y la mitigación de los riesgos institucionales son actividades funcionales establecidas en la política de gestión de riesgos institucionales de la OPS. La gestión de riesgos se refiere a un proceso que realiza la Oficina por medio del cual se decide tomar medidas para mitigar, controlar o transferir los riesgos o ponerles fin, en consonancia con el nivel de tolerancia de la Organización.

- i) La rotación de personal y las fuerzas de mercado que afectan la disponibilidad a largo plazo de personal de salud calificado, por lo que resulta difícil proporcionar programas y servicios de buena calidad, especialmente en las zonas aisladas.
- j) La debilidad de los sistemas de información de salud y de la capacidad de análisis de datos que merma la capacidad de los países para elaborar políticas y actividades basadas en la evidencia con el fin de mejorar los resultados en materia de salud.
- k) Los posibles conflictos de intereses con asociados del sector privado que afectan la imagen y la reputación de la Organización, en el contexto de la aplicación del *Marco para la colaboración con agentes no estatales* de la OMS a escala mundial.

62. Entre las acciones para mitigar los riesgos institucionales en el bienio 2018-2019 se encuentran las siguientes:

- a) Intensificar la defensa la salud como pilar del desarrollo económico y social, en consonancia con los mandatos y compromisos asumidos por los Estados Miembros a nivel regional y mundial (como la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y la Agenda de Salud para las Américas, entre otros).
- b) Poner en práctica nuevas modalidades de cooperación técnica como la cooperación Sur-Sur, la cooperación entre países para el desarrollo sanitario y la cooperación triangular, a fin de responder mejor a las prioridades de los países y las necesidades a todos los niveles de la Organización.
- c) Promover y adoptar enfoques intersectoriales y multisectoriales para abordar las condiciones de salud que están fuera de la influencia del sector de la salud.
- d) Aumentar el trabajo interprogramático y el uso de enfoques integrados, aprovechando la amplia variedad de capacidades y competencias en toda la Organización para mejorar el desempeño orientado a los resultados.
- e) Abogar por un aumento del financiamiento y una mayor flexibilidad de los recursos de parte de los asociados a fin de financiar el Programa y Presupuesto.
- f) Poner en práctica medidas relativas a la seguridad de la información en colaboración con el Grupo sobre Seguridad de la Información de Naciones Unidas y de la OMS conforme a lo previsto en las normas internacionales.
- g) Hacer un seguimiento de las medidas de control interno dentro de la Oficina y velar por su cumplimiento para mantener la buena reputación de la Oficina.
- h) Mejorar el seguimiento, la evaluación y la presentación de resultados en conformidad con los procesos de rendición de cuentas y transparencia establecidos por los Cuerpos Directivos de la OPS y aquellos acordados con los asociados.
- i) Fortalecer la asignación estratégica de los recursos de acuerdo con las prioridades programáticas definidas con los Estados Miembros.
- j) Colaborar con los Estados Miembros para aumentar la capacidad a nivel de país a fin de fortalecer los sistemas de información de salud para hacer un seguimiento de la situación y los resultados en materia de salud, incluidas las metas de los ODS relacionadas con la salud, y para fundamentar las políticas, los programas y el financiamiento en el ámbito de la salud.
- k) Determinar, documentar y promover la aplicación de buenas prácticas en la salud pública para promover la innovación y la eficacia en los programas de salud pública.

Temas transversales de la OPS/OMS

63. Para el logro de los ODS en la Región de las Américas, así como para el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, es fundamental hacer hincapié en no dejar a nadie detrás, lograr la cobertura universal de salud y el acceso universal a la salud, y abordar los determinantes de la salud. Aunque en los últimos decenios se ha observado un progreso colectivo en cuanto a la mejora de la salud en toda la Región, aún persisten importantes desigualdades e inequidades en cuanto a la salud.

64. En todos los países del continente, los más adinerados tienen una vida más larga y saludable, mientras que otras personas tienen una menor esperanza de vida y padecen una mala salud innecesaria y prevenible. Algunos grupos específicos de la población enfrentan distintas formas de desigualdad e inequidad relacionadas con desigualdades estructurales, como las vinculadas al género y la etnicidad, que afectan al acceso a los servicios de salud y los resultados en materia de salud. Por ejemplo, en 12 de los 15 países de América Latina y el Caribe con información disponible, los datos indican que las mujeres de 65 años o más están sobrerrepresentadas en la

población no cubierta por el sistema de jubilación, lo que afecta considerablemente su acceso a la salud. Las personas indígenas tienen desventajas considerables con respecto a los determinantes sociales de la salud: en América Latina representan actualmente cerca de 14% de todas las personas que viven en la pobreza y 17% de las personas que viven en situación de pobreza extrema, a pesar de constituir menos de 8% de la población. Las desigualdades de este tipo, que son evitables, afectan profundamente el derecho a la salud y pueden reducirse de manera significativa mediante medidas basadas en los derechos humanos de eficacia comprobada que tengan como objetivo abordar la equidad en torno a la salud y los determinantes sociales de la salud. Por ejemplo, los análisis de género y los programas que tienen en cuenta las diferencias de género formulados sobre esa base pueden ayudar a abordar el tema de la salud de hombres y mujeres de manera equitativa. De manera análoga, los enfoques interculturales representan un mecanismo fundamental para reducir las desigualdades étnicas en la salud, que afectan en particular a las poblaciones indígenas y afrodescendientes de la Región. Los documentos relacionados con los derechos humanos proporcionan un marco jurídico para medir y evaluar la rendición de cuentas y la responsabilidad de los diferentes interesados directos en cuanto a la manera en que han abordado todas las desigualdades e inequidades.

65. La Oficina ya ha tomado medidas para asegurar que todos los programas de la OPS aborden estas desigualdades e inequidades. Entre los logros recientes cabe destacar la puesta en marcha del examen de la equidad y las desigualdades en materia de salud en la Región de Américas. Además, la OPS respalda la adopción del enfoque Innov8⁸ mediante el cual se busca “no dejar a nadie atrás” por medio de un examen de los programas nacionales de salud desde la perspectiva del género, la equidad, los derechos humanos y los determinantes sociales de la salud (se está planificando agregar el componente de etnicidad). Asimismo, la OPS está facilitando la recopilación de datos para un informe sobre el acceso de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans (LGBT) a la atención de salud y la utilización de los servicios de salud.

66. La Oficina seguirá trabajando de una manera integrada para que todos los programas técnicos de la OPS y las representaciones de la OPS/OMS detecten, analicen y aborden las inequidades y promuevan la equidad en materia de salud, así como la igualdad étnica y de género, y aborden la salud desde la perspectiva de los derechos humanos. Para lograr este objetivo, en el bienio 2018-2019 se intensificará la labor en las áreas prioritarias de generación de datos científicos y recomendaciones de políticas basadas en la evidencia que incorporen el género, la equidad, los derechos humanos y la etnicidad; el fortalecimiento de la capacidad; y los mecanismos institucionales de seguimiento y rendición de cuentas en la planificación y la presentación de informes a nivel de la Organización.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible

67. En septiembre del 2015 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la resolución A/RES/70/L1, *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. En esta resolución se adoptó la Agenda 2030 y los diecisiete Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que incluye. Cada uno de estos objetivos contiene un conjunto de metas concretas y cuantificables que en su conjunto abarcan una amplia variedad de áreas de desarrollo económico y social. La OPS apoyará a sus Estados Miembros en los esfuerzos por alcanzar plenamente las metas del ODS 3, “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, así como las metas relacionadas con la salud establecidas en otros ODS. La OPS usará la Agenda 2030 como guía en su labor a fin de mejorar los resultados regionales en materia de salud y aprovechará la oportunidad que brindan los ODS para realizar un trabajo multisectorial y con múltiples asociados de una manera coordinada. Aunque solo el ODS 3 está explícitamente orientado hacia la salud, todos los objetivos afectan directa o indirectamente los determinantes de la salud y el bienestar. Por lo tanto, la Agenda 2030 refleja una comprensión más profunda de la interconexión de factores e intervenciones que repercuten en los resultados en materia de desarrollo humano.

68. La equidad es un principio central tanto en los ODS como en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. En ambos se promueve la programación multisectorial para abordar el abanico de condiciones que producen resultados negativos de salud, en particular las condiciones sociales, económicas y ambientales en las cuales las personas nacen, viven, se educan y envejecen. De esta

8 <http://www.who.int/life-course/partners/innov8/en/>

manera, es posible que permitan subsanar las brechas que dejaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que impulsaron una amplia acción por parte de los gobiernos, en sus esfuerzos por alcanzar las metas nacionales, pero a veces ocultaron desigualdades entre los países y dentro de ellos.

69. Al adoptar un método basado en la equidad al brindar apoyo a los Estados Miembros en sus esfuerzos por alcanzar los ODS, la OPS prevé cumplir con la aspiración de la Agenda 2030 de ser un plan de acción que reconduzca al mundo por el camino de la sostenibilidad y la resiliencia. La agenda de salud sostenible para las Américas 2018-2030, actualmente en elaboración, proporcionará un marco más amplio para el logro de los ODS relacionados con la salud a escala regional. Una estrecha colaboración entre la Oficina y los Estados Miembros ayudará a generar una respuesta de salud pública que se corresponda plenamente con la Agenda 2030, las estrategias y los mandatos de la OPS, las prioridades nacionales, los planes de acción nacionales y los acuerdos existentes a escala mundial. La OPS seguirá desempeñando un papel clave al crear sinergias con otros sectores y definir las áreas donde las diversas agendas coinciden, de manera que los Estados Miembros reciban el apoyo que necesitan para superar los retos que enfrenta la Región en materia de salud.

70. La recopilación y el análisis de datos tendrán un papel clave en el logro de los ODS. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) es el organismo que coordina el seguimiento y la presentación de información sobre los indicadores de los ODS en toda la Región, y la OPS está colaborando estrechamente con la CEPAL en los indicadores de salud. Será particularmente importante incorporar técnicas de medición e indicadores que tengan en cuenta la equidad a fin de observar en qué grupos de población hay mejoras y una ampliación de los servicios y, al mismo tiempo, poner de relieve las brechas que impidan el progreso. Al emprender en una fase temprana la medición del progreso nacional y regional hacia las metas relacionadas con la salud, los Estados Miembros y la OPS fortalecerán su capacidad de verificar en qué medida las actividades orientadas al logro de los ODS están llegando a los grupos de población más marginados. Además, la OPS ha establecido una alianza interinstitucional con la Organización de los Estados Americanos (OEA) con el propósito de definir medidas que puedan emprender de manera conjunta, ha encargado la elaboración de un informe sobre la equidad y las desigualdades regionales para formular recomendaciones concretas, y ha impartido capacitación sobre el fortalecimiento de la capacidad con respecto a la salud en todas las políticas, a fin de promover estrategias multisectoriales.

71. Para complementar la sinergia entre los compromisos actuales de la OPS y los que se presentan en la Agenda 2030 —y mientras se formula el Plan Estratégico de la OPS 2020-2025, en que el que los ODS ocuparán un lugar prominente—, la OPS ha tomado una serie de medidas concretas para participar en este nuevo ciclo de compromisos mundiales con el desarrollo sostenible y fomentar la participación de los Estados Miembros. Se está prestando apoyo a los países para que formulen planes de salud nacionales que incorporen los ODS. La OPS también ha realizado consultas nacionales para fortalecer aún más la capacidad de los ministerios de salud y otras instituciones públicas en cuanto al logro de los ODS. Se realizó un ejercicio de cooperación con los Estados Miembros para comparar y armonizar las metas de los ODS y los mandatos de la OPS con las políticas y programas sanitarios nacionales vigentes, lo que condujo a la elaboración del documento *“Preparar a la Región de las Américas para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible sobre la Salud”* (<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/10016>).

72. La visión y la estructura de resultados del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 están en plena consonancia con los ODS. En el cuadro 5 se muestran ejemplos de los vínculos explícitos que hay entre las metas del ODS 3 y las metas a nivel del impacto y los resultados intermedios de la OPS.⁹ En la parte de las categorías en la sección VI del presente documento se brinda mayor información sobre la manera en que los programas de cooperación técnica de la OPS se relacionan con el ODS 3 y lo incorporan en su labor.

9 Además de las metas del ODS 3, otros ODS también comprenden metas relacionadas con la salud, a saber: meta 1.5: resiliencia y reducción de la vulnerabilidad; meta 2.2: retraso del crecimiento, emaciación y sobrepeso en los niños; meta 5.2: violencia contra las mujeres y las niñas; meta 6.1: agua potable; meta 6.2: saneamiento para todos; meta 7.1: servicios de energía no contaminante en los hogares; meta 10.4: protección social; meta 11.6: contaminación atmosférica; meta 13.1: desastres naturales; meta 16.1: violencia y mortalidad conexas; y meta 17.18: datos oportunos, fiables y de alta calidad.

Cuadro 5. Vínculos entre las metas del ODS 3 y los resultados del Plan Estratégico de la OPS

| Grupo | Metas del ODS 3 | Metas a nivel del impacto y resultados intermedios del Plan Estratégico 2014-2019 |
|---|---|--|
| Salud de la madre, el niño y el adolescente | <p>Meta 3.1: Reducir la mortalidad materna</p> <p>Meta 3.2: Poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y menores de 5 años</p> <p>Meta 3.7: Garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva</p> | <p>Meta de impacto 3: Garantizar una maternidad sin riesgo</p> <p>Meta de impacto 2: Asegurar que los recién nacidos y los menores de 1 año inicien su vida de una manera saludable</p> <p>Resultado intermedio 3.1: Aumento del acceso a las intervenciones para mejorar la salud de la mujer, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto</p> |
| Enfermedades transmisibles | <p>Meta 3.3: Poner fin a las epidemias del sida, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas, y combatir las hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles</p> | <p>Meta de impacto 6: Reducir la mortalidad por enfermedades transmisibles</p> <p>Meta de impacto 8: Eliminar las enfermedades transmisibles prioritarias en la Región</p> <p>Resultado intermedio 1.1: Aumento del acceso a intervenciones clave para la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH, las ITS y las hepatitis virales</p> <p>Resultado intermedio 1.2: Aumento del número de pacientes con tuberculosis diagnosticados y tratados con éxito</p> <p>Resultado intermedio 1.3: Aumento de la capacidad de los países para formular y ejecutar planes, programas o estrategias integrales de vigilancia, prevención, control o eliminación de la malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores</p> |
| ENT, factores de riesgo y determinantes | <p>Meta 3.4: Reducir la mortalidad prematura por las ENT y promover la salud mental y el bienestar</p> <p>Meta 3.5: Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluidos uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol</p> <p>Meta 3.6: Reducir el número de muertes y las lesiones causadas por accidentes de tránsito</p> <p>Meta 3.a: Aplicar el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco en todos los países</p> <p>Meta 3.9: Reducir el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo</p> | <p>Meta de impacto 5: Mejorar la salud de la población adulta haciendo hincapié en las enfermedades no transmisibles y los factores de riesgo</p> <p>Resultado intermedio 2.1: Aumento del acceso a intervenciones para prevenir y controlar las ENT y sus factores de riesgo</p> <p>Resultado intermedio 2.2: Aumento de la cobertura de servicios de tratamiento para los trastornos mentales y los trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas</p> <p>Resultado intermedio 2.3: Reducción de los factores de riesgo relacionados con la violencia y los traumatismos, haciendo hincapié en la seguridad vial, los traumatismos infantiles y la violencia contra los niños, las mujeres y los jóvenes</p> <p>Resultado intermedio 2.5: Reducción de los factores de riesgo nutricionales</p> <p>Resultado intermedio 3.4: Mayor liderazgo del sector de la salud para abordar los determinantes sociales de la salud</p> <p>Resultado intermedio 3.5: Reducción de las amenazas medioambientales y ocupacionales para la salud</p> |
| Sistemas y servicios de salud | <p>Meta 3.8: Lograr la cobertura universal de salud, en particular la protección contra los riesgos económicos, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos</p> <p>Meta 3.b: Facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles</p> <p>Meta 3.c: Aumentar la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal de salud</p> | <p>Meta de impacto 4: Reducir la mortalidad debida a la baja calidad de la atención de salud</p> <p>Resultado intermedio 4.1: Aumento de la capacidad nacional para lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud</p> <p>Resultado intermedio 4.2: Aumento del acceso a servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad</p> <p>Resultado intermedio 4.3: Mejoramiento del acceso y del uso racional de medicamentos, productos médicos y tecnologías sanitarias seguros, eficaces y de buena calidad</p> <p>Resultado intermedio 4.5: Disponibilidad adecuada de personal de salud competente, culturalmente apropiado, bien reglamentado y distribuido y tratado de manera justa</p> |
| Reducción y gestión de riesgos | <p>Meta 3.d: Reforzar la capacidad de todos los países en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de riesgos para la salud nacional y mundial</p> | <p>Meta de impacto 9: Evitar las muertes, las enfermedades y las discapacidades resultantes de situaciones de emergencia</p> <p>Resultado intermedio 5.1: Fortalecimiento de la capacidad de los países para crear resiliencia y prepararse de manera adecuada a fin de responder de forma rápida, previsible y eficaz a epidemias y pandemias de gran magnitud</p> <p>Resultado intermedio 5.2: Los países tienen un programa para manejar riesgos de todo tipo en situaciones de emergencia de salud para lograr que el sector de la salud sea resiliente ante los desastres, con énfasis en las poblaciones vulnerables</p> <p>Resultado intermedio 5.6: Los países tienen un programa para reducir riesgos de todo tipo en situaciones de emergencia de salud y desastres para lograr que el sector de la salud sea resiliente ante los desastres</p> <p>Resultado intermedio 5.7: Todos los países responden adecuadamente a las amenazas y emergencias que tienen consecuencias para la salud pública</p> |



V. Rendición de Cuentas Respecto del Desempeño



73. La OPS seguirá con su compromiso de alcanzar los niveles más altos de rendición de cuentas y transparencia mediante una mejora en las actividades de seguimiento, evaluación y presentación de informes sobre el Programa y Presupuesto 2018-2019. El seguimiento y la evaluación del desempeño son esenciales para la gestión adecuada del Programa y Presupuesto y para fundamentar la revisión de políticas y programas. El seguimiento de la ejecución del Programa y Presupuesto 2018-2019 se hará de la siguiente manera:

- a) Exámenes financieros internos realizados mensualmente por la Gerencia Ejecutiva de la Oficina y envío de los informes mensuales de seguimiento a los gerentes de entidades de todos los niveles.
- b) Proceso interno de análisis del seguimiento y evaluación del desempeño en la Oficina al finalizar cada semestre.
- c) Actualización trimestral del portal de la OPS en la web (actualmente en desarrollo) para permitir acceso público a la información sobre el financiamiento y la ejecución del Programa y Presupuesto 2018-2019, desglosada por país.
- d) Evaluación completa al finalizar el bienio (evaluación de fin de bienio), que se presentará a los Estados Miembros por medio de los Cuerpos Directivos en el 2020.

74. Los exámenes financieros internos mensuales permiten al personal directivo superior de la Oficina hacer seguimiento del financiamiento y la ejecución por nivel y por fuente de financiamiento. En ellos se hace hincapié en los esfuerzos de movilización de recursos y la asignación de recursos para ejecutar el Programa y Presupuesto y los planes operativos aprobados. Los informes mensuales de seguimiento facilitan la determinación de las áreas que requieran acción y sirven de fundamento para las decisiones que toman la Gerencia Ejecutiva y los gerentes de las entidades.

75. El proceso de seguimiento y evaluación del desempeño proporciona un mecanismo que permite registrar y evaluar el progreso hacia el logro de los resultados, en particular el progreso hacia la obtención de productos y servicios, que son la contribución de la Oficina al logro de los resultados inmediatos. Con ese fin, estos exámenes facilitan la aplicación de medidas correctivas y la reprogramación y reasignación de recursos durante la ejecución. Este proceso permite que la Oficina detecte y analice los impedimentos y los riesgos encontrados, junto con las medidas necesarias para garantizar la consecución de resultados.

76. El portal de la OPS en la web, en fase de desarrollo, permitirá mejorar la difusión de información con los Estados Miembros y los asociados acerca del financiamiento y la ejecución del Programa y Presupuesto aprobado. Además de brindar información financiera de manera integral y oportuna, se prevé que este portal ampliado se convierta en el punto de acceso a información sobre la ejecución programática, las prioridades de cooperación técnica y el estado de los indicadores de salud en la Región, incluidos los ODS relacionados con la salud. Se espera que este nivel de información y transparencia impulse un mayor apoyo a un financiamiento más predecible, flexible y sostenible para los programas de cooperación técnica de la Organización.

77. La evaluación de fin de bienio permite realizar una evaluación integral del desempeño de la Organización durante el bienio dado que se establece el progreso al logro de los resultados intermedios previstos en el Plan Estratégico de la OPS y la tasa de logro de los resultados inmediatos establecidos en el Programa y Presupuesto. La primera evaluación realizada conjuntamente por la Oficina y los Estados Miembros fue para el bienio 2014-2015. La evaluación conjunta se seguirá haciendo en los próximos bienios, incluido el 2018-2019 y la Oficina seguirá mejorando el proceso de evaluación conjunta con los Estados Miembros sobre la base de las enseñanzas extraídas y las mejores prácticas. Con este fin, se actualizará el compendio de indicadores según sea necesario y se harán mejoras al Sistema de Seguimiento del Plan Estratégico de la OPS (SPMS por su sigla en inglés) que se requieran para facilitar la realización de evaluaciones conjuntas exactas y oportunas en las cuales participen todos los Estados Miembros, las representaciones de la OPS/OMS y las redes de categorías y áreas programáticas. El fin del bienio 2018-2019 coincidirá con la evaluación final del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, por lo que en esa ocasión se incluirán no solo los resultados intermedios y los resultados inmediatos sino también las metas a nivel del impacto.



VI - Categorías

Categoría 1. Enfermedades transmisibles

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



Análisis de la situación regional y enfoques colectivos

78. Las enfermedades transmisibles que afectan a los países en desarrollo exacerbaban los problemas de salud, la pobreza y la inequidad; en las naciones desarrolladas, estas enfermedades ponen una carga innecesaria en los sistemas de salud y en la economía. Aunque se ha logrado un progreso importante hacia la eliminación, el control y la reducción de la carga de las enfermedades transmisibles en la Región de las Américas, persiste el reto de llegar a los grupos poblacionales en condiciones de vulnerabilidad por medio de intervenciones integradas, interprogramáticas e intersectoriales en el ámbito de la atención primaria de salud y de medidas intersectoriales que aborden los determinantes sociales de la salud. Las iniciativas que se emprendan en el bienio 2018-2019 seguirán aprovechando el trabajo realizado en los últimos cuatro años a fin de mejorar los aspectos técnicos de los programas, proteger los logros, subsanar las brechas existentes y afrontar los desafíos emergentes. Estos esfuerzos colectivos pretenden controlar y eliminar las enfermedades de la pobreza, proteger los grupos poblacionales que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad y riesgo, reducir la discapacidad y evitar las muertes. En el bienio 2018-2019 se seguirá invirtiendo en el fortalecimiento de la capacidad a nivel de país en todas las áreas programáticas.

79. Los mandatos regionales existentes guiarán el trabajo de esta categoría en el bienio 2018-2019. Estos mandatos se resumen en un grupo de documentos clave, entre los cuales se encuentran los siguientes: *Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021*; *Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales* para el período 2016-2019; *Plan de acción para la prevención y el control de la tuberculosis* para el período 2016-2019; *Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016-2020*; *Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales*; *Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022*; *Estrategia mundial para la lepra 2016-2020: acelerar la acción hacia un mundo sin lepra*; *Plan de acción sobre inmunización* de la OPS para el período 2016-2020; *Plan de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos* para el período 2015-2020; y *el Plan de acción 2011-2020 del Programa Hemisférico de Erradicación de la Fiebre Aftosa*.

80. La atención se dirigirá especialmente a los retos que persisten, como las limitaciones en el financiamiento para ejecutar los planes de acción nacionales para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis congénita, una iniciativa que se tornará cada vez más compleja debido a que la ampliación para incluir la transmisión de la enfermedad de Chagas y la hepatitis B. También se deberán enfrentar otros retos, como los contratiempos en la ejecución y el seguimiento de las estrategias nacionales para la prevención y el control de las infecciones de transmisión sexual, la falta de servicios de salud para el tratamiento y la prevención de las enfermedades infecciosas desatendidas, y el limitado compromiso de alto nivel por parte de algunas autoridades nacionales para lograr el control o la eliminación de la rabia. Además se pondrá el acento en otras esferas, como mantener un compromiso permanente con la eliminación de la malaria; garantizar el acceso al diagnóstico y el tratamiento de las hepatitis virales; llegar a las zonas subatendidas para lograr tasas altas de cobertura de la vacunación (>95%) a nivel municipal y a nivel local; afrontar la amenaza cada vez mayor de la resistencia a los antimicrobianos; integrar la inocuidad de los alimentos a las estrategias y planes nacionales más amplios de nutrición y ENT; así como prevenir la reintroducción de la fiebre aftosa en los países o zonas libres de esta enfermedad y prestar apoyo a los programas nacionales para alcanzar la condición de país o zona libre de la fiebre aftosa sin vacunación.

81. En el caso de la infección por el VIH y las ITS, la cooperación técnica tendrá como guía las cuatro líneas estratégicas del *Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021*: *a)* fortalecimiento de las funciones de rectoría, gobernanza, planificación estratégica e información; *b)* fortalecimiento del marco normativo para la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, la atención y el tratamiento de la infección por el VIH y las ITS; *c)* acceso ampliado y equitativo a servicios integrales y de buena calidad para la infección por el VIH y las ITS; y *d)* mayor y mejor financiamiento de la respuesta a la infección por el VIH y las ITS, con equidad y uso eficiente de los recursos a fin de lograr la sostenibilidad.

82. Con respecto a la tuberculosis, se proseguirá con la integración de los programas y servicios de salud básicos para facilitar el acceso temprano al diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad, combinada con la participación de la comunidad, la sociedad civil y el sector privado. Esto tiene como objetivo que los nuevos medios de diagnóstico y medicamentos para la prevención y el tratamiento de la tuberculosis, la tuberculosis multirresistente y la tuberculosis asociada a la infección por el VIH se usen de manera más efectiva. La situación regional requiere que se preste una atención de la tuberculosis que sea amplia, integrada y esté centrada en el paciente, que aborde los determinantes sociales de la enfermedad y que dé prioridad a la prevención y al control en el caso de las personas que viven en situaciones de vulnerabilidad. También es necesario poner en práctica y llevar a una mayor escala las innovaciones y las iniciativas nuevas, así como fortalecer la agenda de investigación en el campo de la tuberculosis. Estas actividades se ejecutarán en el contexto de la *Estrategia fin a la TB* de la OMS y el *Plan de acción para la prevención y el control de la tuberculosis* de la OPS para el período 2016-2019.

83. La labor hacia la eliminación de la malaria seguirá basándose en el *Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016-2020*, en el cual se insta a lograr lo siguiente: *a)* una reducción adicional de 40% o más de la morbilidad por malaria (sobre la base de las cifras oficiales correspondientes al 2015); *b)* una reducción adicional de 40% o más de las defunciones relacionadas con la malaria (sobre la base de las cifras oficiales correspondientes al 2015); *c)* la realización de actividades en pro de la eliminación de la malaria en 18 de los 21 países endémicos y el logro de la condición “libre de malaria” al menos en 4 países; *d)* la adopción de enfoques innovadores para afrontar los retos en aquellos países donde el progreso ha sido limitado; y *e)* la prevención del restablecimiento de la malaria en aquellos países que han sido declarados libres de la enfermedad. En consonancia con la estrategia técnica mundial para el control y la eliminación de la malaria (2016-2025), el trabajo de la OPS en esta área guiará a los países y a otros interesados directos a fin de mantener los avances del decenio pasado y apoyarse en ellos. El apoyo a los países donde la malaria es endémica incluirá iniciativas que permitan: *a)* brindar acceso universal a intervenciones de buena calidad para la prevención de la malaria, el control integrado de los vectores, y el diagnóstico y el tratamiento de la malaria; *b)* fortalecer la vigilancia de la malaria para avanzar hacia la toma de decisiones y respuesta basadas en datos científicos; *c)* fortalecer los sistemas de salud, la planificación estratégica, el seguimiento y la evaluación, las investigaciones operativas y la creación de capacidad a nivel de país; *d)* emprender iniciativas estratégicas de promoción de la causa, comunicación y alianzas y colaboraciones; y *e)* poner en marcha esfuerzos centralizados y métodos adaptados según el caso para facilitar la eliminación de la malaria y prevenir su reintroducción en zonas libres de malaria.

84. Con respecto al dengue, se pondrá el acento en el fortalecimiento de la capacidad nacional para la vigilancia integral, la atención del paciente y la detección temprana, y los preparativos y el control de brotes, en el marco de la *Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales* y la estrategia mundial para la prevención y el control del dengue en el período 2012-2020.

85. Se requiere un mayor esfuerzo para fortalecer la entomología en el ámbito de la salud pública y la aplicación del control integrado de vectores a todos los niveles. El trabajo en esta área está en consonancia con las prioridades regionales y nacionales y tiene como objetivo: *a)* fortalecer y aplicar la práctica de la entomología en el ámbito de la salud pública y el control de vectores, y en particular ampliar las oportunidades educativas y laborales para los entomólogos y los técnicos en entomología; *b)* revisar, actualizar y ejecutar el control integrado de vectores en los países; *c)* elaborar un sistema de vigilancia entomológica y seguimiento y evaluación del control de vectores, en especial la vigilancia de la resistencia a los insecticidas; y *d)* fortalecer las actividades interprogramáticas e intersectoriales en el control y la prevención de vectores.

86. Como parte de la ejecución del *Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022* se seguirá trabajando en la eliminación de estas enfermedades donde sea factible en la Región o en la reducción de la carga de enfermedad que representan. Esto se logrará mediante la ejecución de intervenciones de salud pública integrales e interprogramáticas que se pongan en práctica de una manera transversal y permitan establecer una colaboración intersectorial para poder abordar las necesidades de salud y los determinantes sociales de la salud de los grupos poblacionales desatendidos en la Región. Entre las metas del plan de acción se encuentran la interrupción de la transmisión y la eliminación de ocho enfermedades infecciosas desatendidas para las cuales existen herramientas costoeficaces: el tracoma, la enfermedad de Chagas, la rabia humana transmitida por el perro, la lepra (enfermedad de Hansen, ya eliminada como problema de salud pública), la teniasis y cisticercosis humanas, la filariasis linfática, la oncocercosis (ceguera de los ríos) y la esquistosomiasis. En el plan se proponen seis líneas de acción estratégicas acordes con las seis intervenciones que se plantearon en el 2012 en la hoja de ruta de la OMS para acelerar el trabajo dirigido a contrarrestar el impacto mundial de las enfermedades tropicales desatendidas.

87. Entre los logros alcanzados en la Región cabe señalar la eliminación de la viruela, la poliomielitis, el sarampión y la rubéola; las tasas de cobertura de vacunación que se encuentran entre las más altas del mundo; los rápidos adelantos en la introducción de nuevas vacunas; la innovación al promover la adopción de decisiones basada en la evidencia; la compra de vacunas asequibles y de buena calidad por medio del Fondo Rotatorio de la OPS; la creación y el uso de registros computadorizados de inmunización; y la ampliación de la Semana de la Vacunación en las Américas que ha dado lugar a la Semana Mundial de la Inmunización. Además, como parte de una iniciativa coordinada a escala mundial, entre febrero del 2015 y abril del 2016 los 32 países de la Región de las Américas que anteriormente usaban solo la vacuna antipoliomielítica oral (OPV) introdujeron en su calendario de vacunación al menos una dosis de la vacuna inactivada contra la poliomielitis (IPV). Entre el 17 de abril y el 1 de mayo del 2016, 36 países y territorios de la Región hicieron el cambio de la vacuna antipoliomielítica oral trivalente (tOPV) a la vacuna bivalente (bOPV).

88. En el bienio 2018-2019, se hará hincapié en aquellos ámbitos en los cuales se requiere un mayor esfuerzo para aumentar la cobertura de la vacunación, como la planificación, el análisis de las inequidades en la vacunación, la calidad de los datos, el fortalecimiento de los sistemas de información y los servicios de salud, el seguimiento y la evaluación, y la sostenibilidad financiera de las compras de vacunas y los aspectos operativos del programa. Se realizarán esfuerzos para definir las intervenciones en las cuales puede aplicarse un enfoque interprogramático a fin de mejorar el acceso a los servicios de vacunación y las tasas de cobertura, y concentrar las actividades en los países que notifican las tasas menores. Estos esfuerzos estarán en consonancia con los conceptos del curso de la vida y la cobertura universal, y se enmarcarán en el *Plan de acción sobre inmunización*. Las nuevas vacunas (por ejemplo, contra la malaria y el dengue) plantean el reto de la introducción sostenible, que requiere un aumento considerable de sus presupuestos y una gran ampliación de la cadena de frío.

89. A fin de abordar los retos cada vez mayores que se derivan de la resistencia a los antimicrobianos, los Estados Miembros se han comprometido a elaborar planes de acción nacionales multisectoriales sobre este tema acordes con el respectivo plan de acción mundial de la OMS. Al respaldar el enfoque concertado de la iniciativa “Una salud”, en la cual se establecen vínculos entre diversos sectores y actores en pro de la salud humana, ambiental y animal, los Estados Miembros también acordaron movilizar recursos suficientes, predecibles y sostenibles, para ejecutar tales programas, y se comprometieron a difundir información sobre el problema en todo el mundo. La OPS se centrará en garantizar una ejecución plena del plan de acción regional y los planes de acción nacionales de los Estados Miembros; mejorar la vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos; fomentar las intervenciones basadas en la evidencia para su contención; y colaborar con la Organización para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) a fin de reducir al mínimo el riesgo de que la resistencia a los antimicrobianos aparezca o se propague en los puntos de interacción entre los animales y los seres humanos.

90. Con respecto a la inocuidad de los alimentos, la OPS continuará con sus esfuerzos a fin de: *a)* prestar cooperación técnica a los países para que establezcan sistemas de inocuidad de los alimentos según los riesgos, del campo a la mesa, utilizando las nuevas tecnologías de información y de comunicación; *b)* coordinar las redes internacionales y regionales como la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos (INFOSAN por su sigla en inglés) y la Red Interamericana de Laboratorios de Análisis de Alimentos (RILAA) para fortalecer la capacidad a nivel de país de los sistemas usados para velar por la inocuidad de los alimentos, en particular para dar una respuesta rápida nacional e internacional a las emergencias relacionadas con la inocuidad de los alimentos y los brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos; *c)* liderar las iniciativas de promoción de la causa y las actividades de educación de salud relacionadas con la inocuidad de los alimentos; *d)* promover las normas, los estándares y las recomendaciones internacionales por medio de la Comisión Mixta FAO/OMS del Codex Alimentarius, con una mayor participación de los Estados Miembros; y *e)* fortalecer la colaboración con otras organizaciones regionales e internacionales como la FAO, la OIE, el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA) y el Organismo Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria (OIRSA), así como con otros interesados directos en los sectores agropecuario, de la sanidad animal y de la salud humana, especialmente con respecto a la resistencia a los antimicrobianos relacionada con la cadena alimentaria.

91. En lo referente a la fiebre aftosa, se seguirá trabajando a fin de ejecutar plenamente el *Plan de acción 2011-2020 del Programa Hemisférico de Erradicación de la Fiebre Aftosa*. Se tomarán medidas para afrontar los desafíos pendientes en los países que no han alcanzado la condición de libres de la fiebre aftosa e impulsar las actividades de los programas nacionales a fin de lograr la condición de libre de la fiebre aftosa sin vacunación, así como prevenir la reintroducción de la enfermedad en países o zonas libres de la fiebre aftosa y fortalecer la vigilancia de la enfermedad, los preparativos para situaciones de emergencia y la respuesta.

Abordar los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud

92. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible contempla un mundo libre de enfermedades. El Objetivo de Desarrollo Sostenible n.º 3, que está expresamente relacionado con la salud, insta a realizar esfuerzos para garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. En la meta 3.3 se insta a poner fin a epidemias como las de la malaria, la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y las enfermedades tropicales desatendidas, así como a combatir las hepatitis virales, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.

93. A continuación se presentan algunos ejemplos específicos de la manera en que los programas de la categoría 1 contribuirán a alcanzar el ODS 3: *a)* aplicación de la nueva clasificación del dengue recomendada por la OPS/OMS según la gravedad para reducir las tasas de mortalidad a causa del dengue en toda la población, en consonancia con las metas 3.1 y 3.2 de los ODS; *b)* ejecución de intervenciones para controlar, reducir aún más y, donde sea posible, eliminar la carga de enfermedad correspondiente a las enfermedades infecciosas desatendidas, en consonancia con la meta 3.3; *c)* organización de los servicios de salud que ofrecen servicios de vacunación y, en especial, fortalecimiento de los aspectos operativos y la capacidad de los recursos humanos para tener una repercusión positiva en la morbilidad y la mortalidad por las enfermedades prevenibles mediante vacunación; y *d)* fortalecimiento de los sistemas de control de la inocuidad de los alimentos sobre la base del análisis de riesgos para prevenir las enfermedades transmitidas por los alimentos.

94. Aunque la resistencia a los antimicrobianos no está incluida específicamente en los ODS, se considera en términos generales que no tratar las enfermedades de manera eficaz afecta enormemente las perspectivas de alcanzar no solo el ODS 3, sino también las metas relacionadas con los medios de vida de las personas, la producción de alimentos y el medioambiente. Además, mediante su trabajo en los campos de la fiebre aftosa, las enfermedades zoonóticas y las enfermedades transmitidas por los alimentos, la Organización contribuye directamente al logro del ODS 1 y el ODS 2, los cuales buscan poner fin a la pobreza y el hambre fomentando una colaboración eficaz entre el sector agropecuario y el de la salud mediante el enfoque de “Una salud”.¹⁰

10 Organización Panamericana de la Salud, 17.^a Reunión Interamericana Ministerial de Salud y Agricultura (RIMSA), “Una Salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible”, Asunción (Paraguay), 21 y 22 de julio del 2016. Puede consultarse en <http://www.panaftosa.org/rimsa17/>.

Abordar los temas transversales

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

- a) Las intervenciones para combatir las enfermedades transmisibles se adaptan con el fin de responder a cuestiones de género partiendo de una comprensión de los hombres y las mujeres de todas las edades y los factores que influyen en su situación de salud. También incluyen la recopilación y presentación de datos desglosados por edad, sexo y otras variables pertinentes.
- b) El énfasis en la prevención, el tratamiento y el control de las enfermedades transmisibles, en particular en las áreas de mayor necesidad, apoya los ideales de la equidad en la salud y la reducción de la pobreza a fin de avanzar hacia la cobertura universal de salud y llegar a las poblaciones vulnerables con intervenciones integradas de salud que prevengan las desgracias cuando se producen las enfermedades.
- c) El enfoque de derechos humanos es particularmente pertinente en las áreas programáticas relativas a la infección por el VIH/sida, las ITS y las hepatitis virales; la tuberculosis; las enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas; y las enfermedades transmitidas por los alimentos. En las actividades relacionadas con esta categoría se da prioridad a las intervenciones que combaten la estigmatización y la discriminación, que a menudo son consecuencias no deseadas e injustificables de estas enfermedades. También se subraya la necesidad de abordar los factores de riesgo ambientales para controlar las enfermedades transmitidas por vectores y las enfermedades transmitidas por los alimentos mediante medidas relacionadas con el agua y el saneamiento, la gestión de residuos y la planificación urbana, entre otras.
- d) En cuanto a la etnicidad, el trabajo correspondiente a esta categoría tiene como objetivo superar las barreras que, por cuestiones de idioma o por razones culturales o económicas, impiden el acceso a los servicios de salud, a un suministro de alimentos aptos para el consumo y a la seguridad alimentaria, con miras a mejorar la salud de grupos vulnerables clave como los pueblos indígenas, las personas de ascendencia africana, los migrantes y los refugiados, entre otros.



Riesgos

96. Entre los principales riesgos programáticos que pueden afectar el logro de resultados en la categoría 1 se encuentran los siguientes:

- a) La inestabilidad política, las elecciones o el cambio del sistema político afectan el clima en el cual se llevan a cabo las actividades de cooperación técnica.
- b) Un cambio en las prioridades de salud a nivel mundial, regional o nacional da lugar a una disminución del apoyo financiero para los programas de vacunación y de lucha contra las enfermedades transmisibles.
- c) Agendas de salud paralelas que no están coordinadas y compiten por la prioridad y los recursos, y ponen en riesgo el logro de las metas nacionales, regionales y subregionales.
- d) La movilidad de las personas a través de las fronteras contribuye a la complejidad de la prevención, el control y la eliminación de enfermedades.
- e) El aumento de la estigmatización y la discriminación con respecto a las personas con infección por el VIH/sida.
- f) Las inversiones en los aspectos operativos de los programas nacionales de inmunización no son suficientes, lo que afecta la sostenibilidad de los programas y podría repercutir negativamente en la cobertura de la vacunación.
- g) La capacidad regional y local no es suficiente, lo que afecta la entomología en el ámbito de la salud pública y, en especial, el apoyo a los recursos y las herramientas de control de vectores.
- h) Las enfermedades infecciosas desatendidas siguen teniendo una prioridad muy baja en la agenda del gobierno de ciertos países y de ciertos colaboradores.
- i) La tendencia actual de costos en aumento y limitaciones en la producción de vacunas agrava las inequidades en la salud.
- j) La vigilancia ineficiente de las enfermedades transmitidas por los alimentos dificulta la realización de un análisis adecuado de riesgos en lo referente a la inocuidad de los alimentos.
- k) Puede aumentar el número de amenazas emergentes por enfermedades zoonóticas, enfermedades transmitidas por vectores y transmitidas por los alimentos en relación con el cambio climático.
- l) Es difícil establecer asociaciones e iniciativas de gobernanza eficaces que se requieren para promover y proteger la salud de las personas y los animales, al igual que el medioambiente, de una manera integrada.

Presupuesto por área programática (en dólares de EE.UU.)

| Área programática | Presupuesto preliminar | Nivel de prioridad |
|--|------------------------|--------------------|
| 1.1 Infección por el VIH/sida, infecciones de transmisión sexual y hepatitis virales | 13.800.000 | 1 - alta |
| 1.2 Tuberculosis | 9.100.000 | 3 - baja |
| 1.3 Malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores | 24.100.000 | 1 - alta |
| 1.4 Enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas | 15.400.000 | 3 - baja |
| 1.5 Enfermedades prevenibles mediante vacunación | 41.600.000 | 2 - mediana |
| 1.6 Resistencia a los antimicrobianos | 5.600.000 | 2 - mediana |
| 1.7 Inocuidad de los alimentos | 5.000.000 | 3 - baja |
| Total de la categoría | 114.600.000 | |



Principales intervenciones, resultados intermedios y resultados inmediatos

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

| Principales intervenciones de cooperación técnica | | | |
|---|--|----------------------------|-------------------|
| 1.1.A | Proporcionar orientación y aplicar las estrategias de cooperación técnica para brindar apoyo al logro de los objetivos de las cuatro líneas de acción del plan regional: <i>a)</i> fortalecimiento de las funciones de rectoría, gobernanza, planificación estratégica e información; <i>b)</i> fortalecimiento del marco normativo para la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, la atención y el tratamiento de la infección por el VIH y las ITS; <i>c)</i> acceso ampliado y equitativo a servicios integrales y de buena calidad para la infección por el VIH y las ITS; y <i>d)</i> mayor y mejor financiamiento de la respuesta a la infección por el VIH y las ITS, con equidad y uso eficiente de los recursos a fin de lograr la sostenibilidad. | | |
| 1.1.B | Proporcionar orientación y aplicar las estrategias de cooperación técnica para fortalecer la capacidad de los países en la formulación de una respuesta nacional a las hepatitis virales según las cinco líneas de acción del plan regional: <i>a)</i> promoción de una respuesta integrada amplia; <i>b)</i> fomento del acceso equitativo a la atención preventiva; <i>c)</i> fomento del acceso equitativo a la atención clínica; <i>d)</i> fortalecimiento de la información estratégica; e) fortalecimiento de la capacidad en materia de laboratorios para apoyar al diagnóstico, la vigilancia y el suministro de sangre segura. | | |
| Resultado intermedio (RIT) | | | |
| 1.1 | Aumento del acceso a intervenciones clave para la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH, las ITS y las hepatitis virales | | |
| Resultados inmediatos (RIM) | | | |
| 1.1.1 | Países habilitados para llevar a cabo intervenciones clave relacionadas con la infección por el VIH y para ampliar la cobertura de tales intervenciones mediante la participación activa en diálogos sobre políticas, la adaptación de la orientación normativa y la creación de herramientas de aplicación, al igual que la generación, el análisis y la difusión de información estratégica y la prestación de cooperación técnica | | |
| | Indicador del RIM: Número de países con estrategias y planes nacionales con respecto a la infección por el VIH que incorporan las metas regionales de prevención y las metas 90 90 90 y que permiten poner en marcha medidas aceleradas en consonancia con la <i>Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH 2016-2021</i> de la OMS y el <i>Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021</i> de la OPS | Línea de base (2017) 25 | Meta (2019) 28 |
| 1.1.2 | Países habilitados para llevar a cabo intervenciones clave relacionadas con las hepatitis y para ampliar la cobertura de tales intervenciones mediante la participación activa en campañas de promoción de la causa y en diálogos sobre políticas, la adaptación de la orientación normativa y la creación de herramientas de aplicación, al igual que la generación, el análisis y la difusión de información estratégica y la prestación de cooperación técnica | | |
| | Indicador del RIM: Número de países con estrategias o planes nacionales para la prevención y el control de las hepatitis virales que estén acordes con la <i>Estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis víricas 2016-2021</i> y el <i>Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales</i> para el período 2015-2019 | Línea de base (2017) 15 | Meta (2019) 20 |
| 1.1.3 | Países habilitados para llevar a cabo intervenciones clave relacionadas con las ITS y para ampliar la cobertura de tales intervenciones mediante la participación activa en diálogos sobre políticas, la adaptación de la orientación normativa y la creación de herramientas de aplicación, al igual que la generación, el análisis y la difusión de información estratégica y la prestación de cooperación técnica | | |
| | Indicador del RIM: Número de países con estrategias o planes nacionales (integrados en los planes contra la infección por el VIH) para la prevención y el control de las ITS que están acordes con la <i>Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016-2021</i> de la OMS y el <i>Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021</i> de la OPS | Línea de base (2017) 5 | Meta (2019) 20 |
| 1.1.4 | Países habilitados para llevar a cabo intervenciones relacionadas con la prevención de la transmisión materno infantil del VIH, la sífilis y el VBH, entre otros, y para ampliar la cobertura de tales intervenciones mediante la participación activa en diálogos sobre políticas, la adaptación de la orientación normativa y la creación de herramientas de aplicación, al igual que la generación, el análisis y la difusión de información estratégica y la prestación de cooperación técnica | | |
| | Indicador del RIM: Número de países que están progresando hacia las metas y los objetivos para la eliminación de la transmisión materno infantil como se indica en la publicación <i>Orientaciones mundiales sobre los criterios y procesos para la validación de la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis</i> de la OMS (2015) | Línea de base (2017) 5 | Meta (2019) 16 |

1.2 Tuberculosis

| Principales intervenciones de cooperación técnica | | | |
|---|---|----------------------------|-------------------|
| 1.2.A | Seguir fortaleciendo la detección de casos de tuberculosis, el diagnóstico temprano, la adopción de nuevos medios de diagnóstico rápido, el tratamiento adecuado, el control de la tuberculosis multirresistente, actividades colaborativas para combatir la tuberculosis y la infección por el VIH, la participación comunitaria y campañas para que se asignen más recursos nacionales a la lucha contra la tuberculosis, poniendo el acento en las poblaciones que viven en situaciones de vulnerabilidad. | | |
| 1.2.B | Ampliar las iniciativas nuevas, como el control de la tuberculosis en grandes ciudades, la eliminación de la tuberculosis y las estrategias orientadas específicamente a grupos poblacionales de alto riesgo. | | |
| 1.2.C | Proporcionar orientación y herramientas para la adopción y la aplicación de la nueva estrategia para poner fin a la tuberculosis. | | |
| Resultado intermedio (RIT) | | | |
| 1.2 | Aumento del número de pacientes con tuberculosis diagnosticados y tratados con éxito | | |
| Resultados inmediatos (RIM) | | | |
| 1.2.1 | Ejecución del plan y las metas regionales para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después del 2015 de acuerdo con la estrategia mundial de la OMS | | |
| | Indicador del RIM: Número de países que han establecido metas, dentro de los planes estratégicos nacionales, para reducir la mortalidad por tuberculosis y la incidencia de esta enfermedad de acuerdo con las metas establecidas en el <i>Plan de acción para la prevención y el control de la tuberculosis</i> | Línea de base (2017) 15 | Meta (2019) 25 |
| 1.2.2 | Directrices de política y herramientas técnicas actualizadas para apoyar la aplicación de la estrategia y las metas mundiales para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después del 2015, de acuerdo con los tres pilares de la estrategia | | |
| | Indicador del RIM: Número de países que han adoptado o adaptado las herramientas técnicas para la aplicación de la estrategia mundial contra la tuberculosis | Línea de base (2017) 18 | Meta (2019) 25 |
| 1.2.3 | Orientación de política y guías técnicas actualizadas para fortalecer la capacidad en los países con respecto al diagnóstico y el tratamiento temprano de los pacientes con tuberculosis multirresistente | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que aplican las directrices de la OMS para el diagnóstico y el tratamiento tempranos de los pacientes con tuberculosis multirresistente | Línea de base (2017) 32 | Meta (2019) 35 |
| 1.2.4 | Países habilitados para integrar la atención de la tuberculosis y de la infección por el VIH | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que integran la atención de la tuberculosis y de la infección por el VIH | Línea de base (2017) 8 | Meta (2019) 15 |

1.3 Malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores

| Principales intervenciones de cooperación técnica | | | |
|---|---|----------------------------|-----------------------|
| 1.3.A | Redoblar los esfuerzos para prevenir, controlar o eliminar la malaria donde sea endémica y prevenir su reintroducción en las zonas sin malaria. | | |
| 1.3.B | Fortalecer la capacidad nacional para la prevención, la vigilancia integral, la atención del paciente y la detección temprana del dengue, así como los preparativos y el control de brotes de la enfermedad en el marco de la <i>Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales</i> y la estrategia mundial para la prevención y el control del dengue en el período 2012-2020. | | |
| 1.3.C | Continuar los esfuerzos para eliminar la enfermedad de Chagas transmitida por vectores y mejorar la detección, el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes infectados. . | | |
| 1.3.D | Fortalecer la entomología en el ámbito de la salud pública orientada a obtener evidencia para apoyar mejor el control, la prevención y la eliminación de enfermedades prioritarias transmitidas por vectores. | | |
| Resultado intermedio (RIT) | | | |
| 1.3 | Aumento de la capacidad de los países para formular y ejecutar planes, programas o estrategias integrales de vigilancia, prevención, control o eliminación de la malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores | | |
| Resultados inmediatos (RIM) | | | |
| 1.3.1 | Países habilitados para ejecutar planes estratégicos contra la malaria, basados en la evidencia, con énfasis en la cobertura efectiva de intervenciones para el control de vectores, pruebas de diagnóstico y tratamiento, eficacia terapéutica, y seguimiento y vigilancia de la resistencia a los insecticidas mediante el fortalecimiento de la capacidad para aumentar la reducción de la malaria | | |
| | Indicador del RIM: Número de países donde la malaria es endémica en los cuales se está efectuando una evaluación de las tendencias con respecto a la malaria usando sistemas ordinarios de vigilancia | Línea de base (2017) 21 | Meta (2019) 21 |
| 1.3.2 | Recomendaciones actualizadas sobre políticas y directrices estratégicas y técnicas con respecto al control vectorial, las pruebas de diagnóstico, el tratamiento antimalárico (incluidos los grupos poblacionales de difícil acceso), el manejo integrado de los cuadros febriles, la vigilancia y el desglose de los datos, la detección epidémica y la respuesta para acelerar la reducción y eliminación de la malaria | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios donde la malaria es endémica que están aplicando estrategias contra la malaria para avanzar hacia la eliminación sobre la base de los criterios de la OMS | Línea de base (2017) 18 | Meta (2019) 21 |
| 1.3.3 | Aplicación de la nueva clasificación del dengue de la OPS/OMS para mejorar el diagnóstico y el tratamiento en el marco de la estrategia regional de gestión integrada para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales y la estrategia mundial de la OMS para la prevención y el control del dengue en el período 2012-2020 | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que aplican lo previsto en <i>Dengue: guías para la atención de enfermos en la Región de las Américas</i> (segunda edición) y en <i>Instrumento para el diagnóstico y la atención a pacientes con sospecha de arbovirosis</i> . | Línea de base (2017) 0 | Meta (2019) 20 |
| 1.3.4 | Aplicación de la estrategia y plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que han establecido programas integrados de control de la enfermedad de Chagas en las unidades territoriales endémicas donde la transmisión es domiciliaria | Línea de base (2017) 19 | Meta (2019) 21 |
| 1.3.5 | Países endémicos habilitados para fortalecer la cobertura y la calidad de la atención a los pacientes infectados por <i>Trypanosoma cruzi</i> | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios endémicos que ejecutan planes nacionales de acción para ampliar la cobertura y la calidad de la atención de los pacientes infectados por <i>Trypanosoma cruzi</i> | Línea de base (2017) 19 | Baseline (2019) 21 |
| 1.3.6 | Ejecución del control integrado de vectores, haciendo hincapié en la mejora o la contribución al logro de las metas regionales y mundiales para el control, la interrupción de la transmisión y la eliminación de enfermedades transmitidas por vectores | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que han establecido un sistema para vigilar la resistencia a los insecticidas usados en el ámbito de la salud pública de conformidad con las directrices de la OPS/OMS | Línea de base (2017) 3 | Baseline (2019) 8 |

1.4 Enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas

| Principales intervenciones de cooperación técnica | | | |
|---|--|-------------------------------|----------------------|
| 1.4.A | Fortalecer la vigilancia epidemiológica, el diagnóstico y el manejo de casos clínicos de las enfermedades infecciosas desatendidas de manera innovadora e intensificada. | | |
| 1.4.B | Fortalecer la quimioterapia preventiva y el aumento del acceso a la atención básica de salud para las enfermedades infecciosas desatendidas. | | |
| 1.4.C | Fortalecer el manejo integrado de vectores, incluido por medio de la entomología en el ámbito de la salud pública | | |
| 1.4.D | Fortalecer la prevención de determinadas zoonosis desatendidas mediante un enfoque combinado de salud pública veterinaria y "Una salud". | | |
| 1.4.E | Adoptar enfoques intersectoriales para reducir el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas desatendidas mediante un mayor acceso al agua potable, el saneamiento básico, la higiene y viviendas en mejor estado. | | |
| 1.4.F | Incorporar enfoques innovadores apoyados en la investigación operativa y en el estudio científico de la aplicación de la investigación para eliminar la transmisión de enfermedades y abordar las medidas posteriores a la eliminación y las nuevas prioridades. | | |
| 1.4.G | Ejecutar estrategias adecuadas para la prevención, el control y la eliminación de la rabia humana transmitida por el perro. | | |
| 1.4.H | Establecer o fortalecer mecanismos intersectoriales de coordinación para controlar los riesgos de enfermedades zoonóticas. | | |
| Resultado intermedio (RIT) | | | |
| 1.4 | Aumento de la capacidad de los países para formular y ejecutar planes, programas o estrategias integrales de vigilancia, prevención, control o eliminación de las enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas | | |
| Resultados inmediatos (RIM) | | | |
| 1.4.1 | Ejecución y seguimiento de la hoja de ruta de la OMS para contrarrestar el impacto de enfermedades tropicales desatendidas mediante el Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y medidas posteriores a la eliminación 2016-2022 de la OPS | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios endémicos que llevan adelante un plan, programa o estrategia nacional o subnacional para reducir la carga de las enfermedades infecciosas desatendidas prioritarias según su situación epidemiológica, de acuerdo con la hoja de ruta de la OMS para las enfermedades tropicales desatendidas | Línea de base (2017) 14 | Meta (2019) 19 |
| 1.4.2 | Países endémicos habilitados para establecer la vigilancia integrada de la leishmaniasis en la población humana | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios endémicos que han integrado la vigilancia de la leishmaniasis humana | Línea de base (2017) 13 | Meta (2019) 17 |
| 1.4.3 | Ejecución de la Estrategia mundial para la lepra 2016-2020: Acelerar la acción hacia un mundo sin lepra, de la OMS | | |
| | Indicador del RIM: Número de países de la Región de las Américas donde la lepra es endémica que aplican la Estrategia mundial para la lepra 2016-2020: acelerar la acción hacia un mundo sin lepra | Línea de base (2017) 10 | Meta (2019) 22 |
| 1.4.4 | Países habilitados para ejecutar planes de acción para la prevención, la profilaxis, la vigilancia, el control y la eliminación de la rabia | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que ejecutan planes de acción para fortalecer la prevención, la profilaxis, la vigilancia, el control y la eliminación de la rabia | Línea de base (2017) 30 | Meta (2019) 37 |
| 1.4.5 | Países habilitados para ejecutar planes de acción para el fortalecimiento de los programas de prevención, vigilancia y control de las enfermedades zoonóticas | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que ejecutan planes de acción para fortalecer los programas de prevención, vigilancia y control de las enfermedades zoonóticas de acuerdo con las normas internacionales | Línea de base (2017) 14 | Meta (2019) 19 |

1.5 Enfermedades prevenibles mediante vacunación

| Principales intervenciones de cooperación técnica | | | |
|---|--|----------------------------|-----------------------|
| 1.5.A | Proporcionar orientación a los Estados Miembros en sus esfuerzos para mejorar el acceso a los servicios de vacunación y lograr una cobertura de más de 95% en todos los municipios, en el contexto de la prestación de servicios de salud. | | |
| 1.5.B | Continuar los esfuerzos para mantener a la Región libre de poliomielitis, sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita. | | |
| 1.5.C | Fortalecer todos los niveles de la capacidad gerencial y operativa de los programas nacionales de inmunización de los Estados Miembros en el marco del <i>Plan de acción sobre inmunización</i> de la OPS. | | |
| 1.5.D | Fortalecer la vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles mediante vacunación, la capacidad en materia de laboratorios y los sistemas de información sobre inmunización para promover la adopción de decisiones basadas en la evidencia en todos los niveles. | | |
| 1.5.E | Garantizar el acceso oportuno e ininterrumpido a vacunas y suministros relacionados con las vacunas que sean asequibles y de buena calidad. | | |
| Resultado intermedio (RIT) | | | |
| 1.5 | Aumento de la cobertura de vacunación de las poblaciones y comunidades de difícil acceso y mantenimiento del control, la erradicación y la eliminación de las enfermedades prevenibles mediante vacunación | | |
| Resultados inmediatos (RIM) | | | |
| 1.5.1 | Ejecución y seguimiento del <i>Plan de acción sobre inmunización</i> de la Región de las Américas de acuerdo con el <i>Plan de acción mundial sobre vacunas</i> de la OMS, a fin de llegar a las poblaciones sin vacunar o que no han recibido todas las vacunas | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios con cobertura de vacunación con DTP3 menor a 95% que están aplicando estrategias dentro de sus planes nacionales de inmunización para llegar a los grupos poblacionales sin vacunar o que no han recibido todas las vacunas | Línea de base (2017) 27 | Meta (2019) 31 |
| 1.5.2 | Ejecución del <i>Plan de acción para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas</i> | | |
| | Indicador del RIM: Número de países que han alcanzado una tasa anual de notificación de 2 casos presuntos de sarampión y rubéola por 100.000 habitantes, además de tres de las cinco metas con respecto a la vigilancia del sarampión y la rubéola | Línea de base (2017) 6 | Meta (2019) 15 |
| 1.5.3 | Países habilitados para generar evidencia sobre la introducción de vacunas nuevas | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que generan evidencia para apoyar las decisiones sobre la introducción de vacunas nuevas | Línea de base (2017) 16 | Meta (2019) 18 |
| 1.5.4 | Mantenimiento de sistemas regionales de vigilancia para el seguimiento de la parálisis flácida aguda | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que cumplen con el seguimiento de tres indicadores especificados de la vigilancia de la parálisis flácida aguda | Línea de base (2017) 2 | Meta (2019) 12 |
| 1.5.5 | Ejecución del <i>Plan estratégico para la erradicación de la poliomielitis y la fase final</i> | | |
| | Indicador del RIM: Número de países que han cumplido con los requisitos de la Comisión Regional para la Certificación de la Erradicación con respecto al confinamiento de todos los poliovirus (salvajes o de origen vacunal) y de los virus Sabin de tipo 2 | Línea de base (2017) 10 | Baseline (2019) 44 |

1.6 Resistencia a los antimicrobianos

| Principales intervenciones de cooperación técnica | | | |
|---|--|----------------------|-----------------|
| 1.6.A | Ejecutar el <i>Plan de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos</i> para el período 2015-2020 desde el enfoque de “Una Salud” y de una manera que complemente el trabajo de los programas específicos para ciertas enfermedades con respecto a la infección por el VIH, la tuberculosis, la malaria, los medicamentos esenciales y la calidad de la atención. En la ejecución del plan de acción también se abordará la vigilancia regional de la resistencia a los antimicrobianos, el uso prudente de los antibióticos, así como la elaboración, la ejecución y el seguimiento de los planes de acción nacionales multisectoriales en los países. | | |
| Resultado intermedio (RIT) | | | |
| 1.6 | Aumento de la capacidad a nivel de país para reducir el riesgo y prevenir la propagación de infecciones multirresistentes | | |
| Resultados inmediatos (RIM) | | | |
| 1.6.1 | Países habilitados para aumentar la conciencia y la comprensión sobre la resistencia a los antimicrobianos por medio de iniciativas eficaces de comunicación, educación y capacitación. | | |
| | Indicador del RIM: Número de países que tienen campañas sobre la resistencia a los antimicrobianos y el uso racional de estos medicamentos dirigidas a tanto a profesionales como al público en general | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 11 | 20 |
| 1.6.2 | Facilitación de la creación y puesta en marcha de un sistema integrado de vigilancia e investigación para fortalecer la base de conocimientos y datos científicos sobre la resistencia a los antimicrobianos | | |
| | Indicador del RIM: Número de países que todos los años proporcionan datos sobre la resistencia a los antimicrobianos basados en pruebas de laboratorio | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 20 | 25 |
| 1.6.3 | Países habilitados para fortalecer la capacidad en cuanto al establecimiento de normas y la ejecución de políticas con el fin de reducir la incidencia de las infecciones multirresistentes por medio de medidas eficaces de saneamiento, higiene y prevención de infecciones | | |
| | Indicador del RIM: Número de países que tienen programas activos para controlar la resistencia a los antimicrobianos mediante medidas que intensifican la prevención y el control de infecciones y mediante el suministro de agua, el saneamiento y la higiene en los centros de salud. | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 11 | 20 |
| 1.6.4 | Estrategias nacionales en marcha para vigilar el uso racional de los antibióticos, en particular el fortalecimiento del papel que tienen los comités de antibióticos. | | |
| | Indicador del RIM 1.6.4a: Número de países con un grupo especial, de carácter intersectorial y alcance nacional, que en los dos últimos años ha elaborado informes y recomendaciones para promover el uso apropiado de los antimicrobianos y prevenir la propagación de infecciones | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 6 | 11 |
| | Indicador del RIM 1.6.4b: Número de países en los cuales los antibióticos solo pueden venderse y comprarse con prescripción médica | Línea de base (2017) | Baseline (2019) |
| | | 2 | 6 |
| 1.6.5 | Facilitación de la formulación de argumentos económicos a favor de una mayor inversión sostenible en nuevos medicamentos, medios de diagnóstico, vacunas y otras intervenciones | | |
| | Indicador del RIM: Número de países que están avanzando en la elaboración de acuerdos o de nuevas medidas regulatorias para evaluar nuevos medicamentos antimicrobianos, medios de diagnóstico y vacunas | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 6 | 10 |
| 1.6.6 | Compromiso político sostenido de alto nivel y coordinación eficaz en marcha a nivel nacional y regional para luchar contra la resistencia a los antimicrobianos en apoyo de los Objetivos de Desarrollo Sostenible | | |
| | Indicador del RIM: Número de países que han establecido un mecanismo multisectorial de coordinación a fin de supervisar las estrategias nacionales para combatir la resistencia a los antimicrobianos | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 7 | 15 |

1.7 Inocuidad de los alimentos

| Principales intervenciones de cooperación técnica | | | |
|---|---|----------------------|-------------|
| 1.7.A | Colaborar con los países en el establecimiento de sistemas eficientes de inocuidad de los alimentos para prevenir y reducir las enfermedades transmitidas por los alimentos y promover la seguridad de los consumidores. La OPS trabajará para fortalecer los sistemas nacionales integrados de inocuidad de los alimentos basados en el riesgo, proporcionar orientación científica sobre normas y directrices sobre la inocuidad de los alimentos y su aplicación, y promover la colaboración multisectorial para reducir los riesgos de enfermedades transmitidas por los alimentos, incluidos los que surgen en el punto de contacto entre los animales y los seres humanos. Se prestará especial atención a los aspectos de la resistencia a los antimicrobianos relacionados con la inocuidad de los alimentos. | | |
| 1.7.B | Promover las normas, los estándares y las recomendaciones internacionales por medio de la Comisión Mixta FAO/OMS del Codex Alimentarius; apoyar las redes regionales e internacionales de inocuidad y análisis de los alimentos; crear capacidad en la gestión de riesgos con respecto a la inocuidad de los alimentos prestando apoyo técnico a los países; y fortalecer aún más la colaboración con otras organizaciones regionales e internacionales, así como con otros interesados directos pertinentes de los sectores agropecuario, de la salud animal y de la salud humana. | | |
| 1.7.C | Ejecutar la fase final del Programa Hemisférico de Erradicación de la Fiebre Aftosa (PHEFA), proporcionando cooperación técnica a los países o zonas libres de fiebre aftosa con vacunación, a fin de que puedan ser designados como libres de fiebre aftosa sin vacunación, y a los países que no tengan una designación oficial con respecto a la fiebre aftosa para que logren la designación de libres de fiebre aftosa. Además, se proporcionará cooperación técnica para fortalecer las estrategias y los mecanismos de prevención de la fiebre aftosa, los preparativos para situaciones de emergencia y las actividades de respuesta. | | |
| Resultado intermedio (RIT) | | | |
| 1.7 | Todos los países tienen la capacidad de mitigar los riesgos a la inocuidad de los alimentos y de responder a los brotes. | | |
| Resultados inmediatos (RIM) | | | |
| 1.7.1 | Países y territorios habilitados para ejecutar planes de acción nacionales sobre inocuidad de los alimentos que estén acordes con las estrategias mundiales y regionales | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios con un marco regulatorio que permita la consecución de objetivos de control de los alimentos en consonancia con normas, directrices y recomendaciones internacionales | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 12 | 23 |
| 1.7.2 | Establecimiento de normas internacionales, provisión de orientación científica e implantación de una plataforma regional de intercambio de información, así como promoción de la colaboración multisectorial, a fin de controlar eficazmente los riesgos relacionados con los alimentos | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que tienen un mecanismo de colaboración multisectorial que toma en cuenta los determinantes sociales a fin de reducir los riesgos que pueden representar los alimentos en el ámbito de la salud pública | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 23 | 35 |
| 1.7.3 | Ejecución del Programa Hemisférico de Erradicación de la Fiebre Aftosa (PHEFA) | | |
| | OPT Indicador: Número de países y territorios que tienen en marcha programas de prevención, control y eliminación de la fiebre aftosa de acuerdo con el cronograma y los resultados previstos en el <i>Plan de acción 2011-2020 del Programa Hemisférico de Erradicación de la Fiebre Aftosa</i> | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 12 | 12 |

Categoría 2. Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo



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

Análisis regional de la situación y enfoques colectivos

97. Las enfermedades no transmisibles (ENT) y sus factores de riesgo conexos, los trastornos de salud mental, los traumatismos, la violencia y las discapacidades son las principales causas de mala salud y muerte prematura en la Región de las Américas. Tres de cada cuatro muertes en la Región pueden atribuirse a las ENT, y 36% de esas muertes ocurren prematuramente en personas de 30 a 70 años de edad, lo que implica que las ENT afectan de manera desproporcionada a las personas de los grupos poblacionales más productivos desde un punto de vista económico y a sus familias. Los factores de riesgo subyacentes relacionados con el modo de vida, como el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, la alimentación poco saludable y la inactividad física, siguen siendo un reto importante, al tiempo que las tasas cada vez mayores de obesidad en la niñez están facilitando que continúe la epidemia de las enfermedades crónicas y la mala salud en etapas posteriores de la vida. Además, los trastornos mentales, neurológicos y por el consumo de sustancias han pasado a ser la principal causa de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD).

98. Los Estados Miembros están sufriendo las consecuencias de esta epidemia silenciosa que se manifiestan en la pérdida de productividad, un aumento de los costos para los sistemas y los servicios de salud, así como los costos directos que recaen sobre los afectados en forma de gastos directos y días laborales perdidos. Los sistemas de salud siguen estando centrados en el tratamiento y la atención en vez de la prevención, un modelo que corre el riesgo de ser insostenible debido al aumento de los costos. Además, uno de los retos que enfrenta la Región es la inequidad en el acceso a la atención, particularmente en el caso de las personas en condiciones de vulnerabilidad. En consecuencia, las ENT representan un complejo problema de salud pública y una amenaza para el desarrollo económico y social.

99. Dado que la epidemia de las ENT está impulsada por la globalización, la urbanización, las tendencias demográficas y las condiciones socioeconómicas, se necesitan intervenciones no solo del sector de la salud, sino también de otros sectores gubernamentales, como la agricultura y la ganadería, la educación, el transporte, el trabajo, el medioambiente y el comercio, así como de la sociedad civil y el sector privado. Las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas son problemas importantes en la Región de las Américas; se prevé que la situación general empeorará debido al crecimiento demográfico y el envejecimiento de la población. Por lo tanto, se necesitan urgentemente políticas y servicios para reducir los principales factores de riesgo y promover la salud en las comunidades, los lugares de trabajo, las escuelas y otros entornos. Para prevenir y controlar mejor las ENT, se deben fortalecer los sistemas y servicios de salud, en particular en el nivel de la atención primaria, a fin de facilitar el tamizaje, la detección temprana y el manejo de las ENT y sus factores de riesgo, garantizar el acceso a medicamentos y tecnologías, y mantener la continuidad de la atención de buena calidad.

100. Las experiencias de los últimos años indican que se necesita más creación de capacidad, mejor infraestructura y más financiamiento para alcanzar las metas y los objetivos relacionados con las ENT para el año 2019. Hay una urgente necesidad de establecer redes intersectoriales para hacer frente a las ENT y sus factores de riesgo, dado que muchos de los factores subyacentes que propician la epidemia están fuera del sector de la salud. Aunque la prevención de los factores de riesgo sigue siendo un pilar clave del esfuerzo para enfrentar las ENT, también es evidente que se debe hacer más énfasis en el manejo de las enfermedades crónicas, en vista de que los países que han notificado la mayor disminución de las muertes prematuras (principalmente una reducción de las enfermedades cardiovasculares) lo han logrado al mejorar la atención de casos agudos y la prevención secundaria. Es importante establecer sistemas eficaces de vigilancia y fortalecerlos para poder hacer un seguimiento oportuno de la situación de salud. De esta manera se podrá responder con programas eficaces de prevención y control, y fundamentar las políticas públicas adecuadas. En definitiva, una participación y un liderazgo fuertes son fundamentales para avanzar en los planes de reducir las ENT y sus factores de riesgo. En algunos casos hay marcos legislativos, en particular el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT), pero se necesita voluntad política para ejecutarlos plenamente y realizar una labor continua de aplicación y seguimiento.

101. Los trastornos mentales, neurológicos y de consumo de sustancias psicoactivas son una causa importante de morbilidad, mortalidad y discapacidad. Estos trastornos han pasado a ser la principal causa de carga de enfermedad, al representar 19% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), así como la principal fuente de discapacidad, pues constituyen 34% de los años vividos con discapacidad (AVD). La depresión tiene una tasa de prevalencia de 5,3% en los últimos 12 meses y de 12% en algún momento de la vida, y representa 8% de los AVD. En la Región, la tasa de mortalidad relacionada con el suicidio es de 7,3 por 100.000 habitantes. Considerando que más personas viven hasta una edad avanzada, las demencias constituyen una importante fuente de preocupación; se prevé que para el 2030 se registrará un aumento de 47% en la prevalencia de las demencias que afectan a las personas mayores de 60 años. Los países y territorios de América Latina y el Caribe serán los más afectados, pues se prevé que el número de personas con demencias pasará de 3,4 millones en el 2010 a 7,6 millones en el 2030. En el *Plan de acción sobre salud mental 2015-2020* de la OPS se plantea la estrategia de integrar los componentes de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas en la atención primaria para reducir las brechas existentes en el tratamiento y abordar los trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas. Se seguirá prestando cooperación técnica en esta área en el bienio 2018-2019.

102. El avance hacia el logro de las metas establecidas en el 2014 en cuanto al consumo del alcohol ha sido limitado. En respuesta, la OPS ha establecido un Grupo Consultivo Técnico para brindar orientación sobre estrategias que permitan fomentar la cooperación técnica y definir las acciones prioritarias que deben emprenderse a fin de catalizar el compromiso político necesario para ejecutar políticas e intervenciones costoeficaces a nivel nacional. El objetivo es ayudar a los países a reducir el consumo nocivo de alcohol de una manera significativa.



103. En la Región hay voluntad política para enfrentar la violencia y los traumatismos, como se refleja en la *Declaración de Brasilia sobre la seguridad vial*; la *Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer* de la OPS; el *Plan de acción mundial para fortalecer la función del sistema de salud en el marco de una respuesta nacional multisectorial para abordar la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general*, aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en el 2016; el *Plan mundial para el Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011-2020*; y la participación de los Estados Miembros en el *Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia* y en el *Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial*, ambos de la OMS. Con respecto a la prevención de la violencia, en los mandatos regionales y mundiales se establece que es prioritario abordar la violencia contra la niñez y contra las mujeres. Estos mandatos brindan una orientación clara con el fin de mejorar la disponibilidad y el uso de datos científicos, fortalecer el liderazgo y la gobernanza de los sistemas de salud, fortalecer la capacidad de los sistemas de salud para responder a la violencia y fortalecer las actividades de prevención. Es particularmente necesario fortalecer el capital humano, técnico y financiero, establecer fuertes alianzas intersectoriales y poner en práctica intervenciones a nivel de comunidad. Las políticas y los marcos jurídicos deben promover el derecho a vivir con dignidad, sin temor ni miseria. Deben estar basados en la evidencia y deben promover la formulación de planes y programas centrados en las personas, adaptados al contexto, integrales y orientados a la prevención, a fin de reducir los riesgos de traumatismos y violencia, y de promover los factores de protección, haciendo énfasis en la importancia de un equilibrio entre la protección y el empoderamiento.

104. De acuerdo con las proyecciones presentadas por la OMS en el *Informe mundial sobre la discapacidad*, en el 2016 había aproximadamente 150 millones de personas con alguna forma de discapacidad en la Región de las Américas. Se prevé que esta cifra aumente debido al crecimiento demográfico, el envejecimiento, el aumento de la carga de las ENT, los accidentes, los desastres, la violencia, la alimentación deficiente y el consumo de sustancias psicoactivas. Los recursos limitados, las políticas inadecuadas, el acceso limitado a los servicios de salud y de rehabilitación, así como al transporte inaccesible constituyen retos importantes para las personas con alguna discapacidad. Es necesario abordar la salud ocular, auditiva y bucodental, dado que cerca de 80% de los casos de ceguera son evitables y que las caries dentales afectan a más del 90% de la población de la Región.

105. Para lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, es necesario fortalecer los servicios públicos que incluyen servicios para las personas con discapacidad, y afinar las herramientas de evaluación para medir la mejora en el acceso a los servicios. Además, los datos científicos sobre las mejores prácticas deben servir como base para la planificación y las actividades de promoción de la causa.

106. La nutrición deficiente conduce al retraso del crecimiento en los niños y contribuye al sobrepeso y la obesidad a lo largo de todo el curso de la vida. La nutrición tiene un peso importante en tres de las cuatro ENT principales: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes. Los trastornos de salud relacionados con la nutrición deficiente y el sobrepeso y la obesidad representan una pesada carga para las personas, las comunidades y el sistema de salud, además de que obstaculizan el desarrollo humano y la equidad. Por lo tanto, la prevención de estos trastornos de salud es fundamental para el logro de las metas de desarrollo regionales y mundiales. Una nutrición óptima es fundamental en la primera infancia, en particular en los primeros 1.000 días de vida. Por ello, la OPS respalda las metas regionales que se han establecido con respecto a la lactancia materna exclusiva y a la reducción del retraso del crecimiento infantil, el sobrepeso y la anemia en las mujeres.

107. Aunque en la Región hay voluntad política y se han adoptado medidas para mejorar los entornos a fin de prevenir la obesidad y promover la lactancia materna, las comidas saludables y la recreación en las escuelas, hay poderosos intereses económicos que están en contra de la aplicación de las leyes pertinentes. Es necesario que la reglamentación impulse a los consumidores a elegir opciones saludables, en particular cuando se trata de bebidas y alimentos procesados. Es necesario mejorar la capacidad institucional de los países para elaborar leyes y establecer marcos sólidos de seguimiento y evaluación.

108. Para hacer frente a las ENT y reglamentar los factores de riesgo se necesita no solo reconocer su importancia, sino también ampliar la escala de la colaboración intersectorial y la capacidad para aplicar y hacer cumplir políticas sólidas y leyes eficaces. Por consiguiente, durante el bienio 2018-2019, la OPS seguirá centrándose en transformar los compromisos políticos en intervenciones técnicas estratégicas basadas en la evidencia que los Estados Miembros puedan aplicar para mejorar la salud y el bienestar de su población. Asimismo, la OPS seguirá con su labor de promover actividades de colaboración y coordinación multisectoriales y participar en ellas; apoyar la ejecución y la operacionalización de los planes nacionales; promover la capacidad institucional para aplicar las políticas y los reglamentos que protejan la salud; crear capacidad humana; ejecutar intervenciones costoeficaces; proporcionar orientación sobre la reestructuración y la integración de los servicios de salud para que se centren tanto en la prevención como en el tratamiento y la atención; y hacer hincapié en la integración de la prevención y el control de las ENT, sus factores de riesgo y la salud mental en la atención primaria de salud empleando un enfoque del curso de la vida. Estas medidas se respaldarán con el establecimiento o fortalecimiento de sistemas de vigilancia que pueden aportar los datos científicos necesarios para vigilar el avance a nivel regional y de país, y evaluar los logros, las repercusiones y las brechas que persisten con respecto al *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019*.

Abordar los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud

109. Mejorar la salud de la población, incluso por medio de la prevención y el control de las ENT, es fundamental para garantizar el crecimiento económico, la equidad social y la protección del medioambiente, lo cual constituye la base para lograr el desarrollo sostenible. Son muchos los acuerdos internacionales, las resoluciones y las declaraciones de las Naciones Unidas, como la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, que demuestran que los gobiernos reconocen la interconexión que existe entre la salud y el desarrollo sostenible. La Agenda 2030 subraya la necesidad de mejorar la salud y el bienestar de todas las personas en todas las edades en el ODS 3, por lo que se reconoce que la salud es tanto una condición previa como un resultado del desarrollo humano sostenible. Las ENT son el eje central de tres de las metas del ODS 3, pero también son pertinentes con respecto a muchos otros ODS y metas que van más allá del ODS que gira explícitamente en torno a la salud.

110. Los efectos adversos de la epidemia de las ENT en el crecimiento económico demuestran que existe una conexión directa entre la salud y el desarrollo económico, y confirman la necesidad de abordar el desarrollo desde métodos más holísticos. Prevenir y controlar las ENT es fundamental no solo para lograr el crecimiento económico y la mitigación de la pobreza, sino también para abordar la inequidad social y económica y acelerar el desarrollo sostenible. En el bienio 2018-2019, la OPS contribuirá a los esfuerzos para lograr los siguientes ODS específicos relacionados con la salud mediante la labor que se realice en el contexto de la categoría 2:

- ODS 2: Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible (metas 2.1, 2.2)
- ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos a todas las edades (3.2, 3.4, 3.5, 3.6, 3.8, 3.a, 3.d)
- ODS 5: Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas (5.2, 5.3, 5.b, 5.c)
- ODS 11: Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles (11.2, 11.7)
- ODS 16: Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y construir a todos los niveles instituciones responsables e inclusivas que rindan cuentas (16.1, 16.2).

111. La OPS fortalecerá la ejecución de intervenciones muy costoeficaces y asequibles (definidas como las “mejores inversiones”) que tienen como finalidad reducir el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol, promover una alimentación saludable y la actividad física, y mejorar la prevención, el manejo y el control de las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el cáncer. Estas intervenciones contribuyen al logro del ODS 2 y el ODS 3. Por ejemplo, la OPS seguirá brindando apoyo a los Estados Miembros en sus esfuerzos por reducir el consumo de tabaco, aumentando los impuestos especiales al consumo de tabaco, aprobando legislación que cree entornos sin humo de tabaco en todos los centros de trabajo cerrados, los lugares públicos y el transporte público, y prohibiendo todas las formas de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. La OPS también seguirá brindando apoyo a las restricciones o las prohibiciones de la publicidad y la promoción del alcohol, y abogando por el uso de políticas de precios como los aumentos de impuestos al consumo sobre las bebidas alcohólicas. En el bienio, la OPS aplicará programas que tengan como objetivo reducir el consumo de sal y generar una mayor conciencia sobre los beneficios de la alimentación sana y la actividad física, promoviendo el control de la hipertensión y su seguimiento, así como la detección temprana del cáncer cervicouterino por medio del tamizaje.

112. Además, la OPS prestará cooperación técnica a sus Estados Miembros en las actividades que emprendan para reducir los traumatismos, la violencia y las colisiones causadas por el tránsito, a fin de contribuir con el logro de los ODS 3, 5 y 16.

Abordar los temas transversales

113. Del mismo modo que ocurre con otros problemas de salud prioritarios, las condiciones sociales y económicas predominantes influyen en la exposición y la vulnerabilidad de las personas a las ENT, así como en los resultados y las consecuencias de la atención de salud relacionados con las ENT. La carga de las ENT en la Región aumenta a un ritmo cada vez mayor no solo por el envejecimiento de la población, sino también por los efectos negativos de la globalización, como el comercio desleal y la comercialización irresponsable. También contribuyen la urbanización no planificada y el modo de vida cada vez más sedentario. En términos generales, las personas vulnerables y socialmente desfavorecidas se enferman con más frecuencia y mueren antes que las personas que ocupan posiciones sociales más altas; entre los determinantes sociales de la salud pertinentes se encuentran la educación, el trabajo, los ingresos, el género y la etnicidad. Hay pruebas fehacientes de la conexión que existe entre la pobreza y una menor esperanza de vida, y existe una vinculación entre un sinnúmero de determinantes sociales, en particular la educación, y los niveles de prevalencia de las ENT. A las personas de los grupos socioeconómicos más bajos les va mucho peor que a las de los grupos socioeconómicos más altos, y esto ocurre independientemente del nivel de desarrollo del país donde se encuentren. Por consiguiente, abordar los determinantes sociales de la salud es un aspecto crucial en la respuesta a la carga de las ENT, sus factores de riesgo y los trastornos relacionados. Las estrategias de promoción de la salud son un componente esencial de la prevención y el control de las ENT. Es especialmente importante promover la salud en la niñez y la adolescencia a fin de inculcar modos de vida saludables. La atención primaria de salud constituye la base de un sistema de salud eficaz; integrar la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y las intervenciones de salud mental a la atención primaria es un elemento clave de los esfuerzos para fortalecer los sistemas de salud. Además de estas vinculaciones temáticas, también hay innovaciones técnicas, como el uso de tecnologías digitales como los dispositivos móviles (*mSalud*), que probablemente tendrán un papel cada vez más importante en el apoyo que se presta a los Estados Miembros.

114. Los temas transversales están incorporados en la labor que se realiza en todas las áreas programáticas de la categoría 2. Por ejemplo, en el CMCT se reconoce que el control del tabaco es un elemento integral de la protección del derecho a la salud, por lo que obliga directamente los Estados a controlar el tabaco. No poner en práctica medidas para controlar el tabaco no solo es un obstáculo que frena el desarrollo sostenible de los países, sino también un impedimento significativo al derecho a la salud y la vida. La comunidad internacional ha empezado a comprender los vínculos entre el control del tabaco, las enfermedades no transmisibles y los derechos humanos; de hecho, el asunto de los derechos humanos y el consumo de tabaco se ha planteado recientemente ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. La OPS seguirá apoyando plenamente esta forma de abordar la salud desde la perspectiva de los derechos humanos.

115. Las personas con trastornos mentales a menudo están en riesgo de ser objeto de violaciones de los derechos humanos. La labor de la OPS en este campo es sumamente conocida y se ha fundamentado en la colaboración entre la Oficina del Asesor Jurídico y los consultores de salud mental. De manera análoga, las violaciones de los derechos humanos han estado por mucho tiempo vinculadas a la etnicidad, y los Estados Miembros envían a la OPS cada vez más solicitudes de cooperación técnica en este campo, particularmente en lo referente a la salud mental de las poblaciones indígenas.

116. En el caso de la vigilancia de las enfermedades no transmisibles, los datos recopilados se desglosan por sexo y al menos otras dos variables de estratificación (edad, educación, zona rural o urbana). Además, en la medida de lo posible también se desglosan por quintiles socioeconómicos. Las áreas programáticas de la categoría 2 incluyen medidas para mitigar las diferencias en la exposición a los factores de riesgo, las vulnerabilidades (como la falta de acceso a los servicios) y las consecuencias (como el gasto catastrófico y la estigmatización) que pueden afectar en particular a las poblaciones marginadas.

Riesgos

117. Entre los principales riesgos programáticos que pueden afectar el logro de resultados en la categoría 2 se encuentran los siguientes:

- a) Las prioridades nacionales en pugna, como los brotes de enfermedades arbovirales y los desastres naturales, reducen la atención que se presta a las ENT y sus factores de riesgo, y a las intervenciones relacionadas con la salud mental y las discapacidades a nivel de la atención primaria de salud.
- b) La inversión insuficiente a nivel nacional para la prevención y el control de las ENT, unida al limitado interés de los donantes, frena el progreso hacia la ejecución plena del *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019*.
- c) Los poderosos intereses económicos que existen en las industrias del tabaco, el alcohol y los productos procesados, junto con la escasa capacidad de reglamentación a nivel nacional, dificultan y obstaculizan el progreso en la lucha contra las ENT.
- d) La complejidad de los sistemas de vigilancia y notificación, incluida la variedad de metodologías utilizadas, reduce la capacidad de los países y territorios para informar sobre su progreso en la lucha contra las ENT y los factores de riesgo.
- e) Los esfuerzos para prevenir y reducir la violencia y los traumatismos se ven obstaculizados porque no se cumplen plenamente las políticas y normas que, como se ha demostrado, reducen los traumatismos y las muertes, especialmente en el área de la seguridad vial. Además, las brechas en los datos limitan la presentación de información sobre las intervenciones basadas en la evidencia.
- f) Aún no se han definido con claridad las modalidades de participación en la colaboración multisectorial en el contexto del *Marco para la colaboración con agentes no estatales* (FENSA por su sigla en inglés) de la OMS.
- g) Los cambios paradigmáticos que conducen a la despenalización de las sustancias psicoactivas sin los recursos concomitantes o instrumentos normativos vigentes que permitan evitar consecuencias imprevistas como un aumento del consumo por parte de los jóvenes, y sin la capacidad de observar y evaluar la repercusión de tales cambios, crean nuevos riesgos de salud pública.

Presupuesto por área programática (en dólares de EE.UU.)

| Área programática | | Presupuesto preliminar | Nivel de prioridad |
|-----------------------|---|------------------------|--------------------|
| 2.1 | Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo | 32.500.000 | 1: alta |
| 2.2 | Salud mental y trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas | 8.300.000 | 2: mediana |
| 2.3 | Violencia y traumatismos | 6.500.000 | 2: mediana |
| 2.4 | Discapacidades y rehabilitación | 3.500.000 | 3: baja |
| 2.5 | Nutrición | 8.300.000 | 2: mediana |
| Total de la categoría | | 59.100.000 | |



Principales intervenciones, resultados intermedios y resultados inmediatos

2.1 Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo

| Principales intervenciones de cooperación técnica | | | |
|---|---|----------------------------|-------------------|
| 2.1.A | Fortalecer las capacidades nacionales para llevar a la práctica políticas, programas y servicios basados en la evidencia y costoeficaces para la prevención primaria, el tamizaje, la detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento de las ENT y sus factores de riesgo. | | |
| 2.1.B | Mejorar la capacidad de los países para la vigilancia y el seguimiento de las ENT, los trastornos de salud mental y los factores de riesgo para facilitar la presentación de informes sobre el progreso hacia los compromisos mundiales y regionales en materia de las ENT y sus factores de riesgo, la seguridad vial, los traumatismos y los trastornos de salud mental. | | |
| 2.1.C | Incorporar las ENT y sus factores de riesgo en los planes y programas multisectoriales de desarrollo nacional y en los marcos nacionales correspondientes de asistencia para el desarrollo de las Naciones Unidas. | | |
| Resultado intermedio (RIT) | | | |
| 2.1 | Aumento del acceso a intervenciones para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles (ENT) y sus factores de riesgo. | | |
| Resultados inmediatos (RIM) | | | |
| 2.1.1 | Países y territorios habilitados para elaborar políticas y planes nacionales multisectoriales a fin de prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles (ENT) y sus factores de riesgo, de conformidad con el <i>Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019</i> | | |
| | Indicador del RIM 2.1.1a: Número de países y territorios que tienen al menos un política, una estrategia o un plan de acción nacional multisectorial en marcha que integra las enfermedades no transmisibles y los factores de riesgo comunes | Línea de base (2017) 30 | Meta (2019) 38 |
| | Indicador del RIM 2.1.1b: Número de países y territorios que han establecido a nivel de país metas e indicadores relacionados con las ENT sujetos a plazos y basados en marco mundial de vigilancia de las ENT de la OMS y el plan de acción regional sobre las ENT | Línea de base (2017) 24 | Meta (2019) 34 |
| 2.1.2 | Países y territorios habilitados para ejecutar intervenciones sumamente costoeficaces (“las mejores inversiones”) para reducir los cuatro factores de riesgo modificables de las enfermedades no transmisibles (consumo de tabaco, alimentación poco saludable, inactividad física y consumo nocivo de alcohol) | | |
| | Indicador del RIM 2.1.2a: Número de países y territorios que están ejecutando medidas de políticas de base poblacional a fin de reducir el consumo nocivo de alcohol de acuerdo con el <i>Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol</i> de la OPS y la <i>Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol</i> de la OMS | Línea de base (2017) 9 | Meta (2019) 11 |
| | Indicador del RIM 2.1.2b: Número de países y territorios que están ejecutando políticas para reducir la inactividad física o promover la actividad física | Línea de base (2017) 11 | Meta (2019) 15 |
| | Indicador del RIM 2.1.2c: Número de países y territorios que están ejecutando políticas que reducen el consumo de sal en la población. | Línea de base (2017) 19 | Meta (2019) 22 |
| | Indicador del RIM 2.1.2d: Número de países y territorios que están ejecutando políticas fiscales o marcos regulatorios sobre la publicidad de alimentos o normas sobre la rotulación en el frente de los envases para prevenir la obesidad en la niñez y la adolescencia, conforme al <i>Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia</i> de la OPS | Línea de base (2017) 7 | Meta (2019) 13 |
| | Indicador del RIM 2.1.2e: Número de países y territorios que han ejecutado las cuatro medidas principales para reducir la demanda de tabaco establecidas en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (impuestos al tabaco, ambientes libres de humo de tabaco, advertencias en torno a la salud y prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio) al nivel más alto de aplicación como se definió en el <i>Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2015</i> | Línea de base (2017) 6 | Meta (2019) 12 |

2.1 Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo (continuación)

| Principales intervenciones de cooperación técnica | | | | |
|---|--|---|--|---|
| 2.1.3 | Países y territorios habilitados para mejorar el manejo de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas y sus factores de riesgo, incluso en situaciones de crisis o emergencia | Indicador del RIM 2.1.3a: Número de países y territorios que tienen directrices, protocolos o normas nacionales reconocidos o aprobados por el gobierno y basados en la evidencia para el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas | Línea de base (2017) 13 | Meta (2019) 19 |
| | | Indicador del RIM 2.1.3b: Número de países y territorios que han incorporado en la atención primaria de salud la detección temprana, la derivación y el tratamiento de las enfermedades no transmisibles | Línea de base (2017) 10 | Meta (2019) 14 |
| | | Indicador del RIM 2.1.3c: Número de países y territorios en los cuales los siguientes medicamentos esenciales (aspirina, estatinas, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, diuréticos tiazídicos, bloqueadores de los canales de calcio de acción prolongada, metformina, insulina, broncodilatadores y esteroides inhalatorios) y tecnologías (tensiómetros, balanzas, dispositivos de medición de la glucosa y el colesterol en la sangre con las tiras correspondientes, y tiras para la orina destinadas a las pruebas de albúmina), usados para tratar enfermedades no transmisibles, están en general disponibles en el sector público de la salud | Línea de base (2017) 9 | Meta (2019) 14 |
| 2.1.4 | Implementación del marco de seguimiento para informar sobre los progresos realizados en el cumplimiento de los compromisos que figuran en la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, el <i>Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020</i> de la OMS y el <i>Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019</i> | Indicador del RIM: Número de países y territorios que han establecido sistemas de vigilancia y seguimiento de las enfermedades no transmisibles para poder presentar informes acerca del cumplimiento de las nueve metas mundiales de carácter voluntario sobre las enfermedades no transmisibles | Línea de base (2017) 23 | Meta (2019) 33 |
| | | 2.1.5 | Países y territorios habilitados para mejorar la vigilancia de la enfermedad renal crónica | Indicador del RIM: Número de países y territorios con un registro poblacional nacional de alta calidad sobre la diálisis y los trasplantes renales |

2.2 Salud mental y trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas

| Principales intervenciones de cooperación técnica | | | |
|---|---|----------------------------|-------------------|
| 2.2.A | Fortalecer la capacidad nacional para la elaboración y ejecución de políticas y planes de salud mental y de consumo de alcohol y de sustancias psicotrópicas que procuren integrar la atención de la salud mental en la salud general, entre ellos la planificación operativa, el aumento de la capacidad y la atención a programas especiales como la prevención de suicidios. | | |
| 2.2.B | Proteger y promover los derechos humanos de las personas con trastornos de salud mental. | | |
| Resultado intermedio (RIT) | | | |
| 2.2 | Aumento de la cobertura de servicios de tratamiento para los trastornos mentales y los trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas | | |
| Resultados inmediatos (RIM) | | | |
| 2.2.1 | Fortalecimiento de la capacidad de los países y territorios para elaborar y ejecutar políticas, planes y sistemas de información nacionales en consonancia con el <i>Plan de acción sobre salud mental 2015-2020</i> de la OPS y el <i>Plan de acción sobre salud mental 2013-2020</i> de la OMS | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que tienen una política o plan nacional sobre salud mental en consonancia con el <i>Plan de acción sobre salud mental 2015-2020</i> de la OPS y el <i>Plan de acción sobre salud mental 2013-2020</i> de la OMS | Línea de base (2017) 30 | Meta (2019) 35 |
| 2.2.2 | Países y territorios con capacidad técnica para desarrollar servicios de salud mental integrados en todo el proceso continuo de promoción, prevención, tratamiento y recuperación | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que han establecido un programa para integrar la salud mental en la atención primaria de salud usando la Guía de intervención del Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (conocido como mhGAP) | Línea de base (2017) 28 | Meta (2019) 32 |
| 2.2.3 | Países y territorios habilitados para ampliar y fortalecer las estrategias, los sistemas y las intervenciones dirigidos a los trastornos debidos al consumo de alcohol y de sustancias psicotrópicas | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios con estrategias, sistemas e intervenciones ampliados para la prevención y el tratamiento de trastornos debidos al consumo de sustancias y otros trastornos conexos | Línea de base (2017) 10 | Meta (2019) 16 |



2.3 Violencia y traumatismos

| Principales intervenciones de cooperación técnica | | | |
|---|--|----------------------|-------------|
| 2.3.A | Fortalecer la capacidad de los Estados Miembros para elaborar leyes de seguridad vial y mejorar su cumplimiento en relación con los factores de riesgo y de prevención de los traumatismos causados por el tránsito. | | |
| 2.3.B | Mejorar la calidad de los datos de los Estados Miembros sobre los traumatismos causados por el tránsito a fin de que la información sobre mortalidad y morbilidad refleje las características de las víctimas. | | |
| 2.3.C | Fortalecer la capacidad de los países y territorios para ejecutar políticas y programas basados en la evidencia a fin de prevenir y responder a la violencia contra las mujeres, la población infantil y la población joven. | | |
| 2.3.D | Mejorar la calidad y el uso de los datos sobre la violencia para generar políticas y programas basados en la evidencia. | | |
| Resultado intermedio (RIT) | | | |
| 2.3 | Reducción de los factores de riesgo relacionados con la violencia y los traumatismos, haciendo hincapié en la seguridad vial, los traumatismos infantiles y la violencia contra los niños, las mujeres y los jóvenes | | |
| Resultados inmediatos (RIM) | | | |
| 2.3.1 | Formulación y ejecución de planes y programas multisectoriales a fin de prevenir los traumatismos, haciendo hincapié en lograr las metas establecidas en el contexto del Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011-2020 | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios con estrategias de seguridad vial que cuentan con financiamiento | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 10 | 15 |
| 2.3.2 | Países y territorios habilitados para incorporar el enfoque de la seguridad humana en los planes de salud existentes como mecanismo para prevenir la violencia y los traumatismos (en especial la violencia juvenil) de conformidad con los mandatos mundiales y regionales | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que han evaluado el nivel de integración del enfoque de la seguridad humana por lo menos en uno de los programas de salud existentes de acuerdo con las directrices de la OPS del 2015 para evaluar la incorporación del enfoque de la seguridad humana en los planes de salud | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 5 | 9 |
| 2.3.3 | Facilitación de la formulación y la aplicación de políticas y programas que permitan abordar la violencia contra los niños y contra las mujeres | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que han creado o ajustado los procedimientos normalizados de trabajo, protocolos o directrices nacionales para la respuesta del sistema de salud a la violencia contra los niños y contra las mujeres, en consonancia con las directrices de la OMS | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 6 | 12 |

2.4 Discapacidades y rehabilitación

| Principales intervenciones de cooperación técnica | | | |
|---|---|----------------------|-------------|
| 2.4.A | Fortalecer la capacidad a nivel de país para mejorar el acceso a los servicios de salud de las personas con discapacidad, incluidos los servicios de habilitación o rehabilitación y los dispositivos de apoyo; invertir en programas para satisfacer necesidades específicas de las personas con discapacidad y recopilar datos sobre discapacidades; y adoptar planes nacionales sobre la discapacidad. | | |
| 2.4.B | Fortalecer la capacidad de los Estados Miembros para elaborar políticas, planes y programas nacionales basados en la evidencia sobre la salud ocular, auricular y bucodental, y aumentar la cobertura de los servicios como parte de una ampliación de los sistemas de salud. | | |
| Resultado intermedio (RIT) | | | |
| 2.4 | Aumento del acceso a servicios sociales y de salud para personas con discapacidades, incluida la prevención | | |
| Resultados inmediatos (RIM) | | | |
| 2.4.1 | Ejecución del <i>Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021</i> y el <i>Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación de la OPS</i> para el período 2014-2019, de conformidad con las prioridades nacionales | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que están aplicando programas integrales sobre la salud y la rehabilitación de conformidad con el <i>Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021</i> y el <i>Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación de la OPS</i> para el período 2014-2019 | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 16 | 20 |
| 2.4.2 | Países y territorios habilitados para fortalecer la prevención y el manejo de enfermedades oculares en el marco de los sistemas de salud | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que han realizado una evaluación nacional de los servicios de atención oftalmológica de acuerdo con las recomendaciones de la OPS/OMS | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 10 | 14 |
| 2.4.3 | Países y territorios habilitados para fortalecer la prevención y el manejo de enfermedades del oído y pérdida de audición en el marco de los sistemas de salud | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que están ejecutando las estrategias de atención del oído y la audición en colaboración con la OPS/OMS | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 5 | 9 |

2.5 Nutrición

| Principales intervenciones de cooperación técnica | | | |
|---|--|----------------------|-------------|
| 2.5.A | Fortalecer la base de evidencia con respecto a las intervenciones nutricionales eficaces y la formulación y evaluación de políticas, reglamentos y programas; proporcionar el liderazgo necesario, los conocimientos prácticos y la capacidad requerida para ampliar a mayor escala las acciones; y promover enfoques multisectoriales que incluyan a los actores clave como los ministerios de educación, de agricultura y ganadería, y de medioambiente. | | |
| 2.5.B | Fortalecer la ejecución eficaz del <i>Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia</i> de la OPS, haciendo hincapié en las cuatro líneas de acción, a saber, la atención de salud y la promoción de la lactancia materna y la alimentación saludable; el mejoramiento del entorno de alimentación y actividad física en los establecimientos escolares; las políticas fiscales y reglamentación de la publicidad, promoción y etiquetado de alimentos; y otras medidas multisectoriales. | | |
| Resultado intermedio (RIT) | | | |
| 2.5 | Reducción de los factores de riesgo nutricionales | | |
| Resultados inmediatos (RIM) | | | |
| 2.5.1 | Países y territorios habilitados para formular y hacer el seguimiento de planes de acción para enfrentar la desnutrición en todas sus formas y lograr las metas mundiales sobre la nutrición para el 2025 y los componentes relacionados con la nutrición de los Objetivos de Desarrollo Sostenible | | |
| | Indicador del RIM 2.5.1a: Número de países y territorios que están ejecutando políticas nacionales compatibles con las metas mundiales sobre la nutrición establecidas para el 2025 y los componentes de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la nutrición | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 17 | 19 |
| | Indicador del RIM 2.5.1b: Número de países y territorios que aplican políticas para proteger, promover y apoyar las prácticas óptimas de lactancia materna y alimentación complementaria | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 12 | 13 |

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



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

Análisis de la situación regional y enfoques colectivos

118. A pesar del considerable progreso en la mejora de la salud y la reducción de las desigualdades en toda la Región, aún quedan por resolver algunos problemas difíciles. Nuevos retos como el brote de la infección por el virus del Zika y sus consecuencias para la salud reproductiva y la salud de la mujer y los lactantes han subrayado las brechas que aún persisten en cuanto a la prevención, la vigilancia y la calidad de la atención, desde un enfoque basado en los derechos. Además, durante el próximo decenio la Región experimentará un envejecimiento acelerado de la población. Todo esto tendrá una repercusión importante en las necesidades de salud y la manera en que se deben prestar los servicios de salud.

119. En el bienio 2018-2019, la labor en la categoría 3 se centrará en redoblar los esfuerzos para promover la salud mediante la adopción de un enfoque integrado del curso de la vida, desde antes de la concepción hasta la vejez, haciendo hincapié en la equidad y dentro de un marco basado en los derechos. El enfoque del curso de la vida tiene en cuenta la forma en que diversos determinantes interactúan y afectan la salud a lo largo de la vida y entre generaciones. El trabajo en el bienio pondrá el acento en aplicar este enfoque de una manera más firme, principalmente mediante la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)* de la OMS y el marco de la salud en todas las políticas, así como mediante actividades interprogramáticas. Estos esfuerzos respaldarán la aplicación de los temas transversales en toda la labor de la Organización y promoverán la realización de las inversiones adecuadas que podrían hacer del envejecimiento un factor positivo que impulse el desarrollo en nuestros países. En un plano más amplio, la OPS también seguirá centrándose en los determinantes de la salud, el establecimiento de nuevas alianzas estratégicas y el fortalecimiento de las que ya contribuyen al logro de los ODS, y el fortalecimiento de la capacidad institucional y las competencias profesionales en todas las áreas programáticas para proteger los logros realizados, subsanar las brechas que persisten y afrontar los nuevos retos de manera eficaz.

120. Un factor clave para la salud y el bienestar de los seres humanos es el logro de entornos sanos, con ecosistemas operativos y prósperos, y acceso universal al agua y el saneamiento. Aunque lo que se necesita específicamente para lograr entornos sanos dependerá del contexto de cada país, la perturbación de estos sistemas representa una amenaza importante para la salud humana. Además, los objetivos económicos y las exigencias de la industria seguirán teniendo un peso importante. Por último, deben priorizarse aquellos indicadores sociales y ambientales que van más allá del ODS 3, a fin de hacer un seguimiento del progreso de la Región en cuanto a la posibilidad de que las personas puedan vivir, trabajar y prosperar alcanzando todo su potencial a lo largo del curso de la vida.

121. Entre otras áreas clave en las cuales existe colaboración entre esta categoría y el resto de la OPS se encuentran las enfermedades transmisibles y las vacunas, la nutrición, la inocuidad de los alimentos y los servicios de salud integrados y centrados en la persona, que brindan atención primaria de salud a lo largo de todo el curso de la vida, haciendo hincapié en las necesidades particulares de los diferentes grupos de hombres y mujeres. También hay vínculos con los programas relacionados con los comportamientos de riesgo en la adolescencia así como con los

programas contra las ENT y los riesgos ocupacionales en los adultos. La respuesta de la OPS a las necesidades de salud de los grupos de personas mayores es polifacética y abarca todos los componentes de la Organización. Será particularmente importante la colaboración estrecha con las áreas de análisis de salud, ENT y salud mental a lo largo del curso de la vida, así como el acceso a la atención de salud y al cuidado a largo plazo y la prevención de las discapacidades. Igualmente importante son las actividades relacionadas con la salud de las mujeres, los niños y los adultos mayores en situaciones de emergencia.

122. En la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)* se plantea una visión audaz para la categoría 3: “Un mundo en el que el conjunto de las mujeres, los niños y los adolescentes, en todos los entornos, realicen sus derechos a la salud y el bienestar físicos y mentales, tengan oportunidades sociales y económicas y puedan participar plenamente en la configuración de unas sociedades prósperas y sostenibles”.

Abordar los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud

123. Una visión del curso de la vida concuerda con muchos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible. De los diecisiete ODS que se establecen en la Agenda 2030, solo uno está explícitamente relacionado con la salud: el ODS 3 (“garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”). Sin embargo, muchos de los otros ODS —si acaso no todos— también incluyen metas relacionadas con la salud. Entre ellos se encuentran, en particular, el ODS 5 (lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas) y el ODS 10 (reducir la desigualdad en y entre los países). Otras metas pertinentes se relacionan con la pobreza (ODS 1), el hambre (ODS 2), la educación (ODS 4), el agua y el saneamiento (ODS 6), la energía (ODS 7), el crecimiento económico y el empleo (ODS 8), las ciudades y los asentamientos humanos (ODS 11), el consumo y la producción (ODS 12), el cambio climático (ODS 13) y el fortalecimiento de los medios de implementación (ODS 17). Aunque no están incluidos explícitamente en el ODS 3, estos temas forman parte de los determinantes más inmediatos de salud y bienestar. Para alcanzar estas metas, es fundamental promover la salud dentro de los marcos de los derechos humanos, los determinantes sociales y ambientales de la salud, y la equidad en la salud, que desempeñan en su totalidad un papel fundamental en la labor y los esfuerzos regionales que la OPS realiza en un plano más amplio.

124. En la Agenda 2030 se reconocen muchas de las enseñanzas extraídas y se aprovechan los éxitos obtenidos con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, al tiempo que se establece un nuevo curso para los países encaminado a garantizar un desarrollo sostenible para todos. Por encima de todo, en la Agenda 2030 se plantea un cambio político y conceptual fundamental del paradigma de desarrollo y se promueven iniciativas intersectoriales innovadoras con sistemas e instituciones que no entran dentro de lo que tradicionalmente se entiende como parte del campo de la salud. Este nuevo curso del desarrollo no está predefinido ni sigue el modelo establecido en algún país, por lo que es necesario interpretar y reflexionar en forma colectiva para evaluar la mejor manera de alcanzar los ODS como un conjunto integrado de metas.

Abordar los temas transversales

125. La categoría 3 es el eje central de los temas transversales del Plan Estratégico de la OPS: equidad, género, derechos humanos y etnicidad. Al incorporarse como enfoques, implican necesariamente colaboración interprogramática. Por lo tanto, la labor emprendida en el marco de esta categoría incluirá apoyo técnico para que las iniciativas de todas las áreas programáticas de la OPS encuentren, analicen y aborden las inequidades en materia de salud, promuevan la igualdad étnica y de género en el ámbito de la salud, y se basen en enfoques que aborden la salud desde la perspectiva de los derechos humanos. Además, el trabajo en esta categoría promoverá la colaboración intersectorial para suministrar datos científicos y abordar los determinantes sociales, culturales y ambientales de la salud.

Riesgos

126. Entre los principales riesgos programáticos que pueden afectar el logro de los resultados en la categoría 3 se encuentran los siguientes:

- a) Las prioridades contrapuestas, los desastres y las epidemias, los disturbios políticos y civiles limitan los recursos para las áreas programáticas en esta categoría, comprometiendo el logro de los resultados.
- b) Hay una erosión de la voluntad política para apoyar el trabajo en relación con los determinantes sociales de la salud y poca capacidad para integrarlos en los programas de salud.
- c) El movimiento frecuente de personal y la falta de una masa crítica de prestadores de atención de salud socavan las intervenciones a nivel de salud primaria.
- d) Los sistemas de información producen datos desglosados limitados y pocos datos sobre los determinantes sociales de la salud.
- e) La participación de los principales interesados directos en todas las etapas de la adopción de decisiones sobre la planificación familiar, desde las políticas hasta la ejecución de programas, es limitada por razones sociales y religiosas. No se usa el enfoque multisectorial para garantizar el acceso a la planificación familiar. La mayoría de los países no tienen sistemas adecuados de evaluación y seguimiento con la finalidad de señalar los principales obstáculos para la planificación familiar y los grupos con acceso mínimo a estos servicios, como los adolescentes, los indígenas y los habitantes de zonas rurales.
- f) El personal de salud no está preparado para trabajar con los nuevos programas de envejecimiento activo.
- g) Se usan pocos programas basados en la evidencia, adaptados al contexto local y pertinentes para la población local.
- h) Aunque se ponen de relieve los temas transversales en las prioridades de salud a nivel mundial, regional y nacional, quedan ocultos fácilmente o se los deja de lado cuando son cuestionados por grupos nacionales e internacionales con intereses especiales. Los asociados poseen escasos conocimientos y hay poco consenso entre ellos en lo que se refiere a las definiciones, los marcos y las estrategias para los temas transversales.
- i) Hay leyes y políticas perjudiciales basadas en la identidad de género, las expresiones de género, la edad, la etnicidad o la orientación sexual que obstaculizan las iniciativas para que se respeten, promuevan y protejan los derechos humanos en el contexto de la salud.
- j) Debido a las políticas y leyes obsoletas y al cumplimiento limitado de las políticas y leyes vigentes, es difícil abordar eficazmente la salud ambiental y de los trabajadores.
- k) Resulta difícil alcanzar de manera eficaz las metas previstas en los ODS en cuanto al agua y el saneamiento debido a la reducida consideración que se presta a los derechos humanos en estos dos ámbitos.

Presupuesto por área programática (en dólares de EE.UU.)

| Área programática | Presupuesto preliminar | Nivel de prioridad |
|---|------------------------|--------------------|
| 3.1 Salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto, y salud sexual y reproductiva | 42.600.000 | 1: alta |
| 3.2 Envejecimiento y salud | 4.100.000 | 3: baja |
| 3.3 Género, equidad, derechos humanos y etnicidad | 10.200.000 | 3: baja |
| 3.4 Determinantes sociales de la salud | 12.000.000 | 2: mediana |
| 3.5 Salud y medioambiente | 12.500.000 | 2: mediana |
| Total de la categoría | 81.400.000 | |



Principales intervenciones, resultados intermedios y resultados inmediatos

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

| Principales intervenciones de cooperación técnica | | | |
|---|---|--------------------------------|----------------------|
| 3.1.A | Poner en práctica acciones integradas y multisectoriales sobre la salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto en conformidad con los mandatos mundiales y regionales. | | |
| 3.1.B | Mejorar la información estratégica, haciendo hincapié en prestar atención universal de buena calidad para la mujer, el niño y el adolescente, la aplicación de directrices y normas, y el aumento de la capacidad en el ámbito de los recursos humanos. Se fortalecerán los sistemas de información para hacer el seguimiento y evaluar la calidad de la atención y la prevalencia del uso de intervenciones costoeficaces en la atención prestada a la mujer, la madre y el recién nacido. Se promoverá y respaldará la investigación operativa en redes locales y regionales para mejorar la vigilancia epidemiológica de los eventos centinelas y la gestión de planes, estrategias y programas. | | |
| 3.1.C | Señalar los temas que deben incluirse en la agenda, las políticas y la legislación regionales relacionadas con la salud para facilitar el acceso universal a la salud, así como la formación y el fortalecimiento de alianzas estratégicas para contribuir con las agendas establecidas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la <i>Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)</i> . | | |
| 3.1.D | Actualizar los planes de acción nacionales basados en los ODS y la <i>Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)</i> ; ejecutar y evaluar las intervenciones basadas en la evidencia para reducir la morbilidad y la mortalidad prevenible y promover la salud y el bienestar; y abogar por la inclusión del enfoque de la atención a lo largo del curso de la vida en las políticas y la legislación. | | |
| Resultado intermedio (RIT) | | | |
| 3.1 | Aumento del acceso a las intervenciones para mejorar la salud de la mujer, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto | | |
| Resultados inmediatos (RIM) | | | |
| 3.1.1 | Países habilitados para mejorar la salud materna mediante una mejora de la calidad y una mayor ampliación del acceso a las intervenciones eficaces para poner fin a las muertes maternas que pueden evitarse, desde el período previo al embarazo hasta el postparto, y las muertes perinatales (mortinatos y muertes en el período neonatal), con especial atención al período de 24 horas en torno al parto | | |
| | Indicador del RIM: Número de países de que están aplicando la <i>Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)</i> , incluidos los objetivos de sobrevivir, prosperar y transformar | Línea de base (2017) 0 | Meta (2019) 6 |
| 3.1.2 | Ejecución de la <i>Estrategia y plan de acción para la salud integral en la niñez</i>, de la OPS, haciendo hincapié en los grupos poblacionales más vulnerables | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que están ejecutando una política, estrategia o plan nacional integrado para la salud del niño, en consonancia con los marcos jurídicos y la normativa | Línea de base (2017) 20 | Meta (2019) 30 |
| 3.1.3 | Ejecución de la <i>Estrategia de salud reproductiva</i> de la OMS, centrándose en abordar las necesidades insatisfechas | | |
| | Indicador del RIM: Número de países que han incorporado métodos modernos para resolver la demanda insatisfecha de planificación familiar | Línea de base (2017) ND* | Meta (2019) 7 |
| 3.1.4 | Investigaciones realizadas y datos científicos generados y resumidos a fin de diseñar intervenciones clave con respecto a la salud reproductiva y la salud de la madre, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto, así como otros problemas y cuestiones conexas | | |
| | Indicador del RIM 3.1.4a: Número de estudios realizados para fundamentar el diseño de intervenciones nuevas o mejoradas con respecto a la salud reproductiva y la salud de la madre, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto | Línea de base (2017) ND | Meta (2019) 5 |
| | Indicador del RIM 3.1.4b: Número de publicaciones e informes científicos sobre soluciones y estrategias relacionadas con la salud sexual y reproductiva | Línea de base (2017) ND | Meta (2019) 10 |
| 3.1.5 | Ejecución del <i>Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes</i> de la OPS | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que están aplicando políticas o ejecutando planes nacionales de salud con respecto a la salud integral del adolescente | Línea de base (2017) 37 | Meta (2019) 45 |

* ND: No disponible.

3.2 Envejecimiento y salud

| Principales intervenciones de cooperación técnica | | | |
|---|---|----------------------|-------------|
| 3.2.A | <p>Aplicar el <i>Plan de acción sobre la salud de las personas mayores, incluido el envejecimiento activo y saludable</i> de la OPS y la <i>Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud</i> de la OMS centrándose específicamente en las siguientes prioridades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Promover la integración de la salud de las personas mayores en las políticas públicas nacionales y adaptar los sistemas de salud para que respondan a los retos relacionados con el envejecimiento. b) Brindar apoyo a los Estados Miembros en la elaboración de una estrategia que aborde la atención a largo plazo. c) Ofrecer programas de actualización profesional a los recursos humanos que trabajan en la atención primaria de salud y la salud pública para que se ocupen de las cuestiones relacionadas con el envejecimiento. d) Aumentar la capacidad necesaria en el área de información para ejecutar y evaluar intervenciones relacionadas con el envejecimiento y la salud. | | |
| Resultado intermedio (RIT) | | | |
| 3.2 | Aumento del acceso a intervenciones para que los adultos mayores puedan llevar una vida independiente | | |
| Resultados inmediatos (RIM) | | | |
| 3.2.1 | Ejecución del <i>Plan de acción sobre la salud de las personas mayores, incluido el envejecimiento activo y saludable</i> , de la OPS | | |
| | <p>Indicador del RIM 3.2.1a: Número de países con planes, políticas o estrategias nacionales de salud que incluyen explícitamente medidas para abordar las necesidades de salud de las personas mayores</p> | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 15 | 18 |
| | <p>Indicador del RIM 3.2.1b: Número de países con al menos un municipio que aplica el programa de la OMS sobre entornos adaptados a las personas mayores</p> | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 8 | 12 |
| | <p>Indicador del RIM 3.2.1c: Número de países que han ratificado y están aplicando la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores</p> | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 0 | 5 |
| 3.2.2 | Países habilitados para prestar servicios integrados centrados en la persona en todo el proceso continuo de la atención que responden a las necesidades de las mujeres y los hombres mayores en entornos de ingresos bajos, medianos y altos | | |
| | <p>Indicador del RIM: Número de países y territorios con al menos un programa de autocuidado basado en la evidencia para adultos mayores (60 años o más) que tienen varias afecciones crónicas</p> | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 12 | 16 |
| 3.2.3 | Fortalecimiento de la base de datos científicos y establecimiento de mecanismos de seguimiento y evaluación a fin de abordar problemas clave pertinentes para la salud de las personas mayores | | |
| | <p>Indicador del RIM: Número de países y territorios que cuentan con investigaciones nacionales para abordar problemas clave pertinentes para la salud de las personas mayores</p> | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 15 | 18 |

3.3 Género, equidad, derechos humanos y etnicidad

| Principales intervenciones de cooperación técnica | | | |
|---|---|-----------------------------|--------------------|
| 3.3.A | Incorporar la perspectiva de género, la equidad, los derechos humanos y la etnicidad en las áreas programáticas de la OPS. | | |
| 3.3.B | Fortalecer la capacidad para abordar las inequidades en salud, particularmente las que guarden relación con el género y la etnicidad, y para garantizar que la salud se aborde desde enfoques basados en los derechos humanos, usando modalidades ya existentes o nuevas. | | |
| 3.3.C | Generar y publicar datos científicos, métodos y otros documentos técnicos sobre el género, la equidad, los derechos humanos y la etnicidad con respecto a la salud. | | |
| Resultado intermedio (RIT) | | | |
| 3.3 | Aumento de la capacidad del país de integrar el género, la equidad, los derechos humanos y la etnicidad en el ámbito de la salud | | |
| Resultados inmediatos (RIM) | | | |
| 3.3.1 | Perspectiva de género, equidad, derechos humanos y etnicidad incorporada en las áreas programáticas de la OPS | | |
| | Indicador del RIM: Proporción de áreas programáticas de la OPS que incorporan la perspectiva de género, equidad, derechos humanos y etnicidad en la planificación operativa | Línea de base (2017) 85% | Meta (2019) 90% |
| 3.3.2 | Países habilitados para ejecutar y hacer el seguimiento de políticas, planes o leyes de salud que abordan la igualdad de género | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que están ejecutando políticas o planes de salud que abordan la igualdad de género | Línea de base (2017) 14 | Meta (2019) 20 |
| 3.3.3 | Países habilitados para ejecutar políticas, planes o leyes de salud que abordan las necesidades en cuanto a los derechos humanos | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que usan normas y criterios sobre los derechos humanos para formular políticas, planes o leyes | Línea de base (2017) 33 | Meta (2019) 35 |
| 3.3.4 | Países habilitados para ejecutar políticas, planes o leyes de salud que abordan la equidad en la salud | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que están ejecutando políticas, planes o leyes de salud que abordan la equidad en la salud | Línea de base (2017) 25 | Meta (2019) 27 |
| 3.3.5 | Países habilitados para ejecutar políticas, planes o leyes de salud que abordan la etnicidad | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que están ejecutando políticas, planes o leyes de salud que abordan la etnicidad | Línea de base (2017) 23 | Meta (2019) 33 |

3.4 Determinantes sociales de la salud

| Principales intervenciones de cooperación técnica | | | |
|---|--|----------------------|-------------|
| 3.4.A | Aplicar el <i>Plan de acción sobre la salud en todas las políticas</i> de la OPS. | | |
| 3.4.B | Fortalecer la Red Interamericana de Hábitat Saludable. | | |
| 3.4.C | Elaborar una estrategia regional sobre la promoción de la salud que sea adoptada por los Estados Miembros. | | |
| 3.4.D | Brindar apoyo a los Estados Miembros en el establecimiento de redes nacionales e internacionales de ciudades saludables para brindar apoyo a la ejecución del <i>Plan de acción sobre la salud en todas las políticas</i> . | | |
| 3.4.E | Fortalecer las redes de entornos saludables de escuelas, las universidades y parques urbanos. | | |
| 3.4.F | Aplicar la estrategia institucional de la OPS con respecto a los Objetivos de Desarrollo Sostenible. | | |
| 3.4.G | Hacer un seguimiento acerca de las desigualdades en torno a la salud y generar perfiles actualizados de país sobre la equidad en la salud. | | |
| 3.4.H | Fortalecer la capacidad institucional nacional para ejecutar el <i>Plan de acción sobre la salud de los trabajadores</i> de la OPS para el período 2015-2025. | | |
| Resultado intermedio (RIT) | | | |
| 3.4 | Mayor liderazgo del sector de la salud para abordar los determinantes sociales de la salud | | |
| Resultados inmediatos (RIM) | | | |
| 3.4.1 | Mejora de la capacidad de los países para elaborar políticas y medidas intersectoriales a fin de abordar los determinantes sociales de la salud mediante la aplicación de los marcos de “la salud en todas las políticas” y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que están aplicando el marco sobre la salud en todas las políticas para la acción a nivel de país | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 16 | 20 |
| 3.4.2 | Países habilitados para generar perfiles de equidad a fin de abordar los determinantes sociales de la salud conforme a lo previsto en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que elaboran perfiles de equidad en los cuales se abordan al menos dos determinantes sociales de la salud | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 17 | 20 |
| 3.4.3 | Países habilitados para ampliar las experiencias locales usando estrategias de promoción de la salud para reducir la inequidad en la salud y mejorar la participación comunitaria de redes que fomentan la salud | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que aplican estrategias de promoción de la salud para reducir las inequidades en la salud y aumentar la participación comunitaria de las redes que fomentan la salud | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 20 | 24 |
| 3.4.4 | Países habilitados para abordar la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, respondiendo a los determinantes sociales de la salud | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que integran los Objetivos de Desarrollo Sostenible en sus procesos nacionales de planificación | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 16 | 22 |
| 3.4.5 | Aumento de la capacidad de la OPS para medir la equidad, la igualdad de género, los derechos humanos, la etnicidad y los determinantes sociales, y hacerles seguimiento | | |
| | Indicador del RIM 3.4.5a: Número de áreas programáticas de la OPS (con orientación programática) que están usando instrumentos para hacer seguimiento de la inequidad en el ámbito de la salud a fin de notificar sus datos de forma desglosada | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 2 | 3 |
| | Indicador del RIM 3.4.5b: Número de informes de la OPS sobre las tendencias regionales de los determinantes de la salud y las acciones emprendidas para abordarlos, así como el progreso alcanzado | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 2 | 4 |

3.5 Salud y medioambiente

| Principales intervenciones de cooperación técnica | | | |
|---|--|----------------------|-------------|
| 3.5.A | Aumentar la capacidad institucional y la competencia profesional en el campo de la salud ambiental y ocupacional, en particular con respecto a la mitigación del cambio climático y adaptación al mismo, la contaminación del aire en el medioambiente y en locales cerrados, y la seguridad química. | | |
| 3.5.B | Aumentar la capacidad para abordar los riesgos relacionados con la gestión del agua y el saneamiento mediante la promoción de planes sobre la salubridad del agua y el saneamiento. | | |
| 3.5.C | Hacer seguimiento a la aplicación del <i>Plan de acción sobre la salud de los trabajadores</i> y la <i>Estrategia y plan de acción sobre el cambio climático</i> , de la OPS, los acuerdos sobre sustancias químicas y otras resoluciones relacionadas aprobadas por la Asamblea Mundial de la Salud. | | |
| 3.5.D | Hacer un seguimiento del progreso logrado hacia las metas de los ODS relacionadas con el medioambiente, el agua y saneamiento, y la salud ocupacional, y fortalecer la capacidad a nivel de país. | | |
| 3.5.E | Mejorar los sistemas de vigilancia de la salud ambiental; fortalecer las políticas, los planes y los programas nacionales sobre la salud ambiental; fortalecer la capacidad para realizar evaluaciones de riesgo referentes a la salud ambiental, incluso en el caso de situaciones de emergencia y brotes de enfermedades; y aplicar la resolución WHA68.8 de la OMS <i>Salud y medio ambiente: impacto sanitario de la contaminación del aire</i> | | |
| 3.5.F | Aplicar la resolución WHA69.4, <i>Función del sector de la salud en el Enfoque Estratégico de la Gestión Internacional de los Productos Químicos de cara al objetivo fijado para 2020 y años posteriores</i> ; difundir y aplicar el <i>Plan de acción sobre la salud de los trabajadores</i> de la OPS; informar sobre la ejecución de la <i>Estrategia y plan de acción sobre el cambio climático</i> de la OPS. | | |
| 3.5.G | Proporcionar capacitación a los países en cuanto al cambio mundial del medioambiente; fortalecer la capacidad de país para promover el uso de energías no contaminantes en el hogar y en los establecimientos de salud; diseñar un curso sobre plaguicidas para el Campus Virtual de Salud Pública de la OPS; y elaborar informes sobre el Convenio de Minamata sobre el Mercurio y la Alianza Mundial para Eliminar el Uso del Plomo en la Pintura. | | |
| Resultado intermedio (RIT) | | | |
| 3.5 | Reducción de las amenazas medioambientales y ocupacionales para la salud | | |
| Resultados inmediatos (RIM) | | | |
| 3.5.1 | Países habilitados para evaluar los riesgos para la salud y elaborar y ejecutar políticas, estrategias y reglamentos para la prevención, la mitigación y la gestión del impacto en la salud de los riesgos medioambientales | | |
| | Indicador del RIM: Número de países que cuentan con sistemas nacionales de seguimiento para evaluar, controlar y vigilar los riesgos para la salud derivados del agua y el saneamiento inadecuado | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 20 | 24 |
| 3.5.2 | Países habilitados para elaborar y aplicar normas, criterios y pautas con respecto a los riesgos medioambientales para la salud y los beneficios de una buena calidad del aire y la seguridad química | | |
| | Indicador del RIM 3.5.2a: Número de países y territorios que están aplicando la resolución WHA68.8 de la OMS, <i>Salud y medio ambiente: impacto sanitario de la contaminación del aire</i> | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 5 | 8 |
| | Indicador del RIM 3.5.2b: Número de países y territorios con políticas, estrategias, planes o programas que abordan la resolución WHA69.4, <i>Función del sector de la salud en el Enfoque Estratégico de la Gestión Internacional de los Productos Químicos de cara al objetivo fijado para 2020 y años posteriores</i> | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 4 | 8 |
| 3.5.3 | Países habilitados para poner en práctica el <i>Plan de acción sobre la salud de los trabajadores de la OPS</i> para el período 2015-2025 | | |
| | Indicador del RIM 3.5.3a: Número de países y territorios que elaboran y ponen en práctica políticas, planes y programas sobre la salud de los trabajadores que hagan hincapié en los sectores críticos que se definen en el plan de acción | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 5 | 10 |
| | Indicador del RIM 3.5.3b: Número de países y territorios con una matriz de exposición ocupacional a carcinógenos y con sistemas nacionales de información activos sobre traumatismos y enfermedades ocupacionales | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 9 | 16 |

3.5 Salud y medioambiente (continuación)

| Resultados inmediatos (RIM) | | | |
|-----------------------------|--|----------------------------|-------------------|
| 3.5.4 | Ejecución de la <i>Estrategia y el plan de acción sobre el cambio climático</i> de la OPS | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que están ejecutando la <i>Estrategia y plan de acción sobre el cambio climático</i> de la OPS/OMS, así como planes de adaptación al cambio climático | Línea de base (2017) 16 | Meta (2019) 18 |
| 3.5.5 | Países habilitados para elaborar y ejecutar políticas, planes o programas nacionales para reducir el uso de combustibles sólidos para cocinar | | |
| | Indicador del RIM: Número de países con políticas, planes de acción y programas activos para reemplazar las cocinas y los aparatos de calefacción tradicionales con tecnologías y combustibles menos contaminantes a fin de reducir las emisiones domésticas por el uso de combustibles sólidos para la cocina o la calefacción, en consonancia con las directrices de la OMS sobre la calidad del aire en locales cerrados | Línea de base (2017) 6 | Meta (2019) 8 |
| 3.5.6 | Países habilitados para cumplir con sus obligaciones relacionadas con la salud pública en la ejecución de acuerdos, convenciones o iniciativas multilaterales sobre el medioambiente | | |
| | Indicador del RIM 3.5.6a: Número de países que han incluido consideraciones relativas a la salud pública en sus estrategias nacionales para apoyar la ratificación y la aplicación del Convenio de Minamata, teniendo en cuenta las aportaciones de la OPS | Línea de base (2017) 3 | Meta (2019) 12 |
| | Indicador del RIM 3.5.6b: Número de países que han incluido consideraciones sobre la mitigación relacionadas con la salud pública en sus aportaciones nacionales a la ejecución del Convenio de París | Línea de base (2017) 6 | Meta (2019) 13 |



Categoría 4. Sistemas de salud



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

Análisis de la situación regional y enfoques colectivos

127. Los países han logrado una mejora importante en esta categoría en conformidad con lo establecido en la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* aprobada por el 53.º Consejo Directivo de la OPS en el 2014. Esto incluye la elaboración de hojas de ruta a nivel de país que permitan avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (en lo sucesivo, la “salud universal”) al ampliar el acceso a los servicios brindando la atención primaria dentro de redes integradas de prestación de servicios de salud; la elaboración de estrategias financieras integrales en los países; el realineamiento de las políticas sobre recursos humanos para la salud que satisfacen las necesidades actuales de los sistemas y servicios de salud; y el acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias de buena calidad, seguros y eficaces, conforme a las necesidades de salud de la población. Sin embargo, a pesar del progreso logrado a este respecto, persisten muchos retos.

128. Millones de personas en la Región de las Américas carecen de acceso a servicios de salud integrales que les permitan vivir una vida saludable y evitar las enfermedades. Actualmente, alrededor de 30% de las personas de la Región no tienen acceso a atención de salud por razones económicas y 21% por obstáculos geográficos. Las personas que viven en condiciones de vulnerabilidad, los niños, las mujeres, las personas mayores, los miembros de la comunidad LGBT, los migrantes, las minorías étnicas y las personas que viven en la pobreza se encuentran entre las más afectadas por esta falta de acceso.

129. Las enfermedades no transmisibles, principalmente las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas, junto con los cuatro factores de riesgo que tienen en común (el consumo de tabaco, la alimentación poco saludable, la inactividad física y el consumo nocivo de alcohol), son la causa de más de 80% de las muertes en la Región de las Américas. Además, la mortalidad y la discapacidad prolongada asociadas a las ENT tienen una repercusión económica significativa en el hogar, la industria y la sociedad no solo por los gastos en los servicios de salud sino también por las pérdidas en los ingresos, la productividad y el capital. Se calcula que las ENT representarán una pérdida de \$7 billones para la economía de los países de ingresos bajos y de ingresos medianos a nivel mundial entre los años 2011 y 2025, lo que implica un promedio de \$500.000 millones por año y equivale a 4% de la producción anual actual de estos países. El tratamiento de las ENT, que se caracteriza por el uso intensivo de servicios y tecnologías de salud, en especial de medicamentos de alto costo, constituye un reto para la sostenibilidad de los sistemas de salud. Debido al carácter epidémico que tienen, generan la amenaza, muy real, de desbordar nuestros sistemas de salud. Persisten las consideraciones relativas a la equidad, pues los datos científicos indican que las tasas de mortalidad por estas enfermedades son más altas en las personas pobres. Esto posiblemente se explique por dos razones: por una parte, los pobres tienen menos acceso a servicios integrales de salud, como los servicios de promoción de la salud; por la otra, otros determinantes sociales de la salud afectan desproporcionadamente la salud y el bienestar de los pobres.

130. En la mayoría de los países de la Región, los modelos de atención de salud muchas veces no responden de manera apropiada a las diferentes necesidades de salud de las personas y las comunidades. En algunos países, el modelo de atención se basa en la atención episódica de las enfermedades agudas en los centros hospitalarios, a menudo por medio del uso excesivo de tecnologías y médicos especializados. En general, la capacidad de respuesta y la organización de los servicios, especialmente en el primer nivel de atención, siguen siendo limitadas, a pesar del progreso alcanzado. En su mayor parte no responden a necesidades de salud nuevas, especialmente las necesidades cada vez mayores de una población que está envejeciendo y la creciente carga de las enfermedades no transmisibles en toda la Región.

131. Afrontar estos retos es la meta principal de la estrategia de salud universal. En la estrategia se definen las condiciones que permitirán a los países centrar y evaluar mejor sus políticas y medir su progreso hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, reconociendo que cada país puede establecer su propio plan de acción teniendo en cuenta su propio contexto y sus retos de salud futuros. Garantizar la plena aplicación de estos planes de acción nacionales constituye el área de trabajo básica y prioritaria de la categoría 4 durante el bienio 2018-2019.

132. Los países tienen que examinar su legislación nacional a fin de elaborar o fortalecer los marcos adecuados que apoyen la salud universal, en particular los marcos jurídicos generales para la gobernanza y el financiamiento de la salud; las políticas, las estrategias y los planes nacionales de salud; y el marco regulatorio usado para evaluar el cumplimiento de los compromisos establecidos en los acuerdos internacionales de derechos humanos y las resoluciones de la OPS, en conformidad con las líneas de acción de la *Estrategia sobre la legislación relacionada con la salud* (resolución CD54.R9 [2015]).

133. Los gobiernos reconocen cada vez más que incorporar el uso de tecnologías digitales al campo de la salud es una prioridad para el desarrollo de los sistemas de salud. Los datos científicos y otras formas de conocimiento, como la información de salud y su integración en los procesos de adopción de decisiones (por ejemplo, atención de salud basada en la evidencia y formulación de políticas fundamentadas en la evidencia) en todos los niveles del sistema de salud son otros insumos complementarios clave.

134. Es necesario examinar y mejorar la eficacia de los sistemas de información de salud a fin de garantizar mecanismos subyacentes, sólidos y sistemáticos para la gobernanza de datos así como políticas y leyes de apoyo diseñadas con el objetivo de facilitar la recopilación y el uso de los datos relacionados con la salud procedentes del sector de la salud y de otras fuentes. Los países tienen distintos grados de capacidad para usar eficazmente los datos a fin de determinar las causas de los problemas de salud y los factores que los agravan, y poder formular tanto las opciones apropiadas en cuanto a políticas como las estrategias que sean eficaces y eficientes para dar respuesta a estos retos. Es cada vez más frecuente que se reconozca que las partes interesadas no estatales son aliadas en la tarea de entender de una manera más completa los diferentes niveles que conforman la situación actual de la salud dentro de cada país y territorio. Para guiar las acciones de una mejor manera, los asociados de la comunidad tendrán que desempeñar un papel más activo en la generación y la difusión de datos científicos.

135. Considerando la aparición de nuevas tecnologías de la información y de la comunicación (TIC), así como el acelerado aumento de la cantidad y la diversidad de datos relacionados con la salud, los países deben mejorar su capacidad y sus sistemas de gestión de datos. Estos sistemas deben poder aprovechar los nuevos datos estructurados tradicionales, así como los datos no estructurados de fuentes que anteriormente no se utilizaban. La adopción de servicios de salud digitales en la Región de las Américas ha impulsado adelantos muy importantes, como la creación de redes de difusión del conocimiento y el desarrollo de fuentes de información, el establecimiento de modelos de sostenibilidad en el área de la *eSalud*, la provisión de apoyo para la elaboración de registros electrónicos de salud, la promoción de normas sobre datos de salud y tecnologías relacionadas que optimicen el intercambio de información, un mayor uso de los dispositivos móviles para mejorar la salud, y la mejora de la calidad de la atención por medio de la telemedicina. El desarrollo y la aplicación de las estrategias nacionales de *eSalud* seguirán siendo fundamentales para obtener los beneficios para la salud que ofrecen las nuevas tecnologías de la información.

136. El personal de salud también es un actor político fundamental que tiene suficiente poder para cambiar la manera en que se formulan y se ejecutan las políticas de salud. Se debe tener presente que la inversión en recursos humanos para la salud es una inversión en el desarrollo, empleo y crecimiento económico. No puede haber un sistema de atención de salud eficaz que ofrezca servicios de alta calidad sin suficiente personal capacitado que preste tales servicios.

137. En el bienio 2018-2019, la categoría 4 se centra en lo siguiente: formular planes, políticas y estrategias nacionales acordes con las líneas estratégicas de acción de la estrategia de salud universal de la Región; fortalecer los sistemas de información para aumentar la capacidad de los países para dar seguimiento al progreso hacia la salud universal y evaluar dicho progreso; mejorar la capacidad de respuesta del primer nivel de la atención articulada en redes integradas de prestación de servicios de salud, así como la calidad de la atención y la seguridad del paciente; promover el acceso a medicamentos, productos médicos y tecnologías sanitarias que sean seguros, eficaces y de buena calidad, así como su uso racional; avanzar en la elaboración y la aplicación de la estrategia regional sobre recursos humanos para la salud; e impulsar iniciativas de promoción de la causa, alianzas estratégicas y las agendas de investigación para apoyar a los Estados Miembros en los esfuerzos para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la salud universal e integrar la salud en todas las políticas.

Abordar los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud

138. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible brindan a la Región la oportunidad de seguir avanzando hacia la salud universal, como se subraya en el ODS 3. En particular, la meta 3.8 se refiere a la necesidad de lograr la cobertura universal de salud, que incluye la protección financiera, el acceso a servicios básicos de atención de salud de buena calidad y el acceso a los medicamentos esenciales. Además, en el ODS 3 se reconoce que las ENT, que actualmente constituyen una epidemia cada vez mayor, menoscabarán los esfuerzos que se realizan para avanzar hacia la salud universal; en la meta 3.4 se insta a los países a “reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar”. Los servicios universales e integrales deben abarcar la prevención y la promoción de la salud, así como los servicios de diagnóstico temprano, tratamiento y rehabilitación de las ENT. Más allá del ODS 3, explícitamente relacionado con la salud, si queremos avanzar hacia el logro del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud es necesario que centremos los esfuerzos en todos los diecisiete ODS. La Oficina seguirá colaborando con los Estados Miembros para fortalecer la capacidad a nivel de país a fin de brindar apoyo al logro de la salud universal y garantizar una vida sana para todos en todas las edades mediante un esfuerzo concertado con el fin de abordar los determinantes sociales de la salud, en especial mediante el fortalecimiento de los sistemas de salud.

139. La comunidad mundial ha reconocido que para alcanzar las trece metas del ODS 3 los países requieren mejores datos desglosados. En consecuencia, la Oficina apoyará a los Estados Miembros en las iniciativas que emprendan para establecer sistemas de información de salud que sean más sólidos y estén mejor administrados, con una mayor interoperabilidad. Los datos de salud tradicionales deben complementarse con información de fuentes no tradicionales que no necesariamente deben estar relacionadas de manera directa con la salud. El objetivo es producir datos que sean “oportunos, fiables y de gran calidad desglosados por ingresos, sexo, edad, raza, origen étnico, estatus migratorio, discapacidad, ubicación geográfica y otras características pertinentes en los contextos nacionales”, como se indica en la resolución A/RES/70/1 de las Naciones Unidas, en la cual se presentó la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

140. Para ello, será necesario intensificar la cooperación técnica actual de la Oficina a fin de fortalecer los sistemas de información para la salud, de manera que los Estados Miembros puedan recopilar, procesar y analizar datos de salud para mejorar la toma de decisiones y la formulación de políticas, así como la asignación de recursos. Esto incluirá apoyo para mejorar la calidad y la cobertura de los datos estadísticos demográficos y de salud, reforzando los sistemas de información para la salud mediante una mejora de las políticas, los procesos y otras áreas, así como otras intervenciones creadas con el objetivo de facilitar el seguimiento de las metas relacionadas con la salud establecidas en los ODS.

Abordar los temas transversales

141. Los sistemas y servicios de salud son el vehículo para combatir las enfermedades, promover la salud física y mental, y alargar la vida; deben garantizar el derecho a la salud sin discriminación de ninguna clase. También son un medio para fomentar el desarrollo social y económico. Para obtener mejores resultados de salud que se sostengan en el tiempo, es necesario establecer y mantener sistemas de salud fuertes, que dispongan de servicios de salud amplios, integrados y de buena calidad que estén basados en la atención primaria de salud. El trabajo interprogramático y la colaboración intersectorial son partes inherentes de la estrategia de salud universal. Las limitaciones al nivel del sistema y de los servicios pueden impedir que mejoren los resultados en materia de salud, y comprender y abordar estas limitaciones requiere del diálogo y la colaboración con los expertos de todas las demás áreas de trabajo. Para mejorar con equidad los resultados de salud se requiere aplicar enfoques de derechos humanos, género y diversidad cultural al establecer los sistemas de salud, pero sobre todo al evaluar su desempeño.

142. La integración de los servicios en todo el proceso continuo de la atención de salud y el establecimiento de mejores vínculos entre la atención médica, social y a largo plazo suponen beneficios importantes en cuanto a la atención de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, la salud maternoinfantil y la salud de las personas que están envejeciendo. La carga cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles tendrá consecuencias devastadoras para la salud de las personas, las familias y las comunidades, y amenaza con saturar los sistemas de salud.

143. Los recientes brotes de enfermedades que constituyen un problema de salud pública, como la propagación de la infección por el virus del Zika y la enfermedad por el virus del Ébola, han demostrado que el impacto inmediato de gran magnitud que pueden tener en el sistema de salud, en particular la demanda de servicios de salud integrados y en casos de emergencias de salud. Las emergencias de salud pública, los desastres, las enfermedades desatendidas y las amenazas emergentes para la salud de la población requieren sistemas de salud que respondan a estas situaciones. Se necesitan medidas multisectoriales para que los sistemas de salud puedan responder a las emergencias de salud que se presenten en el futuro, absorber los choques y adaptarse ante los cambios en las exigencias. Los países tienen que adoptar medidas y hacer las inversiones necesarias para establecer sistemas de salud que sean fuertes y resilientes.

144. La migración humana representa uno de los principales retos de salud pública a escala mundial. En la Región de las Américas, hay aproximadamente 61,4 millones de migrantes internacionales. De esa cifra, más de 85% (cerca de 53 millones) viven en Estados Unidos y Canadá; el 15% restante vive en América Latina y el Caribe. La relación entre la migración y las condiciones de salud varía de un grupo migratorio a otro en función de la vulnerabilidad, la etnicidad, el género, el lugar de origen y el destino, diferentes en cada caso. Diversos factores exponen a los migrantes a un mayor riesgo de lesiones o traumatismos relacionados con el trabajo, abuso sexual, violencia, consumo de drogas y trastornos psicológicos, así como enfermedades infecciosas como las enfermedades de transmisión sexual, la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y las hepatitis. El trabajo interprogramático e intersectorial es fundamental para reducir los riesgos que pueden afectar la salud de los migrantes.

Riesgos

145. Entre los principales riesgos programáticos que pueden afectar el logro de resultados en la categoría 4 se encuentran los siguientes:

- a) La disminución del financiamiento externo de los donantes o la reducción de las tasas de crecimiento económico de los países, que se traduce en un limitado margen presupuestario de maniobra para aumentar el gasto en salud pública, compromete la sostenibilidad de las políticas públicas que tienen como objetivo mejorar la equidad. Se está avanzando con varios documentos innovadores y una propuesta sobre la ampliación del margen presupuestario de maniobra y la eficiencia financiera gracias a un diálogo de alto nivel establecido con la OEA, el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, entre otros, sobre financiamiento de la salud y margen presupuestario de maniobra.
- b) La persistencia de la segmentación sigue menoscabando la eficiencia del sistema de atención de salud y erosionando la posibilidad que ofrece de reducir la exclusión. Aunque diversos países están adoptando medidas importantes para reducir la segmentación dentro de los sistemas de salud, la repercusión de estas medidas solo será palpable dentro de varios años dada la complejidad de los procesos implicados.
- c) La persistencia de la fragmentación de los servicios de salud limita el logro de resultados de salud más equitativos y más acordes con las necesidades y las expectativas de las personas.
- d) Las inversiones en tecnología e infraestructura siguen haciéndose sin que haya un examen y evaluación adecuados de las necesidades, a pesar de los esfuerzos realizados para fortalecer la gobernanza y las medidas relacionadas con la toma de decisiones basada en la evidencia. En la Región se han introducido varios productos de salud nuevos que son estratégicos y de alto costo. La incorporación de estos productos al sistema de salud tendrá una repercusión importante en los costos de salud.
- e) Los países siguen sufriendo una escasez de recursos humanos para la salud. Sin embargo, los países están tomando medidas para fortalecer la planificación y la programación en esta esfera, de manera que el proceso de planificación se articule de una manera más eficaz con otros sectores como los del trabajo y la educación. A medida que siguen aumentando los costos en los sistemas de atención de salud, en particular debido a los requerimientos de la atención secundaria y terciaria, los países están empezando a volcar la atención a la inversión en la atención primaria. Disponer de recursos humanos capacitados para la atención primaria, como los agentes comunitarios de salud, será fundamental para seguir con los esfuerzos de mitigación en este ámbito.

Presupuesto por área programática (en dólares de EE.UU.)

| Área programática | Presupuesto preliminar | Nivel de prioridad |
|---|------------------------|--------------------|
| 4.1 Gobernanza y financiamiento en el ámbito de la salud; políticas, estrategias y planes nacionales de salud | 19.300.000 | 1: alta |
| 4.2 Servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad | 17.300.000 | 1: alta |
| 4.3 Acceso a productos médicos y fortalecimiento de la capacidad regulatoria | 28.400.000 | 2: mediana |
| 4.4 Información y evidencia en apoyo de los sistemas de salud | 35.400.000 | 1: alta |
| 4.5 Recursos humanos para la salud | 18.000.000 | 1: alta |
| Total de la categoría | 118.400.000 | |

Principales intervenciones, resultados intermedios y resultados inmediatos

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

| Principales intervenciones de cooperación técnica | | | |
|---|---|----------------------------|-------------------|
| 4.1.A | Trabajar con los países en el fortalecimiento de sus sistemas de salud, haciendo hincapié en la rectoría y la gobernanza. Este apoyo estará orientado a la revisión o formulación de políticas, estrategias y planes de salud nacionales, incluido el componente de financiamiento, de una manera compatible con el logro progresivo de la salud universal; facilitará el diálogo social, la acción intersectorial y la promoción de la causa con los ministerios de economía y otras instituciones financieras, el sector privado y la sociedad en general; fortalecerá las funciones de salud pública y apoyará el seguimiento y la evaluación del progreso hacia la salud universal. | | |
| 4.1.B | Fortalecer los marcos legislativos y regulatorios necesarios para apoyar reformas que concuerden con los esfuerzos de los países para avanzar hacia la salud universal. Se prestará particular atención a los esfuerzos que realicen los países para definir medidas que permitan aumentar el margen presupuestario de maniobra para el sector de la salud y abogar por este tipo de medidas. La Oficina también ayudará a fortalecer los marcos legislativos y regulatorios necesarios para apoyar las reformas o consolidar los logros que concuerden con los esfuerzos de los países para avanzar hacia la salud universal. | | |
| 4.1.C | Crear herramientas y capacidad, obtener datos científicos, así como promover el intercambio de experiencias, para abordar los problemas en la ejecución que, como han señalado los países, se encuentran en áreas clave del fortalecimiento de los sistemas de salud. Entre ellos se encuentran la definición, la determinación de los costos y la implementación de servicios integrales que se ampliarán gradualmente, la integración de las opciones de política para reducir la segmentación y la fragmentación, el aumento del financiamiento público y la eficiencia, y la mejora de la protección financiera en el ámbito de la salud. | | |
| 4.1.D | Promover el análisis jurídico comparativo y el intercambio de mejores prácticas entre los Estados Miembros para ayudarlos a avanzar hacia el logro de la salud universal usando, entre otras herramientas, manuales, bases de datos y leyes que sirvan como modelo, y a crear capacidad sobre la legislación relacionada con la salud en las autoridades nacionales, incluido el poder legislativo. | | |
| Resultado intermedio (RIT) | | | |
| 4.1 | Aumento de la capacidad nacional para lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud | | |
| Resultados inmediatos (RIM) | | | |
| 4.1.1 | Países habilitados para elaborar políticas, estrategias o planes nacionales integrales en materia de salud, incluidos el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que tienen un plan o una estrategia nacional del sector de la salud con metas y objetivos definidos, revisado dentro de los últimos cinco años | Línea de base (2017) 25 | Meta (2019) 30 |
| 4.1.2 | Países habilitados para elaborar y ejecutar estrategias financieras para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que tienen estrategias financieras para lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud | Línea de base (2017) 20 | Meta (2019) 25 |
| 4.1.3 | Países habilitados para elaborar y ejecutar marcos legislativos y regulatorios para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que tienen marcos legislativos o regulatorios que apoyan el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud | Línea de base (2017) 23 | Meta (2019) 27 |
| 4.1.4 | Países habilitados para hacer el seguimiento y evaluar los indicadores de los sistemas y servicios de salud relacionados con el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que han analizado y notificado el progreso realizado hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud empleando el marco de seguimiento y evaluación | Línea de base (2017) 9 | Meta (2019) 16 |
| 4.1.5 | Países habilitados para formular y ejecutar políticas o planes de recursos humanos para la salud a fin de lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios con una estrategia o un plan de acción sobre los recursos humanos para la salud en consonancia con las políticas de acceso universal a la salud y cobertura universal de salud | Línea de base (2017) 14 | Meta (2019) 20 |

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

| Principales intervenciones de cooperación técnica | | | |
|---|---|----------------------|-------------|
| 4.2.A | Seguir centrándose en aumentar el acceso a servicios de salud integrados centrados en la persona, prestando especial atención a las necesidades insatisfechas y los grupos en condiciones de vulnerabilidad. Con este fin se proporcionará apoyo para la ejecución de la iniciativa de redes integradas de prestación de servicios de salud, la agenda regional para los hospitales que forman parte de dichas redes y la actualización de la <i>Política y estrategia regional para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente</i> , aprobada por la 27.ª Conferencia Sanitaria Panamericana en el 2012. Se hará hincapié en las intervenciones encaminadas a aumentar la capacidad de resolución del primer nivel de la atención, la integración de programas prioritarios (ENT, infección por el VIH, tuberculosis, salud maternoinfantil y el Programa Ampliado de Inmunización) en la prestación de servicios de salud y la elaboración de programas e intervenciones que permitan a las personas comprender mejor sus derechos y responsabilidades en lo que respecta a la salud y facultarlas para participar activamente en su atención de salud. | | |
| 4.2.B | Crear herramientas y capacidad, obtener datos científicos y fomentar el intercambio de experiencias a fin de hacer cambios en la prestación de servicios de salud o de reorientarla para abordar asuntos fundamentales como el modelo de atención, el manejo de la prestación de los servicios y los mecanismos de pago. | | |
| 4.2.C | Crear capacidad para que el sistema de salud esté preparado y dé respuesta a los brotes de enfermedades y los desastres naturales, para así aumentar su resiliencia. Se prestará apoyo para la integración de medidas con respecto a las principales esferas de política para el fortalecimiento de los sistemas de salud, los determinantes sociales de la salud, la reducción de riesgos, la vigilancia de la salud pública y el control de los brotes de enfermedades, implementadas en el marco de los objetivos nacionales de desarrollo sostenibles. | | |
| Resultado intermedio (RIT) | | | |
| 4.2 | Aumento del acceso a servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad | | |
| Resultados inmediatos (RIM) | | | |
| 4.2.1 | Opciones de política, herramientas y orientación técnica proporcionadas a los países para mejorar la prestación de servicios equitativos, integrados y centrados en la persona, y para fortalecer los enfoques de salud pública | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que están aplicando estrategias de redes de prestación de servicios integrados | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 25 | 30 |
| 4.2.2 | Países habilitados para mejorar la calidad de atención y la seguridad del paciente en conformidad con las directrices de la OPS | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que están aplicando estrategias o planes nacionales sobre la calidad de la atención y la seguridad del paciente | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 21 | 26 |

4.3 Acceso a productos médicos y fortalecimiento de la capacidad regulatoria

| Principales intervenciones de cooperación técnica | | | |
|---|---|----------------------|-------------|
| 4.3.A | Promover el acceso y el uso racional de medicamentos seguros, costoeficaces y de buena calidad, así como de otras tecnologías sanitarias, incluidos los de alto costo, por medio de servicios integrados de salud basados en la atención primaria. Las actividades se centrarán en el fortalecimiento de la gobernanza y la formulación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de políticas nacionales sobre el acceso, la calidad y el uso de medicamentos y otras tecnologías sanitarias. Además, se prestará cooperación para el fortalecimiento de capacidad regulatoria a nivel subregional y de país. Asimismo, los países también podrán tener acceso a tecnologías sanitarias asequibles y de buena calidad por medio de los mecanismos regionales de compras. | | |
| 4.3.B | Ejecutar la <i>Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual</i> de la OMS, sobre la base de la evaluación general de esta estrategia. Esta área programática apoyará la creación de procesos y mecanismos para la evaluación, la incorporación, el manejo y el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias. La cooperación técnica se abordará usando una perspectiva integral, que tenga como objetivo fortalecer la capacidad de los sistemas nacionales de salud para gestionar y supervisar las tecnologías sanitarias a lo largo de su ciclo de vida, desde la elaboración de la política y los marcos jurídicos hasta las actividades para mejorar las prácticas de gestión de la cadena de suministro y su uso. | | |
| Resultado intermedio (RIT) | | | |
| 4.3 | Mejoramiento del acceso y del uso racional de medicamentos, productos médicos y tecnologías sanitarias seguros, eficaces y de buena calidad | | |
| Resultados inmediatos (RIM) | | | |
| 4.3.1 | Países habilitados para formular o actualizar, ejecutar, hacer el seguimiento y evaluar políticas nacionales para mejorar el acceso a los medicamentos y otras tecnologías sanitarias | | |
| | Indicador del RIM: 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 | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 10 | 13 |
| 4.3.2 | Ejecución de la <i>Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual</i> | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que proporcionan información sobre los indicadores con respecto al acceso y la innovación por medio del observatorio de la Plataforma Regional de Acceso e Innovación para Tecnologías Sanitarias de la OPS (PRAIS) | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 6 | 18 |
| 4.3.3 | Países habilitados para evaluar su capacidad regulatoria nacional sobre medicamentos y otras tecnologías sanitarias | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que han realizado una evaluación de sus funciones regulatorias en por lo menos tres de las siguientes áreas: medicamentos, dispositivos médicos, seguridad radiológica, seguridad de la sangre y trasplantes de órganos | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 14 | 17 |
| 4.3.4 | Países habilitados para poner en marcha procesos y mecanismos para evaluar las tecnologías sanitarias, su incorporación y gestión, al igual que el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios con mecanismos para la evaluación de las 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 | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 12 | 17 |

4.4 Información y evidencia en apoyo de los sistemas de salud

| Principales intervenciones de cooperación técnica | | | |
|---|--|-------------------------------|----------------------|
| 4.4.A | Brindar apoyo a los países a fin de que creen sistemas de información para el sector de la salud o fortalezcan los que ya tienen, en áreas que vayan desde la gestión de datos hasta las políticas recomendadas y otras consideraciones relacionadas con el uso de datos de salud provenientes de todos los sectores pertinentes. Estos esfuerzos también supondrán apoyo para fortalecer la capacidad y las normas pertinentes para el análisis y la investigación en áreas relacionadas con la salud. La Oficina basará en su trabajo y apoyo técnico en los mejores datos de investigación disponibles, y formulará directrices y recomendaciones basadas en la evidencia. Se seguirá haciendo un seguimiento a los resultados de la práctica de la salud pública y evaluándolos por medio de algunos de los indicadores a nivel del impacto establecidos en el Plan Estratégico 2014-2019. | | |
| 4.4.B | Formular directrices y herramientas para adoptar e instituir servicios digitales que permitirán mejorar el acceso a los sistemas de atención de salud en la Región, ampliar su cobertura y aumentar su eficiencia financiera. Se seguirá avanzando en diversos temas relacionados con la gobernanza de la ciber salud, el uso de dispositivos móviles en el campo de la salud, los identificadores únicos de pacientes que incorporen todos los servicios electrónicos y un proyecto de marco común para la elaboración de una norma o un conjunto mínimo de datos que permita facilitar el intercambio de información entre sistemas. | | |
| Resultado intermedio (RIT) | | | |
| 4.4 | Todos los países tienen sistemas de información e investigación sobre salud en funcionamiento | | |
| Resultados inmediatos (RIM) | | | |
| 4.4.1 | Seguimiento integral de la situación de salud a escala mundial, regional y de país, así como de sus tendencias, desigualdades y determinantes, usando normas mundiales, entre ellas la recopilación y el análisis de datos para abordar las brechas en los datos y la evaluación del desempeño del sistema | | |
| | Indicador del RIM: Número de países que han realizado una evaluación integral de la situación de salud y sus tendencias durante el período 2018-2019 | Línea de base (2017) 35 | Meta (2019) 35 |
| 4.4.2 | Ejecución de la <i>Estrategia y plan de acción sobre eSalud</i> de la OPS | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que están aplicando la estrategia regional de <i>eSalud</i> | Línea de base (2017) 19 | Meta (2019) 25 |
| 4.4.3 | Ejecución de la <i>Estrategia y plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones</i> | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que están aplicando la <i>Estrategia y plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones</i> de la OPS | Línea de base (2017) 14 | Meta (2019) 19 |
| 4.4.4 | Países habilitados para abordar los aspectos éticos prioritarios relacionados con la salud pública y la investigación para la salud | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios con mecanismos de rendición de cuentas para revisar las investigaciones o incorporar la ética en el ámbito de la salud pública | Línea de base (2017) 12 | Meta (2019) 16 |
| 4.4.5 | Aplicación de la <i>Política de investigación para la salud</i> de la OPS | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que están aplicando la <i>Política de investigación para la salud</i> de la OPS | Línea de base (2017) 18 | Meta (2019) 21 |
| 4.4.6 | Países habilitados para fortalecer su capacidad de generar y aplicar pruebas científicas | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que integran la evidencia en las prácticas, los programas o las políticas utilizando metodologías normalizadas | Línea de base (2017) 12 | Meta (2019) 15 |
| 4.4.7 | Mejora de los sistemas de la OPS de información sobre la salud para facilitar el análisis de la información de los Estados Miembros y de la Oficina a fin de propiciar el seguimiento de las metas regionales y nacionales de acuerdo con los compromisos y mandatos de la Organización | | |
| | Indicador del RIM: Plataformas implantadas para facilitar el seguimiento y la presentación de información sobre los indicadores de impacto del Plan Estratégico y las metas relacionadas con la salud de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) | Línea de base (2017) Si | Meta (2019) Si |

4.5 Recursos humanos para la salud

| Principales intervenciones de cooperación técnica | | | |
|---|---|----------------------|-------------|
| 4.5.A | Elaborar y aplicar políticas y planes sobre los recursos humanos para la salud a fin de avanzar hacia la salud universal y abordar las necesidades actuales y futuras de salud de la población. En la 28.ª Conferencia Sanitaria Panamericana se presentará la estrategia regional sobre recursos humanos para la salud universal a fin de proporcionar a los países orientación técnica en cuanto a la gobernanza y la rectoría de los recursos humanos para la salud, la creación de capacidad para ampliar el acceso y una cobertura de salud que incorpore la equidad y las consideraciones relativas a la calidad, y la reorientación del sector de la educación para responder a las necesidades de los sistemas de salud, en consonancia con la estrategia de salud universal. | | |
| 4.5.B | Colaborar con el sector de la salud y el sector educativo, en particular con las instituciones académicas, para reorientar la educación de los profesionales de la salud hacia una mejora en la atención primaria de salud y en la rendición de cuentas en el ámbito de lo social. Los países recibirán apoyo para elaborar y aplicar estrategias innovadoras a fin de mejorar las condiciones laborales del personal dedicado a la salud pública y a las esferas clínicas y de gestión. | | |
| Resultado intermedio (RIT) | | | |
| 4.5 | Disponibilidad adecuada de personal de salud competente, culturalmente apropiado, bien reglamentado y distribuido, y tratado de manera justa | | |
| Resultados inmediatos (RIM) | | | |
| 4.5.1 | Países que están estableciendo un sistema de información sobre recursos humanos para la salud integrado a su sistema de información de salud con datos sobre la distribución del personal de salud, en particular en el nivel de atención primaria de salud | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que están estableciendo un sistema integrado de información sobre recursos humanos para la salud | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 14 | 18 |
| 4.5.2 | Países que promueven políticas nacionales orientadas a la transformación de la educación sobre la salud en consonancia con el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud y la misión social de las instituciones académicas | | |
| | Indicador del RIM: Número de países con políticas e incentivos nacionales para las instituciones académicas que tienen una misión social definida o programas de estudios orientados hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 18 | 23 |
| 4.5.3 | Países y territorios habilitados para elaborar y poner en marcha estrategias y tecnologías innovadoras para la elaboración de programas de educación continua que incluyan la formación interprofesional con el objetivo de mejorar las habilidades del personal de salud en las áreas de la salud pública y la gestión clínica | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que tienen estrategias y programas de educación continua para el personal de salud orientados a las áreas de salud pública y gestión clínica por medio del Campus Virtual de Salud Pública o alguna red equivalente de aprendizaje virtual | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 18 | 23 |

Categoría 5. Emergencias de salud

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



Análisis de la situación regional y enfoques colectivos

146. El cambio climático, la urbanización, la globalización y una intensificación de los conflictos civiles están aumentando la frecuencia y gravedad de las situaciones de emergencia que tienen consecuencias para la salud. Un brote, aun cuando registre pocos casos, puede suscitar gran inquietud y desencadenar una intensa actividad, a la vez que hay emergencias de grandes proporciones que causan muerte y sufrimiento generalizados. Con independencia del peligro de que se trate, las emergencias afectan de forma desproporcionada a las personas más pobres y vulnerables. El costo económico que traen consigo se cifra, en promedio, en miles de millones de dólares por año, y la inmensa mayoría de las emergencias de salud y brotes infecciosos que se acompañan de elevados índices de morbilidad y mortalidad se producen en países poco desarrollados y dotados de escasa capacidad para prepararse y responder eficazmente a las emergencias. Para gestionar a tiempo y debidamente los riesgos se requieren eficaces medios de acción y colaboración a escala nacional e internacional.

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

148. Un marco teórico piramidal proporciona una visión de alto nivel para el apoyo que la OPS brinda a los Estados Miembros en esta categoría. Sus cimientos se encuentran en el establecimiento de sistemas de salud fuertes en los países más vulnerables, de manera que se establezcan las bases que permitan generar la capacidad necesaria para prepararse para emergencias debidas a cualquier tipo de riesgo, mitigarlas y responder a ellas; definir estrategias interinstitucionales a largo plazo de prevención y control de enfermedades infecciosas; y utilizar un brazo fuerte, bien dotado y eficiente en materia de detección, evaluación de riesgos y respuesta, que sirva para proyectar las capacidades de la OPS y sus asociados a fin de obtener un efecto máximo en apoyo de las autoridades nacionales de salud.

Abordar los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud

149. La categoría 5 contribuye de una manera particularmente importante al logro del ODS 3, en especial a la meta 3.3 en la que se insta a luchar contra las enfermedades transmisibles. La vigilancia y el control de estas enfermedades es un aspecto importante tanto de la respuesta de la OPS a las emergencias humanitarias como de sus responsabilidades de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005). La contribución de la Organización incluye proporcionar orientación experta sobre la vigilancia, la prevención y el control de enfermedades de alto riesgo de

potencial pandémico y epidémico (como las fiebres hemorrágicas virales, la gripe y las infecciones por coronavirus y por virus transmitidos por vectores artrópodos, así como las enfermedades bacterianas) mediante la previsión de eventos, la caracterización de las enfermedades y los riesgos infecciosos, y la formulación de estrategias basadas en la evidencia para prever, prevenir, detectar amenazas infecciosas y responder ante ellas. Se brindará la orientación especializada sobre el tratamiento de las enfermedades diarreicas, las enfermedades prevenibles mediante vacunación, la malaria, el dengue, las hepatitis virales, la tuberculosis y la infección por el VIH en entornos donde han ocurrido desastres humanitarios.

150. En esencia, el ODS 11 sobre las ciudades y los asentamientos seguros, resilientes y sostenibles, y específicamente la meta 11.5 en la que se insta a reducir el número de muertes y personas afectadas por los desastres, es la meta fundamental del Programa de Emergencias de Salud de la OPS. Todo el programa de trabajo tiene como objetivo aumentar la resiliencia del sector de la salud ante situaciones de emergencia y desastres, por lo que contribuye al logro de este ODS. En lo particular, la contribución de la OPS incluye la cooperación técnica a fin de fortalecer la capacidad del sector de la salud para llevar a cabo actividades de prevención, reducción de riesgos, preparación, vigilancia, respuesta y recuperación temprana en caso de emergencias y desastres relacionados con cualquier tipo de riesgo (natural, causado por los seres humanos, biológico, químico, radiológico y de cualquier otra índole) y, cuando la capacidad nacional esté saturada, dirigir y coordinar la respuesta internacional de salud para contener los desastres, incluidos los brotes de enfermedades, y llevar a cabo actividades de asistencia y recuperación eficaces para las poblaciones afectadas.

151. La labor en esta categoría en lo referente a la gestión de riesgos de desastres se traduce en aportes particularmente importantes a las siguientes metas de los ODS: 9.4 (infraestructura sostenible), 13.1 (resiliencia y capacidad de adaptación a las amenazas relacionadas con el clima y los desastres naturales), 13.2 (políticas, estrategias y planes nacionales con respecto al cambio climático) y 13.3 (mitigación del cambio climático, la adaptación a él, la reducción de sus efectos y la alerta temprana). Las actividades que se llevan adelante con respecto a la reducción de los riesgos, así como los preparativos, la respuesta y la recuperación en casos de desastre, y para cumplir con el RSI, fortalecen directamente la resiliencia de los países y la capacidad para adaptarse a amenazas relacionadas con el clima y los desastres naturales. La iniciativa de hospitales seguros y el proyecto de hospitales “inteligentes”, ambos iniciados en el seno de la OPS, han cobrado importancia mundial al ser enfoques innovadores que tienen un papel clave en los esfuerzos del sector de la salud para reducir los riesgos de desastres y adaptarse al cambio climático.

Abordar los temas transversales

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

Riesgos

153. Entre los principales riesgos programáticos que pueden afectar el logro de los resultados en la categoría 5 se encuentran los siguientes:

- a) Algunos puntos débiles en los mecanismos de verificación dificultan la evaluación del logro real de las capacidades básicas previstas en el RSI, y los Estados Partes tienen una capacidad limitada de mantenerlas.
- b) Los países no le dan suficiente prioridad a esta categoría de trabajo, lo que contribuye a la pérdida de financiamiento, compromiso y apoyo por parte de asociados e interesados directos.
- c) No se consigue personal técnico competente a nivel nacional y subnacional para ejecutar planes y utilizar las herramientas necesarias para recopilar información.
- d) No se establecen alianzas sólidas con otros organismos que forman parte de los mecanismos de preparación, alerta y respuesta para situaciones de emergencia a nivel de país.
- e) La falta de consenso obstaculiza la finalización de un marco para la salud con respecto a la gestión de las situaciones de emergencia y de los riesgos de desastres.
- f) La inestabilidad política y el deterioro de la seguridad restringen las operaciones en el sector de la salud.
- g) Otras categorías de trabajo y departamentos técnicos contribuyen poco a las actividades de preparación y aumento de la respuesta.
- h) Existe confusión entre las intervenciones a corto plazo relacionadas con la preparación ante situaciones de emergencia y la adquisición, a un plazo más largo, de las capacidades básicas de respuesta.
- i) Las emergencias de salud o los desastres trastornan las actividades de planificación y ejecución que están en marcha.
- j) En toda la Región se observan diferencias en cuanto al grado de preparación, lo que pone en peligro la seguridad de la salud en general.
- k) La comunicación es poco eficaz en las situaciones de emergencia debido a que los mensajes entre la esfera política y las áreas técnicas son contradictorios y compiten entre sí.



Presupuesto por área programática (en dólares de EE.UU.)

| Área programática | | Presupuesto preliminar | Nivel de prioridad |
|------------------------------|---|------------------------|--------------------|
| 5.1 | Gestión de amenazas infecciosas | 13.800.000 | 3: baja |
| 5.2 | Preparación de los países para las emergencias de salud y Reglamento Sanitario Internacional (2005) | 16.600.000 | 1: alta |
| 5.3 | Información sobre emergencias de salud y evaluación de riesgos | 6.500.000 | 3: baja |
| 5.4 | Operaciones de emergencia | 8.200.000 | 3: baja |
| 5.5 | Servicios básicos de emergencia | 6.300.000 | NC |
| 5.6 | Reducción del riesgo de desastres y proyectos especiales | 5.000.000 | 2: mediana |
| Total de la categoría | | 56.400.000 | |



Principales intervenciones, resultados intermedios y resultados inmediatos

5.1 Gestión de amenazas infecciosas

| Principales intervenciones de cooperación técnica | | | |
|---|---|----------------------------|-------------------|
| 5.1.A | Mejorar el intercambio de conocimientos e información sobre riesgos infecciosos emergentes y reemergentes que suponen grandes amenazas; mejorar la vigilancia y la respuesta a enfermedades epidémicas; y trabajar por medio de redes para contribuir con los mecanismos y procesos mundiales, de conformidad con las disposiciones del RSI. Además, la Oficina administrará mecanismos regionales para enfrentar la dimensión internacional de las enfermedades epidémicas, haciendo hincapié en el <i>Marco de preparación para una gripe pandémica</i> . | | |
| 5.1.B | Ayudar a los países a elaborar y mantener los componentes pertinentes de sus planes nacionales de preparación para hacer frente a múltiples amenazas, a fin de responder a grandes epidemias, incluidas la vigilancia epidemiológica, el fortalecimiento y la formación de redes de laboratorio, el manejo de casos y el control de infecciones, y la coordinación intersectorial para atender las necesidades de los grupos poblacionales marginados y en situación de vulnerabilidad. | | |
| 5.1.C | Mejorar la capacidad para elaborar modelos y proyecciones sobre el riesgo que representan los agentes patógenos emergentes que suponen grandes amenazas, incluidos los que se encuentran en los puntos de contacto entre animales y seres humanos, para hacer un seguimiento del nivel de aparición y permitir una respuesta más eficaz. | | |
| 5.1.D | Establecer y mantener redes de expertos e intervenciones para la vigilancia y la respuesta epidemiológicas: redes de laboratorio (enfermedades virales y bacteriales, bioseguridad y bioprotección), redes en el ámbito de la atención clínica, redes para la prevención y control de infecciones y redes de vigilancia epidemiológica. | | |
| Resultado intermedio (RIT) | | | |
| 5.1 | Fortalecimiento de la capacidad de los países para crear resiliencia y prepararse de manera adecuada a fin de responder de forma rápida, previsible y eficaz a epidemias y pandemias de gran magnitud | | |
| Resultados inmediatos (RIM) | | | |
| 5.1.1 | Países habilitados para fortalecer la capacidad de prevenir y controlar los riesgos infecciosos que representan una amenaza grave | | |
| | Indicador del RIM 5.1.1a: Número de estrategias adoptadas por la OPS para la aplicación y el uso del conjunto de medidas de control más eficaces, incluida la gestión y los aspectos logísticos de las reservas | Línea de base (2017) 5 | Meta (2019) 10 |
| | Indicador del RIM 5.1.1b: Número de países y territorios que tienen estrategias para detectar y responder a los riesgos infecciosos que representan una amenaza grave, prestando especial atención a los arbovirus | Línea de base (2017) 14 | Meta (2019) 23 |
| 5.1.2 | Redes de expertos habilitadas para detectar, describir y abordar los riesgos infecciosos que representan una amenaza grave, ya sean riesgos nuevos o emergentes | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que tienen acceso a redes ya establecidas de expertos y políticas nacionales sobre laboratorios con el fin de brindar apoyo a la predicción, la detección, la prevención y el control de los agentes patógenos emergentes y los que representan una amenaza grave, así como a la respuesta a dichos agentes patógenos | Línea de base (2017) 5 | Meta (2019) 10 |
| 5.1.3 | Países habilitados para mejorar la vigilancia, la preparación y la capacidad de respuesta a amenazas epidémicas y pandémicas, con especial énfasis en la aplicación del <i>Marco de preparación para una gripe pandémica</i> | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios con un sistema operativo de vigilancia y respuesta para el virus de la gripe y otros virus que afectan el sistema respiratorio | Línea de base (2017) 19 | Meta (2019) 23 |
| 5.1.4 | Mejora de la capacidad de la OPS para elaborar modelos y proyecciones sobre el riesgo de los agentes patógenos que suponen grandes amenazas, incluidos aquellos que se encuentran en los puntos de contacto entre animales y seres humanos | | |
| | Indicador del RIM: Número de herramientas que se están utilizando para elaborar modelos y proyecciones sobre el riesgo de los agentes patógenos emergentes que representan una amenaza grave, incluidos aquellos que se encuentran en los puntos de contacto entre animales y seres humanos | Línea de base (2017) 0 | Meta (2019) 1 |

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

| Principales intervenciones de cooperación técnica | | | |
|---|---|----------------------|-------------|
| 5.2.A | Coordinar con los Centros Nacionales de Enlace para el RSI con el fin de examinar, analizar y garantizar la notificación adecuada de información sobre la aplicación del RSI (2005), realizar ejercicios de simulación y exámenes <i>a posteriori</i> como parte de la evaluación nacional para la aplicación del RSI, y coordinar el proceso de evaluación voluntaria de las capacidades básicas de los países y la aplicación del RSI. | | |
| 5.2.B | Incorporar el concepto de la seguridad humana a los planes nacionales de salud para abordar las causas fundamentales de las múltiples amenazas generalizadas e interrelacionadas que ponen en peligro la sobrevivencia, el sustento y la dignidad de las personas. La labor de la OPS consistirá en aumentar la consonancia entre las medidas de protección y otras políticas estatales adoptadas a nivel nacional, la atención de salud prestada a nivel local, y el empoderamiento de las personas y las comunidades, en particular de las que se encuentran en situación de máxima vulnerabilidad. | | |
| 5.2.C | Apoyar los esfuerzos de los países para ejecutar sus planes de acción nacionales relativos al RSI y mantener sus capacidades. Se hará hincapié en fortalecer el liderazgo nacional en las actividades de preparación, seguimiento y respuesta dentro de los ministerios de salud; promover la adopción de puntos de referencia con respecto a los preparativos para casos de desastre; brindar apoyo a la elaboración y ejecución de los planes nacionales de preparación y respuesta ante múltiples amenazas; y adoptar medidas para aumentar la preparación operativa en la OPS y en los países y asociados vulnerables y de alto riesgo. | | |
| 5.2.D | Mejorar la capacidad de la Oficina para coordinar la respuesta en situaciones de emergencia y darle seguimiento, haciendo hincapié en el fortalecimiento del Centro de Operaciones de Emergencia de la OPS y garantizando su operación continua y óptima. También se llevará a cabo una acción concertada para fortalecer la capacidad de respuesta de la OPS, incluidos sus mecanismos de respuesta y su capacidad para aumentar la respuesta, como el equipo regional de respuesta sanitaria, a fin de que se puedan desempeñar las funciones cruciales de la OMS en situaciones de emergencia humanitaria. | | |
| Resultado intermedio (RIT) | | | |
| 5.2 | Los países tienen un programa para manejar riesgos de todo tipo en situaciones de emergencia de salud para lograr que el sector de la salud sea resiliente ante los desastres, con énfasis en las poblaciones vulnerables | | |
| Resultados inmediatos (RIM) | | | |
| 5.2.1 | Países habilitados para hacer el seguimiento y evaluar sus capacidades en cuanto a preparativos para casos de emergencias de salud y Reglamento Sanitario Internacional | | |
| | Indicador del RIM 5.2.1a: Número de Estados Partes que presentan el informe anual sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 35 | 35 |
| | Indicador del RIM 5.2.1b: Número de países en los cuales se evalúan las capacidades básicas | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 4 | 10 |
| | Indicador del RIM 5.2.1c: Número de países con planes de acción nacionales elaborados para fortalecer las capacidades | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 14 | 20 |
| 5.2.2 | Países habilitados para fortalecer la capacidad en cuanto a los preparativos para situaciones de emergencia de salud por amenazas de todo tipo y la aplicación del RSI | | |
| | Indicador del RIM 5.2.2a: Número de países y territorios que tienen un nivel crítico de capacidad para prepararse y gestionar el riesgo en situaciones de emergencia para todas las amenazas | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 3 | 20 |
| | Indicador del RIM 5.2.2b: Número de países y territorios que han realizado simulacros o exámenes <i>a posteriori</i> | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 8 | 14 |
| 5.2.3 | Capacidad permanente para responder a emergencias y desastres relacionados con cualquier amenaza, incluidos brotes epidémicos y conflictos, y encabezar redes y sistemas para realizar una acción humanitaria eficaz | | |
| | Indicador del RIM: Número de representaciones de la OPS/OMS que satisfacen los criterios mínimos de preparación. | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 12 | 27 |
| 5.2.4 | Capacidad permanente para suministrar apoyo de secretaría en la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) | | |
| | Indicador del RIM: Número de centros nacionales de enlace que reciben apoyo en la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) | Línea de base (2017) | Meta (2019) |
| | | 26 | 35 |

5.3 Información sobre emergencias de salud y evaluación de riesgos

| Principales intervenciones de cooperación técnica | | | |
|---|---|---------------------------------|-------------------------|
| 5.3.A | Realizar, de modo oportuno y autorizado, análisis de la situación, evaluaciones de riesgos y actividades de seguimiento de la respuesta para todos los eventos agudos y emergencias de salud pública. La Oficina centrará sus actividades en mejorar la base de datos científicos a fin de fundamentar la toma de decisiones a escala nacional e internacional. De esta manera prevé contribuir para que se hagan de manera oportuna la evaluación de riesgos, el seguimiento de la respuesta y las investigaciones sobre el terreno mediante la elaboración de indicadores de salud pública para situaciones de emergencia y la cooperación técnica para fortalecer la capacidad en cuanto a la gestión de datos y las capacidades epidemiológicas en situaciones de emergencia. | | |
| 5.3.B | Realizar vigilancia para detectar señales de posibles amenazas y coordinar las redes de vigilancia para establecer sistemas de alerta temprana. Para todas las señales relacionadas con agentes patógenos que supongan una amenaza grave o conglomerados de muertes idiopáticas en países de alta vulnerabilidad, la Oficina iniciará una evaluación de riesgos en el lugar en un plazo de 72 horas. La Oficina también publicará las evaluaciones de riesgo de todos los eventos de salud pública que, según lo estipulado, deben publicarse por los centros nacionales de enlace para el RSI en el sitio de información sobre eventos en las 48 horas siguientes a la finalización de la evaluación. | | |
| 5.3.C | Establecer mecanismos de recopilación de datos para garantizar el seguimiento exacto y oportuno de los resultados de salud y las operaciones de respuesta en todas las emergencias clasificadas que sean prolongadas. La Oficina proporcionará una plataforma de gestión de datos, análisis y presentación de informes a fin de elaborar y difundir de manera oportuna productos informativos estandarizados de todos los eventos, entre los cuales se encontrarán análisis actualizados de la situación, la evaluación de los riesgos y un inventario de los recursos disponibles y la capacidad de respuesta en el campo de la salud. | | |
| Resultado intermedio (RIT) | | | |
| 5.3 | Fortalecimiento de la capacidad de la OPS para realizar de manera oportuna el análisis de la situación, la evaluación de riesgos y el seguimiento de la respuesta en relación con todas las amenazas y eventos de salud de gran magnitud | | |
| Resultados inmediatos (RIM) | | | |
| 5.3.1 | Capacidad permanente para detectar, verificar y evaluar el riesgo de emergencias de salud posibles y en curso | | |
| | Indicador del RIM: Promedio de días transcurridos entre la publicación en el Sistema de Gestión de Eventos y en el sitio de información sobre eventos en el caso de eventos agudos de importancia para la salud pública internacional detectados | Línea de base (2017) 10 días | Meta (2019) 48 horas |
| 5.3.2 | Mecanismos establecidos para asegurar la capacidad institucional necesaria para hacer seguimiento de todas las operaciones en curso relacionadas con emergencias en el ámbito de la salud | | |
| | Indicador del RIM: Dentro de las dos semanas posteriores a la clasificación, porcentaje de eventos para los cuales se ha acordado hacer un seguimiento de un conjunto básico de indicadores de salud (resultado, riesgo o cobertura de salud) y para los que se ha empezado a trazar el mapa de los servicios de salud | Línea de base (2017) 80% | Meta (2019) 90% |
| 5.3.3 | Mecanismos establecidos para asegurar la capacidad institucional necesaria para informar sobre todas las operaciones en curso relacionadas con emergencias en el ámbito de la salud | | |
| | Indicador del RIM: Porcentaje de peligros, eventos o crisis agudas relacionados con la salud pública de los cuales las instancias decisorias disponen de información operativa y epidemiológica pertinente en cualquier formato, dentro de la primera semana posterior a la clasificación o la publicación en el sitio de información sobre eventos. | Línea de base (2017) 75% | Meta (2019) 90% |

5.4 Operaciones de emergencia

| Principales intervenciones de cooperación técnica | | | |
|---|--|------------------------------|---------------------|
| 5.4.A | Seguir creando capacidad institucional para poder establecer sistemas integrales de manejo de incidentes y coordinar las actividades sobre el terreno de los asociados en el área de las emergencias de salud dentro de las 72 horas que siguen a la clasificación de todos los riesgos y eventos clasificados, incluida la formulación de un plan de respuesta estratégica y operaciones conjuntas para guiar las operaciones de respuesta. | | |
| 5.4.B | Garantizar que se estén implementando mecanismos eficaces para coordinar las actividades de los asociados en todos los eventos clasificados y prolongados a nivel nacional y subnacional a fin de fortalecer la coordinación en la respuesta a las situaciones de emergencia. Por consiguiente, las actividades brindarán apoyo a un aumento de la capacidad de respuesta interoperativa a las emergencias de salud mediante la ampliación y el fortalecimiento de las redes operativas de asociados, como la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos, los equipos médicos de emergencia y otros mecanismos, garantizando una mayor interoperabilidad entre redes. | | |
| 5.4.C | Promover la coordinación, el seguimiento y la ejecución del <i>Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria</i> mediante la integración de las actividades de las áreas programáticas de la Oficina y las redes. Entre otros esfuerzos, la Oficina apoyará la actualización y el establecimiento de procedimientos de coordinación basados en sistemas actuales y alianzas (subregionales, regionales y mundiales) para la asistencia humanitaria en el ámbito de la salud, a fin de contribuir a la prevención de la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad causadas por emergencias y desastres. Esto incluye establecer equipos de respuesta eficientes y eficaces, así como herramientas adaptadas para la coordinación de la asistencia humanitaria internacional en el sector de la salud. | | |
| 5.4.D | Elaborar y actualizar normas técnicas, promover su aplicación y hacer el seguimiento de su cumplimiento. La OPS asegurará que se implementen las políticas, los procesos y los mecanismos pertinentes para garantizar que se realicen las operaciones esenciales de apoyo y logística y se distribuyan los suministros de emergencia en los puntos de servicio dentro de las 72 horas que siguen a la clasificación de todos los riesgos y eventos clasificados. | | |
| Resultado intermedio (RIT) | | | |
| 5.4 | Mejora del acceso de las poblaciones afectadas por emergencias a un paquete esencial de servicios de salud que pueden salvar vidas | | |
| Resultados inmediatos (RIM) | | | |
| 5.4.1 | Establecimiento de mecanismos de gestión de incidentes para adoptar medidas coordinadas en todas las emergencias de salud clasificadas y prolongadas | | |
| | Indicador del RIM 5.4.1a: Porcentaje de emergencias de salud clasificadas en las cuales se establece un sistema de gestión de incidentes en el país dentro de las primeras 72 horas | Línea de base (2017) 100% | Meta (2019) 100% |
| | Indicador del RIM 5.4.1b: Porcentaje de emergencias de salud clasificadas en las cuales se elabora un plan de respuesta estratégica con los asociados dentro de los primeros 30 días | Línea de base (2017) 80% | Meta (2019) 100% |
| 5.4.2 | Capacidad permanente para prestar asistencia y coordinar la ejecución de operaciones de salud conforme a las normas acordadas por medio de redes operativas de asociados y la OMS | | |
| | Indicador del RIM 5.4.2a: Porcentaje de eventos recién clasificados para los que se elabora un plan de operaciones conjuntas con los asociados dentro de los primeros 30 días | Línea de base (2017) 80% | Meta (2019) 100% |
| | Indicador del RIM 5.4.2b: Número de asociados de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes que prestan apoyo en la alerta, la evaluación de riesgos y la respuesta a los eventos y emergencias de salud pública | Línea de base (2017) 25 | Meta (2019) 30 |
| | Indicador del RIM 5.4.2c: Número de asociados en modo de espera disponibles para desplegar personal en apoyo a operaciones de emergencia | Línea de base (2017) 3 | Meta (2019) 5 |
| | Indicador del RIM 5.4.2d: Porcentaje de grupos de acción sanitaria de los países que disponen de un coordinador del grupo a tiempo completo | Línea de base (2017) 50% | Meta (2019) 100% |
| | Indicador del RIM 5.4.2e: Número de equipos médicos de emergencia verificados o adiestrados a nivel regional | Línea de base (2017) 5 | Meta (2019) 15 |

5.4 Operaciones de emergencia (continuación)

| Resultados inmediatos (RIM) | | | |
|-----------------------------|--|------------------------------|---------------------|
| 5.4.3 | Capacidad permanente para proporcionar suministros, servicios de logística y apoyo operativo en todas las emergencias de salud clasificadas y prolongadas | | |
| | Indicador del RIM: Porcentaje de emergencias para las que se ofrecen suministros y apoyo operativo dentro de la primera semana | Línea de base (2017) 100% | Meta (2019) 100% |
| 5.4.4 | Mejora de la capacidad a nivel de país para elaborar políticas y medidas intersectoriales a fin de abordar la respuesta humanitaria en el ámbito de la salud | | |
| | Indicador del RIM: Número de documentos de orientación elaborados en colaboración con los asociados para subsanar las deficiencias relativas a las políticas o de carácter técnico en la ayuda humanitaria prioritaria en el ámbito de la salud | Línea de base (2017) 0 | Meta (2019) 1 |

5.5 Servicios básicos de emergencia

| Principales intervenciones de cooperación técnica | | | |
|---|--|--|---------------------|
| 5.5.A | Fortalecer los servicios básicos para responder a las emergencias a fin de garantizar que las decisiones de gestión desencadenen rápidamente la prestación constante de servicios que cumplan las normas de desempeño en emergencias y faciliten las operaciones del programa de emergencias. Esto se logra mediante el establecimiento de procedimientos normalizados de trabajo, políticas, directrices y plantillas estandarizadas, lo que implica el aprovechamiento de las enseñanzas extraídas de actividades de respuesta anteriores y las mejores prácticas de otros asociados operacionales, y mediante el examen y la evaluación continuas del desempeño en esta área. Se prevé que estos esfuerzos conllevarán a mejoras constantes y contribuirán al objetivo general de excelencia de los procesos institucionales. | | |
| Resultado intermedio (RIT) | | | |
| 5.5 | Programa de emergencias de salud de la OPS bien dotado y eficiente para brindar apoyo a los programas nacionales de emergencias de salud | | |
| Resultados inmediatos (RIM) | | | |
| 5.5.1 | Capacidad permanente para administrar de manera eficaz el programa de emergencias de salud | | |
| | Indicador del RIM 5.5.1a: Porcentaje del presupuesto básico disponible a la mitad del bienio | Línea de base (2017) 75% | Meta (2019) 75% |
| | Indicador del RIM 5.5.1b: Porcentaje de emergencias clasificadas y prolongadas en las cuales los fondos iniciales de hasta US\$ 500.000 están disponibles en un plazo de 24 horas tras la clasificación | Línea de base (2017) 100% | Meta (2019) 100% |
| | Indicador del RIM 5.5.1c: Porcentaje de emergencias clasificadas y prolongadas en las cuales los equipos de respuesta rápida de la OPS están desplegados dentro de las 72 horas siguientes a la decisión de enviarlos | Línea de base (2017) 75% | Meta (2019) 75% |
| | Indicador del RIM 5.5.1d: Porcentaje de los objetivos de las listas que se han cubierto con integrantes internos y externos de la lista previamente habilitados | Línea de base (2017) 50% | Meta (2019) 75% |
| 5.5.2 | Capacidad permanente para difundir información sobre las emergencias de salud y garantizar un financiamiento sostenible de manera exacta y oportuna | | |
| | Indicador del RIM: Número de donantes que apoyan económicamente el programa de emergencias de salud de la OPS mediante contribuciones voluntarias de más de \$1 millón por bienio | Línea de base (2017) 4 | Meta (2019) 7 |
| 5.5.3 | Capacidad permanente para brindar liderazgo, planificación y gestión eficaces del desempeño del Programa de Emergencias de Salud | | |
| | Indicador del RIM: Calificación porcentual obtenida en la evaluación anual del programa de emergencias | Línea de base (2017) Estos datos no se miden actualmente. | Meta (2019) 70% |

5.6 Reducción del riesgo de desastres y proyectos especiales

| Principales intervenciones de cooperación técnica | | | |
|---|---|----------------------------|-------------------|
| 5.6.A | Promover y apoyar medidas de reducción de riesgos de desastres, entre ellas la iniciativa de hospitales seguros y la posible ampliación de la iniciativa de hospitales “inteligentes” a otros Estados Miembros, a fin de reducir las consecuencias para la salud de emergencias, desastres y crisis, y aliviar sus efectos sociales y económicos, especialmente en los grupos poblacionales más vulnerables. | | |
| 5.6.B | Coordinar la ejecución del <i>Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021</i> , que tiene como objetivo proteger la vida de los pacientes y del personal de salud contra los desastres, al igual que el equipo y los suministros de salud, y asegurar que los servicios de salud sigan funcionando eficazmente durante y después de las situaciones de emergencia y los desastres, a fin de salvar vidas, reducir las discapacidades y permitir al sector de la salud cumplir con sus responsabilidades permanentes. | | |
| 5.6.C | Ejecutar el proyecto especial sobre los hospitales “inteligentes” en el Caribe. La finalidad de este proyecto es incorporar las normas de seguridad y de adaptación al clima que sean más factibles en determinados establecimientos de salud en el Caribe a fin de mejorar su resiliencia y reducir la repercusión que tienen en el medioambiente. Entre los resultados previstos se encuentran una mejora de las normas de seguridad, una reducción del tiempo que permanecen cerrados y del daño que sufren debido a fenómenos naturales y una reducción de los gastos operativos por agua y electricidad. Los pacientes y el personal del hospital deben señalar una mejora en la atención de salud prestada. | | |
| 5.6.D | Trabajar con las autoridades nacionales para realizar: <i>a)</i> proyectos especiales relacionados con las poblaciones desplazadas dentro del país en Colombia y los países vecinos, y <i>b)</i> proyectos para países sumamente vulnerables (en estos momentos, Haití y República Dominicana). | | |
| Resultado intermedio (RIT) | | | |
| 5.6 | Los países tienen un programa para reducir riesgos de todo tipo en situaciones de emergencia de salud y desastres para lograr que el sector de la salud sea resiliente ante los desastres | | |
| Resultados inmediatos (RIM) | | | |
| 5.6.1 | Países habilitados para mejorar la seguridad y la protección de las redes integradas de servicios de salud | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que incluyen criterios sobre hospitales seguros en la planificación, el diseño, la construcción y las operaciones de los servicios de salud | Línea de base (2017) 28 | Meta (2019) 32 |
| 5.6.2 | Países habilitados para fortalecer la capacidad en cuanto a la reducción del riesgo de situaciones de emergencia y desastres por amenazas de todo tipo en el ámbito de la salud | | |
| | Indicador del RIM 5.6.1a: Número de países y territorios que han evaluado el riesgo de situaciones de emergencia y desastres en el sector de la salud | Línea de base (2017) 0 | Meta (2019) 25 |
| | Indicador del RIM 5.6.1b: Número de países y territorios con personal de tiempo completo asignado a la reducción del riesgo de situaciones de emergencia y desastres | Línea de base (2017) 15 | Meta (2019) 23 |
| | Indicador del RIM 5.6.1c: Número de países y territorios que tienen un mecanismo sectorial para la coordinación, la aplicación y el seguimiento de la gestión del riesgo de situaciones de emergencia y desastres en el ámbito de la salud | Línea de base (2017) 9 | Meta (2019) 12 |
| 5.6.3 | Países habilitados para incorporar en ciertos establecimientos de salud las normas de seguridad y de adaptación al clima que sean más factibles a fin de mejorar su resiliencia y reducir la repercusión que tienen en el medioambiente | | |
| | Indicador del RIM: Número de países y territorios que incluyen criterios para la mitigación de desastres y la adaptación al cambio climático en la planificación, el diseño, la construcción y las operaciones de los servicios de salud | Línea de base (2017) 2 | Meta (2019) 7 |

5.7 Respuesta a brotes y crisis

| Principales intervenciones de cooperación técnica | | | |
|---|---|-----------------------------|--------------------|
| 5.7.A | Colaborar con los países para garantizar que las poblaciones afectadas por emergencias tengan acceso a un conjunto esencial de servicios de salud que pueden salvar vidas | | |
| 5.7.B | Establecer sistemas integrales de manejo de incidentes y coordinar las actividades de los asociados en situaciones de emergencia de salud sobre el terreno dentro de las 72 horas que siguen a la clasificación de todos los riesgos y los eventos clasificados. | | |
| 5.7.C | Preparar, junto con las autoridades nacionales y los asociados, un plan de respuesta estratégica y operaciones conjuntas que sirva de guía en las operaciones de respuesta para todas las emergencias clasificadas que sean prolongadas. En tales entornos, la Oficina procurará subsanar las brechas y llevar a cabo actividades para salvar vidas como “prestador de última instancia”. | | |
| 5.7.D | Prestar apoyo operativo (como vehículos de transporte, alojamiento, servicios, seguridad y tecnologías de la información y de la comunicación), garantizar la disponibilidad de equipos y suministros médicos mediante una gestión eficaz de la cadena de suministros y prestar los servicios logísticos de salud especializados críticos, según sea necesario, en todas las emergencias clasificadas que sean prolongadas. | | |
| Resultado intermedio (RIT) | | | |
| 5.7 | Todos los países responden adecuadamente a las amenazas y emergencias que tienen consecuencias para la salud pública | | |
| Resultados inmediatos (RIM) | | | |
| 5.7.1 | Países habilitados para prevenir y controlar brotes de enfermedades en todas las situaciones de emergencia y desastres con consecuencias para la salud pública | | |
| | Indicador del RIM: Porcentaje de emergencias de grados 2 y 3 en las que la Oficina Sanitaria Panamericana cumple las normas de desempeño relativas a la gestión de las amenazas infecciosas | Línea de base (2017) n/c | Meta (2019) 70% |
| 5.7.2 | Países habilitados para mejorar el acceso a servicios básicos de salud en todas las situaciones de emergencia y desastres con consecuencias para la salud pública | | |
| | Indicador del RIM: Porcentaje de emergencias de grados 2 y 3 en las que la Oficina Sanitaria Panamericana cumple las normas de desempeño relativas a la preparación de los países para las emergencias de salud y el RSI | Línea de base (2017) n/c | Meta (2019) 70% |
| 5.7.3 | Países habilitados para fortalecer la vigilancia y la información de salud en todas las situaciones de emergencia y desastres con consecuencias para la salud pública | | |
| | Indicador del RIM: Porcentaje de emergencias de grados 2 y 3 en las que la Oficina Sanitaria Panamericana cumple las normas de desempeño relativas a información sobre emergencias de salud y evaluación de riesgos | Línea de base (2017) n/c | Meta (2019) 70% |
| 5.7.4 | Coordinación eficaz y prestación de apoyo a las operaciones en el ámbito de la salud en todas las situaciones de emergencia y desastres con consecuencias para la salud pública | | |
| | Indicador del RIM: Porcentaje de emergencias de grados 2 y 3 en las que la Oficina Sanitaria Panamericana cumple las normas relativas a operaciones de emergencia | Línea de base (2017) n/c | Meta (2019) 70% |
| 5.7.5 | Ejecución de la gestión de programas de respuesta a brotes y crisis en todas las situaciones de emergencia y desastres con consecuencias para la salud pública | | |
| | Indicador del RIM: Porcentaje de emergencias de grados 2 y 3 en las que la Oficina Sanitaria Panamericana cumple las normas relativas a servicios básicos de emergencia | Línea de base (2017) n/c | Meta (2019) 70% |



Categoría 6. Liderazgo, gobernanza y funciones habilitadoras

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



Análisis de la situación regional y enfoques colectivos

154. La función de la OPS como el principal organismo multilateral de salud en la Región de las Américas es ampliamente reconocida por los Estados Miembros, particularmente por los ministerios de salud. Además, la OPS tiene sólidas relaciones con diversas organizaciones no gubernamentales y otros actores que trabajan en el sector de la salud. Sin embargo, para ser eficaz en la era de los ODS, la OPS debe convertirse en el principal organismo coordinador de iniciativas que tengan como objetivo el desarrollo de la salud, con asociados fuera del sector de la salud. Entre estos asociados que no se encuentran específicamente dentro del ámbito de la salud hay organismos públicos clave (ministerios u otras dependencias gubernamentales dedicados a diversas áreas, como las finanzas, la planificación, la educación, la seguridad social, el agua y el saneamiento, y la justicia, entre otros) así como diferentes ONG, entidades de la sociedad civil y empresas del sector privado.

155. La nueva agenda de salud sostenible para las Américas 2018-2030, en elaboración en el 2017, definirá la visión común de los Estados Miembros en cuanto a la salud y el bienestar en la Región. Representa la oportunidad de poner el desarrollo de la salud en las más altas esferas políticas de la Región, en consonancia con lo previsto en Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Para brindar apoyo a la aplicación de la agenda, la Oficina colaborará con los Estados Miembros a fin de fortalecer las actividades de planificación, coordinación, seguimiento y presentación de información, aprovechando y optimizando las estrategias y los planes existentes, y usando las plataformas de información y comunicación en el ámbito de la salud.

156. Los Estados Miembros siguen instando a que haya una rendición de cuentas de la ejecución y, en el 2016, la OPS logró importantes avances en este sentido con la evaluación conjunta de fin del bienio 2014-2016 que se realizó con los Estados Miembros (véase el documento CD55/5, *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*). La OPS seguirá centrándose en la repercusión que logra a nivel de país. En el Programa y Presupuesto 2018-2019, la OPS está incluyendo nuevamente presupuestos por país y puntos destacados por programa, para contribuir con la mejora de la transparencia y la rendición de cuentas. El bienio 2018-2019 también será el primero en el cual la OPS presentará información programática y financiera por medio de un portal público en la web, haciendo pública de manera oportuna información que anteriormente estaba disponible en los documentos de los Cuerpos Directivos (incluidos los informes programáticos y financieros).

157. La Organización seguirá reforzando su presencia en los países a fin de prestar un apoyo más eficaz a las autoridades nacionales de salud en sus esfuerzos para formular planes y estrategias para el desarrollo del sector de la salud, y se formulará y se aplicará una estrategia renovada centrada en los países. La Organización también intensificará la formulación de estrategias de cooperación en los países (ECP), usando la guía del 2016 que permite que se aborden de manera más integral las metas de los ODS en las ECP en el marco de las políticas, las estrategias y los planes nacionales de salud de los países, y promueve una mayor colaboración multisectorial y un marco más sólido de seguimiento y evaluación. La Organización seguirá fortaleciendo su programa subregional de cooperación técnica y fomentando la cooperación y el intercambio entre los países y con los mecanismos subregionales de integración en el marco de la cooperación entre los países para el desarrollo de la salud.

158. Desde el punto de vista de la gestión, la OPS se encuentra en una posición fuerte, aunque debe seguir procurando mejorar. En el bienio 2018-2019 será necesario abordar varias áreas clave:

- a) Seguir consolidando el aumento de la eficiencia y la transparencia que se ha obtenido gracias a la puesta en marcha del Sistema de Información Gerencial de la OPS (PMIS).
- b) Mejorar las actividades de la Organización relacionadas con las funciones de cumplimiento, gestión de riesgos y ética, sobre la base de los logros alcanzados, para asegurar que la OPS cumpla con los estándares más altos en la gestión de sus recursos humanos y financieros.
- c) Ejecutar plenamente la estrategia para el personal, es decir, el plan de recursos humanos de la OPS para garantizar que la Organización esté a la altura de sus compromisos, y atraiga y retenga al personal de más alto calibre.
- d) Ejecutar plenamente la estrategia de movilización de recursos de la OPS para garantizar que todos los programas de la Organización estén completamente financiados, conforme el mandato establecido por los Estados Miembros en el Plan Estratégico y en este Programa y Presupuesto.
- e) Aplicar la estrategia de tecnología de la información para optimizar los recursos y promover la innovación.
- f) Ejecutar plenamente el *Marco para la colaboración con agentes no estatales*, a fin de trabajar con los asociados de una manera eficaz y transparente.
- g) Aplicar las innovaciones en el área de la comunicación para apoyar de manera eficaz el alcance total de los programas, compromisos y redes de la OPS, y fortalecer estratégicamente el sello institucional y la visibilidad de la Organización a escala mundial como la autoridad máxima en la coordinación de las iniciativas de salud pública en la Región de las Américas.

159. En documentos específicos y sitios web públicos al alcance de los Estados Miembros podrá encontrarse información más detallada sobre cada uno de estos puntos.

Abordar los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud

160. Esta categoría brinda un aporte importante para el logro del ODS 16 (paz, justicia e instituciones sólidas) y el ODS 17 (alianzas para lograr los objetivos). La puesta en marcha de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible brinda a la Organización la oportunidad de reforzar los enfoques multisectoriales y la estrategia de salud en todas las políticas para que se aborden las prioridades de salud de una manera integrada a nivel de país, subregional y regional. Las siguientes metas de los ODS están relacionadas con la labor que se realiza en el marco de la categoría 6:

- a) 16.6: Crear instituciones eficaces, responsables y transparentes a todos los niveles
- b) 16.8: Ampliar y fortalecer la participación de los países en desarrollo en las instituciones de gobernanza mundial
- c) 16.b: Promover y aplicar leyes y políticas no discriminatorias en favor del desarrollo sostenible
- d) 17.3: Movilizar recursos financieros adicionales procedentes de múltiples fuentes para los países en desarrollo

- e) 17.6: Mejorar la cooperación regional e internacional Norte-Sur, Sur-Sur y triangular en materia de ciencia, tecnología e innovación y el acceso a ellas y aumentar el intercambio de conocimientos en condiciones mutuamente convenidas, entre otras cosas mejorando la coordinación entre los mecanismos existentes, en particular en el ámbito de las Naciones Unidas, y mediante un mecanismo mundial de facilitación de la tecnología
- f) 17.9: Aumentar el apoyo internacional a la ejecución de programas de fomento de la capacidad eficaces y con objetivos concretos en los países en desarrollo a fin de apoyar los planes nacionales orientados a aplicar todos los Objetivos de Desarrollo Sostenible, incluso mediante la cooperación Norte-Sur, Sur-Sur y triangular
- g) 17.16: Fortalecer la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible, complementada por alianzas entre múltiples interesados que movilicen y promuevan el intercambio de conocimientos, capacidad técnica, tecnología y recursos financieros, a fin de apoyar el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en todos los países, en particular los países en desarrollo
- h) 17.17: Alentar y promover la constitución de alianzas eficaces en las esferas pública, público-privada y de la sociedad civil, aprovechando la experiencia y las estrategias de obtención de recursos de las asociaciones
- i) 17.18: Para el 2020, mejorar la prestación de apoyo para el fomento de la capacidad a los países en desarrollo, incluidos los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo, con miras a aumentar de forma significativa la disponibilidad de datos oportunos, fiables y de alta calidad desglosados por grupos de ingresos, género, edad, raza, origen étnico, condición migratoria, discapacidad, ubicación geográfica y otras características pertinentes en los contextos nacionales.

Abordar los temas transversales

161. Los principios de los derechos humanos, la equidad, el género y la igualdad étnica, así como los del desarrollo sostenible, la seguridad humana y la rendición de cuentas, son un componente esencial del liderazgo y la gobernanza de la OPS y tienen una posición prominente en las estrategias, los planes y las políticas de la Organización.

Riesgos

162. Entre los principales riesgos programáticos que pueden afectar el logro de resultados en la categoría 6 se encuentran los siguientes:

- a) Las limitaciones en la coordinación y la colaboración con asociados estratégicos impiden a la Organización colocarse en una posición estratégica para abordar problemas regionales clave de salud pública que requieren enfoques intersectoriales y multisectoriales.
- b) Un Programa y Presupuesto parcialmente financiado afecta a la ejecución programática y el logro de los resultados.
- c) La falta de flexibilidad de los recursos para financiar actividades programáticas afecta el financiamiento de las categorías y áreas programáticas prioritarias que no cuentan con suficientes fondos.
- d) Los posibles conflictos de intereses con asociados del sector privado afectan la imagen y la reputación de la Organización, en el contexto de la aplicación del FENSA a escala mundial.
- e) Los ciberataques a la OPS afectan la integridad de los datos y la disponibilidad de los sistemas que sirven de apoyo a las actividades, las comunicaciones y la colaboración con los Estados Miembros.
- f) La poca disponibilidad y fiabilidad de la información impide la adopción de decisiones oportunas.

Presupuesto por área programática (en dólares de EE.UU.)

| Área programática | Presupuesto preliminar | Nivel de prioridad |
|--|------------------------|--------------------|
| 6.1 Liderazgo y gobernanza | 46.100.000 | NC |
| 6.2 Transparencia, rendición de cuentas y gestión de riesgos | 10.000.000 | NC |
| 6.3 Planificación estratégica, coordinación de recursos y presentación de informes | 17.300.000 | NC |
| 6.4 Gerencia y administración | 103.300.000 | NC |
| 6.5 Comunicación estratégica | 13.000.000 | NC |
| Total de la categoría | 189.700.000 | |



Principales intervenciones, resultados intermedios y resultados inmediatos

6.1 Liderazgo y gobernanza

| Principales intervenciones | | | |
|-----------------------------|---|-----------------------------|--------------------|
| 6.1.A | Colaborar con los Estados Miembros para que puedan cumplir su función de gobernanza con respecto a la OPS y la OMS. | | |
| 6.1.B | Fortalecer y establecer alianzas estratégicas con interesados directos pertinentes a fin de procurar que la salud ocupe un lugar prominente en la agenda política y de desarrollo a nivel regional y de país. | | |
| 6.1.C | Fortalecer la presencia de la Organización a nivel de país para atender eficientemente las necesidades de salud del país e impulsar el logro de los ODS. | | |
| 6.1.D | Mejorar la diplomacia en el ámbito de la salud a escala mundial y la cooperación Sur Sur y triangular brindando apoyo a los planes nacionales para alcanzar las metas de los ODS relacionadas con la salud. La Oficina y las representaciones de la OPS/OMS intensificarán el apoyo que brindan fuera del sector de la salud. También será necesario seguir definiendo los instrumentos y los mecanismos para colaborar con otros interesados directos y promover un enfoque intersectorial con la finalidad de abordar las desigualdades en materia de salud y los determinantes sociales de la salud. | | |
| 6.1.E | Fortalecer el papel de la OPS para la convocatoria y la promoción ver la causa, la formación de alianzas, la movilización de recursos, el intercambio y la intermediación de conocimientos, y el análisis y el seguimiento del progreso. | | |
| Resultado intermedio (RIT) | | | |
| 6.1 | Mayor coherencia en el campo de la salud en la Región, con la OPS/OMS desempeñando una función de liderazgo para permitir que los distintos actores contribuyan de manera eficaz a la salud de todas las personas de la Región de las Américas | | |
| Resultados inmediatos (RIM) | | | |
| 6.1.1 | Liderazgo y gobernanza eficaces de la OPS en relación con sus mandatos institucionales | | |
| | Indicador del RIM 6.1.1a: Número de países y territorios donde las ECP actuales están formuladas conforme a las directrices aprobadas (vínculo explícito establecido con los ODS) | Línea de base (2017) 21 | Meta (2019) 28 |
| | Indicador del RIM 6.1.1b: Mecanismos establecidos para dar seguimiento a la aplicación de la agenda de salud sostenible para las Américas para el período 2018-2030 en colaboración con los Estados Miembros y los asociados | Línea de base (2017) n/c | Meta (2019) Sí |
| | Indicador del RIM 6.1.1c: Progreso hacia el logro de las metas establecidas en el <i>Plan de acción para todo el sistema de las Naciones Unidas sobre la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres</i> | Línea de base (2017) n/c | Meta (2019) 40% |
| | Indicador del RIM 6.1.1d: Número de países que han elaborado una hoja de ruta para poner en práctica la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible con el apoyo de la Oficina Sanitaria Panamericana | Línea de base (2017) 14 | Meta (2019) 17 |
| 6.1.2 | Colaboración eficaz con otros organismos de las Naciones Unidas y del sistema interamericano, así como con agentes no estatales, en el establecimiento de una agenda común de salud que responda a las prioridades de los Estados Miembros | | |
| | Indicador del RIM 6.1.2a: Número de países y territorios con un Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD) u otra agenda nacional que refleje las prioridades de la ECP y el Plan Estratégico de la OPS | Línea de base (2017) 18 | Meta (2019) 30 |
| | Indicador del RIM 6.1.2b: Número de agentes no estatales sobre los cuales hay información acerca de su naturaleza y su colaboración con la OPS | Línea de base (2017) 20 | Meta (2019) 240 |
| 6.1.3 | Fortalecimiento de la gobernanza de la OPS mediante una supervisión eficaz de las reuniones de los Cuerpos Directivos y órdenes del día eficientes y armonizados | | |
| | Indicador del RIM: Proporción de puntos del orden del día de los Cuerpos Directivos de la OPS que guardan consonancia con el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 | Línea de base (2017) 95% | Meta (2019) 95% |

6.2 Transparencia, rendición de cuentas y gestión de riesgos

| Principales intervenciones | | | |
|-----------------------------|---|-----------------------------|---------------------|
| 6.2.A | Seguir fortaleciendo los mecanismos existentes e introducir otros nuevos, como el nuevo marco de control interno, y el cumplimiento en las operaciones institucionales por medio del PMIS a fin de garantizar la rendición de cuentas, la transparencia y la capacidad de gestionar los riesgos eficazmente. | | |
| 6.2.B | Aplicar un enfoque coordinado en todos los niveles de la Organización para establecer una cultura de evaluación objetiva, conforme a la política de evaluaciones de la OPS. Hacer mayor énfasis en la función de las enseñanzas extraídas de las evaluaciones como parte del aprendizaje institucional, al llevar un registro de las evaluaciones y dar a conocer las enseñanzas extraídas de estas evaluaciones. | | |
| 6.2.C | Seguir realizando auditorías de las operaciones de la Sede y las representaciones, teniendo en cuenta los riesgos emergentes y los controles internos que mitigan los riesgos. | | |
| 6.2.D | Prestar una atención considerable a la ampliación del apoyo consultivo, la capacitación y los programas de extensión para subrayar la importancia del comportamiento ético en todos los niveles de la Organización. Realizar evaluaciones de riesgo periódicas y encuestas sobre el ambiente laboral para detectar vulnerabilidades que puedan afectar la imagen y la reputación de la Organización, y para garantizar un entorno de trabajo ético para todo personal de la OPS. Mantener un lugar de trabajo respetuoso donde todo el personal sea tratado con dignidad y respeto. | | |
| 6.2.E | Seguir fortaleciendo el programa de gestión de riesgos institucionales, y la integración de este programa en las políticas y los procedimientos de la Organización, por medio de las siguientes líneas de trabajo: <i>a)</i> llevar el registro de riesgos a nivel de las entidades; <i>b)</i> informar a los diferentes interesados directos internos acerca de los riesgos asentados en el registro de riesgos; <i>c)</i> fortalecer la gobernanza del programa por medio del Comité Permanente de Gestión del Riesgo Institucional y el Comité de Auditoría; <i>d)</i> detectar los principales riesgos y hacerles seguimiento a nivel de gerencia ejecutiva; <i>e)</i> fortalecer las redes internas y externas de gestión de riesgos para apoyar el programa, y determinar cuáles son las prácticas adecuadas; y <i>f)</i> crear conciencia y fortalecer la capacidad institucional mediante el uso de diferentes actividades y métodos de capacitación. | | |
| Resultado intermedio (RIT) | | | |
| 6.2 | La OPS funciona de manera responsable y transparente, y dispone de marcos de gestión y de evaluación de riesgos que funcionan adecuadamente | | |
| Resultados inmediatos (RIM) | | | |
| 6.2.1 | Rendición de cuentas asegurada por medio del fortalecimiento de la gestión de los riesgos institucionales en todos los niveles de la Organización | | |
| | Indicador del RIM: Proporción de riesgos institucionales para los que se tienen planes de respuesta aprobados y ejecutados | Línea de base (2017) 85% | Meta (2019) 100% |
| 6.2.2 | Ejecución de la nueva política de evaluaciones de la OPS | | |
| | Indicador del RIM: Porcentaje de asignaciones de evaluación en la OPS que cumplen los requisitos establecidos en la política de evaluaciones de la OPS | Línea de base (2017) 50% | Meta (2019) 75% |
| 6.2.3 | Mejora del comportamiento ético, del respeto en el lugar de trabajo y del respeto de los procedimientos debidos en toda la Organización | | |
| | Indicador del RIM 6.2.3a: Nivel de satisfacción del personal con el entorno ético | Línea de base (2017) 75% | Meta (2019) 80% |
| | Indicador del RIM 6.2.3b: Nivel de satisfacción del personal con los procedimientos internos de apelación de la Organización | Línea de base (2017) 75% | Meta (2019) 80% |
| 6.2.4 | Fortalecimiento de la función de auditoría | | |
| | Indicador del RIM: Proporción de las recomendaciones de auditorías internas aceptadas por el Director que se cerraron en el bienio | Línea de base (2017) 85% | Meta (2019) 90% |

6.3 Planificación estratégica, coordinación de recursos y presentación de informes

| Principales intervenciones | | | |
|-----------------------------|---|--|-----------------------|
| 6.3.A | Seguir implementando en la Organización mecanismos, procesos y procedimientos para consolidar aún más el enfoque de la gestión basada en los resultados. Esto incluye el fortalecimiento de la aplicación del método de Hanlon perfeccionado por la OPS y del seguimiento y la evaluación conjuntos. | | |
| 6.3.B | Simplificar los procesos y procedimientos de gestión del programa y presupuesto para impulsar una mayor armonización de las prioridades y los resultados aprobados por los Estados Miembros con la movilización de recursos, la asignación y la ejecución. | | |
| 6.3.C | Aplicar nuevos enfoques en las relaciones externas, la movilización de recursos y las alianzas a fin de dar mayor visibilidad a la salud y los resultados en materia de salud en la agenda de desarrollo, tomando en cuenta el <i>Marco para la colaboración con agentes no estatales</i> . Seguir aplicando la estrategia de movilización de recursos de la Oficina, centrada en la diversificación de las fuentes de contribuciones voluntarias de la OPS, adoptando al mismo tiempo un enfoque más coordinado y estratégico de la movilización de recursos. Seguir promoviendo y mejorando la capacidad del personal de la Oficina para colaborar con asociados dentro y fuera del sector de la salud para abordar los determinantes sociales de la salud. | | |
| Resultado intermedio (RIT) | | | |
| 6.3 | Financiamiento y asignación de recursos alineados con las prioridades y necesidades de salud de los Estados Miembros en un marco de gestión basada en los resultados | | |
| Resultados inmediatos (RIM) | | | |
| 6.3.1 | Consolidación del marco de gestión basada en los resultados de la OPS, haciendo hincapié en el sistema de rendición de cuentas para la evaluación del desempeño institucional | | |
| | Indicador del RIM 6.3.1a: Porcentaje de resultados inmediatos logrados | Línea de base (2017) 50% ¹¹ | Meta (2019) 75% |
| | Indicador del RIM 6.3.1b: Planificación y presupuestación basadas en los resultados implantadas en toda la Organización, en colaboración con los Estados Miembros (medidos por la elaboración del Programa y Presupuesto usando el método de abajo arriba, la aplicación del método de asignación de prioridades y la evaluación conjunta de fin de bienio) | Línea de base (2017) Sí | Meta (2019) Sí |
| 6.3.2 | Establecimiento de un financiamiento previsible, adecuado, flexible y congruente que posibilite la plena ejecución del Programa y Presupuesto de la OPS con respecto a todas las áreas programáticas | | |
| | Indicador del RIM 6.3.2a: Número de áreas programáticas técnicas que tienen al menos 50% de sus requerimientos de financiamiento cubiertos con contribuciones voluntarias (excluyendo las contribuciones voluntarias nacionales) | Línea de base (2017) 10 | Meta (2019) 12 |
| | Indicador del RIM 6.3.2b: Porcentaje de áreas programáticas con un presupuesto financiado en 75% o más | Línea de base (2017) 76% ¹² | Meta (2019) 80% |
| | Indicador del RIM 6.3.2c: Proporción de contribuciones voluntarias de la OPS completamente flexibles | Línea de base (2017) 0 | Meta (2019) 5% |
| | Indicador del RIM 6.3.2d: Proporción de áreas programáticas técnicas clasificadas de alta prioridad (nivel 1) financiadas en 90% o más al final del bienio | Línea de base (2017) 6/9 | Meta (2019) 9/9 |

11. Conforme a la evaluación conjunta de fin de bienio 2014-2015.

12. Conforme a la evaluación conjunta de fin de bienio 2014-2015

6.4 Gestión y administración

| Principales intervenciones | | | |
|-----------------------------|--|--------------------------------|-----------------------|
| 6.4.A | Aplicar un nuevo marco de control interno de manera acorde con el Sistema de Información Gerencial de la OSP (PMIS) en cuanto a los procesos institucionales y la capacidad de presentar información. La Oficina establecerá dentro de las áreas habilitadoras una estructura orgánica revisada, teniendo en cuenta las enseñanzas extraídas durante la ejecución y estabilización del PMIS, y mejorará los programas de educación continua del personal para velar por que la alta calidad y la eficiencia estén presentes en todas las actividades de administración financiera que se emprendan en todos los niveles de la Organización. Los procesos de verificación del cumplimiento establecidos en el bienio 2016-2017 para la supervisión de las transacciones financieras y los activos financieros, la inversión de recursos financieros y las actividades generales de gestión y administración financiera en todos los niveles de la Organización. | | |
| 6.4.B | Seguir ejecutando la estrategia para el personal, aprovechando la nueva plataforma de contratación de personal del PMIS y la plataforma de aprendizaje puestas en funcionamiento en el 2017. La Oficina elaborará planes operativos para adaptarse a la repercusión que tendrá el aumento en la edad obligatoria de separación del servicio que entrará en vigor en enero del 2018. Se prevé que en el bienio 2018-2019 tendrá lugar la puesta en marcha, la capacitación y la ejecución plena del módulo de contratación de personal del PMIS, que dará a los gerentes mejores herramientas para identificar y seleccionar el capital humano que brinde apoyo a la cooperación técnica que presta la Organización. | | |
| 6.4.C | Fortalecer, en todos los niveles de la Organización (internos y externos), el conocimiento y la conciencia acerca de los mecanismos de compra a fin de garantizar la mayor eficiencia y eficacia posibles en los procesos institucionales de compra por medio del PMIS, medidas sobre la base de un modelo de inteligencia empresarial. A fin de mejorar continuamente la capacidad de compra, la Organización optimizará las asociaciones y alianzas estratégicas con organismos del sistema de las Naciones Unidas y otros interesados directos clave en cada nivel de la cadena de compras y abastecimiento, y seguirá cumpliendo las políticas y procesos para mantener la integridad de los procesos de compras. Además, se hará hincapié en la elaboración de un enfoque de inteligencia de mercado, a fin de comprender mejor la dinámica del mercado y prever los retos y las oportunidades. | | |
| 6.4.D | Ejecutar iniciativas para garantizar un entorno de trabajo seguro y saludable para el personal mediante la provisión eficaz y eficiente de apoyo operativo y logístico, el mantenimiento de la infraestructura y la administración de los activos, incluido el cumplimiento de las normas mínimas operativas de seguridad y las normas mínimas operativas de seguridad domiciliaria, de las Naciones Unidas. La OPS aprovechará las capacidades del PMIS para simplificar los procesos administrativos en las actividades de apoyo operativo y logístico, a fin de reducir el volumen de trabajo administrativo conexo. | | |
| 6.4.E | Seguir aplicando la estrategia de tecnología de la información aprobada en el 2015, prestando más atención a la gestión y el mejoramiento del apoyo dado por medio del PMIS a la cooperación técnica y la simplificación de los procesos administrativos. Se prestará apoyo a las representaciones de la OPS/OMS para que obtengan los beneficios de las innovaciones y los servicios basados en la nube que se están adoptando en toda la Organización. Considerando que las operaciones administrativas de la OPS se concentran cada vez más en plataformas basadas en la nube, y que todas las organizaciones internacionales enfrentan la amenaza cada vez mayor de sufrir un ciberataque, será necesario prestar mucha atención a la seguridad de la información. La OPS institucionalizará la simplificación y la consolidación continuas de la infraestructura y los servicios de computación para mantenerse a la altura de las expectativas cada vez mayores en cuanto a los niveles de servicio y la continuidad de las operaciones. La institucionalización de los servicios de Microsoft Office basados en la nube (Office 365) mejorará aún más la eficiencia de las comunicaciones y la colaboración, en un entorno en la nube seguro y costoeficaz. | | |
| Resultado intermedio (RIT) | | | |
| 6.4 | Gestión y administración eficaces en los tres niveles de la Organización. | | |
| Resultados inmediatos (RIM) | | | |
| 6.4.1 | Prácticas financieras sólidas administradas por medio de un marco de control adecuado, contabilidad exacta, seguimiento del gasto y registro oportuno de los ingresos | | |
| | Indicador del RIM: Opinión de auditoría sin reservas | Línea de base (2017) Sí | Meta (2019) Sí |
| 6.4.2 | Gestión y coordinación eficientes y eficaces de los recursos humanos en curso | | |
| | Indicador del RIM: Proporción de acuerdos de prestación de servicios relacionados con los recursos humanos que han sido cumplidos | Línea de base (2017) 72% | Meta (2019) 90% |
| 6.4.3 | Infraestructura de computación, servicios de redes y comunicaciones, sistemas y aplicaciones institucionales y gerenciales, y servicios eficientes y eficaces de apoyo a los usuarios establecidos para brindar apoyo a la cooperación técnica | | |
| | Indicador del RIM: Proporción de acuerdos de prestación de servicios que han sido cumplidos | Línea de base (2017) 90% | Meta (2019) 92% |

6.4 Gestión y administración (continuación)

| Resultados inmediatos (RIM) | | | |
|-----------------------------|---|-----------------------------|--------------------|
| 6.4.4 | Suministro de apoyo operativo y logístico, compras, mantenimiento de infraestructura y administración de activos, y un entorno seguro para el personal y la propiedad de la OPS | | |
| | Indicador del RIM: Proporción de los acuerdos de prestación de servicios acordados que han sido cumplidos | Línea de base (2017) 90% | Meta (2019) 95% |

6.5 Comunicación estratégica

| Principales intervenciones | | | |
|-----------------------------|---|-----------------------------|---------------------|
| 6.5.A | Revisar la <i>Estrategia y plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones</i> para el período 2014-2019 a fin de aumentar la calidad, el alcance y la repercusión de las comunicaciones de la OPS dirigidas todos los destinatarios pertinentes (público en general, interesados directos, redes y asociados) a nivel nacional, regional y mundial. | | |
| 6.5.B | Establecer un vínculo entre la información técnica, los mensajes clave, los artículos digitales, las publicaciones y los productos multimedios y el alcance general de los programas, los compromisos y las redes de la OPS. | | |
| 6.5.C | Fortalecer la capacidad de comunicación en todas las unidades técnicas y los niveles de liderazgo de la OPS para que las comunicaciones (internas y externas) puedan ser consideradas las "mejores en su tipo" y se genere una organización que sea más comunicativa en general. | | |
| 6.5.D | Lograr que la labor y el impacto de la OPS tengan una visibilidad estratégica sostenida por medio del uso de nuevos contenidos, plataformas y canales de comunicación, y de la ejecución de actividades de cooperación técnica y alianzas institucionales más estratégicas y sólidas por parte del departamento de comunicaciones de la OPS (CMU). | | |
| 6.5.E | Ampliar las innovaciones en el ámbito de las comunicaciones y profundizar la vinculación del público con contenidos que estén basados en la evidencia, sean multifuncionales y se centren en demostrar los conocimientos especializados de la OPS, haciendo particular hincapié en las emergencias de salud pública y las crisis humanitarias. | | |
| Resultado intermedio (RIT) | | | |
| 6.5 | Mejor comprensión por parte del público y los interesados directos del trabajo de la OPS/OMS | | |
| Resultados inmediatos (RIM) | | | |
| 6.5.1 | Comunicaciones en el ámbito de la salud exactas, oportunas y visibles difundidas mediante plataformas, políticas y redes de comunicación eficaces e innovadoras | | |
| | Indicador del RIM: Proporción de interesados directos públicos y de otro tipo que califican la oportunidad y accesibilidad con la cual se comunica la información de salud pública de la OPS/OMS como "buena" o "excelente" | Línea de base (2017) 80% | Meta (2019) 100% |
| 6.5.2 | Mejora de la capacidad de comunicación del personal de la OPS/OMS, lo que conduce a una mejor comprensión de la labor y el impacto de la Organización, particularmente durante brotes de enfermedades, emergencias de salud pública y crisis humanitarias | | |
| | Indicador del RIM: Proporción del personal de la OPS/OMS que ha finalizado los componentes de capacitación señalados en la estrategia de comunicación de la OPS y los planes para ejecutarla | Línea de base (2017) 80% | Meta (2019) 100% |





Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas