ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

146.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 21 al 25 de junio del 2010

Punto 4.1 del orden del día provisional

CE146/9 (Esp.)
9 de junio del 2010
ORIGINAL: INGLÉS

EVALUACIÓN DE FIN DEL BIENIO SOBRE EL PROGRAMA Y PRESUPUESTO 2008-2009/ INFORME INTERINO SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS CON RESPECTO AL PLAN ESTRATÉGICO 2008-2012

(VERSIÓN PRELIMINAR)

ÍNDICE

I. RESUMEN....4
II. INTRODUCCIÓN....5
III. METODOLOGÍA....6
IV. DESEMPEÑO PROGRAMÁTICO Y PRESUPUESTARIO....8
A) Panorama de la salud pública en la Región....8
a) Logros principales del bienio 2008-2009....8
b) Retos principales del bienio 2008-2009....18
B) Evaluación programática....23
Progreso hacia el logro de los objetivos estratégicos....23
Progreso hacia el logro de los resultados previstos a nivel regional.....23
Situación de los indicadores de los RPR.....27
C) Evaluación presupuestaria y movilización de recursos....27
Panorama del presupuesto....27
Ejecución presupuestaria general....29
Movilización de recursos.....30
Evaluación presupuestaria por objetivo estratégico....31
D) Análisis de la prioridad de los objetivos estratégicos....35
E) Informe sobre los progresos realizados en relación con los objetivos estratégicos....38
OE1: Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles....38
OE2: Combatir la infección por el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria....54
OE3: Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos....67
OE4: Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el período neonatal, la infancia y la adolescencia, mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas....76
OE5: Reducir las consecuencias para la salud de emergencias, desastres, crisis y conflictos, y reducir al mínimo sus repercusiones sociales y económicas .83
OE6: Promover la salud y desarrollo, y prevenir o reducir factores de riesgo tales como el consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, las dietas malsanas, la inactividad física y las prácticas sexuales de riesgo, que afectan las condiciones de salud....91
OE7: Abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos....101

ÍNDICE *(cont.)*

OE8: Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud 109
OE9: Mejorar la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de vida, y en apoyo de la salud pública y el desarrollo sostenible 115
OE10: Mejorar la organización, gestión y prestación de los servicios de salud 125
OE11: Fortalecer el liderazgo, la gobernanza y la evidencia científica de los sistemas de salud 128
OE12: Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias 133
OE13: Asegurar la existencia de un personal de salud disponible, competente, capaz de responder a las neceSIDAdes y productivo, con miras a mejorar los resultados sanitarios 137
OE14: Extender la protección social mediante una financiación equitativa, suficiente y sostenible 143
OE15: Ejercer liderazgo, fortalecer la gobernanza y fomentar las alianzas y la colaboración con los países, el sistema de las Naciones Unidas y otros actores para cumplir el mandato de la OPS/OMS de hacer avanzar el Programa de Acción Sanitaria Mundial, consignado en el Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS, y la Agenda de Salud para las Américas 148
OE16: Desarrollar y mantener a la OPS/OMS como una organización flexible y discente, facilitándole los medios necesarios para cumplir su mandato de manera más eficiente y eficaz 155
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 165

**EVALUACIÓN DE FIN DEL BIENIO
SOBRE EL PROGRAMA Y PRESUPUESTO 2008-2009/
INFORME INTERINO SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS
CON RESPECTO AL PLAN ESTRATÉGICO 2008-2012 DE LA OPS**

I. RESUMEN

1. Por medio del presente documento se informa a los Cuerpos Directivos sobre los progresos realizados con respecto a la ejecución del Plan Estratégico 2008-2012 y se presenta la evaluación de fin del bienio del Programa y Presupuesto 2008-2009. El informe se basa en la información obtenida por medio de las actividades de seguimiento y evaluación del desempeño realizadas en toda la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) a fines del bienio 2008-2009. Consiste en un análisis de la ejecución programática y presupuestaria por objetivo estratégico (OE) y por los diferentes niveles de la Organización. Se proporciona, asimismo, información sobre las actividades de la Oficina para movilizar recursos a fin de cubrir la brecha de financiamiento del Programa y Presupuesto 2008-2009, así como un análisis de la priorización de los objetivos estratégicos.

2. Al final del primer período de ejecución del Plan Estratégico (bienio 2008-2009), la Organización estaba bien encaminada hacia la consecución de sus objetivos. La evaluación indica que 12 objetivos estratégicos estaban “en curso” y cuatro estaban “en riesgo”. De los 88 resultados previstos a nivel regional (RPR), 76% estaban “en curso” y 24% estaban “en riesgo”. La mayoría de los RPR “en riesgo” estaban relacionados con intervenciones de política de alto nivel y a nivel macro para ampliar y mantener los logros, que requieren un compromiso político continuo de los Estados Miembros. De las 324 metas de los indicadores de los RPR, 85% se alcanzaron, 13% no se alcanzaron y 2% no se evaluaron o no correspondían.

3. El Programa y el Presupuesto aprobado fue de US$ 626 millones, de los cuales US$ 559 millones (89%) estuvieron disponibles para el bienio. Los fondos disponibles se distribuyeron por igual entre el presupuesto ordinario y otras fuentes; sin embargo, hubo diferencias en la distribución dentro de cada uno de los 16 objetivos estratégicos. Además, la asignación de los recursos del presupuesto ordinario entre los distintos niveles institucionales se rigió por la Política del Presupuesto Regional por Programas. Esta política también guió la distribución de los fondos de otras fuentes.

4. A fines del bienio se había ejecutado el 94% (US$ 525 millones) de los fondos, cifra que representa un aumento considerable en comparación con la tasa de ejecución media de los dos últimos bienios (79%). La ejecución por objetivo estratégico fue de 90% o más, excepto por los Objetivos Estratégicos 4 y 10, cuya tasa de ejecución fue de 85%.

Una tasa de ejecución superior a 75% se considera aceptable, según la metodología adoptada para evaluar el Plan Estratégico.

5. Del Programa y Presupuesto aprobado de US$ 626 millones, US$ 279 millones correspondían al presupuesto ordinario. La diferencia (US$ 347 millones) era la brecha de financiamiento inicial. Para fines del bienio, la Organización logró movilizar US$ 281 millones, reduciendo la brecha de financiamiento a US$ 66 millones (19%).

6. En el informe (páginas 35-37) se presenta un análisis de la medida en que la movilización y asignación de recursos se guió por la prioridad programática asignada a los Objetivos Estratégicos del 1 al 14. La mayoría de las asignaciones de recursos corresponden a la prioridad programática asignada a los objetivos estratégicos.

7. En la evaluación de fin de bienio se obtuvieron varias conclusiones y se formularon recomendaciones. La principal fue la necesidad de fortalecer la vigilancia continua del Plan Estratégico y sus componentes.

II. INTRODUCCIÓN

8. El Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS fue aprobado por la 27.ª Conferencia Sanitaria Panamericana en octubre del 2007 (resolución CSP27.R4) y fue modificado a fin de armonizarlo con la versión revisada del Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013 de la OMS, que incluye el presupuesto por programas 2010-2011, aprobada en la 62.ª Asamblea Mundial de la Salud (resolución WHA62.11). En la versión modificada del Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS, aprobada por el 49.º Consejo Directivo en septiembre del 2009 (resolución CD49.R3), se hicieron cambios en los resultados previstos a nivel regional y sus indicadores con objeto de facilitar la vigilancia y la evaluación.

9. Tal como se señala en el Plan Estratégico 2008-2012, cada dos años la Oficina Sanitaria Panamericana debe presentar informes a los Cuerpos Directivos sobre los progresos realizados con la ejecución del Plan. El presente informe abarca la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2008-2009 y, a su vez, es el primer informe de progreso del Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS.

10. El informe se basa en la información obtenida por medio de las actividades de seguimiento y evaluación del desempeño realizadas en toda la OSP a fines del bienio 2008-2009. Consiste en un análisis de la ejecución programática y presupuestaria por objetivo estratégico y por los diferentes niveles de la Organización. Se proporciona, asimismo, información sobre las actividades de la Oficina para movilizar recursos a fin de cubrir la brecha de financiamiento del Programa y Presupuesto 2008-2009, así como un análisis de la priorización de los objetivos estratégicos.

11. Cabe destacar que el informe se basa en la versión original del Plan Estratégico 2008-2012 (aprobada en el 2007). Eso se debe a que la ejecución de los planes de trabajo del bienio 2008-2009 ya había avanzado mucho cuando se aprobó la versión modificada Plan Estratégico 2008-2012. Sin embargo, se hace referencia a los indicadores modificados, según sea necesario.

12. El informe tiene cinco partes. Las partes I, II y III consisten en el resumen, la introducción y la metodología, respectivamente; la parte IV contiene el análisis institucional del desempeño programático y presupuestario, así como el informe sobre los progresos realizados en relación con cada objetivo estratégico; y en la parte V se presentan las principales conclusiones y recomendaciones de la evaluación.

III. METODOLOGÍA

13. Este informe refleja la evaluación realizada por los 81 gerentes de entidades de la OSP y los equipos de los objetivos estratégicos de acuerdo con el progreso realizado en la consecución de los 16 objetivos estratégicos, los 88 RPR y las 324 metas de los indicadores de los RPR a fines del bienio 2008-2009. En la evaluación se emplearon métodos tanto cuantitativos como cualitativos, que se describen a continuación.

14. Primero se evalúa la consecución de las metas de los indicadores de los RPR para el 2009 sobre la base de la información suministrada por los gerentes de entidades. Esta parte de la metodología es cuantitativa (se alcanzó la meta o no se alcanzó) y los gerentes de las entidades son responsables de que se obtengan los resultados comprendidos en su ámbito de responsabilidad y de la información que proporcionan. Para los indicadores del tipo de “número de países…”, los informes de los gerentes de entidades de país se agregan (se suman) a fin de determinar si se logró el número necesario de países para alcanzar la meta del indicador del RPR.

15. Después se hace un análisis cualitativo de los RPR y, por último, sobre la base de esta información, se hace un análisis cualitativo de los objetivos estratégicos. En ambos casos se tiene en consideración el número de metas de los indicadores de RPR que se alcanzaron.

16. Se han aplicado los siguientes criterios de clasificación para el seguimiento de la ejecución programática y presupuestaria de los RPR y los objetivos estratégicos:

- Tasa de ejecución del 90 al 100% = verde (“en curso”): no se prevén impedimentos o riesgos que afecten significativamente el progreso.
- Tasa de ejecución del 75 al 89% = amarillo (“en riesgo”): el progreso está en peligro y se necesitan medidas para superar retrasos, impedimentos y riesgos.

- Tasa de ejecución inferior al 75% = rojo (“con problemas”): el progreso corre grave peligro debido a obstáculos o riesgos que podrían impedir la consecución de las metas.

17. Según se establece en el Plan Estratégico 2008-2012, una tasa de ejecución programática o presupuestaria de 75% o mayor se considera aceptable al final del período de planificación.

18. A continuación se describe brevemente el método utilizado para cada componente del informe.

Evaluación programática

19. Análisis por objetivo estratégico. Los facilitadores de los objetivos estratégicos evalúan el progreso realizado hacia el logro de las metas de los indicadores establecidas para el final del Plan Estratégico. Analizan el nivel consolidado de consecución de los respectivos RPR y los factores que contribuyen al progreso en el cumplimiento de los objetivos estratégicos o que lo obstaculizan (evaluación cualitativa), teniendo en cuenta las metas de los indicadores de los RPR que se hayan alcanzado (evaluación cuantitativa). Los facilitadores de los objetivos estratégicos clasifican la situación de cada objetivo al final del bienio y determinan si está “en curso”, “en riesgo” o “con problemas” en lo que se refiere a su consecución para el 2013.

20. Análisis por RPR. La evaluación de los RPR, realizada por sus facilitadores, consiste en determinar el grado de consecución de las metas de los indicadores de los RPR (evaluación cuantitativa) y los factores que contribuyen al progreso en la consecución de los RPR o que lo obstaculizan (evaluación cualitativa). Los facilitadores de los RPR clasifican la situación de los RPR al final del bienio y determinan si están “en curso”, “en riesgo” o “con problemas” en lo que se refiere a su consecución para el 2013.

21. Análisis por metas de los indicadores de los RPR. El logro de los indicadores de los RPR se mide sobre la base de la consecución de las metas respectivas establecidas para cada bienio (es decir, si se alcanzaron o no se alcanzaron).

Evaluación presupuestaria

22. *Ejecución presupuestaria.* Se evalúa en relación con la Organización en su totalidad, por nivel institucional (entidades de país, subregionales y regionales) y por objetivo estratégico. La tasa de ejecución presupuestaria se obtiene dividiendo los gastos por el total de los fondos disponibles para el bienio.

23. *Movilización de recursos.* En el Programa y Presupuesto se establece la cantidad estimada de fondos necesarios para cada objetivo estratégico al comienzo del bienio. Durante el bienio, la OSP moviliza recursos para cubrir la brecha de financiamiento de cada objetivo estratégico. En el marco de la gerencia basada en resultados, cada entidad planifica el costo de su plan de trabajo bienal (independientemente de la fuente de fondos) según la cantidad de recursos necesarios para obtener los resultados y productos previstos durante ese bienio. En cualquier momento del bienio, la diferencia entre la estimación original y los recursos disponibles de cualquier procedencia para llevar a cabo el programa es la brecha de financiamiento. El informe incluye un análisis del estado de la brecha de financiamiento.

IV. DESEMPEÑO PROGRAMÁTICO Y PRESUPUESTARIO

A) Panorama de la salud pública en la Región

24. El análisis que figura a continuación se presenta en el marco de las ocho áreas de acción de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017.

a) Logros principales del bienio 2008-2009

FORTALECER LA AUTORIDAD SANITARIA NACIONAL

25. Los Jefes de Estado y de Gobierno de los países de la Región de las Américas, reunidos en ocasión de la Quinta Cumbre de las Américas (Trinidad y Tabago, abril del 2009), respaldaron las declaraciones de los ministros de salud y las resoluciones de los Cuerpos Directivos de la OPS y de los Órganos Deliberantes de la OMS. Los compromisos adoptados en la Cumbre abarcan las áreas de la seguridad alimentaria, la protección social y servicios integrales de salud de buena calidad, la salud del recién nacido, las enfermedades transmisibles, las enfermedades crónicas (incluidos el régimen alimentario y la actividad física), el uso de drogas ilícitas, la renovación de la atención primaria de salud, el papel de la nutrición en la salud y el desarrollo, la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional, la infección por el VIH/SIDA, la atención de los adultos mayores, los preparativos para desastres naturales, la planificación urbana, el cambio climático, la prevención de la violencia y la creación de entornos y comunidades sin riesgos, saludables y sostenibles.

26. El liderazgo intersectorial de las autoridades sanitarias nacionales permitió avanzar hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en la Región en lo que se refiere a los indicadores promedio. Sin embargo, persiste el reto de reducir las desigualdades entre los países y dentro de ellos en el logro de estas metas. La iniciativa “Rostros, voces y lugares” ha ayudado a algunos Estados Miembros a

concentrar medidas integrales de cooperación técnica en los municipios más vulnerables, a fin de que puedan avanzar hacia el cumplimiento de los ODM para el 2015.

27. Los líderes del sector elaboraron importantes directrices en materia de equidad. En el 2009 se puso en marcha el plan de acción para ejecutar la Política en Materia de Igualdad de Género, aprobada por el Consejo Directivo y los Estados Miembros en el 2005. Actualmente se está trabajando para integrar la perspectiva de género, así como la perspectiva étnica, la diversidad cultural y un enfoque de derechos humanos, en las políticas y los programas sanitarios de varios Estados Miembros, lo que incluye la integración de indicadores de género en las políticas y los planes nacionales.

28. La OSP ayudó a las autoridades sanitarias nacionales a evaluar el desempeño de los sistemas de información sanitaria de acuerdo con las normas de la OPS/OMS. Todos los países de la Región han incorporado las orientaciones del Plan de acción regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud (CD48.R6) en sus programas. Se ha prestado especial atención a la mejora de las estadísticas de salud a nivel subnacional para facilitar el análisis de las desigualdades en materia de salud. La Oficina estableció el Observatorio Regional de Salud con el fin de facilitar el acceso de las autoridades sanitarias nacionales a todos los datos, estadísticas e información sobre la salud en la Región de las Américas y, de esa forma, facilitar la adopción de decisiones.

ABORDAR LOS DETERMINANTES DE LA SALUD

29. En respuesta a la crisis alimentaria mundial del 2007-2008, los Directores Regionales de las Naciones Unidas crearon la Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo (julio del 2008, OPS/OMS). La finalidad de la Alianza es proponer y llevar a cabo, junto con los Estados Miembros, programas intersectoriales integrales, coordinados y sostenibles en el marco de los derechos humanos, con un enfoque de género e intercultural. De esta forma, la Alianza ayuda a acelerar el proceso para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La Alianza se centra en centros urbanos empobrecidos, poblaciones rurales y pueblos indígenas, donde se concentra la mayor inequidad.

30. Los Estados Miembros han promovido la creación de espacios saludables en las escuelas, los municipios y los lugares de trabajo, al igual que la creación de hogares saludables. Esta estrategia se basa principalmente en dar poder de decisión a la comunidad por medio de programas de información y educación. La cooperación de la OPS/OMS con los países se centra en los determinantes de la salud, la equidad y el trabajo intersectorial. Los compromisos y las medidas posteriores a la Primera Reunión de Ministros de Salud y Educación para detener el VIH y las ITS en América Latina y el Caribe (México, 2008) son ejemplos del trabajo intersectorial con el propósito de definir políticas públicas conjuntas de salud y educación.

31. En este período, cinco Estados Miembros ratificaron el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, con lo cual ya suman 27 en la Región. Once Estados Miembros ahora exigen que se coloquen advertencias sanitarias gráficas en el envase de los productos de tabaco, en seis países se prohíbe fumar en espacios públicos cerrados y en el trabajo, y en dos se han prohibido por completo la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco.

32. Durante la Quinta Cumbre de las Américas, los Jefes de Estado y de Gobierno se comprometieron a proporcionar a los trabajadores entornos de trabajo seguros y saludables. Los Estados Miembros de la OMS aprobaron el Plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores (OMS, 2008-2017). Los Estados Miembros están poniendo en práctica la Iniciativa de las Américas para la Eliminación de la Silicosis, que ha facilitado la formulación de políticas nacionales para eliminar este trastorno. El Observatorio Regional de Recursos Humanos de Salud facilita la vigilancia de los problemas de salud y de seguridad del personal sanitario.

33. Veintinueve países han hecho una evaluación de los sistemas de salud mental, usando el método de la OMS e instrumentos estandarizados. Los Cuerpos Directivos han aprobado la resolución CD49.R17 relativa a la Estrategia y plan de acción sobre salud mental.

AUMENTAR LA PROTECCIÓN SOCIAL Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE CALIDAD

34. En la 10.ª Reunión Iberoamericana de Ministros de Salud en el 2008 se aprobó el marco operativo para la Red de trabajo en protección social en salud. La Red Interamericana de Protección Social se lanzó en la Quinta Cumbre de las Américas. La OPS/OMS ha seguido apoyando los esfuerzos de los países para formular y ejecutar políticas de protección social en el ámbito de la salud a fin de luchar contra la exclusión, mejorar el acceso equitativo a productos, servicios y tecnologías para la salud, y establecer el derecho universal a la salud. Algunas de estas políticas han procurado conferir protección a grupos específicos, como el sistema de servicios obstétricos gratuitos para las embarazadas en Haití.

35. La política en materia de Redes Integradas de Servicios de Salud (resolución CD49.R22 de octubre del 2009) puso en práctica un enfoque renovado de la atención primaria de salud a nivel de los servicios sanitarios. La OPS ha consolidado el apoyo de asociados clave para esta iniciativa, incluidos el Ministerio de Salud de Brasil, el Organismo Alemán de Cooperación Técnica, el Consorcio para la Salud y la Atención Social, la Cooperativa de Hospitales de Antioquia, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y la Agencia Española de Cooperación Internacional.

36. La Región ha avanzado hacia sistemas de acceso universal, haciendo hincapié en los grupos vulnerables. Algunos ejemplos son: en julio del 2007, Bolivia aprobó el proyecto de ley que establece el Seguro Universal de Salud, que proporciona cobertura integral a toda la población hasta los 21 años de edad; en marzo del 2009 se promulgó en Perú la ley marco para el seguro universal, que integra todos los planes de seguros actualmente disponibles en el país en un sistema único de protección social en el ámbito de la salud; en el 2007 se aprobó en Uruguay un proyecto de ley mediante el cual se crearon el Sistema Nacional Integrado de Salud y el Fondo de Salud Nacional, y en el bienio 2008-2009 se trabajó en la elaboración de un plan integral de atención de la salud. Otro ejemplo es el caso de Chile, donde se agregaron nueve problemas de salud al Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas entre 2008 y 2009 con lo cual este plan, que es universal y obligatorio para los aseguradores, se amplió a 65 de los 80 problemas de salud definidos.

37. El Mercado Común del Sur (MERCOSUR), Centroamérica, la Comunidad Andina y la Comunidad del Caribe cuentan con una política de medicamentos o están por adoptarla. En el 2007, 22 países tenían una política oficial de medicamentos. En el 2008-2009, un país (Panamá) aprobó su primera política nacional de medicamentos y dos países (Ecuador y Paraguay) iniciaron la revisión de su política farmacéutica. En la Región se ha avanzado en la promoción y el uso de medicamentos genéricos: 23 países dijeron que contaban con disposiciones según las cuales se deben recetar medicamentos empleando el nombre genérico y 27 contaban con disposiciones que requieren la sustitución de productos con medicamentos genéricos en el sector público.

38. El Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública (Fondo Estratégico de la OPS), con 22 Estados Miembros participantes, ha apoyado a sus miembros en sus esfuerzos para garantizar el acceso a medicamentos y suministros estratégicos de salud pública. Con la promoción del acceso a los antirretrovíricos para la infección por el VIH/SIDA, el Fondo Estratégico logró una reducción regional de los precios del 21% para el grupo de medicamentos básicos, en comparación con los precios de referencia publicados por la Fundación Clinton. La OPS estableció un grupo de trabajo, con representantes de los Estados Miembros, a fin de avanzar en el establecimiento de una base de datos regional sobre el precio de los medicamentos para complementar las bases de datos que ya existen en algunos países, como Brasil y Colombia, así como en Centroamérica, la subregión andina y el MERCOSUR.

39. Los Estados Miembros han comenzado a evaluar las funciones esenciales para la regulación de los productos farmacéuticos. Se han evaluado los organismos reguladores de cinco países y se ha iniciado un proceso para reconocer los organismos regulatorios de referencia de la OPS. El programa de cooperación está vinculándose con el trabajo que se lleva a cabo por medio de la Red Panamericana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica.

40. La resolución CD48.R7 sobre la mejora de la disponibilidad de sangre y la seguridad de las transfusiones en la Región de las Américas ha permitido a los ministerios de salud centrar su acción en la organización y planificación de sistemas nacionales de suministro de sangre y en el establecimiento de redes comunitarias capacitadas para promover la donación voluntaria de sangre. Continúan las pruebas serológicas externas con el propósito de detectar las infecciones transmitidas por la sangre, con el apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional, el Centro de Transfusiones de Andalucía, el Centro de Sangre de São Paulo y el Plan de Evaluación Externa de la Calidad del Reino Unido. En cuanto a la disponibilidad de sangre, ha habido un aumento considerable de las tasas de donación de sangre por 10.000 habitantes. Ningún país de la Región ahora tiene una tasa inferior a 10.

DISMINUIR LAS DESIGUALDADES EN SALUD ENTRE LOS PAÍSES Y LAS INEQUIDADES EN EL INTERIOR DE ELLOS

41. En el 2009, 33,7 millones de personas fueron vacunadas durante la Semana de Vacunación en las Américas. El último caso de transmisión de rubéola se produjo en febrero del 2009. Cada año se evitan 174.000 defunciones por enfermedades inmunoprevenibles en menores de 5 años y se calcula que pueden evitarse varios miles más de casos y muertes con el uso generalizado de vacunas nuevas (la vacuna antirrotavírica y la vacuna antineumocócica conjugada). Los Estados Miembros han definido la vacunación como un bien público y han establecido asignaciones presupuestarias con la finalidad de garantizar la sostenibilidad financiera del Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización para la Compra de Vacunas. La cobertura de vacunación de los menores de 1 año con la vacuna DPT 3+Hib3 sigue siendo superior al 91% en la Región. Sin embargo, se calcula que 44% de los municipios de América Latina y el Caribe tienen una cobertura inferior al 95%, usando la cobertura con la vacuna DPT3 como indicador. El reto para el bienio 2010-2011 consiste en dirigir las intervenciones a los municipios con un rendimiento bajo. Entre otros logros, 35 países están usando la vacuna estacional contra la gripe en el sector público. En el 2009 se ejecutó el plan regional de vacunación contra la gripe pandémica por A (H1N1). A abril del 2010, 23 países de la Región habían comenzado la vacunación de los grupos en riesgo, con el despliegue de 170 millones de dosis de vacuna contra la gripe pandémica para vacunar a las poblaciones en riesgo señaladas por los ministerios de salud.

42. El porcentaje de embarazadas sometidas a exámenes de detección de la infección por el VIH/SIDA aumentó del 19% en el 2004 al 46% en el 2008. Asimismo, se administró tratamiento profiláctico a las madres seropositivas al VIH en más de la mitad de los casos detectados, a diferencia de solo un tercio en el 2004. Dos factores que han contribuido a estos logros son el establecimiento de un sistema regional de información basado en la vigilancia de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual

y un enfoque multisectorial e interinstitucional de la cooperación técnica y la movilización de recursos a nivel subregional y nacional.

43. Se ha puesto en marcha la Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino (CD48/R10). Los países con una alta prevalencia de cáncer cervicouterino han fortalecido sus programas nacionales haciendo hincapié en la prevención y la acción integrada con otros programas de atención primaria de salud, entre ellos los de salud sexual y reproductiva y de salud de los adolescentes. Cada año se producen alrededor de 27.500 defunciones por cáncer cervicouterino, que representan una pérdida económica de aproximadamente US$ 3,3 millones.

44. Con la aprobación de la resolución CD49.R19 (2009) se renovó el compromiso de los Estados Miembros con la eliminación o reducción de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza para el 2015. En colaboración con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Red Mundial contra las Enfermedades Tropicales Desatendidas se creó un fondo fiduciario como modelo innovador de asociación de recursos públicos, privados y filantrópicos para apoyar medidas eficaces en función del costo en este campo. La erradicación de la oncocercosis, la rabia humana transmitida por el perro y la malaria es posible en ciertas zonas. También es posible eliminar el tétanos neonatal, la enfermedad de Chagas, la sífilis congénita, la filariasis linfática, el tracoma y la lepra. En el caso de la enfermedad de Chagas, en nueve países se ha logrado interrumpir la transmisión mediante la eliminación de los vectores, y en 18 Estados Miembros se realizan exámenes de detección en los bancos de sangre. Una de las enfermedades que requieren mayor atención es la esquistosomiasis, puesto que alrededor de 25 millones de personas de la Región están expuestas al riesgo. Para controlar otras helmintiasis es necesario desparasitar a unos 26 millones de niños en edad escolar que corren riesgo en América Latina y el Caribe cada año.

45. Actualmente, 19 Estados Miembros de la OPS y Puerto Rico generan indicadores subnacionales de salud para vigilar las desigualdades en materia de salud.

REDUCIR LOS RIESGOS Y LA CARGA DE ENFERMEDAD

46. Diecinueve países han adoptado la Estrategia de Gestión Integrada para la Prevención y el Control del Dengue y han puesto en práctica planes de respuesta y control de brotes. Diez países han realizado una evaluación externa de las estrategias aplicadas, con el apoyo de la OPS/OMS. La participación comunitaria y la educación sanitaria han desempeñado una función clave en el control de las epidemias. Se realizaron actividades de comunicación orientadas a cambiar el comportamiento de la población, obteniéndose resultados positivos. Se creó la Red de Laboratorios del Dengue de las Américas y se capacitó al personal de los países en epidemiología, atención clínica, entomología, trabajo de laboratorio y comunicación de masas.

47. La carga de morbilidad de la malaria ha disminuido el 53% en las Región de las Américas desde el 2000. Se ha notificado una reducción de este tipo en 18 de los 21 países de la Región donde la malaria es endémica. Más de 200 millones de personas siguen en riesgo de contraer la enfermedad y la consecución de las metas se ve amenazada por los desastres naturales y los problemas relacionados con los determinantes sociales de la salud.

48. Para la prevención y el control de la fiebre amarilla, los países enzoóticos, incluidos todos los de América del Sur (excepto Chile) y Trinidad y Tabago, ahora emplean sistemáticamente los mecanismos recomendados de vigilancia epidemiológica en seres humanos y primates, y de vigilancia de casos después de la vacunación. Estos países han implementado planes de vacunación de todos los adultos y han introducido la vacuna antiamarílica en los esquemas corrientes de vacunación de los niños, al menos en las zonas donde la enfermedad es enzoótica. A pesar del gran progreso realizado, persiste el riesgo de reurbanización de la fiebre amarilla, dada la presencia generalizada de *Aedes aegypti*, a menudo con tasas altas de infestación en centros urbanos densamente poblados.

49. De 34 países, 26 han alcanzado la meta de detectar 70% de los casos de tuberculosis y curar 85%. Las actividades ejecutadas forman parte de la estrategia “Alto a la Tuberculosis” y el Plan Regional de Control de la Tuberculosis, y han sido dirigidas a las poblaciones sumamente vulnerables.

50. Desde que se aprobaron la Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluido el régimen alimentario, la actividad física y la salud en el 2006 (documento CD47/17, Rev. 1), todos los Estados Miembros han hecho avances para establecer o fortalecer los programas nacionales para combatir las enfermedades crónicas mediante la ejecución de sus planes. Por ejemplo, en 24 países de América Latina y el Caribe se estableció un punto focal nacional en el ministerio de salud, se capacitó al personal y se crearon asociaciones intersectoriales. Diez países están ejecutando políticas nacionales encaminadas a promover un régimen alimentario saludable y la actividad física, en tanto que 19 países han aplicado estrategias integradas de atención primaria de salud para mejorar la calidad de la atención de las personas que padecen alguna enfermedad crónica. Diez países están ejecutando intervenciones multisectoriales para promover la reducción de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas.

51. La Región de las Américas es la única que tiene un programa específico de vigilancia y contención de la resistencia a los antimicrobianos, lo cual refleja la preocupación de sus Estados Miembros por conocer y preservar la eficacia de los medicamentos antimicrobianos para el tratamiento clínico y el control de las enfermedades infecciosas. En el bienio 2008-2009, la Red Latinoamericana de Vigilancia de la Resistencia a los Medicamentos Antimicrobianos consolidó su funcionamiento. La

Red está integrada por 19 países, que proporcionan datos anuales sobre la resistencia de los microorganismos aislados. Un programa de control de calidad externo, coordinado por el Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas y la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud "Dr. Carlos G. Malbrán" de Argentina, vigila la calidad de los resultados de laboratorio mediante investigaciones periódicas. Los informes anuales de la Red han proporcionado datos fidedignos sobre el aumento de la prevalencia de la resistencia entre los agentes patógenos de transmisión intra y extrahospitalaria.

FORTALECER LA GESTIÓN Y DESARROLLO DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

52. Se están elaborando en la Región planes de recursos humanos que ayuden a fortalecer los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud. Se han hecho cambios importantes en la capacitación y la educación del personal de salud, con un enfoque intersectorial de su formación. Se ha incorporado la migración del personal de salud a la agenda de muchos países con el debate del Código de prácticas de la OMS sobre la contratación internacional de personal de salud.

53. Un logro en el campo de la formación del personal sanitario ha sido la iniciativa del Campus Virtual de Salud Pública, que integró gradualmente los conceptos de la educación continua y las redes de aprendizaje. El Campus Virtual es ahora la principal línea de acción de la Organización para impulsar y apoyar a los países de la Región en la formulación de políticas y planes de aprendizaje, el diseño de sistemas de educación continua y redes de aprendizaje, y la producción y el intercambio de recursos educativos abiertos. El Campus Virtual facilita la creación de plataformas para la cooperación entre las autoridades sanitarias y las instituciones académicas a fin de ejecutar el plan de aprendizaje. Además, instrumenta el uso intensivo de las tecnologías de la información y de la comunicación y el concepto de educación a distancia.

APROVECHAR LOS CONOCIMIENTOS, LA CIENCIA Y LA TECNOLOGÍA

54. En octubre del 2009, tras una amplia consulta con los países, el Consejo Directivo aprobó la Política de investigación para la salud (documento CD49/10). Se establecieron equipos de EVIPNet (Red de Políticas Basadas en Pruebas Científicas) en cuatro países, que recibieron capacitación en gestión de proyectos de investigación, preparación de sinopsis de política y diálogo deliberativo.

55. En el 2008, la OMS adoptó la Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual por medio de la resolución WHA61.21. La OPS aprobó luego la resolución CD48.R15 sobre la "Salud pública, innovación y propiedad intelectual: una perspectiva regional". En noviembre del mismo año, la OPS organizó el primer seminario internacional sobre el acceso a medicamentos de costo

elevado y fuentes limitadas, del cual emanó una publicación de referencia para la Región. Argentina, Brasil, Uruguay y algunos países centroamericanos han elaborado o están elaborando estrategias para abordar este asunto prioritario. En marzo del 2009 se convocó el primer seminario panamericano sobre reglamentación económica de productos farmacéuticos y medicamentos, con la participación de 13 Estados Miembros de la OPS, que condujo al establecimiento de la plataforma ECONMED para el intercambio de conocimientos. Hasta la fecha, alrededor de 200 funcionarios de salud pública de 30 países de la Región participan en ECONMED. Más de 70 representantes de distintos ministerios de salud han recibido capacitación sobre la perspectiva de salud pública y el manejo de los derechos de propiedad intelectual y el comercio. En el Caribe, Centroamérica y el Cono Sur se han organizado cursos de capacitación y ejercicios para aumentar la capacidad, en colaboración con otros organismos de las Naciones Unidas e interesados directos.

56. En el campo de las enfermedades tropicales desatendidas, se están señalando las lagunas y los instrumentos en relación con el diagnóstico y el seguimiento de la enfermedad de Chagas. Un estudio piloto sobre la capacidad de innovación en el campo de la salud, que está en marcha en tres países latinoamericanos, permitirá establecer un marco de referencia para la capacidad de innovación que pueda ampliarse al resto de la Región.

57. En conformidad con la resolución WHA60.29 sobre la evaluación de tecnologías para la salud, los países del Caribe están dirigiendo su acción al fortalecimiento de la gestión de la tecnología y la ingeniería clínica. En colaboración con el Colegio Estadounidense de Ingeniería Clínica, un equipo de 18 ingenieros clínicos de países del Caribe se incorporó a INFRACARIB, una red de intercambio de información centrada en la infraestructura y la tecnología física de los servicios de salud. El Centro Comunitario de Educación Terciaria de Barbados, con el apoyo de la Universidad de Vermont, ha puesto en marcha dos módulos de educación a distancia sobre instrumentación médica y gestión de la tecnología, incluida la capacitación de instructores. En el 2010 concluirá la transferencia de la infraestructura del curso de educación a distancia al Centro Comunitario, que se complementará con un curso presencial que se ofrecerá en este mismo centro.

58. También se elaboró un plan de acción para mejorar los servicios de diagnóstico por imágenes y de radioterapia en el Caribe. De acuerdo con las recomendaciones de la Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD), se implementó el Plan Subregional para la Prevención y el Control del Cáncer, que tiene un componente de radiología oncológica y radioterapia. Veintidós países de América Latina y el Caribe participan en un servicio de dosimetría postal para la calibración de las unidades de radioterapia, con la producción de más de 150 unidades por año. En el campo normativo, la OSP participó en la elaboración de nuevas normas básicas

internacionales de seguridad para la protección contra la radiación ionizante y de normas sobre la seguridad de las fuentes de radiación. Se está preparando un plan con el fin de actualizar los preparativos y la respuesta para situaciones de emergencia radiológica y nuclear.

FORTALECER LA SEGURIDAD SANITARIA

59. Para principios del 2009, todos los países y territorios de la Región habían elaborado un plan de acción para una posible pandemia de gripe aviar (H5N1), con la cooperación técnica de la OSP. Cuando comenzó la pandemia de gripe por A (H1N1) en abril del 2009, se activó de inmediato el mecanismo regional de respuesta en coordinación con la OMS. Dieciocho países de la Región recibieron apoyo técnico directo de 80 expertos regionales y mundiales movilizados por la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos. Se donaron a los países afectados equipo, materiales de laboratorio y otros suministros de respuesta a los brotes para enfrentar debidamente la situación de emergencia. Las actividades de preparación para una pandemia tienen que seguir siendo parte de la rutina de los sistemas de alerta y respuesta ante epidemias en todos los países.

60. La pandemia puso a prueba la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) en los países de la Región. Los países usaron sus mecanismos básicos de vigilancia epidemiológica, alerta y respuesta. De 35 países, 34 terminaron la evaluación de esos mecanismos. Para diciembre del 2009, 28 países habían elaborado planes de acción en el marco del RSI y todos los países tenían un plan nacional de preparación contra una pandemia de gripe. Se designaron 28 centros nacionales de gripe para la vigilancia virológica en la Región. Los centros nacionales de enlace del RSI desempeñaron una función clave al llevar a cabo la vigilancia, tanto dentro de los países como con otros países y la OMS. También se pusieron a prueba otras medidas de respuesta integral, como la atención médica, el diagnóstico virológico, el control de infecciones, la investigación epidemiológica, la movilización de equipos de respuesta rápida, la comunicación de riesgos y la activación de planes de contingencia en los puntos de entrada.

61. En el 2008, la OMS publicó el informe titulado “Cambio climático y salud humana - Riesgos y respuestas”, sobre las repercusiones del cambio climático en la seguridad sanitaria. En el contexto del Día Mundial de la Salud 2008 se puso en marcha el plan de acción regional para proteger la salud humana frente al cambio climático. Asimismo, se elaboró un plan con el MERCOSUR y se estableció el Observatorio sobre el Clima y la Salud de Brasil. En el proyecto de control de la malaria sin uso de DDT (PNUMA/FMAM/OPS) se emplean estrategias de atención primaria de salud y atención primaria ambiental. Este proyecto se lleva a cabo en ocho países de la Región. La OPS se asoció al Instituto de Salud Ambiental del Caribe y a los países del Caribe oriental en un

proyecto colaborativo sobre el desarrollo sostenible y la salud ambiental para el período 2008-2012.

b) Retos principales del bienio 2008-2009

Repercusiones de la crisis económica en el sector de la salud

62. La crisis financiera mundial del 2007-2009 condujo a una reducción de la actividad económica en América Latina y el Caribe; en el 2008 se produjo una reaceleración del crecimiento económico y, en el 2009, una contracción de la economía regional de alrededor del 2,5%. En el 2009, los ingresos per cápita en la Región fueron 10% menores que en el 2008. Esa fue la primera disminución de los ingresos tras el largo período de crecimiento económico que empezó a fines de los años noventa. Se prevé una recuperación para el 2010, con un crecimiento económico de aproximadamente 3% (según el FMI). Este nivel de crecimiento es aun insuficiente para que los ingresos per cápita en la Región vuelvan a los niveles alcanzados a fines del 2008.

63. El efecto de la crisis varía mucho de un país a otro. Depende en gran parte del grado de diversificación de cada economía, la importancia relativa de las exportaciones de materia prima, los ingresos derivados del turismo y las remesas, los flujos de inversión extranjera y el nivel de la deuda pública. Mientras que en algunos países el efecto de la crisis se limitó a una desaceleración del crecimiento económico, en otros condujo a una grave contracción de la economía. Varios de los países más afectados por la crisis financiera mundial necesitarán por lo menos cinco años (hasta el 2013) para que los ingresos per cápita vuelvan a los niveles del 2008.

64. Según la CEPAL, la crisis económica llevó a un aumento del número de pobres en América Latina, que pasaron de 180 millones en el 2008 a 189 millones en el 2009, cifra que representa el 34,1% de la población total. Entre el 2008 y el 2009, el número de personas que vivían en situación de pobreza extrema aumentó de 71 a 76 millones, o sea el 13,7% de la población (CEPAL).[1] La mayoría de los pobres viven en zonas urbanas, pero la pobreza extrema es mayor en las zonas rurales y afecta más a la población indígena.

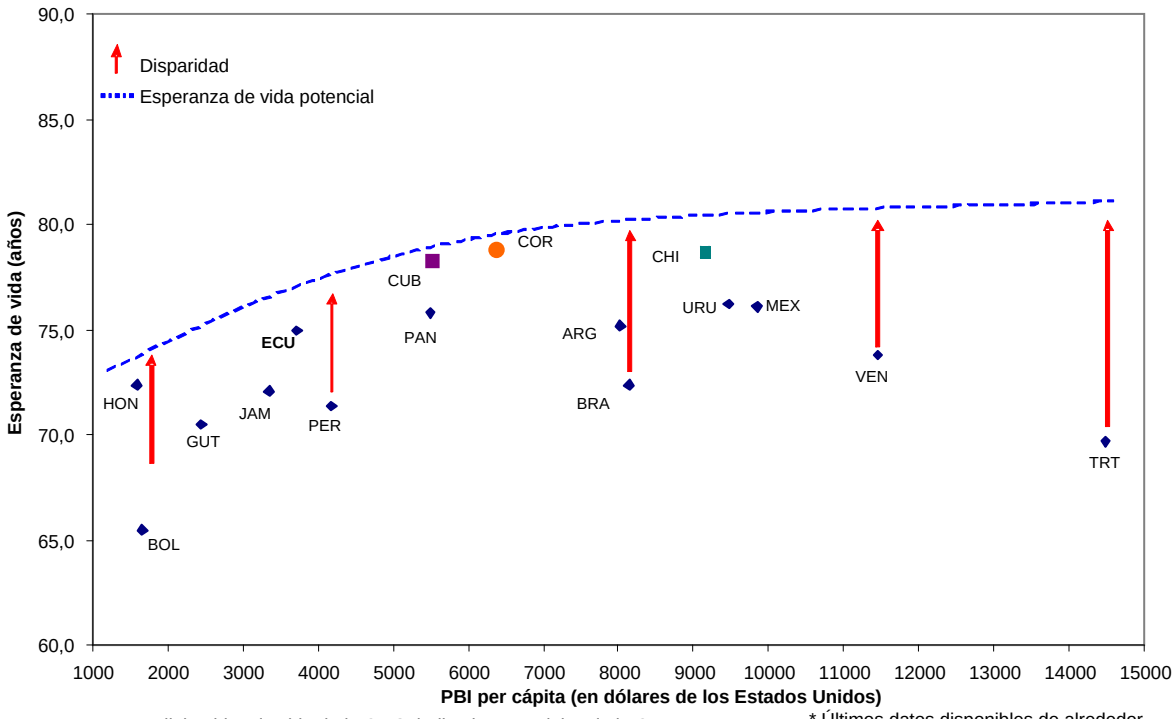
[1] La CEPAL define la pobreza extrema como un ingreso inferior al necesario para satisfacer los requisitos calóricos diarios mínimos de una persona. Los pobres son las personas con ingresos inferiores a 1,75 veces el umbral de pobreza extrema en las zonas rurales y al doble de dicho umbral en las zonas urbanas. Para más información sobre la pobreza, incluidos los conceptos de umbrales de pobreza ajustados en función de la salud, véase el "Compendium on Best Practices in the Measurement of Poverty; Report of the Rio Group", ECLAC-IBGE: 2007, en http://www.eclac.org/publicaciones/xml/3/26593/rio_group_compendium.pdf o http://unstats.unúmerorg/unsd/methods/citygroup/rio.htm.

65. Hasta el 2007 se habían hecho avances alentadores hacia la consecución del primer ODM a nivel regional. Las consecuencias de la crisis económica pondrán en peligro este progreso y lo que resta por hacerse. La crisis económica afectó la mejora de los indicadores de los ODM. La crisis en sí no cambiará los objetivos ya alcanzados por los países desarrollados, pero sin duda impondrá un obstáculo enorme para alcanzar los objetivos en los países más pobres.

66. Un análisis de la relación entre el ingreso per cápita y la esperanza de vida al nacer muestra que los logros en el campo de la salud, medidos sobre la base de la esperanza de vida, no corresponden al grado de desarrollo económico de un país medido sobre la base del PIB per cápita. Eso indicaría que la mayoría de los países de la Región estarían por debajo de su potencial de desarrollo humano. Las disparidades entre la esperanza de vida observada y potencial según el PIB per cápita (véase la figura 1) pueden atribuirse a las diferencias en la distribución de los ingresos, a la falta de armonización e integración de las políticas sociales, y a deficiencias en la organización de los sistemas nacionales de salud.

67. La crisis económica reciente ha incidido en los determinantes sociales de la salud y podría prolongar el retraso en la reducción de las disparidades entre el potencial de desarrollo social y el progreso económico de los países (figura 1).

Figura 1. América Latina: disparidades en la esperanza de vida*



Fuente: Banco Mundial, tablas de vida de la OMS, indicadores sociales de la CEPAL, indicadores básicos de la OPS para el 2009

* Últimos datos disponibles de alrededor del 2009

68. Es necesario formar alianzas con otros sectores sociales y económicos a fin de integrar y armonizar las políticas sociales y realizar las reformas fiscales necesarias para lograr cambios en los sistemas nacionales de atención de salud que permitan ampliar la cobertura a toda la población.

Pandemia de gripe por A (H1N1)

69. La pandemia de gripe por A (H1N1) puso a prueba la capacidad de respuesta de los Estados Miembros y del sistema de las Naciones Unidas, así como del sistema interamericano de salud.

70. Al comienzo, los médicos clínicos detectaron una forma muy grave de neumonía vírica primaria, caracterizada por una progresión rápida y, a menudo, un desenlace mortal, que no correspondía a la morbilidad usual observada con la gripe estacional. Aunque los casos eran relativamente poco frecuentes, representaban una pesada carga para las unidades de terapia intensiva.

71. El virus A (H1N1) se propagó rápidamente. El 29 de abril del 2009, la OMS notificó casos confirmados por laboratorio en nueve países. Unas seis semanas después, el 11 de junio, notificó casos en 74 países y territorios de más de dos regiones de la OMS. Esta propagación mundial llevó a la OMS a aumentar el nivel de amenaza de la pandemia y, por último, a anunciar que se trataba de una pandemia plena. Para el 1 de julio se habían confirmado infecciones en 120 países y territorios. Hasta la fecha se han notificado 17.919 defunciones en todo el mundo, de las cuales 8.316 se produjeron en la Región de las Américas. El agente causal fue un virus nuevo que difería en cuanto a sus características genéticas y antigénicas de otros virus gripales que circulaban en la población. La información epidemiológica suministrada por Canadá, Estados Unidos y México indicó que el virus se propagaba de una persona a otra. La información clínica, en particular de México, indicó que el virus también podía causar una forma grave de la enfermedad que a menudo provocaba la muerte.

72. El 23 de abril del 2009, la OPS activó sus mecanismos de alerta y respuesta, como la movilización de equipos de respuesta rápida y la activación del Centro de Operaciones de Emergencia en la sede. Bajo la coordinación de la Red Mundial OMS de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos, la OPS envió a la mayoría de los países delegaciones intersectoriales, integradas por especialistas en vigilancia epidemiológica, diagnóstico de laboratorio, manejo clínico, control de infecciones, respuesta en situaciones de emergencia y comunicación de riesgos. La OPS también coordinó las donaciones y las compras efectuadas para los países. Estas compras incluyeron materiales y reactivos de laboratorio, 50.000 equipos de protección personal y más de 589.000 dosis de oseltamivir.

73. En algunos países, la epidemia abrumó los servicios de urgencia y, en algunos casos, superó la capacidad de los establecimientos de salud para proporcionar atención. La demanda de camas hospitalarias, en particular para adultos, también aumentó considerablemente, provocando una escasez de camas tanto de cuidados intensivos como de atención general. La existencia de planes específicos facilitó la aplicación de medidas de triaje, reduciendo de esa forma la carga de la atención de los enfermos. Estas medidas fueron más eficaces en los casos en que se habían programado y sometido a pruebas y simulaciones antes de la pandemia.

74. En colaboración con la Asociación Panamericana de Infectología, se formularon recomendaciones para el manejo clínico de casos graves. La OPS brindó apoyo a los países de América Latina y el Caribe en la introducción de la vacuna contra la gripe pandémica. La OPS también desempeñó una función clave con la difusión de los datos disponibles en las primeras semanas de la pandemia, la formulación y traducción de recomendaciones, la preparación de un informe semanal sobre la vigilancia de la evolución de la pandemia, y reuniones diarias virtuales con ministerios de salud y colaboradores para difundir la información y los datos más recientes. Al mismo tiempo, continuó con las iniciativas para mitigar los efectos de la pandemia en curso. Por medio de la cooperación técnica seguirán promoviéndose estrategias integradas con el propósito de fortalecer la capacidad de respuesta nacional, elaborar instrumentos de planificación y realizar simulaciones con la participación activa de gobiernos nacionales y subnacionales, permitiendo a los gobiernos adaptar estas iniciativas a sus necesidades.

75. En mayo del 2009, el Campus Virtual de Salud Pública ofreció un programa de aprendizaje en español sobre la gripe por A (H1N1). Se inscribieron 399 participantes en línea, de los cuales 173 recibieron un certificado de terminación del curso. En agosto del 2009 se publicó la versión en inglés del curso; hasta la fecha se han matriculado 1.788 participantes.

Desastres y emergencias

76. En el 2008 se notificaron alrededor de 48 eventos naturales considerados como desastres, que afectaron a millones de personas y causaron más de 800 muertes. Se formaron 16 tormentas tropicales con nombre en el Atlántico, de las cuales ocho se convirtieron en huracanes, cinco de ellos muy fuertes. El huracán Hanna fue el que mayores muertes y daños materiales causó en Haití, agravando la pobreza y la mala situación sanitaria del país y dejando a 200.000 personas de Gonaïves sin una sala de urgencias a la cual acudir para recibir atención médica. Cuba fue azotada cuatro veces en un corto lapso por huracanes que ocasionaron grandes daños a terrenos de cultivo, a edificios y a la infraestructura. El gobierno evacuó a más de 2 millones de personas y hubo pocos muertos. Las erupciones volcánicas en Ecuador y Colombia llevaron a la evacuación de miles de personas. Las extensas inundaciones en Bolivia afectaron a unas

55.000 familias. Hubo fuertes precipitaciones e inundaciones que afectaron a casi 1,8 millones de personas y a seis hospitales en las provincias costeras de Ecuador.

77. La llegada temprana de las tormentas tropicales Alma y Arthur provocó fuertes precipitaciones en la mayor parte de Centroamérica. En las zonas bajas y costeras de Belice, 25 centímetros de lluvia en 36 horas afectaron a más de 10.000 personas. Los caminos se volvieron inaccesibles, lo cual obstaculizó la entrega de alimentos esenciales y la atención médica. En Guatemala, tres días de lluvias intensas causaron grandes inundaciones y deslizamientos de tierra que aislaron a Zacapa durante varios días, complicando las operaciones de socorro. La tormenta tropical Gustav provocó grandes inundaciones en Jamaica que ocasionaron pérdidas materiales, de cultivos y de medios de subsistencia en 160 comunidades. La República Dominicana también sufrió daños agrícolas y pérdidas de infraestructura. El único hospital de la isla Gran Turca de las Islas Turcas y Caicos sufrió importantes daños y hubo extensas inundaciones en la isla.

78. Aunque la temporada de huracanes del 2009 fue relativamente tranquila y ofreció un descanso muy necesario para la mayor parte de la Región, el huracán Ida azotó a Centroamérica con lluvias intensas que causaron inundaciones y deslizamientos de tierra. Los países más afectados fueron El Salvador, Nicaragua y México. Un terremoto de magnitud 6.2 sacudió a Costa Rica a principios de enero y afectó a más de 125.000 personas. En Colombia, los ríos Telembi y Mira se desbordaron y causaron extensas inundaciones en los municipios costeros del departamento de Nariño. En Guatemala se produjo un notable aumento del número de hospitalizaciones de menores de 5 años de edad con desnutrición aguda grave, notificándose alrededor de 25 defunciones. Más de 410.000 familias corrían un riesgo moderado o muy grande de inseguridad alimentaria y nutricional como consecuencia del fenómeno El Niño. El ecosistema seco del Chaco en el sudeste de Bolivia y la meseta andina también fueron afectados por El Niño.

79. La gripe pandémica por A (H1N1) 2009 fue un suceso de salud pública único en su género porque afectó a todos los países de la Región de las Américas casi simultáneamente, exigiendo una respuesta sin precedentes.

80. En respuesta a estas emergencias, la OPS/OMS prestó apoyo técnico y logístico a los ministerios de salud de los países afectados a fin de evaluar los daños y los riesgos para la salud. Se movilizaron especialistas con objeto de apoyar las operaciones de socorro junto con el ministerio de salud y otras entidades nacionales. También se adquirieron equipos y suministros para apoyar las actividades de control de vectores a fin de prevenir posibles brotes. La gripe pandémica por A (H1N1) 2009 requirió la movilización y el despliegue rápidos de recursos humanos e institucionales de la OPS en condiciones sumamente difíciles. La sede, las representaciones y los centros de la OPS prestaron un apoyo decisivo durante la emergencia. La sede de la OPS convocó su Grupo

de Trabajo para Desastres y organizó reuniones especiales de orientación para la OEA y otros organismos que apoyan las actividades de socorro humanitario.

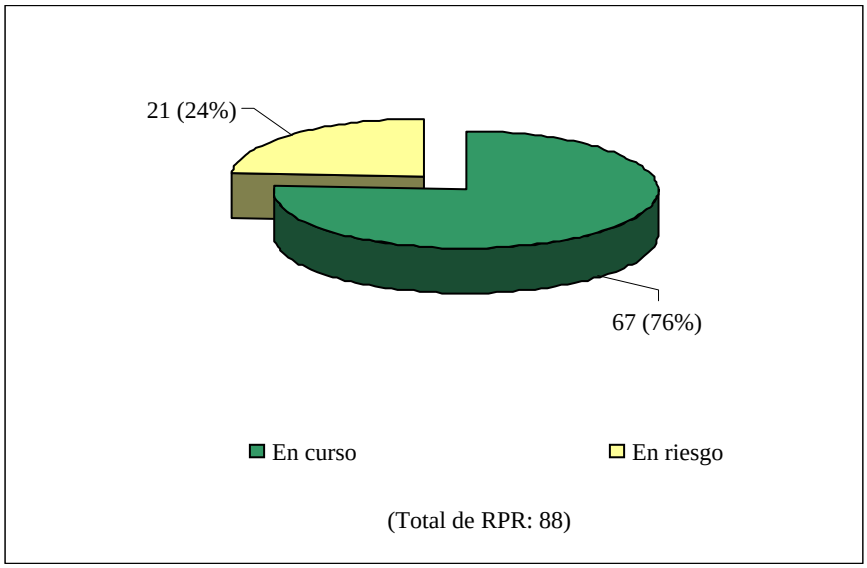
B) Evaluación programática

81. ***Progreso hacia el logro de los objetivos estratégicos.*** A fines del primer período de ejecución del Plan Estratégico (bienio 2008-2009), 12 (75%) de los 16 objetivos estratégicos estaban "en curso" y cuatro (25%) "en riesgo", de acuerdo con la evaluación de los facilitadores de los objetivos estratégicos. No había ningún objetivo estratégico "con problemas" (rojo). Los objetivos estratégicos "en curso" y "en riesgo" figuran en la lista a continuación.

Objetivos estratégicos "en curso"	**Objetivos estratégicos "en riesgo"**
OE 1 Enfermedades transmisibles OE 4 Salud de las madres, los niños, los adolescentes y los adultos mayores OE 5 Emergencias y desastres OE 6 Promoción de la salud y factores de riesgo OE 7 Factores sociales y económicos determinantes de la salud OE 8 Entorno saludable OE 10 Servicios de salud OE 12 Productos médicos y tecnologías sanitarias OE 13 Recursos humanos para la salud OE 14 Protección social y financiamiento OE 15 Liderazgo y gobernanza de la OPS/OMS OE 16 Organización flexible y discente	OE 2 Infección por el VIH/SIDA, tuberculosis y malaria OE 3 Enfermedades crónicas no transmisibles OE 9 Nutrición, inocuidad de los alimentos y seguridad alimentaria OE 11 Liderazgo y gobernanza de los sistemas de salud

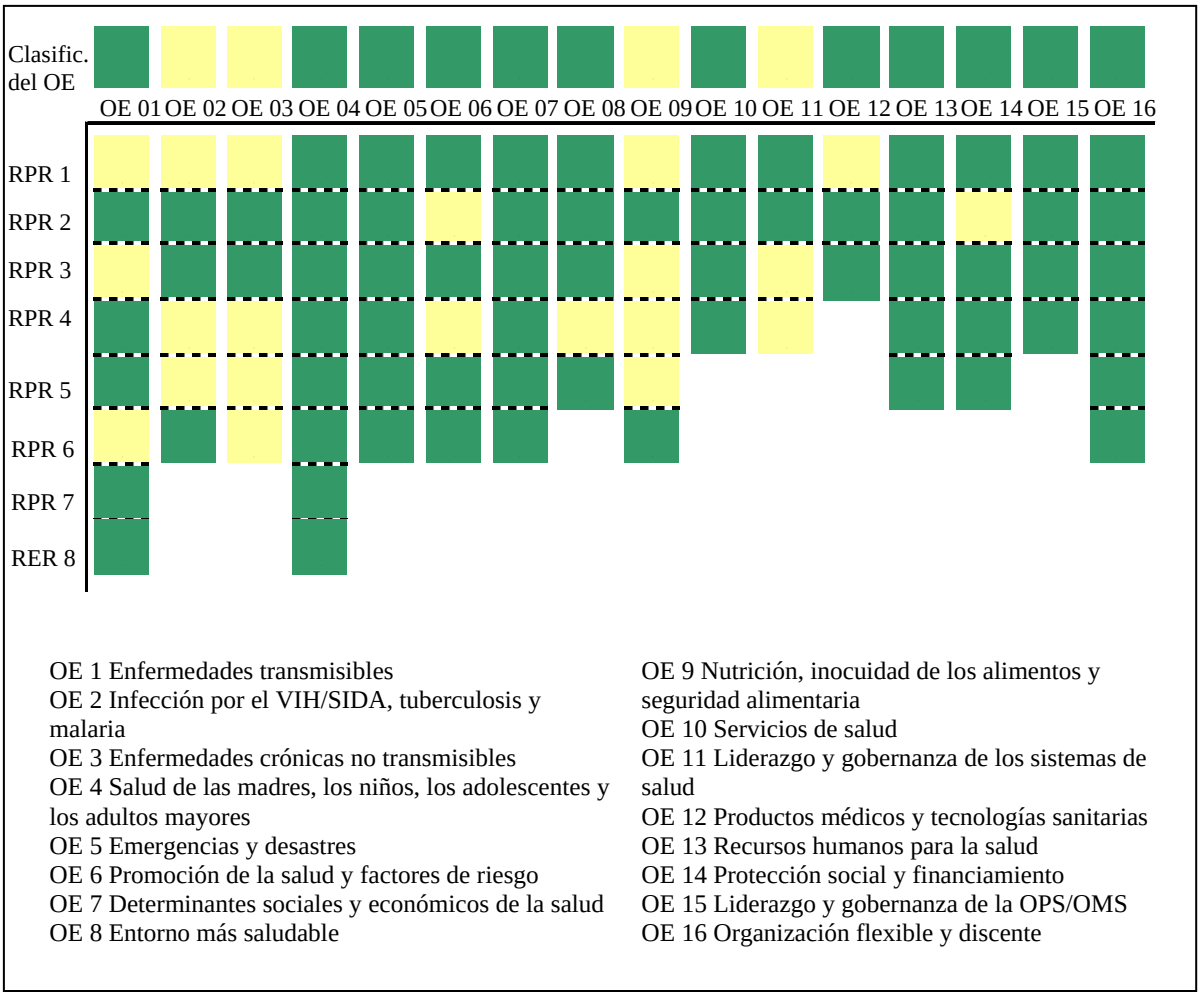
82. ***Progreso hacia el logro de los resultados previstos a nivel regional.*** De los 88 RPR, 67 (76%) estaban "en curso" (verde) y 21 (24%) "en riesgo" (amarillo); ninguno fue clasificado en la categoría "con problemas" (figura 2).

Figura 2. Progreso hacia el logro de los RPR, fin del bienio 2008-2009



83. En la figura 3 se muestra la clasificación de los objetivos estratégicos y sus RPR respectivos. Los RPR “en riesgo” están concentrados en los Objetivos Estratégicos 1, 2, 3, 9 y 11.

Figura 3. Progreso hacia el logro de los objetivos estratégicos y los RPR, fin del bienio 2008-2009



84. Como se muestra en el cuadro 1, la mayoría de los RPR "en riesgo" están relacionados con macro intervenciones de alto nivel político para aumentar y mantener los logros, las cuales requieren un continuo compromiso político por parte de los Estados Miembros y una labor de abogacía para elevar su prioridad en la agenda nacional por parte de la Oficina. Algunos de estos RPR también incluyen compromisos nuevos que requieren mayores actividades y recursos del sector de la salud y de otros sectores. Estas consideraciones deben tenerse en cuenta en la planificación para los bienios futuros.

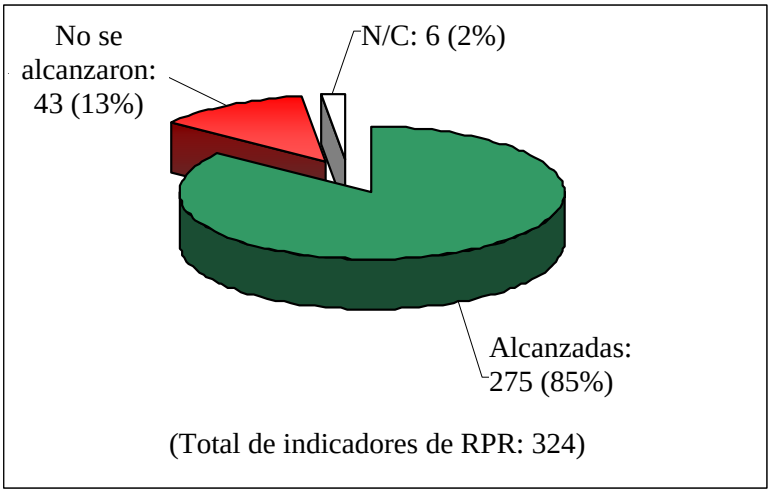
Cuadro 1. Resultados previstos a nivel regional "en riesgo"

Objetivos estratégicos	RPR	Resultados previstos a nivel regional[2] "en riesgo"
OE 1 Enfermedades transmisibles	1.1	Acceso equitativo a vacunas de calidad garantizada y fortalecimiento de los servicios de inmunización
	1.3	Prevención, control y eliminación de enfermedades transmisibles desatendidas
	1.6	Reglamento Sanitario Internacional y alerta y respuesta para epidemias
OE 2 Infección por el VIH/SIDA, tuberculosis y malaria	2.1	Prevención, tratamiento y atención de la infección por el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria
	2.4	Sistemas de vigilancia, seguimiento y evaluación de la infección por el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria
	2.5	Compromiso político sostenido, movilización de recursos y alianzas contra la infección por el VIH/SIDA, la tuberculosis y malaria
OE 3 Enfermedades crónicas no transmisibles	3.1	Aumento del compromiso político, económico y técnico para hacer frente a las enfermedades crónicas no transmisibles
	3.4	Mejores datos objetivos sobre la costo-eficacia de las intervenciones para atender las enfermedades crónicas no transmisibles
	3.5	Programas multisectoriales que abarquen a toda la población a fin de promover la salud mental y la seguridad vial y prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles
	3.6	Prevención y el tratamiento integrados de las enfermedades crónicas no transmisibles
OE 6 Promoción de la salud y factores de riesgo	6.2	Fortalecimiento de la vigilancia de los factores de riesgo
	6.4	Políticas y planes para prevenir el consumo de bebidas alcohólicas, drogas y otras sustancias psicoactivas
OE 8 Entorno más saludable	8.4	Guías, instrumentos e iniciativas para ayudar al sector de la salud a influir en las políticas de sectores prioritarios
OE 9 Nutrición, inocuidad de los alimentos y seguridad alimentaria	9.1	Asociaciones, alianzas y acción intersectorial para aumentar las inversiones en Nutrición, inocuidad de los alimentos y seguridad alimentaria
	9.3	Vigilancia, seguimiento y evaluación de la seguridad alimentaria, la nutrición y las opciones en materia de política
	9.4	Elaboración, fortalecimiento y ejecución de planes y programas para mejorar la nutrición a lo largo de toda la vida
	9.5	Fortalecimiento de la vigilancia, la prevención y el control de las enfermedades zoonóticas y no zoonóticas transmitidas por los alimentos
OE 11 Liderazgo y gobernanza de los sistemas de salud	11.3	Aumento del acceso y la utilización de información, conocimientos y pruebas científicas para la adopción de decisiones
	11.4	Generación y transferencia de conocimientos e investigación en el campo de la salud pública
OE 12 Productos médicos y tecnologías sanitarias	12.1	Formulación y seguimiento de políticas nacionales sobre el acceso, la calidad y el uso racional de suministros esenciales de salud pública
OE 14 Protección social y financiamiento	14.2	Evaluación de la capacidad de las familias para costear los gastos de salud mediante el sistema de protección social

[2] Se usan títulos abreviados de los RPR para facilitar la referencia. Se puede consultar una descripción completa de los RPR en la sección E del informe sobre los objetivos estratégicos.

85. ***Situación de los indicadores de los RPR.*** La evaluación de las metas de los indicadores de los RPR muestra que, de un total de 324 indicadores, se alcanzaron 275 metas (85%), 43 (13%) no se alcanzaron y seis (2%) no se evaluaron (N/C) porque no correspondían o porque se suprimieron o se modificaron sustancialmente a principios del bienio (figura 4). Cabe señalar que hubo grandes avances en muchos de los indicadores que no se alcanzaron sus metas. Sin embargo, la metodología empleada sólo considera cumplidos a aquellos que alcanzaron plenamente su meta, y no aquellos que la alcanzaron parcialmente. No obstante, en el informe de cada objetivo estratégico se formulan comentarios sobre el progreso alcanzado en estos indicadores.

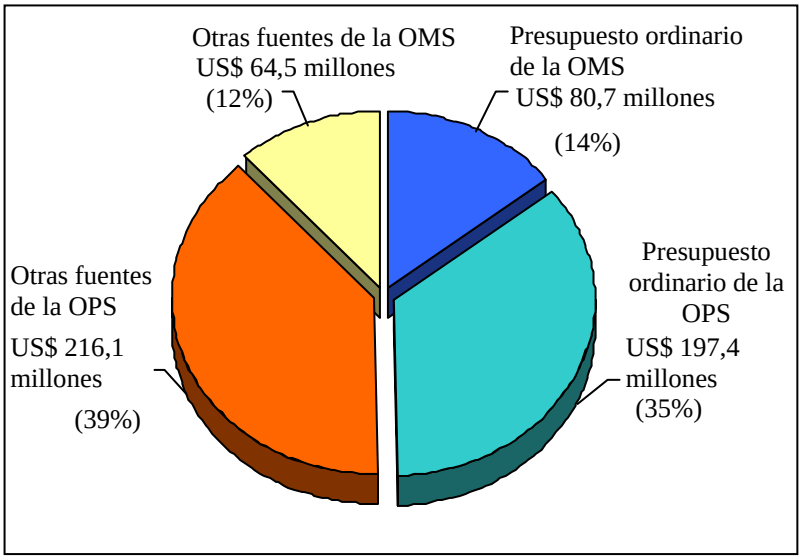
Figura 4. Consecución de las metas de los indicadores de los RPR a fines del bienio 2008-2009



C) Evaluación presupuestaria y movilización de recursos

86. ***Panorama del presupuesto.*** El Programa y Presupuesto aprobado era de US$ 626 millones, de los cuales US$ 559 millones (89%) estuvieron disponibles para el bienio. Tal como se muestra en la figura 5, los fondos disponibles se distribuyeron de la siguiente forma: presupuesto ordinario, 49% (35% de la OPS y 14% de la OMS) y "otras fuentes", 51% (39% de la OPS y 12% de la OMS).

Figura 5. Fondos disponibles para el bienio 2008-2009, por fuente



87. En el cuadro 2 se muestra la distribución de los fondos disponibles por nivel institucional. Cabe señalar que esta distribución (como porcentaje del total de los fondos disponibles para el bienio) se ciñó a la Política del Presupuesto Regional por Programas.[3] Además de aplicarse al presupuesto ordinario, esta política también guió la asignación de fondos provenientes de "otras fuentes". En la sección sobre movilización de recursos se presenta un análisis de los fondos disponibles por fuente y por objetivo estratégico.

[3] En la Política del Presupuesto Regional por Programas se estipulaba la siguiente distribución de fondos del presupuesto ordinario para el bienio 2008-2009: a nivel de país, 37%; a nivel subregional, 5%; y a nivel regional, 57%.

Cuadro 2. Panorama del presupuesto de la OPS, bienio 2008-2009

Niveles de la OPS	Programa y Presupuesto aprobados para el 2008-2009 (miles de US$)	Fondos disponibles para el bienio (miles de US$)	Fondos disponibles para el bienio (como porcentaje [%]del Programa y Presupuesto 2008-2009)	Distribución de los fondos disponibles (como porcentaje [%]del total de los fondos disponibles)
País	247.537	223.933	90	40
Subregional	44.594	29.852	67	5
Regional	333.936	304.955	91	55
Total	626.067	558.740	89	100

88. ***Ejecución presupuestaria general.*** El presupuesto ejecutado ascendió a US$ 525 millones (94% de los US$ 559 millones disponibles para el bienio) (cuadro 3). La tasa de ejecución de 94% para el bienio 08-09 representa un aumento notable en comparación con la tasa de ejecución promedio de los dos últimos bienios (79%). La tasa de ejecución total en cada nivel de la Organización fue mayor de 90% (ver cuadro 3).

89. La alta tasa de ejecución de fondos de otras fuentes (89%), en comparación con el promedio de los dos bienios anteriores (69%), refleja la programación mejorada de los recursos necesarios para el bienio, independientemente de la disponibilidad de fondos para el período completo de los proyectos, lo cual permite armonizar los fondos de "otras fuentes", principalmente las contribuciones voluntarias, con el ciclo de planificación bienal.

Cuadro 3. Ejecución presupuestaria por niveles de la OPS y fuente de fondos, fin del bienio 2008-2009

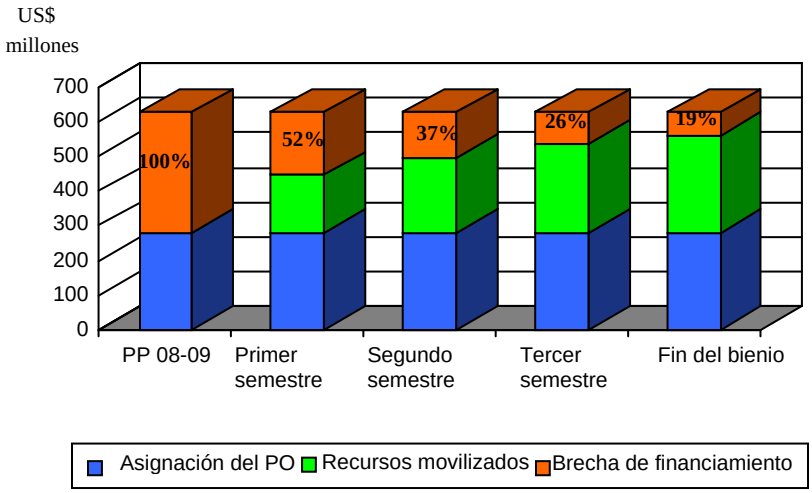
Niveles de la OPS	Fondos disponibles del bienio (miles de US$)			Gasto (miles de US$)			Tasa de ejecución (porcentaje)		
	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Total	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Total	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Total
País	103.965	119.968	223.933	103.241	103.935	207.176	99	87	93
Subregional	15.276	14.576	29.852	15.116	13.428	28.544	99	92	96
Regional	158.823	146.132	304.955	157.672	131.606	289.278	99	90	95
Total	278.064	280.676	558.740	276.029	248.969	524.998	99	89	94

Nota: Las cifras no incluyen los fondos de proyectos financiados internamente por los gobiernos ni los recursos del Fondo Rotatorio, del Fondo Estratégico o de otros fondos que no estén usándose para financiar directamente el Plan Estratégico.

90. ***Movilización de recursos.*** Del Programa y Presupuesto 08-09 aprobado de US$ 626 millones, se preveía que US$ 279 provendrían del presupuesto ordinario (OPS y OMS). La diferencia (US$ 347 millones) era la brecha de financiamiento inicial que se preveía cubrir con fondos de otras fuentes. Durante el bienio, la Organización logró movilizar US$ 281 millones, reduciendo la brecha de financiamiento de US$ 347 millones a US$ 66 millones (19%). De esos US$ 281 millones, la OPS movilizó el 77% (US$ 216 millones) y la OMS el 23% (US$ 64,5 millones). Cabe señalar que el monto disponible del presupuesto ordinario se redujo a US$ 278 millones como consecuencia de la retención efectuada por la OMS. En el cuadro 4 muestra la brecha de financiamiento al comienzo y a fines del bienio, y en la figura 6 se muestra la reducción progresiva de la brecha de financiamiento durante el bienio.

91. Una de las razones principales por las cuales no se cerró la brecha de financiamiento fue que se recibió solo un tercio (US$ 64,5 millones de US$ 197 millones) de las contribuciones voluntarias previstas de la OMS. Otras razones fueron la disminución del apoyo a las prioridades internacionales en el campo de la salud pública por las organizaciones multilaterales, tendencia que continúa y que probablemente tendrá un efecto mayor en los próximos años; una disminución general de los fondos para cooperación técnica en las Américas; una mayor inclusión de los problemas de salud en programas de desarrollo más generales y la tendencia actual a una mayor competencia entre un grupo creciente de organizaciones que trabajan en el ámbito de la salud. Asimismo, algunas subvenciones específicas que se esperaba recibir no se concretaron porque las organizaciones donantes cambiaron su interés principal o reasignaron fondos a otras prioridades. Además, la OPS también aborda una amplia gama de problemas de salud pública, entre ellos algunos que no atraen un financiamiento externo considerable, como las enfermedades no transmisibles, las enfermedades zoonóticas, la salud de los adultos mayores y las investigaciones en el campo de la salud pública.

Figura 6. Situación de la brecha de financiamiento durante el bienio 2008-2009



Cuadro 4. Situación de la brecha de financiamiento a fines del bienio 2008-2009

Tipo de financiamiento	Comienzo del bienio (miles de US$)	Fines del bienio (miles de US$)
Presupuesto ordinario	279.067	278.064
Recursos movilizados *	0	280.676
Brecha de financiamiento	347.000	66.327
Programa y Presupuesto aprobado para 2008-2009 (PP 2008-2009)	626.067	626.067

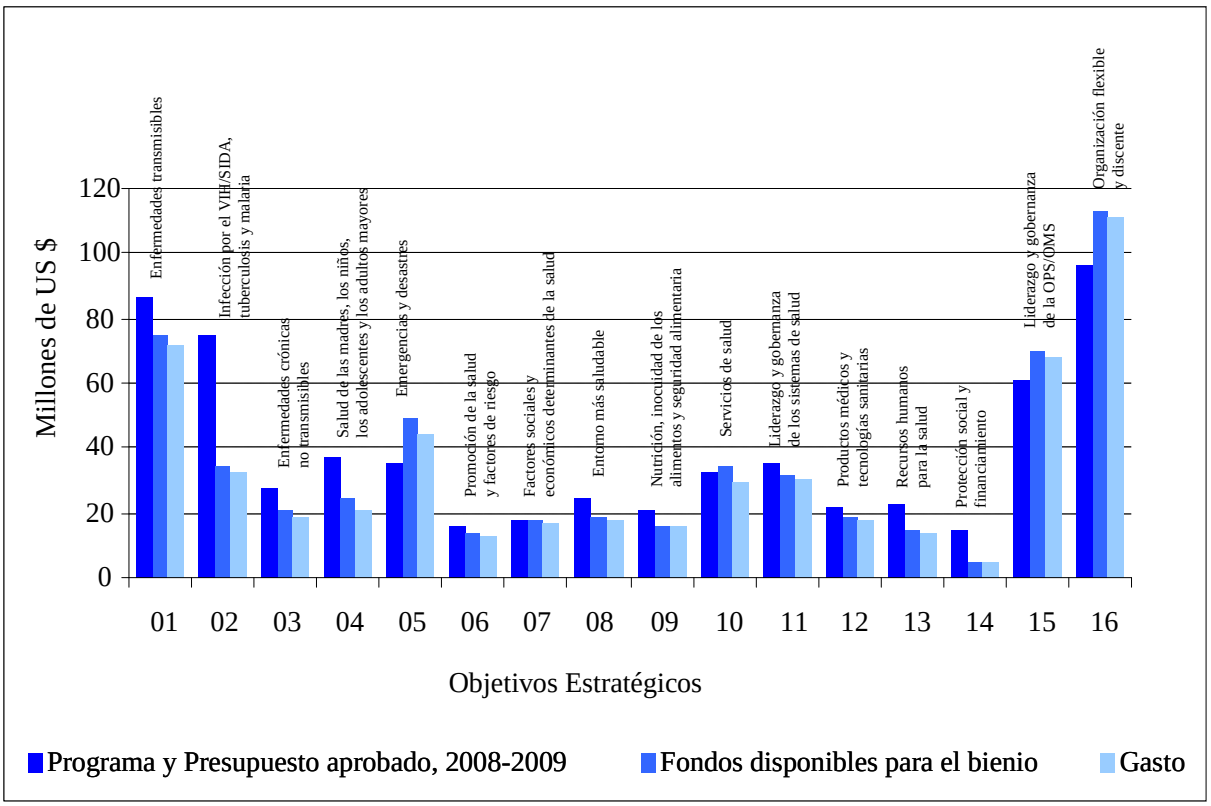
* Las cifras no incluyen los fondos de proyectos financiados internamente por los gobiernos ni los recursos del Fondo Rotatorio, del Fondo Estratégico o de otros fondos que no estén usándose para financiar directamente el Plan Estratégico.

92. ***Evaluación presupuestaria por objetivo estratégico.*** En la figura 7 y el cuadro 5 se muestra el presupuesto por objetivo estratégico, según el Programa y Presupuesto aprobado, los fondos disponibles para el bienio y los gastos. Para los Objetivos Estratégicos 15 y 16 (funciones habilitadoras) se dispuso de la mayor cantidad de fondos durante el bienio, seguidos de los Objetivos Estratégicos 1 (enfermedades transmisibles) y 5 (emergencias y desastres). Cabe señalar que los Objetivos Estratégicos 15 y 16 reflejan una asignación tradicional de recursos para apoyar los Objetivos Estratégicos 1 a 14. La fuente de fondos varió según el objetivo estratégico. En un extremo, el 90% de los recursos para el Objetivo Estratégico 5 (emergencias y desastres) provino de otras fuentes, como consecuencia de las diversas emergencias y desastres que afectaron a la

Región. Los recursos para los Objetivos Estratégicos 1 (enfermedades transmisibles) y 2 (infección por el VIH/SIDA, tuberculosis y malaria) también provinieron en más de un 70% de otras fuentes. Por otro lado, sólo el 23% de los fondos para el Objetivo Estratégico 14 (protección social y financiamiento) provino de otras fuentes, en tanto que los fondos para los Objetivos Estratégicos 15 y 16 (funciones habilitadoras) provinieron de otras fuentes en un 25% y en un 28%, respectivamente, tal como estaba previsto.

93. En líneas generales, la mayoría de los Objetivos Estratégicos (OE) tienen una tasa de ejecución presupuestaria total de 90% o mayor, con excepción de los OE 4 y 10, que tienen una tasa de 85%. La tasa de ejecución del presupuesto ordinario en todos los objetivos estratégicos fue superior al 90%. En cuanto a la ejecución de fondos de "otras fuentes", la mayoría de los objetivos estratégicos tuvieron una tasa de ejecución superior al 90%, con excepción de los OE 4 y 8 que tuvieron una tasa de ejecución levemente por debajo de la meta de 75% (véase el cuadro 4).

Figura 7. Panorama del presupuesto por objetivo estratégico, 2008-2009



Cuadro 5. Presupuesto por objetivo estratégico y fuente de financiamiento, fin del bienio 2008-2009

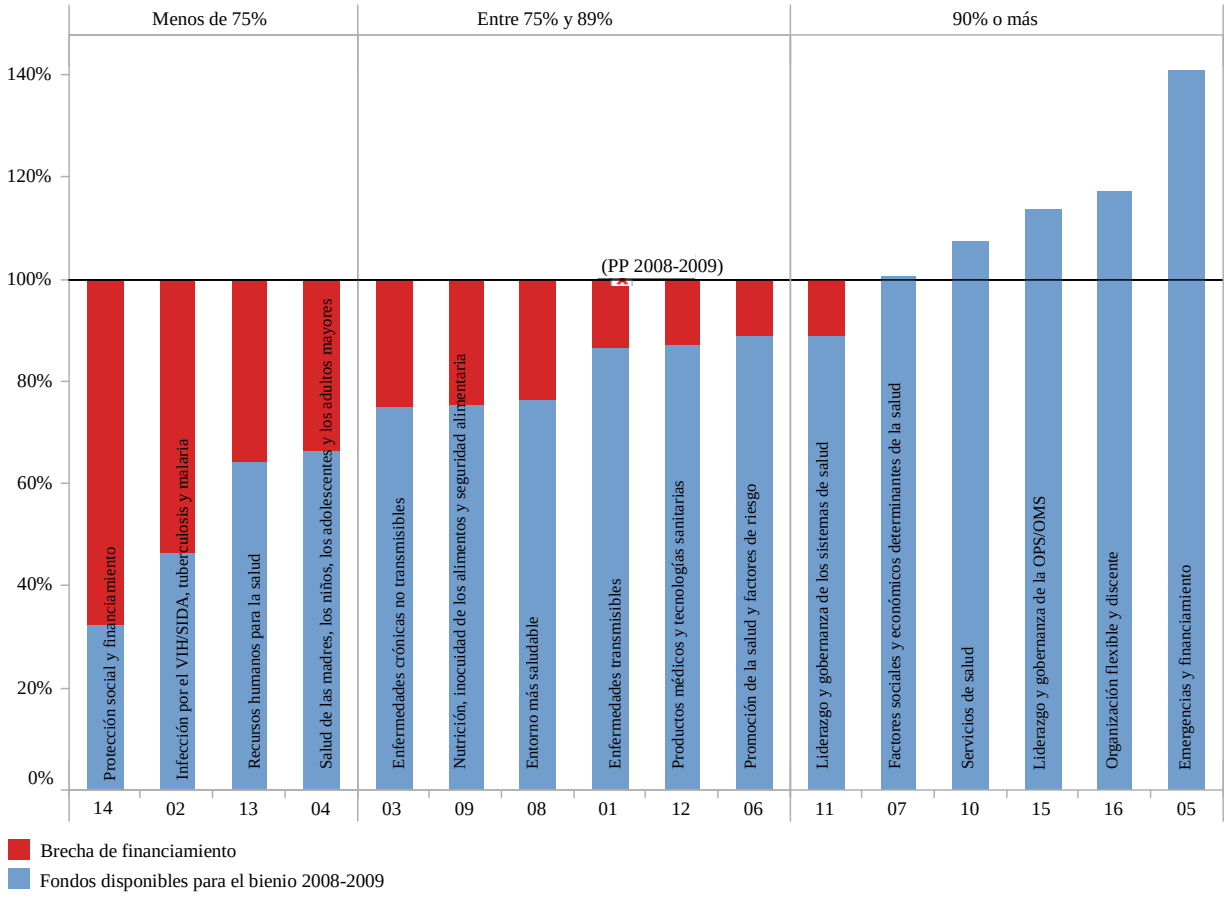
Objetivo estratégico	Programa y Presupuesto aprobado (PP 2008-2009)	Fondos disponibles para el bienio (millones de US$)				Gasto (millones de US$)			Tasa de ejecución (%)		
		PO	OF	Total	%	PO	OF	Total	PO	OF	Total
OE 1 Enfermedades transmisibles	86,6	21,5	53,5	75,1	87	21,5	50,3	71,8	100	94	96
OE 2 Infección por el VIH/SIDA, tuberculosis y malaria	75,1	8,4	26,5	34,9	46	8,3	24,2	32,5	99	91	93
OE 3 Enfermedades crónicas no transmisibles	28,0	12,8	8,2	21,0	75	11,8	7,0	18,8	92	85	90
OE 4 Salud de las madres, los niños, los adolescentes y los adultos mayores	37,2	11,7	13,1	24,7	67	11,5	9,6	21,1	99	73	85
OE 5 Emergencias y desastres	35,0	4,0	45,3	49,3	141	4,0	40,5	44,4	99	89	90
OE 6 Promoción de la salud y factores de riesgo	16,0	6,3	7,9	14,2	89	6,3	6,9	13,2	100	87	93
OE 7 Factores sociales y económicos determinantes de la salud	17,4	7,3	10,2	17,5	100	7,2	9,3	16,5	99	91	95
OE 8 Entorno más saludable	25,0	13,2	5,9	19,1	76	13,1	4,2	17,4	99	72	91
OE 9 Nutrición, inocuidad de los alimentos y seguridad alimentaria	21,0	10,1	5,7	15,8	75	10,1	5,2	15,3	100	92	97
OE 10 Servicios de salud	32,0	12,9	21,5	34,4	107	12,6	16,5	29,1	98	77	85
OE 11 Liderazgo y gobernanza de los sistemas de salud	35,0	18,1	13,0	31,1	89	18,1	12,1	30,2	100	93	97
OE 12 Productos médicos y tecnologías sanitarias	22,0	5,9	13,3	19,2	87	5,8	11,4	17,2	99	86	90
OE 13 Recursos humanos para la salud	23,0	8,8	6,0	14,8	64	8,8	4,8	13,6	100	79	92
OE 14 Protección social y financiamiento	15,0	3,7	1,1	4,9	32	3,5	1,1	4,6	94	93	94
OE 15 Liderazgo y gobernanza de la OPS/OMS	61,2	52,1	17,6	69,7	114	52,0	16,0	68,1	100	91	98
OE 16 Organización flexible y discente	96,6	81,3	31,8	113,1	117	81,3	29,9	111,2	100,0	94	98
Total	626,1	278,1	280,7	558,7	89	276	249	525	99	89	94

PP = Programa y Presupuesto; PO = Presupuesto ordinario; OF = Otras fuentes

Nota: Las cifras no incluyen fondos de los proyectos internos financiados por gobierno, el Fondo Rotatorio, el Fondo Estratégico u otros fondos que no estén usándose para financiar directamente el Plan Estratégico.

94. Tal como se muestra en la figura 8, se recibió por lo menos el 75% del presupuesto aprobado para todos los objetivos estratégicos excepto por los Objetivos 2, 4, 3 y 14. Los recursos disponibles para los Objetivos Estratégicos 5, 10, 15 y 16 superaron el presupuesto aprobado. Cabe señalar que algunos fondos programados para el Objetivo Estratégico 10 (servicios de salud) abarcaban algunas actividades relacionadas con los Objetivos Estratégicos 13 y 14. En el cuadro 5 se presentan detalles de cada objetivo estratégico.

Figura 8. Fondos disponibles por objetivo estratégico como porcentaje de su programa y presupuesto aprobado para 2008-2009



D) Análisis de la prioridad de los objetivos estratégicos

95. En el Plan Estratégico, los objetivos estratégicos están clasificados según la prioridad programática (excepto los Objetivos Estratégicos 15 y 16) para guiar la movilización y asignación de recursos durante el bienio. A fin de determinar la medida en que se abordó esta priorización, a continuación se compara la clasificación de los objetivos estratégicos según su prioridad aprobada por los Cuerpos Directivos con la clasificación según su financiamiento (véase la figura 8).

96. Los objetivos estratégicos fueron clasificados según su prioridad programática de 1 (prioridad más alta) a 14 (prioridad más baja), de acuerdo a lo establecido en el Plan Estratégico, utilizando el método *Delphi* modificado. También se clasificaron de 1 a 14 según los fondos movilizados al final del bienio (siendo 1 el objetivo estratégico que redujo más su brecha de financiamiento y 14 el objetivo que menos la redujo). Se considera que este método mide el esfuerzo que se dio a la movilización y asignación de los recursos necesarios para cumplir el programa. La diferencia entre estas clasificaciones[4] indica si el esfuerzo para movilizar y asignar recursos a los objetivos estratégicos refleja la prioridad programática que se le asignó. Esta diferencia puede ser positiva (los recursos movilizados/asignados superan la prioridad programática), neutral (ambas clasificaciones coinciden) o negativa (los recursos movilizados/asignados son inferiores a la prioridad programática). Un número positivo implica que el esfuerzo para movilizar recursos superó la prioridad programática, mientras que un número negativo indica lo contrario.

97. En el cuadro 6 se muestra la diferencia entre la clasificación según la prioridad programática y la clasificación según los fondos disponibles. Una diferencia de dos o menos entre ambas clasificaciones se considera que es aceptable. Por ejemplo, el Objetivo Estratégico 7 tiene una clasificación de 5 según la prioridad programática y de 3 según el financiamiento, con una diferencia de 2, que se considera aceptable. Si la diferencia es de 3 a 7 puntos, el objetivo estratégico se clasifica como deficitario (si la diferencia es negativa) o superavitario (si la diferencia es positiva). Una diferencia de ocho o más puntos indicaría un déficit o un superávit considerable. Usando estos criterios, la situación de los Objetivos Estratégicos 7, 8 y 14 era aceptable, los Objetivos Estratégicos 1, 3 y 13 se encontraban en situación deficitaria, los Objetivos Estratégicos 6, 9, 10, 11 y 12 presentaban un superávit, los Objetivos Estratégicos 4 y 2 presentaban un déficit considerable y el Objetivo Estratégico 5 presentaba un superávit considerable.

[4] Las diferencias en la clasificación se utilizan cuando los valores en que se basa la clasificación no son directamente comparables. El PNUD usa esta metodología en el análisis del índice de desarrollo humano; también se usa en publicaciones sobre el comercio y economía, como *The Economist*.

98. El Objetivo Estratégico 5 (desastres y emergencias) presenta un superávit considerable, lo cual es comprensible porque el financiamiento del socorro para situaciones de emergencia es difícil de prever. Para el bienio 2010-2011 se ha creado un segmento especial del presupuesto a fin de separar el financiamiento destinado al socorro para situaciones de emergencia y así evitar esta distorsión. Los Objetivos Estratégicos 2 (infección por el VIH/SIDA, tuberculosis y malaria) y 4 (salud de las madres, los niños, los adolescentes y los adultos mayores) presentaban grandes déficits debido principalmente a un cambio en las prioridades de dos importantes colaboradores después de la adopción de los planes, que llevó a una reducción considerable de los recursos movilizados.

99. Esta es la primera vez que en el Plan Estratégico se clasifican los objetivos estratégicos según la prioridad programática. Para hacer converger los recursos con las prioridades programáticas se requerirá un proceso gradual y prolongado que aborde los siguientes factores que limitan la reasignación de recursos entre objetivos estratégicos: 65% de los fondos del presupuesto ordinario están vinculados a puestos de plazo fijo, el alto grado de pericia profesional limita la transferencia de personal y la mayoría de las contribuciones voluntarias recibidas por la Organización están destinadas a fines específicos.

Cuadro 6. Convergencia de la clasificación según la prioridad programática con la asignación de los fondos disponibles, 2008-2009

Objetivo estratégico	Clasificación según la prioridad programática (a)	Clasificación según los fondos disponibles (b)	Diferencia entre las clasificaciones (a-b)	Financiamiento según la prioridad*
OE 4 Salud de las madres, los niños, los adolescentes y los adultos mayores	1	9	-8	Muy deficitario
OE 1 Enfermedades transmisibles	2	6	-4	Deficitario
OE 2 Infección por el VIH/SIDA, tuberculosis y malaria	3	11	-8	Muy deficitario
OE 3 Enfermedades crónicas no transmisibles	4	8	-4	Deficitario
OE 7 Factores sociales y económicos determinantes de la salud	5	3	2	Aceptable
OE 13 Recursos humanos para la salud	6	10	-4	Deficitario
OE 10 Servicios de salud	7	2	5	Superavitario
OE 8 Entorno más saludable	8	7	1	Aceptable

Objetivo estratégico	Clasificación según la prioridad programática (a)	Clasificación según los fondos disponibles (b)	Diferencia entre las clasificaciones (a-b)	Financiamiento según la prioridad*
OE 6 Promoción de la salud y factores de riesgo	9	4	5	Superavitario
OE 14 Protección social y financiamiento	10	12	-2	Aceptable
OE 11 Liderazgo y gobernanza de los sistemas de salud	11	4	7	Superavitario
OE 12 Productos médicos y tecnologías sanitarias	12	6	6	Superavitario
OE 5 Emergencias y desastres	13	1	12	Muy superavitario
OE 9 Nutrición, inocuidad de los alimentos y seguridad alimentaria	14	8	6	Superavitario

* Criterios:

- Financiamiento aceptable: diferencia de +/- 2 puntos en las clasificaciones
- Deficitario o superavitario: diferencia de +/- 3 a +/- 7 puntos
- Muy deficitario o muy superavitario: +/-8 o más puntos

E) Informe sobre los progresos realizados en relación con los objetivos estratégicos

OE 1: Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles	En curso

1. EVALUACIÓN PROGRAMÁTICA

Progreso realizado hacia el logro del objetivo estratégico en el 2013

100. El pronóstico relativo a la consecución de las metas del 2013 es alentador en relación con la mayoría de los indicadores del Objetivo Estratégico 1. Se prevé que se alcanzarán las metas establecidas para los indicadores de la inmunización; sin embargo, habría que fortalecer la cooperación técnica para las operaciones en los Estados Miembros que tengan problemas a nivel municipal. Mediante la resolución CD49.R9 se renovó el compromiso de eliminar las enfermedades desatendidas. La pandemia de gripe puso a prueba la preparación y la capacidad de respuesta de la Región. Los preparativos para una posible pandemia causada por el virus H5N1 resultaron muy eficaces para responder a la pandemia del 2009. Aunque la respuesta fue eficaz, la pandemia también puso de manifiesto deficiencias en la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud. Asimismo, la pandemia brindó una oportunidad para mejorar el diagnóstico de laboratorio en los Estados Miembros, un componente clave del RSI.

101. Es importante garantizar los avances realizados en las investigaciones sobre las enfermedades transmisibles mediante una movilización más segura de recursos financieros. Se prevé un gran progreso en la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) por los Estados Miembros en los próximos bienios; sin embargo, será muy difícil aplicarlo plenamente. Por lo tanto, es esencial seguir promoviendo el compromiso político de aplicarlo en los países. A medida que los países comiencen a ejecutar los planes y las estrategias actuales contra la gripe, habrá que superar las brechas y las necesidades señaladas. La OPS sigue apoyando la respuesta regional a los brotes y las epidemias de dengue y considera que es fundamental fortalecer e impulsar la capacidad de la Organización para alertar y responder adecuadamente.

Evaluación del bienio 2008-2009

102. En general, los RPR del Objetivo Estratégico 1 se alcanzaron en una medida adecuada: cinco están satisfactoriamente en curso (verde) y tres en riesgo (amarillo). Sin embargo, es necesario intensificar el trabajo, en particular para mejorar la cobertura de vacunación en algunos municipios donde sigue siendo muy baja. La rabia transmitida por los perros ha disminuido en algunos países, pero se ha reintroducido en países donde había desaparecido. El progreso del control de la enfermedad de Chagas transmitida por vectores superó el 90%, a pesar de que no se alcanzó la meta. Aunque no se ha aplicado plenamente el RSI, en 34 de 35 Estados Miembros concluyó la evaluación de la capacidad básica. Debido a la pandemia de gripe, los países tuvieron que ultimar, actualizar y activar sus planes de preparativos, y en varios países se están poniendo en práctica los procedimientos normales de operación. En respuesta a los brotes de dengue en la

Región se amplió y se reforzó la estrategia integrada para la prevención y el control del dengue con planes de contingencia nacionales.

Evaluación presupuestaria y movilización de recursos

Programa y Presupuesto aprobado (PP 2008-2009)	Fondos disponibles para el bienio	Fondos disponibles para el bienio como porcentaje del PP 2008-2009	Gasto	Tasa de ejecución (gasto/fondos disponibles)
86.600.000	75.079.214	87%	71.775.774	96%

103. Del total de los fondos disponibles para el bienio, US$ 53,5 millones (71%) provinieron de otras fuentes.

104. A fines del bienio, el objetivo estratégico presentaba una brecha de financiamiento de cerca de US$ 11 millones. Eso indica una movilización de recursos relativamente exitosa. Se movilizaron fondos considerables para la vacunación y la gripe pandémica. Aunque se obtuvo una subvención importante de la Fundación Gates (por medio del Instituto Sabin) para las enfermedades desatendidas, todavía se necesitan más recursos para tratar adecuadamente estas enfermedades.

105. Los principales asociados en relación con este objetivo estratégico en el bienio 2008-2009 fueron los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, la AID, la ACDI (Canadá), el Gobierno de España, el Instituto Sabin, PAHEF, el BID y el UNICEF.

Lecciones aprendidas

- En cuanto a las inmunizaciones, el progreso ha sido relativamente bueno pero no completamente satisfactorio, ya que sigue habiendo municipios con una cobertura inferior a la ideal. A fin de adaptar las intervenciones, es importante comprender las razones por las cuales no se llega a algunas personas. Por ejemplo, las poblaciones rurales son diferentes de las comunidades periurbanas marginadas y requieren intervenciones diferentes. La OPS deberá seguir más de cerca la elaboración de planes y estrategias para los municipios prioritarios, con un enfoque integral, considerando la inmunización como parte de las acciones esenciales en el curso de la vida. La meta era lograr la eliminación del tétanos neonatal en Haití, el único país que todavía está atrasado en relación con esta meta, pero no se logró. Entre las lecciones aprendidas se encuentra la necesidad de una mayor participación de las autoridades nacionales (Ministerio de Salud) en estrecha coordinación con los asociados (OPS, UNICEF, ACDI).
- De las intervenciones para eliminar el sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita se han aprendido numerosas lecciones que se están difundiendo en otras regiones, entre ellas la vacunación después de la niñez, la importancia del apoyo político, la formulación de estrategias de comunicación social dirigidas a grupos no tradicionales y la utilidad de las alianzas para responder a situaciones de crisis.
- Los preparativos para el virus H5N1 resultaron muy eficaces en la respuesta a la pandemia

del 2009. La pandemia también reveló áreas que era necesario fortalecer en el sistema de salud a fin de preparar mejor a los Estados Miembros para aplicar el RSI y, de ese modo, responder más eficazmente a sucesos futuros.

- Aunque la estrategia integrada de manejo del dengue ha resultado eficaz, con la incorporación de las áreas clave que tienen un efecto crucial en la prevención y el control del dengue, es necesario intensificar la acción dentro y fuera del sector para mejorar la respuesta actual a los brotes.
- El compromiso político de los Estados Miembros para eliminar las enfermedades desatendidas, reafirmado por medio de la resolución CD49.R9, y la labor de movilización de recursos por medio del Fondo Fiduciario con el Banco Interamericano de Desarrollo y el Instituto Sabin, representan una gran oportunidad para llevar a cabo iniciativas de eliminación a nivel nacional y subnacional.

2. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

RPR 1.1: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para aumentar al máximo el acceso equitativo de todas las personas a vacunas de calidad garantizada, incluyendo productos y técnicas de inmunización nuevos y subutilizados; fortalecimiento de los servicios de inmunización; e integración de otras intervenciones esenciales de salud de la familia y del niño con la inmunización.	**En riesgo**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron tres de las seis metas de los indicadores y se realizó un progreso considerable en relación con las otras tres.

El progreso ha sido bueno en general, pero no completamente satisfactorio, puesto que todavía hay municipios con una cobertura inferior a la ideal. La OPS deberá seguir más de cerca la elaboración de planes y estrategias para los municipios prioritarios, con un enfoque integral, considerando la inmunización como parte de las acciones esenciales en el curso de la vida. Los avances en los componentes de la vigilancia epidemiológica de las vacunas nuevas, las decisiones basadas en evidencia y el apoyo a la elaboración de leyes han sido significativos y los Estados Miembros han hecho un buen trabajo en ese sentido.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
1.1.1	Número de países que logran una cobertura de vacunación de más de 95% a nivel nacional (DPT3 como marcador)	17	20	NO	18 países lograron la meta; 26 países notificaron una cobertura de vacunación de 90% o más con DTP3. El promedio regional de la cobertura con DTP3 se ha mantenido en 93%. Sin embargo, el nivel ha fluctuado en los países. El reto principal sigue siendo alcanzar y mantener una cobertura de vacunación de 95%. Para alcanzar las metas es fundamental mantener el programa de vacunación en un lugar preponderante del programa de acción sanitaria nacional, dar seguimiento sistemáticamente a nivel local para ajustar rápidamente

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
					las estrategias según sea necesario y obtener fondos no sólo para las vacunas, sino también para el programa de operaciones.
1.1.2	Porcentaje de municipios con una cobertura de vacunación de menos de 95% en América Latina y el Caribe (DPT3 como marcador)	38% (5.729)	35% (5.277)	NO	Según los datos más recientes (2008), 44% de los municipios notificaron una cobertura con DTP3 inferior a 95% (sin tener en cuenta el tamaño de la población del municipio). Cabe señalar que esto también refleja el ajuste hecho en la metodología utilizada por la OMS y el UNICEF para el informe de 2008. Subsisten varios retos, entre ellos el fortalecimiento de la gestión de los programas locales de vacunación, el mantenimiento y fortalecimiento de la supervisión regular de la calidad y la posibilidad de dar seguimiento con exactitud y de forma oportuna a los datos sobre la cobertura a nivel municipal. Es importante que los planes de acción en los ámbitos nacional y local se concentren en los lugares donde subsistan focos de personas sin vacunar.
1.1.3	Número de países que han recibido apoyo para tomar decisiones basadas en evidencias para la introducción de vacunas nuevas y subutilizadas	9	10	SÍ	Se promovió activamente el uso de datos basados en evidencia para tomar decisiones fundamentadas, en particular por medio de las actividades de ProVac. *Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
1.1.4	Número de intervenciones esenciales de salud del niño y de la familia que se han integrado con la inmunización, para lo cual se dispone de guías sobre la gestión común de programas	4	6	SÍ	En relación con este indicador se efectuaron diversas intervenciones integradas con la Semana de Vacunación de las Américas, que proporciona una base excelente para la integración de otras intervenciones preventivas de salud que pueden llevarse a cabo junto con las campañas de la Semana de Vacunación. Se seguirá promoviendo esta actividad y se

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
					deberían estandarizar y difundir las estrategias a fin de aumentar al máximo sus efectos en la Región. *Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
1.1.5	Número de países que han aprobado leyes o creado partidas presupuestarias nacionales destinadas específicamente a lograr el financiamiento sostenible de la inmunización	30	32	NO	Ni El Salvador ni Guatemala pudieron promulgar leyes sobre inmunización durante el bienio. Hay un proyecto de legislación en estudio en ambos países. *Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
1.1.6	Número de países que han incluido las vacunas nuevas (contra rotavirus, neumococos, influenza, fiebre amarilla, virus del papiloma humano) en su sistema nacional de vigilancia epidemiológica	0	5	SÍ	Se sobrepasó la meta: 15 países. *Este indicador fue cambiado en el Plan Estratégico modificado.*

RPR 1.2: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para mantener la eliminación del sarampión y la erradicación de la poliomielitis, y lograr la eliminación de la rubéola, el síndrome de rubéola congénita (SRC) y el tétanos neonatal.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron cuatro de las cinco metas de los indicadores.

Se alcanzaron todas las metas establecidas para los indicadores del RPR excepto por la eliminación del tétanos neonatal en Haití (1.2.5). Es necesario que tanto la OPS como los países continúen esta tarea a fin de seguir progresando hacia la consecución de las metas.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
1.2.1	Número de países que utilizan la vacuna antipoliomielítica oral, según los plazos y procesos convenidos a nivel internacional para la suspensión del uso rutinario de esta vacuna	35	35	SÍ	Algunos países están avanzando hacia el uso de la vacuna antipoliomielítica de virus inactivados a fin de evitar los casos poco frecuentes de parálisis asociada con la vacuna antipoliomielítica oral. El apoyo continuo de la OPS a la erradicación mundial de la

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
					poliomielitis y la vigilancia de la situación, así como el mantenimiento de un nivel elevado de cobertura con la vacunación antipoliomielítica en todos los niveles, facilitarán la formulación de recomendaciones con respecto al uso de la vacuna antipoliomielítica oral y la vacuna de virus inactivados. *Este indicador fue cambiado en el Plan Estratégico modificado.*
1.2.2	Porcentaje de informes finales de países o de informes actualizados sobre la contención de la poliomielitis certificados por la Comisión Regional para las Américas	100%	100%	SÍ	En el 2010, la comisión debería concluir la aprobación de los inventarios de los laboratorios de los países, o sea la fase 1, que consiste en la contención de los poliovirus en el laboratorio. *Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
1.2.3	Número de países con vigilancia sostenida de la parálisis flácida aguda	39/39	39/39	SÍ	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
1.2.4	Número de países que han ejecutado intervenciones para lograr la eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita	36/39	39/39	SÍ	Como siguen circulando virus endémicos del sarampión y la rubéola en otras regiones del mundo, la región de las Américas se enfrenta con la amenaza constante de importaciones y debe mantenerse alerta para detectar las importaciones y responder con rapidez.
1.2.5	Número de países que logran la eliminación del tétanos neonatal	38/39	39/39	NO	La meta era eliminar el tétanos neonatal en Haití, el único país donde eso todavía no se ha hecho, pero no fue posible lograrlo durante el bienio. Se necesita una mayor participación de las autoridades nacionales (Ministerio de Salud) en estrecha coordinación con los asociados (OPS, UNICEF, ACDI, etc.). *Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*

RPR 1.3: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para ofrecer a todas las poblaciones acceso a intervenciones de prevención, control y eliminación de enfermedades transmisibles desatendidas, entre ellas las enfermedades zoonóticas.	**En riesgo**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron dos metas de los indicadores y se realizó un progreso considerable en relación con las otras dos.

Se observó un gran progreso en la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), aunque la meta no se alcanzó plenamente. Los componentes de control de calidad de los laboratorios y fortalecimiento de la capacidad de detección y control de brotes son esenciales para la aplicación adecuada del RSI. Se espera que, para el 2013, se haya efectuado un gran progreso en el logro de los indicadores; sin embargo, es muy difícil poner en práctica plenamente la capacidad básica requerida en el RSI en todos los países. Es importante mantener el compromiso político, centrándose en los países que todavía no han iniciado las evaluaciones y continuar con los programas de control de calidad de los laboratorios y capacitación para la detección y el control de brotes.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
1.3.1	Número de países que mantienen la certificación de la erradicación de la dracunculosis	40	40	SÍ	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
1.3.2	Número de países que están ejecutando la estrategia mundial de la OMS para reducir aún más la carga de lepra y mantienen las actividades de control	0/25	5/25	SÍ	*Este indicador fue cambiado en el Plan Estratégico modificado, en el cual la meta es eliminar la lepra en el primer nivel subnacional.*
1.3.3	Población en situación de riesgo (en millones) de padecer filariasis linfática en cuatro países endémicos, que recibe tratamiento colectivo con medicamentos o quimioterapia preventiva	2.4	4.7	SÍ	Tras la revisión de los cálculos de la OMS (en el 2008), la meta se redujo a 3,2 millones. Unos 3,4 millones de personas fueron tratadas a fines del 2009. En consecuencia, se sobrepasó la nueva meta. Eso se logró con la aplicación y la ampliación de la escala del tratamiento colectivo con medicamentos en Haití, Guyana y Brasil. *Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
1.3.4	Cobertura de niños en edad escolar en situación de riesgo, en países endémicos, con un tratamiento sistemático contra la esquistosomiasis y las helmintiasis transmitidas a través del suelo	38%	50%	SÍ	La población utilizada como línea de base por la OMS (el denominador) era 110 millones de niños en edad escolar en riesgo de morbilidad de helmintiasis transmitidas a través del suelo, es decir, todos los niños en edad escolar de la Región. La OPS redujo esta cifra a 26,3 millones, es decir, solamente los niños en edad

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
					escolar que no tienen acceso a servicios de saneamiento básico en la Región, lo cual constituye un cálculo más realista del riesgo. Según los datos proporcionados por programas nacionales, ONG, grupos religiosos, organismos bilaterales y otros asociados, en el 2009 se desparasitó a unos 25,4 millones de niños en edad escolar en 11 de 35 países, cifra que representa el 97% de los 26,3 millones de niños en edad escolar que corren un riesgo directo de morbilidad por helmintiasis transmitidas a través del suelo en la Región. *Este indicador fue incluido en el indicador 1.3.5 en el Plan Estratégico modificado.*
1.3.5	Número de países en América Latina que han eliminado la rabia humana transmitida por los perros	11/21	12/21	NO	La meta era eliminar la rabia en otro país durante el bienio, partiendo de una línea de base de 11 (Argentina, Belice, Chile, Colombia, Costa Rica, Guyana, Honduras, Nicaragua, Panamá, Suriname y Uruguay). Sin embargo, en Argentina, Colombia y Honduras volvieron a aparecer casos de rabia humana transmitida por el perro. Se espera que Argentina, Colombia, Perú y Paraguay certifiquen el logro de la meta antes de junio del 2010.
1.3.6	Número de países de América Latina y el Caribe que mantienen la vigilancia y los preparativos para hacer frente a enfermedades zoonóticas emergentes o reemergentes (por ejemplo, la gripe aviar y la encefalopatía espongiforme bovina)	10/33	13/33	SÍ	Todavía hay países que requieren una intensificación de la tarea en los municipios prioritarios.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
1.3.7	Número de países con índice de infestación domiciliaria por T. *infestans* (Cono Sur) y *R. prolixus* (Centroamérica) inferior a 1%	3/21	11/21	NO	Nueve países alcanzaron la meta.
1.3.8	Número de países que realizan un control completo de los bancos de sangre para evitar la transmisión de la enfermedad de Chagas a través de transfusiones	14/21	20/21	NO	Dieciocho países alcanzaron la meta. *Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
1.3.9	Número de países donde la oncocercosis es endémica y con focos, donde se ha interrumpido la transmisión y se está llevando a cabo un período de vigilancia de 3 años tras la interrupción de la transmisión	1/13	2/13	SÍ	Se excedió la meta: 7 países. *Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*

RPR 1.4: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para aumentar su capacidad de vigilancia y respuesta a las enfermedades transmisibles, como componente de un sistema integral de vigilancia e información sanitaria. **En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las cuatro metas de los indicadores.

Se ha avanzado mucho hacia la consecución de las metas relacionadas con el mejoramiento de los sistemas de vigilancia; sin embargo, los indicadores de las metas no son suficientemente precisos y específicos como para cuantificar adecuadamente ese progreso.

La pandemia de gripe mostró las deficiencias de los sistemas que deberán abordarse en el próximo bienio. Entre los retos más importantes se encuentran la difusión de la guía para la vigilancia de todas las enfermedades transmisibles prioritarias y la mejora de la calidad de la vigilancia actual, para lo cual será necesario proponer una evaluación metodológica de los sistemas de vigilancia.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
1.4.1	Número de países con vigilancia mejorada de las enfermedades transmisibles de importancia para la salud pública, según las guías de evaluación de la OPS/OMS	13/39	15/39	SÍ	A pesar del progreso realizado con el funcionamiento de los sistemas de vigilancia en varios países de la Región, la pandemia mostró la necesidad de seguir fortaleciendo las actividades de alerta temprana, investigación y respuesta a los brotes, especialmente a nivel subnacional y en las zonas fronterizas.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
1.4.2	Número de países que adaptan a su situación nacional instrumentos o protocolos genéricos de vigilancia y seguimiento de las enfermedades transmisibles	2/35	15/35	SÍ	Se sobrepasó la meta: 17 países. *Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
1.4.3	Número de países que presentan a la Oficina los formularios conjuntos de notificación de datos sobre vigilancia y seguimiento de la inmunización, de conformidad con los plazos establecidos	15/35	18/35	SÍ	La notificación sistemática y oportuna de las inmunizaciones sigue siendo un reto, en vista de las numerosas prioridades en pugna y de los retrasos en algunos países con la generación de datos, en particular la combinación de datos de cobertura de todos los niveles locales. Otro reto es dar seguimiento debidamente a los cambios en los datos.
1.4.4	Número de países que llevan a cabo sistemáticamente una labor de vigilancia e intervenciones para combatir la resistencia a los antimicrobianos	14/35	17/35	SÍ	

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

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las tres metas de los indicadores.

Se han hecho grandes avances en relación con los indicadores de este RPR, a pesar de la cancelación de actividades debido a la pandemia y a la falta de recursos humanos. Se ha progresado con los enfoques originales del control de enfermedades en las áreas que tienen problemas para alcanzar las metas, como la región del Gran Chaco. Las revisiones sistemáticas establecen un punto de partida excelente para definir las investigaciones necesarias y las prioridades con respecto a las enfermedades desatendidas a fin de elaborar planes para eliminarlas.

A pesar de que se ha progresado mucho con respecto a los temas de investigación en la Región, subsiste un gran reto en lo que se refiere al personal y el financiamiento para mantener los avances realizados hasta la fecha. En el bienio 2008-2009, 90% de los fondos se recaudaron por medio del Programa Especial para Investigación y Capacitación en Enfermedades Tropicales (TDR). Además, es necesario promover más la investigación tanto dentro como fuera de la Organización y mejorar la coordinación con otras áreas y unidades de la Organización que promueven la investigación y capacitación en el campo de las enfermedades transmisibles.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
1.5.1	Número de informes de consenso publicados sobre las necesidades y prioridades de las investigaciones subregionales, regionales o mundiales en relación con una enfermedad o un tipo de intervención	0	3	SÍ	Se superaron las metas. Se realizaron cuatro revisiones sistemáticas de las enfermedades no transmisibles (leishmaniasis visceral, oncocercosis, esquistosomiasis y filariasis linfática). *Este indicador cambiado en el Plan Estratégico modificado, a fin de incorporar la investigación.*
1.5.2	Número de nuevas intervenciones y estrategias de ejecución cuya eficacia se ha evaluado y validado	1	2	SÍ	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
1.5.3	Número de países que han fortalecido su capacidad para la investigación operativa en sociedad con instituciones científicas regionales y mundiales	3/33	5/33	SÍ	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*

RPR 1.6: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica a fin de que adquieran la capacidad mínima requerida por el Reglamento Sanitario Internacional para establecer y fortalecer sistemas de alerta y respuesta para su uso en epidemias y otras emergencias de salud pública de trascendencia internacional.	**En riesgo**

Evaluación del RPR: Se han alcanzado dos metas de los indicadores y se ha avanzado mucho en relación con las otras dos.

Se observa un gran progreso en la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), aunque no se alcanzó plenamente la meta. Los componentes de control de calidad de los laboratorios y fortalecimiento de la capacidad de detección y control de brotes son esenciales para la aplicación adecuada del RSI. Se espera que, para el 2013, se haya efectuado un gran progreso en el logro de los indicadores; sin embargo, es muy difícil poner en práctica plenamente la capacidad básica requerida en el RSI en todos los países. Es importante mantener el compromiso político, centrándose en los países que todavía no han iniciado las evaluaciones, y continuar con los programas de control de calidad de los laboratorios y de capacitación para la detección y el control de brotes.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
1.6.1	Número de países donde se ha llevado a cabo la evaluación de la capacidad básica de vigilancia y respuesta, de conformidad con las obligaciones emanadas del Reglamento Sanitario Internacional (2005)	3/35	35/35	NO	Se alcanzaron 34 de las 35 metas (97%); no se alcanzó la meta en Haití. *Este indicador cambiado en el Plan Estratégico modificado. El indicador nuevo medirá la aplicación y el alcance de los conocimientos básicos del RSI en los países.*
1.6.2	Número de países que han formulado planes de acción destinados a satisfacer los requisitos mínimos de capacidad básica en materia de alerta temprana y respuesta, de conformidad con las obligaciones emanadas del Reglamento Sanitario Internacional	0/35	32/35	NO	Veintiocho países (87%) han elaborado planes de acción para satisfacer los requisitos mínimos de los conocimientos básicos con respecto a la alerta temprana y la respuesta, en conformidad con las obligaciones emanadas del RSI. *Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
1.6.3	Número de países cuyo sistema nacional de laboratorios participa al menos en un programa interno o externo de control de la calidad en relación con las enfermedades transmisibles	20/39	24/39	SÍ	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
1.6.4	Número de países que participan en programas de formación centrados en el fortalecimiento de los sistemas de alerta anticipada, los laboratorios de salud pública o la capacidad de respuesta ante brotes epidémicos	38	38	SÍ	

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

Evaluación del RPR: Se alcanzaron tres de las cuatro metas de los indicadores del RPR.

Como consecuencia de la pandemia (H1N1) 2009, los países tuvieron que ultimar, actualizar y activar sus planes nacionales de preparativos para una pandemia de gripe. Se están implantando procedimientos normalizados de trabajo, pero no siempre mediante procedimientos formalizados. Con la puesta en práctica de los planes y las estrategias actuales, se han señalado las brechas y las necesidades. La corrección de tales brechas fija la estrategia para el próximo bienio, que incluye la documentación de las lecciones aprendidas y los procedimientos normalizados de trabajo. En el caso del dengue, se establecieron estrategias integradas de manejo a nivel nacional y regional y se proporcionó cooperación técnica durante los brotes en la Región.

La cooperación técnica hasta el 2013 seguirá tres líneas estratégicas con el propósito de fortalecer la capacidad de los países para detectar emergencias de salud pública, como la gripe. La primera se centrará en la vigilancia centinela, que integra plenamente los datos virológicos y epidemiológicos de tal manera que puedan guiar la acción de salud pública. La segunda línea de acción estará orientada a la vigilancia de sucesos mediante la capacitación del personal de salud a nivel local. La capacitación en una modalidad de vigilancia mejorada a nivel nacional abarcará la detección, la notificación y el manejo de sucesos inusuales, usando la experiencia con la gripe como principio orientador para la formación de capacidad local. Por último, la tercera línea procurará mantener y fortalecer los enormes avances regionales realizados en la capacidad de los laboratorios para diagnosticar los virus respiratorios. La cooperación técnica en el fortalecimiento de los laboratorios ahora incluirá la descentralización de la capacidad de diagnóstico.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
1.7.1	Número de países que cuentan con planes nacionales de preparación y procedimientos operativos estandarizados para la gripe pandémica	22/35	28/35	SÍ	Para comprobar el establecimiento de equipos nacionales de respuesta rápida en el marco de los planes nacionales de preparativos contra una pandemia de gripe, los países tuvieron que enviar una lista completa de los integrantes de este equipo. Con la pandemia (H1N1) 2009 se han establecido, movilizado y desplegado equipos nacionales de respuesta rápida para las investigaciones y la respuesta en el terreno en 28 países.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
1.7.2	Número de mecanismos internacionales de apoyo a la vigilancia, el diagnóstico y las intervenciones masivas establecidos (por ejemplo, redes internacionales de vigilancia de laboratorio y mecanismos de acopio de vacunas contra la meningitis, las fiebres hemorrágicas, la peste, la fiebre amarilla, la gripe y la viruela)	5	6	SÍ	El medio para comprobar el logro de este indicador era la creación de un banco de plasma para las fiebres hemorrágicas en Bolivia, lo cual se hizo. *Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
1.7.3	Número de países que cuentan con la capacidad básica necesaria para la manipulación segura en el laboratorio de agentes patógenos peligrosos y el aislamiento seguro de pacientes contagiosos	22	25	NO	Se proporcionó apoyo para el establecimiento de centros nacionales de gripe en los Estados Miembros. De los tres países objetivo (Guatemala, Nicaragua y Bolivia), Guatemala y Nicaragua recibieron la designación de la sede de la OMS. El caso de Bolivia está pendiente hasta que se presente la documentación necesaria a la OMS. *Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
1.7.4	Número de países que ejecutan intervenciones y estrategias para el control del dengue (comunicación para el impacto conductual [COMBI])	15	17	SÍ	Se realizó un gran progreso en la elaboración de estrategias integradas de manejo del dengue en los países de todas las subregiones.

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

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las cuatro metas de los indicadores.

Este RPR refleja la capacidad de advertencia y respuesta de la Organización, requisito esencial para el correcto funcionamiento del RSI, en respuesta al compromiso asumido por la Secretaría. El progreso realizado es más que satisfactorio, con la puesta en práctica de la capacidad necesaria para operar 24 horas al día, los siete días de la semana. Además, durante la pandemia todos los recursos de la Oficina Sanitaria Panamericana se pusieron a prueba: alerta, capacidad para movilizar expertos y funcionamiento del sistema de tratamiento de emergencias, lo cual permitió responder a todas las solicitudes recibidas. En vista del nivel de desempeño actual, se prevé que se alcanzarán las metas del resto del Plan Estratégico. Sin embargo, se necesita una mayor coordinación y la participación de todas las entidades. También será necesario fortalecer la capacidad de los recursos humanos, principalmente para asegurar la sostenibilidad de estas importantes funciones.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
1.8.1	Número de entidades de la Oficina Sanitaria Panamericana (sede y oficinas de país) que cuentan con el Sistema Mundial de Manejo de Eventos para apoyar la coordinación de las tareas de evaluación de riesgos, las comunicaciones y las operaciones sobre el terreno	1/30	10/30	SÍ	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
1.8.2	Número de países que cuentan al menos con una institución colaboradora asociada que participa en la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos, y otras redes regionales pertinentes	26	30	SÍ	Durante la pandemia se movilizaron profesionales de las diferentes redes de la región. *Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
1.8.3	Proporción de solicitudes de apoyo de los Estados Miembros durante situaciones de emergencia o epidemias para las cuales la Oficina moviliza una respuesta internacional integral y coordinada (incluidas las medidas de control de enfermedades, investigación y caracterización de eventos, y contención sostenida de brotes)	100%	100%	SÍ	Se llevaron a cabo misiones de apoyo para responder a la pandemia y a los brotes de dengue, fiebre amarilla y la enfermedad de Chagas, entre otros.
1.8.4	Tiempo medio requerido para la verificación de brotes epidémicos de importancia internacional, incluida la confirmación de la causa en el laboratorio	7 días	5 días	SÍ	En los 202 eventos registrados, el tiempo de respuesta observado para la comprobación fue de 1,5 días en promedio. *Este indicador se incorporó en los indicadores 1.8.1 y 1.9.1 en el Plan Estratégico modificado.*

OE 2: Combatir la infección por el VIH/SIDA, TB y malaria	En riesgo

1. EVALUACIÓN PROGRAMÁTICA

Progreso realizado hacia el logro del objetivo estratégico en el 2013

106. Es necesario continuar la labor actual y focalizarla estratégicamente para lograr las metas deseadas en el 2013. Se modificó el objetivo estratégico y los indicadores fueron reducidos de 36 a 24 en el Plan Estratégico modificado.

Evaluación del bienio 2008-2009

Logros principales durante el bienio

107. **Infección por el VIH/SIDA.** Se proporcionó cooperación técnica directa a 26 países de América Latina y el Caribe, y en 16 de ellos se formaron grupos de trabajo nacionales sobre farmacorresistencia del VIH (FRVIH). Para fines del 2009, 15 países habían informado a la OPS/OMS sobre los indicadores de alerta temprana para la prevención de la farmacorresistencia y cuatro habían elaborado protocolos nacionales para el seguimiento o la vigilancia de la FRVIH basados en las directrices de la OMS. El trabajo con la mayoría de los grupos en riesgo condujo a la formulación del plan para los servicios de salud dirigidos a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Se está trabajando para atender las necesidades de las personas transgénero. La iniciativa de prevención de la transmisión maternoinfantil de la infección por el VIH y la sífilis congénita fue respaldada por los países del Caribe y por la mayoría de los países de América Latina. Se están llevando a cabo los planes y la labor de vigilancia en los países.

108. **Malaria.** Los objetivos en relación con la malaria en la Región consisten en reducir en un 50% la carga de morbilidad para el 2010 (“Hacer Retroceder el Paludismo”) y en un 75% para el 2015 (Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas). Según los últimos informes anuales de los países (2008), la morbilidad por malaria en las Américas bajó en 53% en comparación con la tasa del 2000. Se notificó una disminución de la carga de la malaria en 18 de los 21 países con endemicidad: siete de estos países notificaron una reducción de más del 75% en los casos, alcanzando tanto los objetivos de la iniciativa “Hacer Retroceder el Paludismo” como los Objetivos de Desarrollo del Milenio; cinco notificaron una reducción de los casos situada entre más del 50% y menos del 75%, con lo cual alcanzaron los objetivos de la iniciativa “Hacer Retroceder el Paludismo”; y otros seis, que notificaron una reducción de menos del 50% en los casos, siguen bien encaminados hacia las metas de la iniciativa “Hacer Retroceder el Paludismo” para el 2010. Lamentablemente, tres países notificaron un aumento en el número de casos: Haití, República Dominicana y Venezuela.

109. Para los países amazónicos, la colaboración de la OPS con diversos asociados e interesados directos en la Iniciativa contra la Malaria en la Amazonía/Red Amazónica de Vigilancia de la Resistencia a los Antimaláricos (RAVREDA), con apoyo financiero de la AID,

facilitó el fortalecimiento de la capacidad de los países para vigilar la farmacorresistencia, ejecutar políticas farmacéuticas, combatir los vectores, realizar una estratificación epidemiológica, administrar la cadena de suministros y participar en la colaboración sur-sur. En el 2009 comenzó a extenderse la acción de la Iniciativa contra la Malaria en la Amazonía y la RAVREDA a Centroamérica.

110. **Tuberculosis.** En 21 países se alcanzó la tasa de detección del 70% de los casos de tuberculosis pulmonar mediante baciloscopia positiva para tuberculosis. Este logro se debe a la ampliación de la estrategia de tratamiento acortado directamente observado (DOTS), la mejora de la colaboración en la lucha contra la tuberculosis y la infección por el VIH, el manejo en el marco de planes estratégicos nacionales, una mayor movilización de recursos económicos y la cooperación técnica permanente de la OPS a nivel nacional y regional. Aunque no se ha alcanzado el indicador de tratar con éxito 85% de los casos notificados, este indicador mejoró en varios países. Durante el bienio, 12 países movilizaron recursos económicos del Fondo Mundial con proyectos aprobados que están en ejecución. Muchos países actualizaron sus directrices técnicas, que deberán actualizarse continuamente a medida que se vayan obteniendo nuevos datos basados en evidencia, además de fortalecer los mecanismos de participación comunitaria y movilización social.

Retos que afectan al desempeño

111. El progreso en las pruebas científicas que indican la necesidad de un tratamiento temprano afectará al indicador de la cobertura con el tratamiento antirretrovírico en todos los países. Debido a que algunos de los indicadores tienen “metas móviles” (es decir, metas basadas en cálculos efectuados a partir de modelos), la vigilancia del progreso en relación con el VIH será especialmente difícil.

112. La posibilidad de que los países de ingreso mediano y alto ya no puedan solicitar subvenciones del Fondo Mundial podría plantear retos significativos para algunos programas nacionales de lucha contra el VIH y para la continuación de las intervenciones actuales.

113. En el contexto actual de disminución de los casos de malaria en la Región, el compromiso de los países y diversos interesados directos también corre el peligro de disminuir, error fundamental que se cometió en la etapa anterior de erradicación de la malaria. A fin de abordar este problema, la OPS ha estado a la vanguardia en la colaboración con los países y diversos asociados para reforzar la promoción de la causa en relación con la malaria en diversos niveles de trabajo: las comunidades, los países, la Región y el mundo. Además, la OPS ha adoptado un enfoque proactivo al examinar sus estrategias actuales para la malaria, con una labor gradual de elaboración y consolidación del Plan Estratégico Regional para la Malaria en las Américas 2011-2015.

114. El terremoto que sacudió a Haití en enero del 2010 representa un posible retroceso para la propuesta de trabajar junto con la República Dominicana a fin de eliminar la malaria de la isla de la Hispaniola (La Española). No obstante, ambos países, junto con otros de la Región, han presentado propuestas de financiamiento que han sido aceptadas por el Fondo Mundial.

115. Aunque la OPS ayudó a movilizar más inversiones de la comunidad internacional en la lucha de los países contra la malaria mediante la colaboración técnica en la preparación de propuestas relativas a la malaria y en su posterior aprobación por el Fondo Mundial y otras instituciones de financiamiento, el apoyo presupuestario real recibido de la OMS por el Programa Regional contra la Malaria ha disminuido considerablemente. La OPS y la OMS deben preconizar más firmemente el importante papel que desempeñan en la coordinación de diversas actividades y en la movilización de los recursos necesarios para cumplir este mandato.

116. El progreso logrado por los programas antituberculosos se ve amenazado por la integración insuficiente del DOTS en el sistema de atención primaria de salud en algunos países y el aumento de las tasas de incidencia y prevalencia de la tuberculosis, así como de mortalidad por esta enfermedad, como consecuencia de la coinfección de la tuberculosis y el VIH en países donde la epidemia de la infección por el VIH es importante. La falta de compromiso político y los presupuestos nacionales limitados también pueden socavar los avances en la prevención y el control de la tuberculosis.

Evaluación presupuestaria y movilización de recursos

Programa y Presupuesto aprobado (PP 2008-2009)	Fondos disponibles para el bienio	Fondos disponibles para el bienio como porcentaje del PP 2008-2009	Gasto	Tasa de ejecución (gasto/fondos disponibles)
75.090.000	34.857.420	46%	32.510.240	93%

- Este objetivo estratégico depende en gran medida del financiamiento proveniente de contribuciones voluntarias. De hecho, durante el bienio 2008-2009, 76% (US$ 26,5 millones) de los fondos disponibles provinieron de contribuciones voluntarias.
- La asignación presupuestaria del Presupuesto Unificado y Plan de Trabajo del ONUSIDA para la Región está disminuyendo en términos reales y otras contribuciones voluntarias son inciertas.
- El trabajo en relación con el Objetivo Estratégico 2 ha recibido apoyo de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI) y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID). Se espera que el financiamiento de la AECID continúe durante el próximo bienio.

Lecciones aprendidas

- Haití es el país con la carga más alta de VIH y la mayor brecha en la Región en lo que se refiere al acceso de toda la población a servicios de prevención, atención y tratamiento de la infección por el VIH. Es necesario hacer más hincapié en la prevención, el tratamiento y la atención eficaces de la infección por el VIH y problemas conexos (como la violencia sexual) en los preparativos para casos de desastre. En otros casos, debido a sucesos políticos como los que se produjeron en Honduras fue necesario reasignar prioridades y replanificar la cooperación técnica, lo cual también puede haber comprometido los adelantos anteriores en los indicadores del Objetivo Estratégico 2.

- En América Latina y el Caribe, la cobertura del tratamiento antirretrovírico es mayor que en otras regiones de ingreso bajo y mediano (54% en comparación con el promedio mundial de 42%). Causa preocupación, sin embargo, el hecho de que la región presentó el aumento general más pequeño de la cobertura entre diciembre del 2007 y diciembre del 2008 (14%), menos de la mitad del aumento registrado a nivel mundial (36%). Es necesario señalar mejor las barreras que están impidiendo un aumento sostenido. Esas barreras parecen incluir el acceso limitado a pruebas de detección del VIH y a servicios de orientación, la poca disponibilidad de medicamentos para la infección por el VIH en zonas alejadas y el estigma y la discriminación en los entornos de salud, entre otras. Estas barreras, sin embargo, pueden variar mucho entre países e incluso dentro de los países. Es necesario intensificar la labor para alcanzar mejor a todas las personas infectadas por el VIH que necesitan tratamiento.
- Aunque los países han respaldado la iniciativa para prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita, no se ha dado prioridad a la atención y la vigilancia de la sífilis congénita. Los datos sobre la sífilis no son suficientes para certificar la eliminación en ningún país. Los pasos siguientes consisten en vigilar la aplicación de las estrategias para aumentar la cobertura con la prueba y el tratamiento en el nivel de la atención primaria y mejorar la vigilancia. También es necesario promover continuamente la eliminación de la sífilis congénita, integrando esta tarea en la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH.
- Es necesario mantener el énfasis en la calidad del DOTS y la estrategia Alto a la Tuberculosis, al mismo tiempo que se extiende la cobertura.
- Se necesita una mayor sinergia entre la lucha contra la tuberculosis, el VIH y la malaria y otras iniciativas de prevención de enfermedades transmisibles en los países.
- Fenómenos naturales devastadores como el terremoto de Haití han llevado a retrocesos en el control de la tuberculosis. Se requiere una respuesta integrada y bien coordinada de todos los actores.
- Con el propósito de fortalecer la capacidad de los recursos humanos para combatir la malaria en los países se necesitan recursos suficientes tanto para la OPS como para los programas de los países. La OPS tiene el mandato de colaborar en esa tarea y está posicionada estratégicamente para hacerlo, pero el presupuesto decreciente para los programas técnicos en la OPS/OMS socava la capacidad de la Organización para participar y responder de forma eficaz y eficiente.
- Es necesario fortalecer aun más los sistemas de información sanitaria corriente en los países para facilitar la vigilancia del progreso y los efectos de las medidas de prevención y control. Contar con medios robustos para la vigilancia de la malaria es aun más importante en las zonas donde la eliminación de la malaria se considera factible.
- La amenaza emergente de la resistencia a los medicamentos antimaláricos y a los insecticidas sigue planteando una grave amenaza para las iniciativas mundiales contra la malaria.
- En los tres países que notificaron un aumento de los casos de malaria (Haití, República Dominicana y Venezuela) se requerirá un esfuerzo especial para movilizar recursos, señalar y superar debidamente las brechas existentes y aumentar la capacidad para obtener y mantener los resultados deseados.

2. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

RPR 2.1: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para actividades de prevención, tratamiento, apoyo y atención para el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria, que incluyen métodos innovadores para aumentar la cobertura de las intervenciones entre las personas pobres y las poblaciones vulnerables y de difícil acceso.	**En riesgo**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron cuatro de los siete indicadores.

El reto principal sigue siendo el acceso al tratamiento para la infección por el VIH. Aunque en los países se proporciona tratamiento a las personas con diagnóstico de infección por el VIH, su número varía constantemente, lo cual dificulta la modificación de las directrices para el tratamiento.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
2.1.1	Número de países que han alcanzado las metas nacionales de acceso universal referentes a la infección por el VIH/SIDA	0	5	NO	En el Plan Estratégico modificado se cambió este indicador a fin de abordar la complejidad resultante de la multiplicidad de metas relacionadas con el acceso universal. Se dividió en dos partes: vigilancia del acceso a servicios de prevención y vigilancia del acceso al tratamiento. Se ha puesto de relieve la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH y una cobertura con el tratamiento antirretrovírico de más del 80% de la población que lo necesite.
2.1.2	Número de países que ejecutan componentes de la Estrategia Mundial de Lucha contra el Paludismo, en el contexto de la iniciativa "Hacer retroceder el paludismo" y el Plan Regional para la Malaria en las Américas, 2006-2010, como parte de sus programas nacionales	20	23	SÍ	
2.1.3	Número de países que detectan 70% de los casos estimados de tuberculosis pulmonar, a través de una baciloscopía positiva	13/27	21/27	SÍ	

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
2.1.4	Número de países con una tasa de éxito del tratamiento de 85% en la cohorte de pacientes con tuberculosis	10/27	21/27	NO	La razón por la cual no se alcanzó esta meta fue la rápida extensión del DOTS, que causó una disminución de su calidad.
2.1.5	Número de países que han alcanzado la meta regional para la eliminación de la sífilis congénita	1	10	NO	La mayoría de los países de la región han elaborado planes y estrategias para reducir la sífilis congénita que se están ejecutando en diferente medida. Algunos países no han notificado casos en los últimos años. Se están formulando criterios para la certificación de la eliminación de la sífilis congénita. *Este indicador fue cambiado en el Plan Estratégico modificado: la meta para el 2009 se redujo a siete y la meta para el 2011 es 15.*
2.1.6	Número de países que han alcanzado las metas de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual (diagnosticar, tratar y orientar debidamente en los consultorios de atención primaria al 70% de las personas que padecen esas infecciones)	5	7	SÍ	*Este indicador fue cambiado en el Plan Estratégico modificado.*
2.1.7	Número de países que han elaborado políticas integradas y coordinadas en materia de tuberculosis	0/27	8/27	SÍ	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*

RPR 2.2: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica a fin de formular y ampliar políticas y planes que tengan en cuenta los aspectos de género para la prevención, el apoyo, el tratamiento y la atención de la infección por el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las tres metas.

Los indicadores de este RPR constituyeron un intento de dar seguimiento a la sensibilidad a las cuestiones de género en las políticas y los planes para la tuberculosis, la malaria y el VIH. Resultaron demasiado restrictivos: los de la malaria y la tuberculosis se cancelaron, y los del VIH se reformularon a fin de abordar las políticas y los planes en los que el género es una de las características que se usan en el seguimiento (2.2.3).

En lo que se refiere al VIH, se consideró que los indicadores 2.2.1 y 2.2.3 no eran útiles para dar seguimiento a la sensibilidad a las cuestiones de género de las políticas, las directrices y los servicios porque en realidad eran una amalgama de diferentes indicadores (existencia de políticas y directrices, existencia de servicios de vigilancia y sensibilidad a las cuestiones de género). Se consideró que sería más pertinente abordar la sensibilidad a las cuestiones de género en el contexto de la evaluación general de los programas, las políticas y los planes, y no como un indicador aislado.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
2.2.1	Número de países que tienen políticas y guías sobre el VIH/SIDA que tienen en cuenta el aspecto de género	15	17	SÍ	*Este indicador fue cambiado en el Plan Estratégico modificado.*
2.2.2	Número de países que tienen planes nacionales estratégicos para los trabajadores de la salud, incluidas políticas y prácticas de gestión en materia de incentivos, reglamentación y retención, con respecto a los problemas concretos que plantean el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria	3	7	SÍ	Se alcanzó la meta en relación con la tuberculosis. *Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
2.2.3	Número de países que vigilan el acceso a servicios de salud donde se tienen en cuenta las cuestiones de género referentes al VIH/SIDA	3	10	SÍ	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*

RPR 2.3: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para la formulación y ejecución de políticas y programas a fin de mejorar el acceso equitativo a medicamentos esenciales de buena calidad, medios de diagnóstico y otros productos para la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las siete metas de los indicadores.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
2.3.1	Número de países que implementan normas modificadas o actualizadas para el diagnóstico y el tratamiento de la TUBERCULOSIS	0/27	15/27	SÍ	Aunque se alcanzó el indicador, se han formulado directrices nuevas actualizadas. En consecuencia, *se cambiaron las metas en el Plan Estratégico modificado.*
2.3.2	Número de países que implementan normas modificadas o actualizadas para el diagnóstico y tratamiento de la MALARIA	16/21	18/21	SÍ	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
2.3.3	Número de países con incidencia elevada de MALARIA por *Plasmodium falciparum*, que ofrecen el tratamiento combinado basado en artemisinina	6/13	8/13	SÍ	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
2.3.4	Número de países que reciben apoyo para aumentar el acceso a medicamentos esenciales asequibles para la TUBERCULOSIS	27	29	SÍ	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
2.3.5	Número de países donde la malaria es endémica que reciben apoyo para aumentar el acceso a medicamentos asequibles para la MALARIA	21/21	21/21	SÍ	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
2.3.6	Número de países que participan en el Fondo Estratégico para la Adquisición de Medicamentos Esenciales e Insumos Críticos para el VIH/SIDA	18	19	SÍ	
2.3.7	Número de países donde se realiza un control de calidad garantizado de toda la sangre donada a fin de detectar el VIH	32	35	SÍ	

RPR 2. 4: Se habrán fortalecido y ampliado los sistemas de vigilancia, seguimiento y evaluación en los planos regional y nacional para seguir de cerca el progreso en la consecución de los objetivos y la asignación de recursos para el control del VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis; y para determinar las repercusiones de las medidas de control y la evolución de la farmacorresistencia.	**En riesgo**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron ocho de las nueve metas de los indicadores.

Este RPR se refiere a la vigilancia del VIH, la tuberculosis y la malaria. Los indicadores relacionados con el seguimiento de las asignaciones financieras fueron suprimidos en el Plan Estratégico modificado. El RPR ahora se refiere sólo a la vigilancia, lo cual sigue siendo un reto.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
2.4.1	Número de países que recopilan, analizan y presentan sistemáticamente datos sobre la cobertura, los resultados y las repercusiones de la vigilancia del VIH/SIDA utilizando los métodos estandarizados de la OPS/OMS, incluyendo el desglose por edad y sexo	27	30	SÍ	
2.4.2	Número de países que recopilan, analizan y presentan sistemáticamente datos sobre la cobertura, los resultados y las repercusiones de la vigilancia de la TUBERCULOSIS utilizando los métodos estandarizados de la OPS/OMS, incluyendo el desglose por edad y sexo	28	30	SÍ	
2.4.3	Número de países que recopilan, analizan y presentan sistemáticamente datos sobre la cobertura, los resultados y las repercusiones de la vigilancia de la MALARIA utilizando los métodos estandarizados de la OPS/OMS, incluyendo el desglose por edad y sexo	21/21	21/21	SÍ	

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
2.4.4	Número de países que suministran a la OPS/OMS datos anuales sobre la vigilancia, el seguimiento y las asignaciones financieras para su inclusión en los informes mundiales anuales sobre el control de la TUBERCULOSIS y la consecución de las metas	27	30	SÍ	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
2.4.5	Número de países que suministran a la OPS/OMS datos anuales sobre la vigilancia, el seguimiento y las asignaciones financieras para su inclusión en los informes mundiales anuales sobre el control de la coinfección por el bacilo de la tuberculosis y el VIH y la consecución de las metas	18	25	SÍ	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
2.4.6	Número de países que suministran a la OPS/OMS datos anuales sobre la vigilancia, el seguimiento y las asignaciones de fondos para su inclusión en los informes mundiales anuales sobre el control de la MALARIA y la consecución de las metas	21/21	21/21	SÍ	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
2.4.7	Número de países que comunican datos desglosados por edad y sexo, obtenidos de la vigilancia y el seguimiento de la farmacorresistencia del VIH	0	10	SÍ	Se sobrepasó la meta: 20 países.
2.4.8	Número de países que comunican datos desglosados por edad y sexo, obtenidos de la vigilancia y el seguimiento de la farmacorresistencia de la TUBERCULOSIS	14/27	19/27	SÍ	
2.4.9	Número de países que comunican datos desglosados por edad y sexo, obtenidos de la vigilancia y el seguimiento de la farmacorresistencia de la MALARIA	9/21	13/21	NO	Once países alcanzaron las metas relacionadas con el indicador, uno (Bolivia) terminó el borrador del informe y uno (Venezuela) informó que no se había progresado debido a las limitaciones en los recursos.

<u>RPR 2. 5</u>: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica a fin de *a*) mantener el compromiso político y movilizar recursos mediante la promoción y el fomento de alianzas contra el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis a nivel de país y regional; y *b*) aumentar la participación de las comunidades y las personas afectadas para ampliar al máximo el alcance y el desempeño de los programas de control del VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria.	**En riesgo**

<u>Evaluación del RPR</u>: Se alcanzaron ocho de las nueve metas de los indicadores.

Mantener el financiamiento necesario para combatir la infección por el VIH/SIDA representa un reto. Estos indicadores se redujeron a cuatro en el Plan Estratégico modificado. Los indicadores modificados o suprimidos se señalan a continuación.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
2.5.1	Número de países con alianzas para el control del VIH/SIDA	40	40	SÍ	
2.5.2	Número de países con alianzas para el control de la TUBERCULOSIS	5/27	8/27	SÍ	
2.5.3	Número de países con alianzas para el control de la MALARIA	21/21	21/21	SÍ	*Este indicador fue cambiado en el Plan Estratégico modificado* y ahora es: Número de países con mecanismos funcionales de coordinación para la malaria
2.5.4	Número de países que aplican estrategias a fin de contar con suficientes recursos y capacidad de absorción para la respuesta a la infección por el VIH	12	15	SÍ	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
2.5.5	Número de países que aplican estrategias a fin de contar con suficientes recursos y capacidad de absorción para la respuesta a la TUBERCULOSIS	14/27	17/27	SÍ	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
2.5.6	Número de países que aplican estrategias a fin de contar con suficientes recursos y capacidad de absorción para la respuesta a la MALARIA	13/21	17/21	NO	La tasa de consecución fue del 94%: se alcanzó en 16 de 17 países. *Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
2.5.7	Número de países que hacen participar a las comunidades, la academia, las personas afectadas por la enfermedad, las organizaciones de la sociedad civil y el sector privado en la planificación, el diseño, la ejecución y la evaluación de los programas contra el VIH/SIDA	40	40	SÍ	

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
2.5.8	Número de países que hacen participar a las comunidades, la academia, las personas afectadas por la enfermedad, las organizaciones de la sociedad civil y el sector privado en la planificación, el diseño, la ejecución y la evaluación de los programas contra la TUBERCULOSIS	3/27	12/27	SÍ	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
2.5.9	Número de países que hacen participar a las comunidades, la academia, las personas afectadas por la enfermedad, las organizaciones de la sociedad civil y el sector privado en la planificación, el diseño, la ejecución y la evaluación de los programas contra la MALARIA	13/21	17/21	SÍ	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*

RPR 2.6: Se habrán desarrollado y validado nuevos conocimientos, herramientas de intervención y estrategias que estarán disponibles y accesibles para satisfacer las necesidades prioritarias de prevención y control del VIH, la tuberculosis y la malaria, con una participación creciente de los países de América Latina y el Caribe en esta investigación.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las cinco metas de los indicadores.

Los indicadores referidos a las publicaciones sometidas a arbitraje científico fueron suprimidos en el Plan Estratégico modificado.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
2.6.1	Número de nuevas o mejores intervenciones y estrategias de ejecución relativas a la TUBERCULOSIS, cuya eficacia se ha comprobado y respecto de las cuales se han proporcionado datos basados en evidencias a las instituciones pertinentes para la adopción de decisiones de política	1	2	SÍ	

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
2.6.2	Número de intervenciones nuevas o mejores y estrategias de ejecución relativas a la MALARIA, cuya eficacia se ha comprobado y respecto de las cuales se han proporcionado datos basados en evidencias a las instituciones pertinentes para la adopción de decisiones de políticas	0	1	SÍ	
2.6.3	Número de publicaciones sometidas a revisión por pares emanadas de investigaciones realizadas con apoyo de la OPS/OMS sobre el VIH/SIDA, cuyo autor principal trabaja en una institución de América Latina o el Caribe	0	3	SÍ	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
2.6.4	Número de publicaciones sometidas a revisión por pares emanadas de investigaciones realizadas con apoyo de la OPS/OMS sobre la MALARIA, cuyo autor principal trabaja en una institución de América Latina o el Caribe	0	2	SÍ	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
2.6.5	Número de publicaciones sometidas a revisión por pares emanadas de investigaciones realizadas con apoyo de la OPS/OMS sobre la TUBERCULOSIS, cuyo autor principal trabaja en una institución de América Latina o el Caribe	0	2	SÍ	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*

OE 3: Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos	En riesgo

1. EVALUACIÓN PROGRAMÁTICA

Progreso realizado hacia el logro del objetivo estratégico en el 2013

117. A fin de alcanzar las metas del objetivo estratégico en el 2013, es necesario continuar la labor para aumentar el compromiso financiero y político, así como la ejecución de programas con un enfoque multisectorial e integrado para la prevención de las enfermedades crónicas, la violencia, las discapacidades, los trastornos mentales y las enfermedades bucodentales.

Evaluación del bienio 2008-2009

Logros principales durante el bienio

118. La aprobación por el Consejo Directivo en octubre del 2008 de la resolución CD48.R20, "Prevención de la violencia y los traumatismos y promoción de la seguridad: un llamado a la acción en la Región", fue un hito importante para mejorar el compromiso de los ministerios de salud con la prevención de la violencia y las lesiones. Se organizaron reuniones anuales (2008 y 2009) con todos los puntos focales de ministerios de salud de la región para armonizar los objetivos estratégicos de la OPS con los programas de los países. También se procuró el apoyo de los centros colaboradores de la OPS/OMS. Hay un programa de capacitación virtual sobre la prevención de la violencia y las lesiones a fin de aumentar la capacidad de los puntos focales de los ministerios de salud. Los países que han avanzado en este campo son Brasil, México, Panamá, Paraguay y Uruguay.

119. En la primera Reunión de Ministros de las Américas sobre Prevención de Violencia y Lesiones, convocada por el Secretario de Salud de México y la Organización Panamericana de la Salud en Mérida (México) el 14 de marzo del 2008, se aprobó la Declaración Ministerial sobre Prevención de Violencia y Lesiones en las Américas, subrayando la necesidad de aumentar los esfuerzos para resolver este grave problema de salud pública y del desarrollo.

Retos que afectan al desempeño

- Recursos insuficientes para prevenir y controlar adecuadamente las enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo, incluidas la capacidad y la competencia limitadas en todos los niveles.
- Enfoques multisectoriales e integrados limitados para ampliar la escala de las intervenciones a fin de tratar eficazmente las enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo.

- Capacidad limitada para elaborar o fortalecer políticas, leyes y estrategias basadas en evidencia a fin de abordar las enfermedades crónicas no transmisibles y los factores de riesgo, incluida la información insuficiente sobre los factores de riesgo.
- Necesidad de fortalecer y consolidar los programas nacionales de salud mental, incluidos los recursos financieros y humanos.
- Necesidad de dar mayor prioridad a la salud mental y las discapacidades en los programas de acción sanitaria, incluidas la promoción y la prevención entre los niños y los jóvenes. También debe fortalecerse la investigación en estas áreas.
- La mayoría de la información basada en evidencia actual relacionada con intervenciones eficaces para prevenir la violencia se concentran en los países de ingresos altos. Esto plantea un reto, ya que está por verse si las intervenciones que son eficaces en los países de ingresos altos serán igualmente eficaces en otros países.
- La sostenibilidad del enfoque intersectorial de la seguridad vial sigue siendo un reto.

Evaluación presupuestaria y movilización de recursos

Programa y Presupuesto aprobado (PP 2008-2009)	Fondos disponibles para el bienio	Fondos disponibles para el bienio como porcentaje del PP 2008-2009	Gasto	Tasa de ejecución (gasto/fondos disponibles)
28.000.000	21.011.216	75%	18.810.239	90%

120. Había una brecha de financiamiento de US$ 7 millones entre el presupuesto aprobado y los recursos asignados. Aunque la tasa de ejecución de 90% es satisfactoria, el esfuerzo importante de capacitar y asignar personal a programas de país debería dar lugar a un nivel de ejecución más alto. Se prevé que el presupuesto para los próximos bienios aumentará levemente, aunque aun así no llegará a la altura de la carga que estas enfermedades representan en los servicios de salud. Los asociados principales para alcanzar este objetivo estratégico son Bloomberg, el Gobierno de España, Public Health Canada (PHCA), los CDC de Estados Unidos y la Fundación Mundial para la Diabetes.

Lecciones aprendidas

- Los cambios de gobierno y la rotación del personal técnico afectó al desempeño. Para afrontar este desafío, es necesario designar puntos focales fijos en los ministerios de salud a fin de procurar la sostenibilidad de los compromisos y las intervenciones.
- Muchos países están usando la Estrategia Regional para las Enfermedades Crónicas como base para elaborar su plan nacional. Es necesario formular directrices para la gestión de programas a fin de seguir avanzando a partir de este proceso.
- Es importante integrar las enfermedades y afecciones crónicas en los servicios de atención primaria de salud y promover un enfoque integrado y multisectorial para enfrentar sus factores de riesgo y los factores sociales determinantes de la salud.
- Se está asignando mayor prioridad a las enfermedades crónicas no transmisibles a nivel de país. La mayoría de las unidades coordinadoras nuevas y los puntos focales necesitan capacitación e instrumentos para desempeñar sus funciones. La prevención de las discapacidades debe ser una parte integrante de los programas de prevención.

- Los países han establecido programas de salud mental; sin embargo, la ejecución es ineficaz y baja, especialmente en lo que se refiere a la elaboración de un modelo comunitario de salud mental. Es necesario fortalecer también la capacidad normativa y de gestión en el campo de la salud mental en los ministerios de salud.
- Los países carecen de capacidad adecuada para recopilar, analizar y usar información sobre la salud mental. Es necesario establecer indicadores para el seguimiento de la ejecución de las resoluciones relativas a la discapacidad y la rehabilitación.
- Hasta hace poco, las actividades en el área de la violencia se centraban en la mitigación de sus efectos con medidas tales como la mejora de los servicios para las víctimas. Aunque este trabajo debe seguir, es necesario reforzar tanto la información basada en evidencia como la capacidad del sector de la salud y otros sectores para poner de relieve la prevención primaria de la violencia.
- Se debe prestar atención a las intervenciones para prevenir la violencia entre los jóvenes.
- Se debe prestar más atención al fortalecimiento de la capacidad de los principales interesados directos para vigilar adecuadamente y evaluar los programas relacionados con la violencia.
- La violencia está intrínsecamente relacionada con otras áreas sanitarias, como el alcohol, la infección por el VIH/SIDA y la mortalidad materna. Es necesario intensificar la acción para promover políticas y programas que reconozcan estos nexos y abordarlos de una manera integrada.

2. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

RPR 3.1: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica a fin de aumentar el compromiso político, financiero y técnico para hacer frente a las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos por falta de seguridad vial y las discapacidades.	**En riesgo**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las seis metas de los indicadores.

Ha aumentado significativamente el compromiso político y económico para abordar las epidemias de enfermedades crónicas a nivel nacional, subregional y regional, aunque todavía se necesita un compromiso mayor que concuerde con la carga. Es necesario intensificar la acción en las áreas de salud mental, las lesiones, la violencia y las discapacidades.

Aunque se alcanzaron todas las metas de los indicadores del RPR, no se alcanzó el RPR en su totalidad. Es necesario aumentar el compromiso político y económico de garantizar el logro del RPR en los bienios futuros. Los indicadores fueron cambiados en el Plan Estratégico modificado a fin de medir adecuadamente el alcance completo del RPR.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
3.1.1	Número de países cuyo ministerio de salud (o equivalente) cuenta con un coordinador o una unidad para la seguridad vial y la prevención de la violencia con presupuesto propio	9	14	SÍ	*Este indicador fue cambiado en el Plan Estratégico modificado.*

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
3.1.2	Número de países cuyo ministerio de salud (o equivalente) cuenta con una unidad de salud mental y abuso de sustancias psicoactivas con presupuesto propio	24	28	SÍ	*Este indicador fue cambiado en el Plan Estratégico modificado.*
3.1.3	Número de países cuyo ministerio de salud (o equivalente) cuenta con una unidad o un departamento de enfermedades crónicas no transmisibles con presupuesto propio	21	26	SÍ	*Este indicador fue cambiado en el Plan Estratégico modificado.*
3.1.4	Número de países donde se ha realizado una campaña integrada de promoción de la salud y lucha contra las enfermedades crónicas	3	10	SÍ	*Este indicador fue cambiado en el Plan Estratégico modificado.*
3.1.5	Número de países cuyo ministerio de salud (o equivalente) cuenta con un coordinador o una unidad para la prevención y rehabilitación de discapacidades	10	13	SÍ	*Este indicador fue cambiado en el Plan Estratégico modificado.*
3.1.6	Foros de socios para la prevención y el control de las enfermedades crónicas establecidos, con participación del sector público, el privado y la sociedad civil	0	1	SÍ	*Este indicador fue cambiado en el Plan Estratégico modificado.*

RPR 3.2: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para la elaboración y ejecución de políticas, estrategias y reglamentos referentes a las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, la seguridad vial, las discapacidades y las enfermedades bucodentales.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las siete metas de los indicadores (es necesario comprobar el logro del indicador 3.2.4) y una de las metas se sobrepasó.

Se están formulando y llevando a la práctica con rapidez políticas, estrategias y reglamentos con respecto a las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, la seguridad vial, las discapacidades y las enfermedades bucodentales, y se están fortaleciendo los sistemas de vigilancia de las políticas y las leyes.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
3.2.1	Número de países que están ejecutando planes nacionales de prevención de la violencia y los traumatismos ocasionados por tránsito en las vías públicas	15	17	SÍ	La resolución CD48/20 ("Prevención de la violencia y los traumatismos y promoción de la seguridad: un llamado a la acción en la Región") fue un hito importante para fortalecer el compromiso de los ministerios de salud con el trabajo de prevención de la violencia y las lesiones y contribuir a los planes nacionales.
3.2.2	Número de países que están ejecutando planes nacionales en materia de discapacidad que incluyen la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de acuerdo con las guías de la OPS/OMS y las resoluciones del Consejo Directivo	5	8	SÍ	*Este indicador fue modificado en el Plan Estratégico nuevo aprobado en septiembre del 2009.*
3.2.3	Número de países que están ejecutando un plan nacional de salud mental de acuerdo con las guías de la OPS/OMS y las resoluciones del Consejo Directivo	26	29	SÍ	
3.2.4	Número de países que están ejecutando una política y un plan a nivel nacional para la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles	15	32	SÍ	Treinta y tres países superaron la meta. *Este indicador fue cambiado en el Plan Estratégico modificado.*
3.2.5	Número de países que participan en la red CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No Transmisibles) en las Américas	22	27	SÍ	Se superó la meta: ahora hay 29 países que son miembros de la red CARMEN. *Este indicador fue cambiado en el Plan Estratégico modificado.*
3.2.6	Número de países que están ejecutando planes nacionales integrales para la prevención de la ceguera y las deficiencias visuales	7	11	SÍ	El plan regional fue aprobado por el 49.º Consejo Directivo en el 2009.
3.2.7	Número de países que están ejecutando planes nacionales integrales para la prevención de enfermedades bucodentales	27	29	SÍ	*Este indicador fue cambiado en el Plan Estratégico modificado.*

RPR 3.3: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para recopilar, analizar, difundir y utilizar datos sobre la magnitud, las causas y las consecuencias de las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos ocasionados por tránsito en las vías públicas y las discapacidades.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron cuatro de las cinco metas de los indicadores y una no fue evaluada.

No se prevé ningún riesgo que comprometa la consecución de las metas futuras.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
3.3.1	Número de países que han publicado una compilación nacional de datos sobre la mortalidad y morbilidad debidas a la violencia y a los traumatismos ocasionados por tránsito en las vías públicas	12	16	SÍ	Se terminaron de preparar el informe mundial y el informe regional sobre la situación de la seguridad vial con los aportes de 32 países de la región.
3.3.2	Número de países con sistemas de información que han publicado informes oficiales sobre la incidencia, prevalencia y otros indicadores de discapacidades, de acuerdo con los criterios de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud	8	10	SÍ	
3.3.3	Número de países con sistemas nacionales de información e informes anuales que abarcan los trastornos mentales, neurológicos y de abuso de sustancias	20	24	SÍ	
3.3.4	Número de países que cuentan con un sistema nacional de presentación de informes sanitarios e informes anuales que incluyen indicadores de las enfermedades crónicas no transmisibles, así como sus factores de riesgo	15	28	SÍ	
3.3.5	Número de países que documentan la carga de deficiencias visuales y auditivas, incluida la ceguera	8	10	N/A	*Este indicador no se evaluó porque se suprimió al comienzo del bienio.*

RPR 3.4: La Oficina habrá compilado mejores datos objetivos sobre costo-eficacia de las intervenciones para atender las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos ocasionados por tránsito en las vías públicas, las discapacidades y la salud bucodental.	**En riesgo**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las tres metas de los indicadores.

Se han hecho avances satisfactorios en los indicadores costo-eficaces para la salud mental, la rehabilitación y la salud bucodental.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
3.4.1	Número de intervenciones costo-eficaces para el tratamiento de ciertos trastornos mentales y neurológicos (depresión, psicosis y epilepsia) preparadas y disponibles	1	2	SÍ	
3.4.2	Número de países donde se han realizado y difundido análisis de los costos relacionados con la violencia y la seguridad vial	8	10	SÍ	
3.4.3	Número de intervenciones de salud bucodental costo-eficaces con un cálculo del costo regional de su ejecución	4	6	SÍ	

RPR 3.5: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para la elaboración y ejecución de programas multisectoriales, que abarquen a toda la población a fin de promover la salud mental y la seguridad vial y prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia y los traumatismos, así como las deficiencias auditivas y visuales, incluida la ceguera.	**En riesgo**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las cuatro metas de los indicadores.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
3.5.1	Número de países que aplican las estrategias recomendadas por la OPS/OMS para la prevención de las discapacidades, incluidas las deficiencias auditivas y visuales, y la ceguera, en toda la población	6	8	SÍ	
3.5.2	Número de países que ejecutan programas multisectoriales que abarcan a toda la población a fin de prevenir la violencia y los traumatismos, y promover la seguridad vial	13	15	SÍ	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
3.5.3	Número de países que llevan a cabo un plan nacional de salud mental que integra la promoción de la salud mental y la prevención de trastornos del comportamiento y del abuso de sustancias psicotrópicas	0	5	SÍ	
3.5.4	Número de países que aplican la estrategia regional para un enfoque integrado a la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo dieta y actividad física	2	10	SÍ	

RPR 3.6: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica a fin de mejorar sus sistemas sanitarios y sociales en lo que se refiere a la prevención y el tratamiento integrados de las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos ocasionados por tránsito en las vías públicas y las discapacidades.	**En riesgo**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron cuatro de las cinco metas de los indicadores, entre ellas una que se sobrepasó.

Se lograron los indicadores relacionados con la salud mental, la discapacidad y la rehabilitación y se avanzó en los demás indicadores, aunque hay algunos problemas o retrasos en algunos países o en relación con algunos de los hitos y las metas previstos inicialmente.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
3.6.1	Número de países que aplican las guías de la OMS relativas a la Prevención de la Violencia y los Traumatismos en sus servicios de atención de salud	12	15	NO	Aunque se han difundido ampliamente las guías de la OMS a nivel regional, resulta poco claro qué países las han aplicado.
3.6.2	Número de países que siguen las recomendaciones del Informe Mundial sobre Discapacidad y Rehabilitación y las resoluciones conexas de la OPS/OMS, y que han formulado y aplicado guías, protocolos y normas nacionales para la prevención de las discapacidades y la atención de las personas con discapacidades	5	9	SÍ	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
3.6.3	Número de países que realizan una evaluación sistemática de su sistema de salud mental utilizando el Instrumento de Evaluación para los Servicios de Salud Mental (IESM) de la OMS	8	12	SÍ	Se sobrepasó (el número de países llega a 15). *Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
3.6.4	Número de países que aplican las estrategias integradas de atención primaria de salud recomendadas por la OMS para el tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles	10	17	SÍ	
3.6.5	Número de países con servicios fortalecidos en el sistema de salud para el tratamiento de la dependencia del tabaco como resultado de la aplicación de las recomendaciones de políticas de la OMS	6	12	SÍ	*Este indicador fue enmendado en el Plan Estratégico modificado.*

OE 4: Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el período neonatal, la infancia y la adolescencia, mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas	**En curso**

1. EVALUACIÓN PROGRAMÁTICA

Progreso realizado hacia el logro del objetivo estratégico en el 2013

121. El programa está bien encaminado para lograr los RPR del Objetivo Estratégico 4 en el 2013. Los países deben dar prioridad a este objetivo estratégico en el próximo bienio. Se hará hincapié especialmente en los "países de gran impacto"[5] para alcanzar las metas y los indicadores del Objetivo Estratégico 4 en el 2013.

Evaluación del bienio 2008-2009

122. Durante este bienio comenzaron a difundirse las intervenciones neonatales basadas en evidencia con el enfoque del proceso continuo de atención en los países prioritarios y de gran impacto con respecto al ODM 4. Entre los instrumentos proporcionados a los países para recopilar datos subnacionales se encuentra el perfil de la salud infantil y neonatal con miras a cumplir el ODM 4.

123. En cuatro de los cinco países prioritarios (Bolivia, Guyana, Honduras, Nicaragua) se está ampliando la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), vinculándola con otros sectores del país. Otros países también están extendiendo la AIEPI a los grupos vulnerables.

124. Se aprobaron los planes regionales para mejorar la salud de los adolescentes y los adultos jóvenes y promover el envejecimiento sano. Se estableció la Alianza Panamericana por la Nutrición, la Salud y el Desarrollo, con la participación de organismos del sistema de las Naciones Unidas.

[5] Los "países de gran impacto" son los 10 países con las tasas de mortalidad maternoinfantil más elevadas de la región. Incluyen los cinco países clave.

Evaluación presupuestaria y movilización de recursos

Programa y Presupuesto aprobado (PP 2008-2009)	Fondos disponibles para el bienio	Fondos disponibles para el bienio como porcentaje del PP 2008-2009	Gasto	Tasa de ejecución (gasto/fondos disponibles)
37.190.000	24.742.913	67%	21.134.170	85%

- De los fondos disponibles para el bienio, US$ 13 millones (54%) provinieron de otras fuentes.
- El objetivo estratégico era muy deficitario, con solo 67% de su presupuesto aprobado para el bienio a pesar de tener máxima prioridad en el Plan Estratégico. Sin embargo, la tasa de ejecución de los fondos disponibles fue inferior a la media comparada con otros objetivos estratégicos.
- Durante el bienio 2008-2009, para el Objetivo Estratégico 4 se recibió un fuerte apoyo de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI) y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID). Se espera que estas contribuciones continúen en el próximo bienio.

Lecciones aprendidas

125. Las lecciones aprendidas durante este bienio de la labor para alcanzar los RPR y los indicadores correspondientes a este objetivo estratégico también se aplican a los Objetivos Estratégicos 2 y 9 (que tienen el mismo coordinador).

- El nivel de financiamiento para el objetivo estratégico no ha concordado con la prioridad asignada en el Plan Estratégico.
- La integración de diferentes programas y entidades usando un enfoque integral durante el curso de la vida a fin de lograr los resultados del Plan Estratégico será un reto sustancial para el próximo bienio.

126. Los ODM 4 y 5 requerirán la asignación de prioridades a nivel de país con el fortalecimiento de los servicios de salud y la atención primaria.

- El desarrollo del niño en la primera infancia debe estar incluido en un plan de acción para la salud del niño.
- La prevención de la desnutrición aguda y crónica debe ser una prioridad máxima para todos los asociados y ministerios de salud. Asimismo, se debe prestar más atención a las necesidades de salud de los adultos mayores.
- Habida cuenta de la prioridad asignada a este objetivo estratégico, se necesitarán esfuerzos importantes para movilizar el nivel necesario de recursos y aumentar la tasa de ejecución.

2. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

RPR 4.1: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para formular políticas, planes y estrategias integrales que promuevan el acceso universal a la continuidad de la atención durante todo el curso de la vida; integrar la prestación de servicios; y fortalecer la coordinación con la sociedad civil y el sector privado, así como las alianzas con organismos de las Naciones Unidas y otros (por ejemplo, organizaciones no gubernamentales).	**En curso**

Evaluación del RPR: Se lograron las metas de los tres indicadores.

El progreso a fines del bienio indica que el RPR está encaminado para alcanzar sus metas en el 2013.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
4.1.1	Número de países que tienen programas nacionales integrados de salud de la madre, del recién nacido y del niño	2	6	SÍ	*Este indicador fue cambiado en el Plan Estratégico modificado.*
4.1.2	Número de países que cuentan con una política de acceso universal a la salud sexual y reproductiva	7	11	SÍ	
4.1.3	Número de países que tienen una política sobre la promoción del envejecimiento activo y saludable	11	15	SÍ	

RPR 4.2: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica a fin de fortalecer la capacidad nacional y local para generar nuevas evidencias e intervenciones; y para mejorar los sistemas de vigilancia e información sobre la salud sexual y reproductiva, la salud de la madre, del recién nacido, del niño, del adolescente y del adulto mayor.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las tres metas de los indicadores.

El RPR está encaminado para alcanzar sus metas en el 2013.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
4.2.1	Número de países que establecen sistemas de información y de vigilancia para el seguimiento de la salud sexual y reproductiva, salud de la madre, del recién nacido y del adolescente, con información desglosada por edad, sexo y grupo étnico	11	15	SÍ	

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
4.2.2	Número de revisiones sistemáticas de prácticas óptimas, investigación operativa y normas de atención realizadas por la Oficina	0	5	SÍ	
4.2.3	Número de centros de excelencia responsables de generar investigación operativa, prestación de servicios y cursos de capacitación, para fortalecer la capacidad nacional	12	15	SÍ	

RPR 4.3: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para reforzar las medidas encaminadas a asegurar la atención diestra a todas las embarazadas y todos los recién nacidos durante el parto, el puerperio y el período posnatal. **En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las dos metas de los indicadores.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
4.3.1	Número de países que han aplicado las estrategias nacionales para asegurar la atención diestra en el parto, lo que abarca la atención prenatal, posnatal y del recién nacido	10	12	SÍ	
4.3.2	Número de países que adaptan y aplican las normas y guías técnicas y de atención para el manejo integral del embarazo y el parto de la OPS/OMS	5	9	SÍ	

RPR 4.4: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para mejorar la salud neonatal. **En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las dos metas de los indicadores.

Durante este bienio comenzaron a difundirse las intervenciones neonatales basadas en evidencia con el enfoque del proceso continuo de atención en los países prioritarios y de gran impacto con respecto al ODM 4. Entre los instrumentos proporcionados a los países para recopilar datos subnacionales se encuentra el perfil de la salud infantil y neonatal con miras a cumplir el ODM 4. A pesar de la epidemia de H1N1, que cambió el punto central de la acción del personal de los ministerios de salud durante varios meses en el 2009, el progreso para lograr los objetivos en el 2013 es satisfactorio. Los resultados indican que se está progresando hacia la consecución de las metas en el 2013.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
4.4.1	Número de países con estrategias de atención neonatal que utilizan el enfoque de la continuidad de la atención, incluido el componente neonatal de la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI)	4	8	SÍ	
4.4.2	Número de guías e instrumentos elaborados y difundidos para mejorar la atención y la supervivencia del recién nacido	4	6	SÍ	

RPR 4.5: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para mejorar la salud y el desarrollo del niño, teniendo en cuenta los convenios internacionales.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las dos metas de los indicadores.

Se han realizado avances considerables para lograr los indicadores en los países destinatarios para el 2013. Se ha progresado notablemente en cuatro de los cinco países prioritarios (Bolivia, Guyana, Honduras y Nicaragua), donde se está ampliando considerablemente la estrategia de AIEPI, vinculándola con otros sectores del país. Colombia, Paraguay, Perú y Ecuador están extendiéndola a las zonas más vulnerables, combinando las actividades de la AIEPI con la acción en las áreas de las poblaciones autóctonas, la tuberculosis, la enfermedad de Chagas, la nutrición y el género. En Paraguay se integrarán los componentes de la AIEPI y la sífilis congénita en el 2010. En Nicaragua, Ecuador, Guyana y la República Dominicana se está vinculando la AIEPI con componentes pediátricos del VIH. En el contexto de la renovación de la atención primaria de salud, particularmente en el Paraguay, el componente comunitario de la estrategia de AIEPI se vincula con la estrategia nacional de las unidades de atención primaria de salud, que usan la AIEPI como marco para su ampliación. En Perú, Colombia y Ecuador, el gobierno está asignando más recursos financieros y humanos para la salud del niño usando fondos nacionales como consecuencia del éxito y las lecciones aprendidas con la estrategia de AIEPI. Se ha capacitado a facilitadores clínicos y comunitarios para aumentar la capacidad local y mantener la acción. Se está usando un enfoque sur-sur para compartir experiencias y recursos entre países, particularmente entre las escuelas de enfermería de Bolivia y Paraguay. Panamá, Guatemala, El Salvador y Belice (países objetivos para el 2013) siguen ampliando la AIEPI con cooperación técnica y recursos. Se crearon instrumentos (*Guía de Planificación Operacional*, *Guía de Población Indígena en el contexto de AIEPI Comunitario* y *Guía de Capacitación para los Agentes Comunitarios de Salud*) para apoyar la ampliación en los países con A (H1N1). Continuaron las pruebas en el terreno de técnicas de capacitación a distancia sobre la AIEPI (SMS e ICATT) en la Región y continuó el trabajo con la Iglesia Adventista del Séptimo Día. Durante el bienio, el financiamiento para este RPR y el ODM 4 fue limitado. Las perspectivas futuras son esperanzadoras.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
4.5.1	Número de países que han extendido la cobertura geográfica de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) a más del 75% de las entidades subnacionales objetivo en sus servicios de salud	8	10	SÍ	
4.5.2	Número de países que aplican el enfoque de Prácticas Familiares Claves de la OMS/OPS a nivel comunitario para fortalecer la atención primaria de salud	9	10	SÍ	

RPR 4.6: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para la aplicación de políticas y estrategias de salud y desarrollo del adolescente. **En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las dos metas de los indicadores.

Los resultados son prometedores para la consecución de las metas del 2013. Es necesario mantener los logros y la atención en los países objetivos en el próximo bienio. Se espera que con el nuevo Plan Regional para la Salud de los Adolescentes se puedan fortalecer los planes nacionales y mejorar la gestión clínica de los servicios de salud.

El apoyo de la Iniciativa de Sida de Noruega, que financió el plan regional de acción, contribuyó al logro de los indicadores.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
4.6.1	Número de países con programas nacionales de salud y desarrollo de los adolescentes	10	12	SÍ	
4.6.2	Número de países que aplican un conjunto integral de servicios de salud de los adolescentes y desarrollo de los jóvenes (manejo integrado del adolescente y sus necesidades [IMAN])	3	10	SÍ	

RPR 4.7: Estados Miembros apoyados mediante cooperación técnica para aplicar la Estrategia Mundial de Salud Reproductiva, haciendo hincapié en garantizar el acceso equitativo a servicios de salud reproductiva.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las dos metas de los indicadores.

Los resultados indican que se está avanzando hacia la consecución de las metas en el 2013.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
4.7.1	Número de países que han examinado las políticas nacionales relacionadas con la salud reproductiva	7	10	SÍ	Se sobreapasó la meta: 13 países.
4.7.2	Número de países que han adoptado la Estrategia Mundial de Salud Reproductiva de la OMS	5	8	SÍ	

RPR 4.8: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica a fin de intensificar la labor de promoción para que el envejecimiento se considere como un asunto de salud pública y mantener la máxima capacidad funcional durante todo el curso de la vida.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las dos metas de los indicadores.

Se prevé alcanzar las metas de los indicadores en el 2013. La aprobación de la Estrategia y el Plan de Acción para el Envejecimiento Sano debe convertirse en un incentivo importante para los países. En la versión modificada del Plan Estratégico se fusionaron los indicadores a fin de armonizar el proceso de vigilancia con el de la OMS.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
4.8.1	Número de países que han ejecutado políticas comunitarias centradas en el fortalecimiento de la capacidad de la atención primaria de salud para abordar cuestiones relacionadas con el envejecimiento saludable	5	7	SÍ	*Este indicador fue cambiado en el Plan Estratégico modificado.*
4.8.2	Número de países que tienen programas multisectoriales para fortalecer la capacidad de la atención primaria de salud para abordar cuestiones relacionadas con el envejecimiento saludable	9	10	SÍ	*Este indicador fue cambiado en el Plan Estratégico modificado.*

OE 5: Reducir las consecuencias para la salud de las emergencias, desastres, crisis y conflictos, y reducir al mínimo sus repercusiones sociales y económicas	En curso

1. EVALUACIÓN PROGRAMÁTICA

Progreso realizado hacia el logro del objetivo estratégico en el 2013

127. Todos los RPR correspondientes a este objetivo estratégico están encaminados hacia su logro en el 2013. Esta situación refleja no solo el compromiso asumido con el proceso de planificación, sino también la capacidad de la Organización para ayudar a los países a mejorar los preparativos. Se alcanzaron todas las metas de los indicadores para el bienio 2008-2009, y a este ritmo también se alcanzarán las metas del 2013. Un reto importante para este objetivo estratégico es que los Estados Miembros modifican continuamente sus prioridades, rotan o renuevan el personal, se enfrentan con nuevas prioridades o pasan por reorganizaciones importantes en los ministerios de salud y otras instituciones conexas.

128. El Objetivo Estratégico 5 fue planificado meticulosamente sobre la base de los datos obtenidos de la encuesta del informe sobre los preparativos para casos de desastre y el progreso realizado con la respuesta, que se llevó a cabo con apoyo del Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre en el 2006-2007. Además, en la última revisión aprobada del Plan Estratégico de la OPS se hicieron algunas modificaciones pequeñas en algunos indicadores y se suprimieron otros que no eran pertinentes para la Región. Cabe señalar, sin embargo, que los desastres de gran magnitud, como el terremoto de Haití del 12 de enero del 2010 y el terremoto de Chile del 27 de febrero del 2010, podrían retrasar la consecución de ciertas metas en determinados países. En algunos casos, como se asigna personal de la Organización y expertos de la Región para responder a estas emergencias graves, pueden producirse retrasos en las metas establecidas a nivel regional.

Evaluación del bienio 2008-2009

Logros principales durante el bienio

129. El logro principal fue la respuesta coordinada a la gripe pandémica por A (H1N1). Eso fue posible gracias al trabajo realizado por las representaciones, las diferentes áreas administrativas de la Organización, el Programa de Desarrollo de Sistemas de Atención de la Salud, el Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre y cientos de empleados que trabajaron horas extras y a veces se expusieron a riesgos desconocidos. Durante el bienio también se avanzó, con respecto a este objetivo estratégico, en el establecimiento del índice de seguridad hospitalaria como una herramienta de medición, en la puesta en práctica del grupo de acción sanitaria en los casos en que era necesario y en las alianzas con asociados nuevos para reducir los desastres, incluido el liderazgo del grupo interinstitucional

de organismos de las Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales que formuló una iniciativa modelo sobre buenas donaciones (véase www.saberdonar.org).

Retos que afectan al desempeño

130. La dificultad principal durante este bienio fue la respuesta a la pandemia de H1N1, la primera pandemia según la definición del Reglamento Sanitario Internacional. La respuesta se complicó aun más por el hecho de que la pandemia empezó en esta Región, y durante las primeras semanas no se conocían las consecuencias y la gravedad. Con la participación de toda la Organización y la cooperación entre los países de la Región fue posible responder y continuar ejecutando el Plan Estratégico.

Evaluación presupuestaria y movilización de recursos

Programa y Presupuesto aprobado (PP 2008-2009)	Fondos disponibles para el bienio	Fondos disponibles para el bienio como porcentaje del PP 2008-2009	Gasto	Tasa de ejecución (gasto/fondos disponibles)
35.000.000	49.264.502	141%	44.403.494	90%

- El nivel de ejecución es alto (90%), especialmente si se tiene en cuenta la gran cantidad de fondos disponibles y la cantidad limitada de personal de tiempo completo o sufragado con cargo al presupuesto ordinario asignado a los preparativos y la respuesta para casos de desastre.
- La movilización de recursos ha sido sumamente exitosa. Para el Objetivo Estratégico 5 se logró movilizar la mayor cantidad de recursos como porcentaje del presupuesto aprobado (141%) y la segunda cantidad en lo que se refiere al monto (US$ 41 millones de otras fuentes). Este éxito se debe a la gran participación de la comunidad internacional en las operaciones de respuesta y, en este bienio, a la respuesta a la pandemia. El interés de los asociados en las operaciones de respuesta, más que en los preparativos y la mitigación, es motivo de preocupación. Los fondos destinados a la respuesta no pueden usarse para actividades básicas y personal.
- Los principales asociados y donantes en los preparativos y la respuesta para casos de desastre y respuesta son actualmente la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI), la Oficina de Asistencia Exterior de Estados Unidos para Desastres (OFDA), la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), el Departamento de Ayuda Europea de la Comisión Europea (ECHO), el Departamento de Estado de Estados Unidos, la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (ASDI), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial.

Lecciones aprendidas

- La Organización puede responder a situaciones de emergencia en gran escala solo si todos sus componentes, entre ellos las entidades técnicas, estratégicas y administrativas, participan en las operaciones.
- Para mantener una respuesta eficaz y rápida se necesitará una participación creciente de toda la Organización, la revisión de los mecanismos regionales de respuesta y más apoyo

financiero para los preparativos para situaciones de emergencia.

- Los proyectos de recuperación tienden a durar más de seis meses, de modo que es difícil conseguir expertos y coordinadores de grupos de acción que estén disponibles. Las representaciones también tienen que recibir capacitación adicional sobre las responsabilidades y los procedimientos de los grupos de acción.
- Aunque se han realizado proyectos de reconstrucción posteriores a los desastres (como centros de salud, hospitales y sistemas de abastecimiento de agua), la OSP no cuenta con mecanismos institucionales y administrativos para facilitar su ejecución. La Organización tiene que determinar su grado de participación en la reconstrucción posterior a los desastres.
- Durante los últimos años se ha observado una mayor participación de la comunidad internacional y los asociados financieros en las operaciones de respuesta, en detrimento de los preparativos y las actividades de mitigación. Eso es motivo de preocupación, ya que los efectos de los desastres pueden mitigarse solo invirtiendo en los preparativos.
- Las comunicaciones y las alianzas eficaces con una amplia gama de actores son fundamentales para reducir los riesgos de desastres y mejorar los preparativos.

2. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

RPR 5.1: Estados Miembros y los asociados apoyados a través de la cooperación técnica para la elaboración y el fortalecimiento de planes y programas de preparativos para situaciones de emergencia a todos los niveles.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron y se superaron las cuatro metas de los indicadores.

Aunque la Región se enfrentó con el comienzo de una pandemia de gravedad desconocida y, en consecuencia, la mayoría de los recursos humanos de la OPS y los ministerios de salud fueron asignados a la respuesta a esta emergencia, los preparativos y la mitigación en la Región continúan aumentando gracias a la movilización rápida de financiamiento y a la contratación de personal adicional. Se lograron todos los indicadores durante el bienio 2008-2009 y, a este ritmo, también se lograrán los indicadores de los RPR del 2013. No obstante, a fin de alcanzar las metas programadas, hay que mejorar la calidad de los logros y comenzar a trabajar con más países (que tengan dificultades aun mayores) en los próximos dos bienios.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
5.1.1	Número de países que han elaborado y evaluado planes de preparación para casos de desastre para el sector salud	23	30	SÍ	Se superó en31 países
5.1.2	Número de países que han implantado planes integrales de atención de víctimas en gran escala	14	16	SÍ	Se superó en: 21 países
5.1.3	Número de países que elaboran y aplican programas para reducir la vulnerabilidad de las infraestructuras de salud, agua y saneamiento	9	20	SÍ	Se superó en: 21 países
5.1.4	Número de países que notifican tener un programa de salud contra los desastres dotado con personal a tiempo completo y presupuesto propio	10	11	SÍ	Se superó en: 13 países

RPR 5.2: Apoyo oportuno y apropiado brindado a los Estados Miembros para asegurar una inmediata asistencia a las poblaciones afectadas por una crisis. **En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las cuatro metas de los indicadores.

En este bienio, la Organización tuvo que responder no solo a desastres comunes, como huracanes e inundaciones, sino también a epidemias que llevaron a declarar una situación de emergencia nacional, como la fiebre amarilla en Paraguay y el dengue en diversos países de Centroamérica. Además, en la Región se produjo la primera pandemia según la definición del nuevo Reglamento Sanitario Internacional. Eso desencadenó, por primera vez, una respuesta que no solo fue multisectorial, sino que abarcó todos los países e instituciones de salud de la Región y del mundo. La colaboración tuvo lugar en todos los niveles de la Organización, no solo en las unidades técnicas, sino también en las áreas administrativas y estratégicas. La Organización respondió a todas las necesidades de salud de los Estados Miembros, según se indica en la evaluación externa reciente. Se lograron todos los indicadores durante el bienio 2008-2009. Este no es un RPR tradicional, ya que la consecución de las metas del indicador se refiere a actividades continuas, como el apoyo durante desastres y crisis actuales y futuros.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
5.2.1	Proporción de emergencias para las cuales se han llevado a cabo evaluaciones de salud y nutricionales	40%	65%	SÍ	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
5.2.2	Número de programas regionales de capacitación sobre la respuesta frente a emergencias	4	6	SÍ	
5.2.3	Proporción de las emergencias para las cuales se han implantado intervenciones relacionadas con la salud de la madre, del recién nacido y del niño	50%	75%	SÍ	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
5.2.4	Proporción de las emergencias en que la respuesta específica se inicia en las 24 horas que siguen a la solicitud	100%	100%	SÍ	

RPR 5.3: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para reducir los riesgos del sector salud en los desastres y lograr la recuperación más rápida de las poblaciones afectadas. **En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las tres metas de los indicadores.

En ningún otro bienio la OPS participó tanto en la reconstrucción con un enfoque que va más allá del área de trabajo de urgencia. Se movilizaron fondos para la recuperación del sector de la salud después de todos los sucesos pertinentes, como el terremoto de Perú y los huracanes de la República Dominicana y de Cuba. Se incorporaron medidas para reducir los riesgos de desastres en la construcción o la reparación de establecimientos de salud. Se lograron todos los indicadores durante el bienio 2008-2009. Todos los proyectos se llevaron a cabo satisfactoriamente pero con un costo institucional elevado, ya todavía no se han terminado de establecer los mecanismos administrativos y de otros tipos.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
5.3.1	Proporción de evaluaciones de necesidades realizadas con posterioridad a un conflicto o a un desastre que tienen un componente sanitario que incluye aspectos de género.	100%	100%	SÍ	
5.3.2	Proporción de planes de acción humanitaria para emergencia complejas y de procesos de formulación de llamamientos unificados en los que se incluyen componentes sanitarios estratégicos y operacionales	100%	100%	SÍ	
5.3.3	Proporción de países en situaciones de transición o recuperación que se benefician de evaluaciones de las necesidades y cooperación técnica en las esferas de la salud de la madre y el recién nacido, la salud mental y la nutrición	100%	100%	SÍ	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*

RPR 5.4: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica coordinada para fortalecer los preparativos, la recuperación y la reducción de riesgos en áreas como las enfermedades transmisibles, la salud mental, los servicios de salud, la inocuidad de los alimentos y la radiación nuclear.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las tres metas de los indicadores.

Durante este bienio se intensificaron las actividades interprogramáticas relacionadas con los preparativos y la reducción de riesgos con áreas tales como el Área de Vigilancia Sanitaria y Atención de las Enfermedades, el Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, el Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre, la División de Sistemas y Servicios de Salud y la Oficina de Género, Etnicidad y Salud. Se elaboró un plan de acción específico entre todas estas unidades y se señalaron actividades para el resto del Plan Estratégico; por ejemplo, organizar un curso sobre accidentes nucleares y radiológicos, establecer un equipo de respuesta regional en el Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, y elaborar una política para los servicios de urgencia con la División de Sistemas y Servicios de Salud. Se lograron todos los indicadores durante el bienio 2008-2009. No hay motivos para pensar que alguno de los indicadores de este RPR no se logrará; sin embargo, este resultado probablemente sea el más difícil de todos los resultados previstos en el marco del objetivo estratégico 5. Para alcanzarlo se necesita una voluntad real de cooperación y un compromiso de todas las áreas de trabajo con las metas de la Organización. Este RPR tiene implicaciones interinstitucionales, dando lugar a actividades adicionales y al establecimiento de mecanismos de coordinación a nivel regional y subregional, especialmente en el ámbito de la reducción de riesgos.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
5.4.1.	Proporción de países afectados por situaciones de emergencia en los que se ha realizado una evaluación integral de los riesgos relacionados con las enfermedades transmisibles y en los que se ha elaborado y difundido a los organismos asociados un perfil epidemiológico y una carpeta de material.	90%	100%	SÍ	
5.4.2.	Proporción de situaciones provocadas por desastres naturales graves o conflictos de inicio rápido en las que se ha activado un sistema de vigilancia y pronta alarma de enfermedades y se han llevado a cabo intervenciones de control de enfermedades transmisibles.	90%	100%	SÍ	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
5.4.3.	Proporción de emergencias en las que se brinda cooperación técnica coordinada (a través del grupo de trabajo específico de la Oficina), cuando es necesaria.	100%	100%	SÍ	

RPR 5.5: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para fortalecer los preparativos nacionales y para establecer mecanismos de alerta y de respuesta para las emergencias relacionadas con la inocuidad de los alimentos y la salud ambiental. **En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las cuatro metas de los indicadores.

Fue un reto lograr todos los indicadores, ya que este RPR incluye tres temas técnicos que no están relacionados entre sí: inocuidad de los alimentos, emergencias de origen químico y emergencias de origen radiológico, de cuya coordinación y vigilancia se ocupan tres áreas diferentes de la OSP. Además, se asignó baja prioridad a este RPR, lo cual queda demostrado por los pocos fondos adicionales asignados, en particular al componente de inocuidad de los alimentos. Además, muchas actividades programadas para el segundo semestre del 2009 se aplazaron hasta el próximo bienio debido a la pandemia de gripe. Se necesitan recursos adicionales para alcanzar las metas del 2013 en el marco de este RPR. El progreso anterior y el interés de los países indican que las metas relativas a los preparativos para emergencias de origen químico y radiológico se alcanzarán o se sobrepasarán para el 2013.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
5.5.1.	Proporción de emergencias de inocuidad de los alimentos y de salud pública ambiental a las que se da una respuesta	50%	60%	SÍ	

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
5.5.2.	Número de países que cuentan con planes nacionales de preparación y actividades de alerta y respuesta para las situaciones de emergencia sanitaria de origen químico, radiológico y ambiental	20	24	SÍ	
5.5.3.	Número de países que cuentan con puntos focales para la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos y las situaciones de emergencia de salud ambiental	28	29	SÍ	
5.5.4.	Número de países que alcanzan un estado de preparación y mantienen reservas de los productos necesarios para dar una respuesta rápida frente a situaciones de emergencia de origen químico y radiológico	8	10	SÍ	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*

RPR 5.6: Se habrán emitido comunicaciones eficaces, formado alianzas y estrechado los lazos de coordinación con organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, gobiernos, organizaciones no gubernamentales locales e internacionales, instituciones académicas y asociaciones profesionales a los niveles nacional, regional y mundial.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las tres metas de los indicadores.

Es interesante observar la amplia gama de organismos con los cuales se forjaron alianzas: desde organismos de las Naciones Unidas (grupo de acción sanitaria, informes posteriores a los desastres, etc.) hasta ONG y entidades regionales tales como CDERA, CEPREDENAC y CAPRADE. Varias instituciones académicas (por ejemplo, el Centro de Ingeniería Sísmica y Mitigación de Desastres y la Universidad de las Indias Occidentales) y asociaciones profesionales (por ejemplo, el centro del Caribe de la Asociación Internacional de Ingenieros Estructurales) también están contribuyendo cada vez más a los planes anuales de trabajo de la OPS. Se lograron todos los indicadores durante el bienio 2008-2009. Desde el comienzo del Plan Estratégico actual se han logrado los indicadores de este resultado previsto y no ha habido ninguna dificultad que indique que haya algún problema para mantener la misma dirección positiva en relación con el resto del Plan Estratégico. De hecho, puede preverse un aumento de las alianzas con diversos organismos y organizaciones extrarregionales, lo cual mejoraría el contenido y la normalización de las comunicaciones en relación con los desastres y la información a nivel mundial y aumentaría la conciencia respecto de los muchos productos y logros obtenidos en las Américas.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
5.6.1.	Proporción de las emergencias en que el grupo integrado de salud del Sistema de las Naciones Unidas entra en acción, si se lo solicita	100%	100%	SÍ	

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
5.6.2.	Número de mecanismos interinstitucionales y grupos de trabajo regionales relacionados con las emergencias en los que la OPS/OMS participa activamente	4	8	SÍ	Se formuló la iniciativa modelo sobre buenas donaciones en colaboración con los asociados.
5.6.3.	Proporción de los desastres en los cuales los informes de las Naciones Unidas y los originados en los países incluyen información sanitaria	100%	100%	SÍ	

OE 6: Promover la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir factores de riesgo tales como el consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, las dietas malsanas, la inactividad física y las prácticas sexuales de riesgo, que afectan las condiciones de salud	En curso

1. EVALUACIÓN PROGRAMÁTICA

Progreso realizado hacia el logro del objetivo estratégico en el 2013

131. Las metas fijadas para el 2013 en materia de reducción del riesgo con relación al alcohol, el tabaco y las enfermedades no transmisibles deberían alcanzarse. Se ha comenzado a integrar e institucionalizar la promoción de la salud, y la Feria Mundial Municipios y Salud, realizada en Buenos Aires, resultó ser una estrategia importante para promover la salud en todas las políticas. Se adoptaron medidas de control del tabaco basadas en evidencia a nivel regional y subregional. Cinco países más se sumaron al Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (Nicaragua, Colombia, Costa Rica, Suriname y Bahamas) y se aprobaron leyes sobre el control del tabaco basadas en evidencia en cumplimiento de dicho Convenio en Bolivia, Colombia, Guatemala, México, Panamá, Trinidad y Tabago y Uruguay. Diez países recibieron cooperación técnica para actividades encaminadas a reducir los problemas relacionados con el alcohol. Los países que han reconocido la vigilancia de los factores de riesgo como una responsabilidad del gobierno y del ministerio de salud (Argentina, Barbados, Bahamas, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Jamaica, México, Paraguay, Perú, Saint Kitts y Nevis y Uruguay) son actualmente los más avanzados en el campo de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades no transmisibles en la Región. Se observa también una voluntad política renovada para abordar la promoción de la reducción del riesgo en las relaciones sexuales. Los gobiernos han hecho cambios en su agenda que han abierto un espacio para ir más allá de los programas basados exclusivamente en la abstinencia. Se comprende claramente que el reto de la epidemia de SIDA no se superará a menos que se insista firmemente en la prevención.

132. La Feria Mundial Municipios y Salud, realizada en Buenos Aires, resultó ser una estrategia importante para promover la salud en todas las políticas. Fue también la primera actividad regional que tuvo lugar como parte de los preparativos para el Día Mundial de la Salud 2010.

133. Una estrategia regional con respecto al abuso de sustancias psicoactivas, que se tratará en el 2010 en el Consejo Directivo, también facilitará el logro del RPR 6.4, que incluye todas las sustancias psicoactivas.

134. En vista de la crisis económica y el número y la magnitud de los desastres naturales recientes, los países quizá no comprendan la importancia de encarar los problemas desde una perspectiva de salubridad urbana. Cabe señalar también que la aprobación de una estrategia mundial con respecto al alcohol llevará a la larga a una estrategia regional para el alcohol, que

requerirá más recursos humanos y financieros a nivel regional y de país. Una estrategia regional con respecto al abuso de sustancias psicotrópicas también requerirá la asignación de recursos para las actividades en los países. En la mayoría de los países faltan recursos humanos; por lo tanto, la cooperación técnica es esencial para la planificación y la ejecución de las actividades, que requieren recursos financieros y humanos. Con respecto al consumo de tabaco, el riesgo principal es la falta de recursos, ya que los fondos provienen principalmente de otras fuentes y en su mayor parte están asignados a fines específicos (por ejemplo, el proyecto de Bloomberg en Brasil y México).

Evaluación del bienio 2008-2009

Logros principales durante el bienio

- Gran progreso con la reducción del riesgo en relación con el alcohol, el tabaco y las enfermedades no transmisibles
- Compromiso político renovado en cuanto a la promoción del comportamiento sexual sin riesgos
- Inicio e institucionalización de la integración de la promoción de la salud
- Feria Mundial Municipios y Salud, realizada en Buenos Aires, importante estrategia para promover la salud en todas las políticas

Retos que afectan al desempeño

- Falta de una estrategia mundial y regional con respecto al alcohol.
- Necesidad de fortalecer la coordinación con la sede de la OMS con respecto a los fondos de Bloomberg para el control del tabaco.
- A pesar de que el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco es jurídicamente vinculante para la mayoría de los países de la Región (resolución DC48/12 del 2008), el tabaco no siempre está incluido visiblemente en los planes nacionales.
- La vigilancia de las enfermedades crónicas es un área de trabajo nueva para la mayoría de los países de la Región.

Evaluación presupuestaria y movilización de recursos

Programa y Presupuesto aprobado (PP 2008-2009)	Fondos disponibles para el bienio	Fondos disponibles para el bienio como porcentaje del PP 2008-2009	Gasto	Tasa de ejecución (gasto/fondos disponibles)
16.000.000	14.220.998	89%	13.195.514	93%

135. De los US$ 14,2 millones disponibles para el bienio, US$ 7,9 millones (56%) provinieron de otras fuentes. La mayor parte del financiamiento para este objetivo estratégico sigue proviniendo de contribuciones voluntarias, como las de Bloomberg, la OMS y los CDC. Esos fondos se destinan a fines específicos, lo cual limita la flexibilidad para proporcionar cooperación técnica a los países en algunas áreas.

Lecciones aprendidas

- Es importante tener "defensores de la causa", como los equipos de país de Brasil, Chile o las Bahamas, que muestren a otros países "cómo lo hicieron" y se conviertan en líderes del proceso.
- En el próximo bienio habrá que prestar especial atención a la importancia de la información sanitaria en el proceso de planificación y en el establecimiento de prioridades, así como al papel de los profesionales de la salud en la obtención de esa información.
- La cooperación con otros sectores es crucial para mejorar la eficiencia y evitar la duplicación de tareas.
- Se necesita un compromiso político a nivel mundial, regional y de país a fin de aumentar la asignación de recursos humanos y económicos para el logro del Objetivo Estratégico 6. Los intereses en pugna de los operadores económicos son una fuerza importante que influye en las decisiones a nivel de país y solo pueden superarse con un compromiso y una buena cooperación técnica. Con relación al abuso de sustancias psicoactivas, no se ha promovido un enfoque de salud pública en la Región y solo se ha adoptado un enfoque a nivel mundial (un ejemplo es el programa de trabajo conjunto de la OMS y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito). Por consiguiente, el liderazgo y el trabajo con otras organizaciones internacionales facilitará el logro del objetivo estratégico y los indicadores del RPR para el 2013.

2. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

RPR 6.1: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para fortalecer su capacidad de introducir la promoción de la salud en todos los programas pertinentes; y para establecer colaboraciones multisectoriales y multidisciplinarias eficaces para la promoción de la salud y la prevención o reducción de los principales factores de riesgo.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las tres metas de los indicadores y se superó una de ellas.

Aunque los países se han comprometido a fortalecer su capacidad para promover la salud, la colaboración multisectorial y multidisciplinaria eficaz sigue siendo un reto a nivel de país y se abordará en el próximo bienio. En el área de las políticas y los recursos para la promoción de la salud, se superó con creces la meta para el 2009 y los países reconocieron claramente la necesidad de elaborar políticas fuertes apoyadas por los recursos necesarios para ponerlas en práctica. Más específicamente, en lo que se refiere a los espacios saludables, como las escuelas promotoras de la salud, los países también han sobrepasado la meta y esto seguirá siendo una prioridad en el próximo bienio. El área de la salubridad urbana todavía es nueva, y aunque los países han recibido información preliminar todavía no la consideran como una prioridad.

En el 2009 se realizó una importante conferencia mundial de la OMS sobre la promoción de la salud. Todos los países de la Región tuvieron la oportunidad de contribuir y de formular comentarios sobre los documentos de base y el proyecto de llamamiento a la acción. Eso estimuló el interés y el compromiso con los diversos aspectos de la promoción de la salud.

Hay varias actividades y estrategias planificadas para 2010-2011 que ayudarán enormemente a impulsar estos programas. Se están preparando varios cursos para el Campus Virtual, que permitirá a todos los países interesados desarrollar aptitudes y preparar mejor a su personal con las herramientas necesarias para

impulsar estas estrategias de promoción de la salud. Se ampliará considerablemente la biblioteca virtual de la OPS a fin de incluir muchas más estrategias, enfoques y herramientas que faciliten la planificación y ejecución de políticas concretas, iniciativas y actividades. Con el Día Mundial de la Salud 2010 centrado en la salubridad urbana y la vida saludable en entornos urbanos, el área de la salubridad urbana recibirá un gran impulso.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
6.1.1	Número de países que tienen políticas de promoción de la salud y planes con recursos	11	15	SÍ	Se sobrepasó la meta: 25 países.
6.1.2	Número de países con redes de escuelas saludables (o su equivalente)	7	10	SÍ	
6.1.3	Número de países que adoptan el marco conceptual de salud urbana de la OPS/OMS	0	2	SÍ	Cabe señalar que los países de la región todavía están conceptualizando este marco, ya que es un tema nuevo para la OPS.

RPR 6.2: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para fortalecer los sistemas nacionales de vigilancia de los principales factores de riesgo mediante la elaboración y validación de los marcos, las herramientas y los procedimientos operativos y su difusión.	**En riesgo**

Evaluación del RPR: Se alcanzó una de las cuatro metas de los indicadores, dos no se alcanzaron y una no se evaluó.

Se puede concluir que la cooperación técnica de la OPS sigue proporcionando marcos, herramientas y procedimientos operativos para la vigilancia de las enfermedades no transmisibles. Unos pocos países de la Región han obtenido recursos para el cumplimiento continuo de este RPR.

Un número cada vez mayor de países de la Región está reconociendo la importancia de la vigilancia de los factores de riesgo para la planificación de programas contra las enfermedades no transmisibles. Algunos ejemplos de sistemas eficaces de vigilancia de los factores de riesgo a nivel de país son los de Brasil, Chile, Argentina, Colombia y las Bahamas, que han asignado recursos (humanos y financieros) para la vigilancia y han realizado más de un estudio de los factores de riesgo.

No obstante, la mayor conciencia de la importancia de la vigilancia de los factores de riesgo en la Región no está acompañada en varios países por la obtención de los recursos humanos y económicos necesarios para mantener la vigilancia de los factores de riesgo. Varias situaciones de emergencia, como los desastres naturales o la amenaza de pandemias de H1N1 en la Región, han llevado a los gobiernos y ministerios de salud a reasignar recursos para hacer frente a esas emergencias.

Se está reconociendo la importancia de la vigilancia de los factores de riesgo y más países están usándola en las decisiones de política y en la planificación para alcanzar el objetivo estratégico, de manera que cabe prever que se alcancen las metas del 2013.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
6.2.1	Número de países que han establecido un sistema nacional de vigilancia que usa el método Pan Am STEPs (Método Panamericano Progresivo para la Vigilancia de los Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas) para presentar informes regulares sobre los principales factores de riesgo para la salud de los adultos	6	10	NO	Se alcanzó la meta en 8 de 10 países pero se retrasó en Paraguay y Trinidad y Tabago. Se ha avanzado mucho en el proceso preparatorio y se realizarán estudios de los factores de riesgo en ambos países en el 2010.
6.2.2	Número de países que han establecido un sistema nacional de vigilancia que se basa en la encuesta de salud de los estudiantes realizada en las escuelas (Encuesta Mundial de Salud Escolar) y están produciendo informes regulares sobre los principales factores de riesgo para la salud de los jóvenes	11	15	SÍ	
6.2.3	Número de países que generan información sobre los factores de riesgo mediante registros y estudios de población para incluirla en la base regional de datos sobre enfermedades no transmisibles y factores de riesgo (NCD INFObase)	0	15	N/C	No se evaluó *porque este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
6.2.4	Número de países que han aplicado (usado y analizado) los indicadores básicos de salud estandarizados para enfermedades crónicas y factores de riesgo junto con otra información estadística	0	8	NO	Se alcanzó en un 90% (en 7 de los 8 países destinatarios.

RPR 6.3: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica en materia de políticas, estrategias, programas y guías éticas basadas en evidencias para prevenir y reducir el consumo de tabaco y los problemas relacionados.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las cuatro metas de los indicadores**.**

En general se avanzó mucho en la prevención y reducción del consumo de tabaco en el 2009, en vista de lo cual se prevé que se alcanzarán las metas para el 2013.

Si se mantiene el compromiso político actual de los países, se alcanzarán las metas para el 2011 y el 2013, aunque la escasez de recursos planteará dificultades para la cooperación técnica.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
6.3.1	Número de países que han prohibido fumar en los establecimientos de salud y educativos de acuerdo al Convenio Marco para el Control del Tabaco	4	10	SÍ	
6.3.2	Número de países que han prohibido la publicidad, la promoción y el patrocinio de los productos de tabaco de acuerdo al Convenio Marco para el Control del Tabaco	0	5	SÍ	
6.3.3	Número de países con reglamentos para el envasado y la rotulación de los productos de tabaco de acuerdo al Convenio Marco para el Control del Tabaco	8	21	SÍ	
6.3.4	Número de países que han establecido o reforzado un mecanismo coordinador o punto focal nacional para el control del tabaco	18	20	SÍ	

RPR 6.4: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para elaborar políticas, estrategias, programas y guías éticas basadas en evidencias para prevenir y reducir el consumo de bebidas alcohólicas, drogas y otras sustancias psicoactivas y los problemas relacionados.	**En riesgo**

Evaluación del RPR: No se alcanzó la meta del indicador.

Se proporcionó apoyo al número previsto de países por medio de cooperación técnica para llevar a cabo diversas actividades encaminadas a reducir los problemas relacionados con el alcohol. Sin embargo, algunos países tropezaron con limitaciones políticas y de recursos humanos, entre ellas el compromiso político limitado de otros sectores, para llevar a cabo plenamente las actividades. En vista de que no hay una estrategia regional o mundial con respecto al alcohol o al abuso de sustancias psicoactivas, la ejecución de las actividades se considera importante.

Los operadores económicos están presionando a los gobiernos en lo que se refiere a las políticas con respecto al alcohol, lo cual dificulta la aprobación de nuevas leyes y la elaboración de políticas nacionales. En los ministerios de salud no existe la capacidad necesaria para abordar problemas relacionados con el consumo de alcohol desde una perspectiva de salud pública y hay pocos recursos humanos para encarar varias áreas de trabajo. Parte del trabajo con respecto al abuso de alcohol y de sustancias psicoactivas podría estar relacionado con el objetivo estratégico 3, que se refiere a la salud mental y los trastornos mentales.

Una estrategia mundial con respecto al alcohol proporcionará apoyo político para las actividades de los países y ayudará a alcanzar la meta en el 2013. Una estrategia regional relativa al abuso de sustancias psicoactivas ofrecerá nuevas vías para la cooperación técnica y contribuirá a la consecución de la meta. Es probable que se logre el indicador 6.4 en vista de que se prevé la aprobación de una estrategia mundial con respecto al alcohol en la Asamblea Mundial de la Salud del 2010. Esto aumentará el compromiso político a nivel regional y de país de trabajar para alcanzar el RPO y el RPEO.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
6.4.1	Número de países que han ejecutado políticas, planes o programas para la prevención de problemas de salud pública causados por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas y otras sustancias psicoactivas	11	13	NO	Las limitaciones del compromiso político y de los recursos humanos impidieron la consecución de la meta.

RPR 6.5: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para elaborar políticas, estrategias, programas y guías éticas basadas en evidencias para prevenir y reducir los regímenes alimentarios insalubres y la inactividad física y los problemas relacionados.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron dos de las siete metas de los indicadores.

Aunque son pocas las políticas que se elaboraron en los países, resultaron ser importantes e influyentes. Se progresó en la apertura de espacios públicos para andar en bicicleta y en la reducción del mercadeo de alimentos dirigido directamente a los niños.

La preocupación creciente por las enfermedades no transmisibles en la Región se debe al aumento vertiginoso del gasto en salud (tanto el gasto público como el sufragado directamente por los usuarios) y a la creciente cobertura en los medios de comunicación de los factores de riesgo para la salud y los costos sanitarios a nivel nacional e internacional. No menos importantes son 1) las actividades de salud pública en esta área, que incluyen redes regionales como Ciclovías, RAFA, la iniciativa "Cinco al día", la vigilancia, el proyecto "Ciudades sanas", etc.; y 2) la publicación de una declaración conjunta de la OPS y el Instituto Estadounidense de Investigaciones sobre el Cáncer, en la cual se señalan las políticas públicas necesarias para mejorar el régimen alimentario y la actividad física de la población.

El RPR que se refiere a asuntos específicos, como la reducción del contenido de sal, azúcar y grasa en los alimentos procesados, está cobrando impulso porque está aumentando el interés político y la prensa popular está informando sobre los problemas con mayor interés. Los temas que reciben menos atención son el mercadeo de alimentos dirigido a los niños y las intervenciones de planificación urbana, que tienen efectos positivos en la salud pública. En cuanto al mercadeo de alimentos dirigido a los niños, hay iniciativas nacionales en marcha; por ejemplo, en México, como parte del pacto nacional con todos los sectores; en Brasil, donde hay proyectos de leyes completas sobre el mercadeo dirigido a los niños; y en Chile, donde se está comenzando a tomar medidas para limitar el mercadeo dirigido a los niños como parte de una campaña contra la obesidad.

Las perspectivas son alentadoras, a medida que se va cobrando impulso y que el liderazgo de la OPS se vuelve más pertinente para la gran variedad de actividades de diferentes sectores y organizaciones. La función del Foro de Asociados en el apoyo a políticas públicas e intervenciones nacionales y locales eficaces es crucial.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
6.5.1	Número de países que han formulado guías nacionales para promover un régimen alimentario saludable y la actividad física, de acuerdo con la estrategia de Régimen Alimentario y Actividad Física	8	10	SÍ	
6.5.2	Número de países que han iniciado o establecido sistemas rápidos de transporte colectivo en al menos una de sus ciudades principales	7	10	N/C	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
6.5.3	Número de países que han iniciado o establecido programas sobre combustibles no contaminantes para el transporte en al menos una de sus ciudades principales	3	7	N/C	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
6.5.4	Número de países que han creado entornos propicios para los peatones y para trasladarse en bicicleta, programas de promoción de la actividad física e iniciativas de control de la delincuencia en al menos una de sus ciudades principales	7	10	SÍ	Diez países se han adherido a la renovación de las zonas construidas y 74 ciudades de la región tienen entornos propicios para los peatones, de modo que se alcanzó la meta.
6.5.5	Número de países que han iniciado políticas para eliminar progresivamente las grasas trans y que han llegado a acuerdos con la industria alimentaria para reducir el azúcar, la sal y las grasas en los alimentos procesados	4	7	NO	Aunque no se alcanzó la meta, cabe señalar que Brasil, Chile, México, Canadá y Estados Unidos han adoptado políticas regulatorias que constituyen un ejemplo para la región.
6.5.6	Número de países que han iniciado políticas para eliminar el mercadeo y la publicidad directa de los alimentos a los niños menores de 12 años	2	7	NO	El mercadeo de alimentos dirigido a los niños no recibe mucha atención en los países a pesar de su importancia y la OPS no tiene los recursos necesarios para despertar interés en el tema. En la próxima Asamblea Mundial de la Salud, en el 2010, el tema se tratará por primera vez en un foro de salud pública. Los países que están a la vanguardia en materia de salud pública están considerando la prohibición de la publicidad de alimentos procesados con un alto contenido de azúcar y sal.
6.5.7	Número de países que han iniciado políticas o programas para aumentar el consumo de productos lácteos descremados, pescado, frutas y verduras	5	7	SÍ	

RPR 6.6: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para elaborar políticas, estrategias, programas y guías éticas basadas en evidencias para promover la actividad sexual de menor riesgo.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzó la meta del indicador.

Aunque se observan avances, es necesario intensificar la acción propuesta para promover prácticas sexuales de menor riesgo en vista de que alrededor de 45% de los casos nuevos de infección por el VIH se producen en personas de 15 a 24 años.

Ha habido una gran voluntad política para impulsar aun más la agenda de prevención. Los cambios en la agenda de los gobiernos han abierto espacios para ir más allá de los programas basados únicamente en la abstinencia. Se ha comprendido claramente que el reto de la epidemia de SIDA no se superará a menos que se insista en la prevención.

La promoción de la reducción del riesgo en las relaciones sexuales es una actividad que debe continuar permanentemente, ya que los sectores nuevos de la población crecen y se vuelven sexualmente activos. Por consiguiente, los logros en este campo son temporales y parciales por definición.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
6.6.1	Número de países que han implantado intervenciones nuevas o mejoradas para promover los comportamientos sexuales de menor riesgo en los ámbitos individual, familiar y comunitario	5	7	SÍ	

OE 7: Abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos	**En curso**

1. EVALUACIÓN PROGRAMÁTICA

Progreso realizado hacia el logro del objetivo estratégico en el 2013

136. Teniendo en cuenta el progreso realizado en 2008-2009, el objetivo estratégico está en curso. La aprobación del plan de acción para la Política en Materia de Igualdad de Género, la buena voluntad de los países para utilizar un enfoque de derechos humanos, la institucionalización de las prioridades transversales y la respuesta rápida a la iniciativa "Rostros, Voces y Lugares" a nivel de país permitirán continuar progresando hacia el logro del objetivo estratégico.

Evaluación del bienio 2008-2009

Logros principales durante el bienio

- El compromiso con las recomendaciones de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud es evidente a nivel de país. La OPS llevó a cabo una consulta sobre los determinantes con representantes de pueblos indígenas de 20 países a fin de comprender mejor estos factores y aplicarlos a la mejora de la salud. En Costa Rica se estableció un marco específico para los sistemas de salud basado en los determinantes de la salud y en Brasil se creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.
- Los países realizaron grandes esfuerzos para producir y proporcionar datos desglosados a nivel subnacional con objeto de facilitar el análisis de las disparidades sanitarias empleando sustitutos geográficos.
- Se capacitó a equipos de 15 países en la producción y el análisis de datos desglosados por sexo y grupo étnico con una perspectiva de género y cultural.
- La OPS ayudó a los países a elaborar políticas que incluyen factores sociales determinantes, la equidad, el desarrollo local y las iniciativas intersectoriales, y se puso en marcha un curso de ciberaprendizaje sobre los factores sociales determinantes de la salud.
- La cooperación técnica de la OPS asignó importancia al trabajo a nivel subnacional, incluidos los municipios, haciendo hincapié en las comunidades más pobres y más vulnerables con la iniciativa "Rostros, voces y lugares" y motivando la colaboración y el compromiso interinstitucional.
- En todos los países objetivo para el 2009 se dieron a conocer tratados y normas en materia de derechos humanos y se aprobaron cuatro planes de acción de Estados Miembros de la OPS basados en tratados y normas internacionales o regionales en materia de derechos humanos:

salud mental, envejecimiento en actividad, adopción de políticas en materia de igualdad de género y salud de los jóvenes. La OSP siguió aumentando la capacidad del personal en la Sede y las representaciones con un curso nuevo de ciberaprendizaje sobre la salud y la legislación de derechos humanos.

- La Política en Materia de Igualdad de Género facilitó la integración del género en el análisis de la situación general, en los sistemas de información sanitaria y en las herramientas para medir las inequidades de género.
- Se fortaleció la capacidad para incluir el género en la planificación y programación sanitarias en la OSP y en 20 países.

Retos que afectan al desempeño

- La uniformidad interna, la integridad y otros atributos de la calidad siguen siendo un gran problema en los datos desglosados a nivel subnacional para el análisis y la vigilancia de las desigualdades en materia de salud en la mayoría de los países.
- La integración del género todavía se considera como algo adicional, en vez de un concepto y una estrategia eficiente para alcanzar la equidad.

Evaluación presupuestaria y movilización de recursos

Programa y Presupuesto aprobado (PP 2008-2009)	Fondos disponibles para el bienio	Fondos disponibles para el bienio como porcentaje del PP 2008-2009	Gasto	Tasa de ejecución (gasto/fondos disponibles)
17.400.000	17.466.448	100,4%	16.539.593	95%

137. De los US$ 17,47 millones, US $10,17 millones (58%) provinieron de contribuciones voluntarias. La mayor parte de los fondos provino de la OMS, Noruega, España y la Unión Europea. Con el apoyo de los fondos españoles, la Organización pudo reforzar la cooperación técnica integrada a nivel nacional dirigida a los municipios más pobres y capacitar equipos locales en la salud y el desarrollo local por medio del Campus Virtual de la OPS.

Lecciones aprendidas

- El uso uniforme de instrumentos internacionales de derechos humanos en las reuniones de los Cuerpos Directivos y las actividades para aumentar la capacidad en los países está contribuyendo a un fortalecimiento y desarrollo progresivos de la legislación nacional e internacional en lo que se refiere al derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr. Una de las principales enseñanzas es que los Estados Miembros están dispuestos a cumplir con obligaciones en el campo de la salud emanadas de tratados sobre derechos humanos. Para tener éxito en esta área se requiere “especificidad” en los enfoques, principalmente en los servicios de salud (en los países), más que en el plano teórico. La reforma de las políticas y las leyes usando normas internacionales en áreas muy específicas siempre debe ser el primer objetivo, con la participación no solo del ministerio de salud sino también del parlamento y el sistema judicial.

- Cabe destacar la necesidad de fuentes de información mejores y más fiables, en particular puntos focales más activos para cuestiones relacionadas con el Objetivo Estratégico 7 y sus componentes, especialmente los indicadores 7.4.1 y 7.4.2.
- Se necesita un enfoque descentralizado y orientado a los servicios, con más énfasis en la mejora de la eficiencia y la equidad, para integrar el género y la etnicidad en la OPS.
- La colaboración interprogramática en la OPS es esencial para impulsar la integración en todos los niveles.
- Contar con una base de datos basada en evidencia sólida sobre género y etnicidad, herramientas prácticas y mayores aptitudes técnicas y analíticas facilita la aceptación y es indispensable para el seguimiento, la promoción de la causa y la adopción de decisiones fundamentadas: 1) es necesario responder a los retos de los ODM en el marco de los factores sociales determinantes de la salud; 2) también es necesario trabajar a nivel local con los alcaldes y los servicios de base con un método que dé poder de decisión a los miembros de la comunidad; 3) hay que promover una estrategia de aumento de la capacidad de los equipos que trabajan a nivel local, por medio del Campus Virtual de la OPS; 4) se debe crear una cesta virtual de prácticas adecuadas para cada uno de los ODM con el propósito de acumular experiencias que a su vez puedan motivar a otras comunidades a impulsar los ODM; y 5) debe crearse una red de alcaldes en el marco de la iniciativa "Rostros, voces y lugares" y como parte de la Red de Municipios Saludables para compartir experiencias y prácticas adecuadas.

2. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

RPR 7.1: Se habrá reconocido en toda la Organización la importancia de los determinantes sociales y económicos de la salud y estos se habrán incorporado en el trabajo normativo y la colaboración técnica con los Estados Miembros y otros colaboradores.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se superaron las dos metas de los indicadores.

Se logró el indicador del RPR y a lo largo del bienio 2008-2009 se reconoció su importancia mediante la Estrategia de Cooperación en los Países así como las estrategias y las recomendaciones clave de políticas de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
7.1.1	Número de países que han aplicado estrategias nacionales que abordan las recomendaciones de políticas esenciales de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud	0	4	SÍ	Se sobrepasó la meta: 5 países.
7.1.2	Número de países cuyos documentos de Estrategia de Cooperación en el País (ECP) de la OPS/OMS incluyen estrategias explícitas a nivel nacional y local que abordan los factores sociales y económicos determinantes de la salud	0	5	SÍ	Se sobrepasó la meta: 6 países.

RPR 7.2: La OPS/OMS toma la iniciativa al brindar oportunidades y medios para la colaboración intersectorial a los niveles nacional e internacional para abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud e impulsar la reducción de la pobreza y el desarrollo sostenible.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las tres metas de los indicadores y se sobrepasó una de ellas.

Se lograron los tres indicadores del RPR y la tasa de ejecución fue del 100%. No solo se alcanzó la meta, sino que el número de países comprometidos a abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud aumentó.

Se prestó especial atención a la educación y las alianzas sanitarias a nivel local.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
7.2.1	Número de países cuyas políticas públicas se concentran en los factores determinantes de la salud y la política social en un marco intersectorial e interprogramático	0	7	SÍ	Se sobrepasó la meta: 10 países.
7.2.2	Número de foros subregionales organizados para los interesados directos pertinentes en torno a las acciones intersectoriales para abordar los factores determinantes de la salud, las políticas sociales y el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio	0	1	SÍ	
7.2.3	Número de países que han llevado a cabo la Iniciativa “Rostros, voces y lugares”	6	12	SÍ	Se sobrepasó la meta: 17 países.

RPR 7.3: Los datos sociales y económicos pertinentes para la salud se habrán recogido, compilado y analizado en forma desglosada (por sexo, edad, grupo étnico, ingresos y problemas de salud, como enfermedades o discapacidades).	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las tres metas de los indicadores.

Los países realizaron grandes esfuerzos para producir y proporcionar datos desglosados a nivel subnacional para facilitar el análisis de las disparidades sanitarias utilizando sustitutos geográficos.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
7.3.1	Número de países que producen datos de salud debidamente desglosados y de calidad suficiente para evaluar y hacer el seguimiento de la equidad de salud entre grupos de población clave	8	12	SÍ	

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
7.3.2	Número de países con al menos una política nacional sobre la equidad de salud que incorpora un análisis de los datos desglosados	0	3	SÍ	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
7.3.3	Número de países con al menos un programa nacional sobre equidad de salud que usa datos desglosados	0	2	SÍ	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*

RPR 7.4: Los enfoques de la salud éticos y basados en los derechos humanos son promovidos dentro de la OPS/OMS y a los niveles nacional, regional y mundial.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las dos metas de los indicadores.

Se difundieron tratados y normas en materia de derechos humanos en más de 10 países durante el 2008 y el 2009. Cerca de 200 funcionarios de salud pública recibieron capacitación en derechos humanos y 1.200 empleados de la OPS recibieron capacitación. En consecuencia, la Región ahora tiene políticas nacionales, planes o leyes que protegen el derecho a la salud y otros derechos humanos conexos. Algunos ejemplos de instrumentos basados en las obligaciones en la esfera de los derechos humanos son la política nacional sobre el acceso a los medicamentos de Panamá, la ley nacional de salud mental de Argentina, la política nacional sobre el envejecimiento de Saint Kitts y Nevis, la ley nacional sobre discapacidad de la República Dominicana y el plan nacional de lucha contra el VIH de El Salvador, así como la declaración subregional basada en normas de derechos humanos sobre el acceso a vacunas, medicamentos, tecnologías y bienes públicos (UNASUR, 2009). Algunas áreas técnicas y equipos realizaron una labor sobresaliente en la Sede, en particular con relación a las resoluciones de los Cuerpos Directivos y los documentos técnicos basados en los tratados y las normas en materia de derechos humanos.

Los avances del bienio 2008-2009 permitieron a la Secretaría y a los Estados Miembros proponer y tratar un documento técnico y un proyecto de resolución sobre la aplicación de instrumentos de derechos humanos en el campo de la salud para grupos vulnerables específicos, fortaleciendo el reconocimiento del derecho humano al grado máximo de salud que se pueda lograr y otros derechos humanos relacionados con la salud.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
7.4.1	Número de países que aplican: 1) normas y pautas de derechos humanos regionales e internacionales; y 2) instrumentos de derechos humanos y documentos de orientación técnica producidos por la OPS/OMS para examinar o formular las leyes, las políticas y los planes que hacen avanzar la salud y reducen las brechas en la equidad de salud y la discriminación.	9	10	SÍ	
7.4.2	Número de países que usan herramientas y documentos técnicos de orientación producidos para los Estados Miembros y otros interesados directos sobre la aplicación del análisis ético para mejorar sus políticas sanitarias.	8	12	SÍ	

RPR 7.5: Se habrá incorporado tanto el análisis de género como acciones efectivas en la labor normativa de la OPS/OMS y se habrá proporcionado cooperación técnica a los Estados Miembros para la formulación de políticas y programas que tengan en cuenta las cuestiones de género.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las tres metas de los indicadores.

Durante el último bienio, la Oficina de Género, Etnicidad y Salud de la OPS (GEH) consolidó muchas de sus iniciativas sobre la integración del género y la etnicidad y se centró en la ejecución de la Política en Materia de Igualdad de Género de la OPS (2005). En el 2009, el Comité Ejecutivo aprobó el plan de acción para la aplicación de dicha política, dando a la Oficina de Género, Etnicidad y Salud un fuerte apoyo político para avanzar con la ejecución de la política en la Organización y en los Estados Miembros a los cuales también se aplican la política y el plan de acción.

La Oficina de Género, Etnicidad y Salud trabajó ampliamente con entidades de la OPS, Estados Miembros, organismos de las Naciones Unidas y la sociedad civil para apoyar la integración del género y la etnicidad en la OPS y en los programas, los planes y las políticas de los ministerios de salud. En las entidades de la OPS, la Oficina de Género, Etnicidad y Salud comenzó a integrar el género y la etnicidad en herramientas y procesos clave, como el plan de trabajo bienal, el manual de operaciones y procesos relacionados con la planificación, en las estrategias de colaboración con los países y en las directrices para la preparación de documentos de los Cuerpos Directivos. En particular, la Oficina de Género, Etnicidad y Salud se centró en la formación de capacidad para el análisis de género y la integración del género y la etnicidad en los instrumentos de capacitación, las estrategias y los planes de acción de cuatro áreas técnicas específicas.

A nivel de país, la Oficina de Género, Etnicidad y Salud proporcionó apoyo a los países para integrar el género y la etnicidad en los programas y las políticas nacionales de salud (estrategias de colaboración con los países), con el apoyo de la Oficina Regional descentralizada. Asimismo, colaboró con el Programa Especial de Análisis de Salud para mejorar los datos basados en evidencia sobre la igualdad de género en la salud, así como la formación de capacidad para integrar una perspectiva de género en la generación, el análisis y la utilización de estadísticas sanitarias en los países. El apoyo de la Oficina de Género, Etnicidad y Salud contribuyó a la inclusión de una perspectiva de género en los planes y proyectos sanitarios de siete países, incluidos los cinco países prioritarios. Se incluyó la etnicidad en los planes nacionales de cinco países (México, Bolivia, Chile, Colombia y El Salvador).

El firme apoyo político recibido por la Oficina de Género, Etnicidad y Salud en la Organización y en los Estados Miembros ha sido útil para avanzar en la ejecución de la Política en Materia de Igualdad de Género. Mediante la colaboración técnica, la formación de capacidad estratégica y alianzas con redes regionales, la Oficina de Género, Etnicidad y Salud seguirá apoyando la integración del género y la etnicidad en las políticas, los planes y los programas de los Estados Miembros. En las entidades de la OPS, la Oficina de Género, Etnicidad y Salud seguirá trabajando para que se incluya la perspectiva de género y etnicidad en las estrategias y los planes de las áreas técnicas y para que se le dé seguimiento.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
7.5.1	Número de publicaciones de la OPS que contribuyen a demostrar fehacientemente la repercusión que las desigualdades en materia de género tienen en la salud	8	12	SÍ	*Este indicador fue cambiado en el Plan Estratégico modificado.*
7.5.2	Número de herramientas y documentos de orientación elaborados por la Oficina para los Estados Miembros acerca de la aplicación del análisis de género en el ámbito de la salud	0	2	SÍ	*Este indicador fue cambiado en el Plan Estratégico modificado.*
7.5.3	Número de entidades AMPES que abordan e incorporan la perspectiva de género, incluida su integración, en el diseño y ejecución de sus programas	3	10	SÍ	*Este indicador fue cambiado en el Plan Estratégico modificado.*

RPR 7.6: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para elaborar políticas, planes y programas que apliquen un enfoque intercultural basado en la atención primaria de salud y que se propongan establecer alianzas estratégicas con interesados directos y socios pertinentes para mejorar la salud y el bienestar de los pueblos indígenas.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las tres metas de los indicadores.

Más países de los que se pensaba inicialmente están ejecutando acciones e intervenciones en las áreas de etnicidad y salud de los pueblos indígenas, lo cual muestra un mayor apoyo de interesados directos clave y de los ministerios de salud. En concreto, se obtuvieron los siguientes resultados durante el bienio 2008-2009:

- Aumento de la capacidad en materia de género, etnicidad y salud. En el Campus Virtual hay módulos de capacitación y un curso de ciberaprendizaje sobre la integración del género y la etnicidad que es obligatorio para todos los funcionarios de la OPS. Este curso y el manual permiten a la OPS y a los Estados Miembros integrar mejor los enfoques étnicos en el sector de la salud y comprender la etnicidad como determinante social de la salud.
- Aumento de la capacidad de los equipos de país. Se realizaron talleres subregionales de aumento de la capacidad para la integración de la etnicidad usando el manual para los países centroamericanos en

Guatemala y para los países andinos en Perú. Participaron representantes de la OPS, ministerios de salud y la sociedad civil (comunidades indígenas, afrodescendientes y comunidades roma[6]) de 14 países.

- Integración de la diversidad cultural en la OPS. La Oficina de Género, Etnicidad y Salud está preparando un documento para los Cuerpos Directivos a fin de apoyar mejor la integración de la iniciativa de los pueblos indígenas, la diversidad cultural y la etnicidad en la estrategia de cooperación técnica de la OPS y los cambios estructurales relacionados con esta integración. El borrador se consultará con un Grupo Consultivo Técnico de expertos e interesados directos de diversas comunidades, y se presentará una versión definitiva de este documento conceptual a los Cuerpos Directivos en el 2010.
- Integración de la etnicidad en los planes y las áreas técnicas de los países. Se incluyó la etnicidad en los planes nacionales de cinco países (México, Bolivia, Chile, Colombia y El Salvador).

Mediante la colaboración técnica, la formación de capacidad estratégica y alianzas con redes regionales, la Oficina de Género, Etnicidad y Salud seguirá apoyando la integración del género y la etnicidad en las políticas, los planes y los programas de los Estados Miembros. En las entidades de la OPS, la Oficina de Género, Etnicidad y Salud seguirá trabajando para que se incluya la perspectiva de género y etnicidad en las estrategias y los planes de las áreas técnicas y para que se le dé seguimiento.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
7.6.1	Número de países que aplican políticas, planes o programas para mejorar la salud de los pueblos indígenas	3/21	5/21	SÍ	
7.6.2	Número de países que recopilan datos sobre la salud de los pueblos indígenas en sus sistemas de información sanitaria	3/21	5/21	SÍ	.
7.6.3	Número de países que integran el enfoque intercultural en el desarrollo de sus sistemas y políticas nacionales de salud en el marco de la atención primaria de salud	0	3	SÍ	

[6] Grupos minoritarios, de alrededor de un millón de personas, que hay en algunos países de la Región (Colombia, Centroamérica). Antes conocidos como gitanos, tienen sus propias normas y prácticas culturales y han formado grupos de defensa de su causa a fin de que se tengan en cuenta sus derechos en las políticas y los sistemas de información, incluso en el campo de la salud.

OE 8: Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud	En curso

1. EVALUACIÓN PROGRAMÁTICA

Progreso realizado hacia el logro del objetivo estratégico en el 2013

138. El objetivo estratégico 8, que aborda el tema de la salud de los trabajadores, los riesgos ambientales y la promoción de ambientes más sanos, está en curso. Se ha logrado una mayor armonización del trabajo a nivel mundial (OMS), regional (sede de la OPS en Washington, DC) y de país, aunque se reconoce que es necesario trabajar más para lograr una mayor armonización.

Evaluación del bienio 2008-2009

Logros principales durante el bienio

- Mayor colaboración con los centros colaboradores y los centros de excelencia
- Mayor compromiso de los gobiernos con el apoyo de iniciativas relacionadas con el Objetivo Estratégico 8
- Ejecución del plan sobre el agua y la salubridad tras la Cumbre de las Américas realizada en Argentina en el 2005
- Incorporación de la salud de los trabajadores en la declaración y el plan de acción durante la Cumbre del 2005
- Apoyo a los adelantos mundiales y regionales en el campo del cambio climático tras el Día Mundial de la Salud 2008
- Establecimiento de una sólida red mundial y de relaciones en torno al Objetivo Estratégico 8 que facilitan su consecución eficiente

Retos que afectan al desempeño

139. El reto principal para este objetivo estratégico en 2010-2011 consistirá en la fuerte reducción del presupuesto ordinario de la OPS, así como la crisis económica reciente y los desastres naturales, que afectarán a la ejecución de los programas a nivel de país.

Evaluación presupuestaria y movilización de recursos

Programa y Presupuesto aprobado (PP 2008-2009)	Fondos disponibles para el bienio	Fondos disponibles para el bienio como porcentaje del PP 2008-2009	Gasto	Tasa de ejecución (gasto/fondos disponibles)
25.000.000	19.114.025	76%	17.353.836	91%

140. De los US$ 19,1 millones disponibles para el bienio, US$ 5,9 millones (31%) provinieron de otras fuentes. La mayor parte del financiamiento provino de la OMS, España, y DDT/FMAM. Se ha trabajado para obtener recursos seguros en el área del cambio climático y la salubridad urbana.

Lecciones aprendidas

- La participación de la red de centros colaboradores y centros de excelencia contribuyó al logro de las metas este bienio.
- Las situaciones de emergencia creadas por nuevas epidemias y pandemias junto con los desastres naturales han aumentado la demanda de procedimientos preventivos e investigaciones relacionadas con la salud y la protección de los trabajadores.
- Es necesario fortalecer el diálogo entre el nivel de país y el nivel regional a fin de que haya más uniformidad y un pensamiento estratégico para que las actividades en los países concuerden verdaderamente con los RPR.
- Hay que proporcionar capacitación sobre la planificación de procedimientos con objeto de que los países tengan un nexo congruente con los RPR.

2. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

RPR 8.1: Se habrán difundido evaluaciones, normas y orientación basadas en evidencias sobre los riesgos prioritarios para la salud ambiental (por ejemplo, calidad del aire, sustancias químicas, campos electromagnéticos, radón, agua potable, reutilización de aguas residuales).	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron cinco de las seis metas de los indicadores, una no se alcanzó y una se suprimió.

Se progresó mucho en relación con todos los indicadores y el RPR está encaminado hacia su logro en el 2013. Sin embargo, es necesario armonizar mejor las actividades y los indicadores, ya que las numerosas actividades a veces no contribuyen al RPR de una manera cuantificable.

Los indicadores 8.1.3 y 8.1.4 se fusionaron en un solo indicador en el Plan Estratégico modificado.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
8.1.1	Número de evaluaciones nuevas o actualizadas de los riesgos ambientales o de la carga de enfermedad por causas ambientales realizadas anualmente	2	4	SÍ	

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
8.1.2	Número de acuerdos ambientales internacionales cuya ejecución es apoyada por la Oficina	5	5	SÍ	
8.1.3	Número de países que aplican las guías de la OPS/OMS sobre sustancias químicas	11	15	SÍ	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
8.1.4	Número de países que aplican las guías de la OMS sobre calidad del aire	7	8	NO	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
8.1.5	Número de países que aplican las guías de la OMS sobre agua potable	13	16	SÍ	
8.1.6	Número de países que aplican las guías de la OPS/OMS sobre aguas recreativas	1	5	SÍ	

RPR 8.2: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para realizar intervenciones de prevención primaria que reduzcan los riesgos de salud ambiental, aumenten la seguridad y promuevan la salud pública, incluso en entornos específicos y en grupos vulnerables (por ejemplo, niños y adultos mayores).	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las cinco metas de los indicadores y se sobrepasaron tres de ellas.

Los países alcanzaron sus metas mediante la ejecución de iniciativas regionales y programas nacionales en el campo de la salud de los trabajadores. La participación de la red de centros colaboradores y centros de excelencia contribuyó al logro de las metas.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
8.2.1	Número de estrategias regionales para la prevención primaria de los riesgos ambientales para la salud en el marco de los factores determinantes de la salud y la promoción de la salud en entornos específicos (lugares de trabajo, hogares, escuelas, asentamientos humanos y centros de atención de salud) y en determinados grupos de edad (por ejemplo, niños, adultos mayores)	4	7	SÍ	Esta meta se alcanzó mediante el trabajo con ecoclubes. Las iniciativas regionales de lavado de las manos en el marco del Programa Agua, Manos y Salud (PROMÁS) siguen infundiendo energía en los países.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
8.2.2	Número de países donde se aplican estrategias mundiales o regionales de prevención primaria de riesgos ambientales para la salud en entornos específicos (lugares de trabajo, hogares, escuelas, asentamientos humanos y centros de atención de salud)	10	14	SÍ	Se sobrepasó la meta: 16 países.
8.2.3	Número de iniciativas mundiales o regionales nuevas o subsistentes, dirigidas a prevenir las enfermedades ocupacionales y las relacionadas con el ambiente (por ejemplo, los cánceres producidos por la radiación ultravioleta o la exposición al asbesto, o la intoxicación con plaguicidas o fluoruros) que se están ejecutando con el apoyo técnico y logístico de la Oficina	1	4	SÍ	Se sobrepasó la meta: seis iniciativas (salud y seguridad de los trabajadores en el sector de la salud, cobertura contra la hepatitis B para los trabajadores en el sector de la salud, eliminación del mercurio en el instrumental médico, erradicación de la silicosis y eliminación del uso de asbesto en los procesos productivos en América Latina).
8.2.4	Número de estudios de costo-eficacia de las intervenciones de prevención primaria en entornos específicos y cuyos resultados han sido difundidos	1	2	SÍ	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
8.2.5	Número de países que siguen la orientación de la OMS para prevenir y mitigar los riesgos emergentes ocupacionales y ambientales, promover la equidad en esas áreas de salud y proteger a las poblaciones vulnerables	0	1	SÍ	Se sobrepasó la meta: 9 países.

RPR 8.3: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para fortalecer la formulación de políticas de salud ocupacional y ambiental, la planificación de intervenciones preventivas, la prestación de servicios y la vigilancia.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las dos metas de los indicadores.

A pesar de los altibajos, es probable que se alcancen las metas para el 2013. Será necesario un examen cuidadoso a fin de que se pueda alcanzar la meta para el 2013, que es más elevada.

El interés en la protección de la salud de los trabajadores aumentó mucho en los dos últimos años. Las situaciones de emergencia creadas por las epidemias y pandemias junto con los desastres naturales han aumentado la demanda de procedimientos preventivos e investigaciones relacionadas con la salud y la protección de los trabajadores.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
8.3.1	Número de países que reciben apoyo técnico y logístico para la elaboración y ejecución de políticas de fortalecimiento de los servicios de salud ocupacional y ambiental, y la vigilancia	10	15	SÍ	Se sobrepasó la meta: 21 países.
8.3.2	Número de organizaciones nacionales o centros colaboradores o de referencia que ponen en práctica las iniciativas preconizadas por la OPS/OMS para reducir los riesgos ocupacionales	2	4	SÍ	

RPR 8.4: Se contará con guías, instrumentos e iniciativas para ayudar al sector salud a influir en las políticas de sectores prioritarios (por ejemplo, energía, transporte, agricultura y ganadería), evaluar el impacto en la salud, analizar los costos y beneficios de las alternativas de políticas en esos sectores y aprovechar las inversiones en otros sectores que no están relacionados con la salud para mejorar la salud.	**En riesgo**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron tres de las cuatro metas de los indicadores.

Durante el bienio se realizó un gran progreso en el trabajo intersectorial, especialmente en relación con la salud y el medio ambiente. Es importante que en el próximo bienio las prioridades se establezcan junto con los países.

Hubo logros importantes en el trabajo intersectorial, no solo cuantitativos sino también cualitativos. Las guías y las herramientas para la evaluación del impacto en la salud deberían adaptarse a las necesidades prioritarias de los países.

Los logros obtenidos hasta la fecha con el trabajo intersectorial permitirán alcanzar las metas de los indicadores 8.4.1 y 8.4.4. En cuanto al indicador 8.4.2, se requerirán una atención y un esfuerzo especiales en los bienios restantes.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
8.4.1	Número de iniciativas regionales, subregionales y nacionales ejecutadas en otros sectores que toman en cuenta la salud, con apoyo técnico y logístico de la Oficina	2	3	SÍ	
8.4.2	Número de guías y herramientas específicas de un sector determinado que son producidas para evaluar su impacto en la salud	1	3	NO	Dos países alcanzaron la meta.
8.4.3	Número de sectores distintos del sanitario que han establecido redes y alianzas para impulsar los cambios necesarios para apoyar las iniciativas relacionadas con la salud	1	3	SÍ	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
8.4.4	Número de eventos regionales o nacionales realizados con la cooperación técnica de la Oficina que tienen la finalidad de crear capacidad y fortalecer a las instituciones del sector salud y otros sectores para mejorar las políticas relacionadas con la salud ocupacional y ambiental en al menos tres sectores	1	2	SÍ	

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

Evaluación del RPR: Se alcanzó una de las dos metas de los indicadores; el indicador 8.5.2 no corresponde al 2009.

Varios foros de alto nivel contribuyeron al aumento del liderazgo del sector de la salud relacionado con este RPR. La celebración del Día Mundial de la Salud 2010 con el tema de la salubridad urbana también brinda una oportunidad para tomar mayor conciencia. Es necesario seguir la promoción de la causa en todos los niveles.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
8.5.1	Número de foros periódicos de alto nivel sobre salud y ambiente organizados para instancias normativas regionales e interesados directos que son apoyados por la Oficina	1	1	SÍ	
8.5.2	Número de informes quinquenales corrientes sobre salud ambiental emitidos por la Oficina, que incluyen los factores impulsores y las tendencias clave de la salud y sus implicaciones	1	1	N/C	No se aplica al 2009. El próximo informe se publicará en el 2012.

OE 9: Mejorar la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de vida, y en apoyo de la salud pública y el desarrollo sostenible	En riesgo

1. EVALUACIÓN PROGRAMÁTICA

Progreso realizado hacia el logro del objetivo estratégico en el 2013

141. La crisis financiera, el aumento del precio de los alimentos y el aumento del número de personas que viven en la pobreza y en la extrema pobreza ponen en peligro la consecución de este objetivo estratégico para el 2013.

142. Los problemas de nutrición e inocuidad de los alimentos ocupan un lugar importante en la agenda política de los Estados Miembros, que reconocen la necesidad de abordar las carencias nutricionales para acelerar la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. También hay consenso en la Región sobre la importancia de abordar los determinantes sociales de la salud, para lo cual se proponen intervenciones interprogramáticas e intersectoriales. La acción de la Alianza Panamericana para la Nutrición y el Desarrollo ayudarán a cumplir este indicador y otros del Plan Estratégico.

143. La coordinación entre los ministerios de salud, agricultura y comercio con el propósito de mejorar la inocuidad de los alimentos para consumo nacional y para exportación sigue siendo motivo de preocupación.

Evaluación del bienio 2008-2009

Logros principales durante el bienio

Este objetivo estratégico se alcanzó satisfactoriamente, cumpliéndose 80% de los indicadores.

- Al menos cuatro países más establecieron mecanismos de coordinación intersectorial, entre ellos políticas en materia de alimentación, nutrición o seguridad alimentaria. Sin embargo, se avanzó poco en la creación de alianzas o mecanismos para aumentar el financiamiento o las inversiones en nutrición.
- Cinco países formularon directrices para responder a las carencias nutricionales o a las enfermedades transmitidas por alimentos. El mayor progreso se observó en la aplicación de las directrices para la fortificación de alimentos con micronutrientes y las cinco claves para la manipulación sanitaria de los alimentos.
- En 21 países se avanzó en la implantación de los nuevos patrones de crecimiento de la OMS, excediéndose el progreso previsto por la Organización. Varios países realizaron un gran esfuerzo para actualizar o incorporar los indicadores del estado de nutrición en sus sistemas de vigilancia.
- Los países avanzaron hacia 1) la ejecución de la estrategia general para la alimentación del

niño pequeño (siete países); 2) el examen de los planes o las estrategias nacionales para la prevención de las carencias de micronutrientes, incluido el examen de los programas de administración de suplementos y la ejecución de nuevos programas de fortificación alimentaria (cinco países); 3) la formulación de planes o programas para la prevención de enfermedades crónicas relacionadas con el régimen alimentario (cinco países); y 4) la incorporación de intervenciones nutricionales en los planes de acción para situaciones de emergencia (cinco países).

- Cinco países establecieron directrices para la prevención de las enfermedades transmitidas por alimentos y los sistemas de vigilancia de estas enfermedades.
- Se cumplieron los indicadores relacionados con la aplicación de las normas del Codex Alimentarius.
- Durante el bienio 2008-2009 se organizaron 28 programas (de ciberaprendizaje) sobre la inocuidad de los alimentos por medio de un aula virtual para la difusión en línea de los cursos, con casi 4.800 participantes de 23 países. Como resultado de este esfuerzo continuo, ha habido casi 10.000 participaciones desde el 2003, a menos de US$ 2 por participante en promedio.

Retos que afectan al desempeño

- Hay voluntad política en la Región para elaborar planes, programas o estrategias con miras a promover la inocuidad de los alimentos y reducir la desnutrición. Sin embargo, todavía no se han establecido mecanismos para obtener recursos financieros a fin de poner en práctica los planes o programas de forma eficaz y eficiente. Entre esos mecanismos se encuentran intervenciones intersectoriales e integradas para abordar los determinantes de la salud; intervenciones rentables, basadas en evidencia, para ampliar la escala de las actividades sobre la base de la atención primaria de salud; y el fortalecimiento de iniciativas de protección social orientadas a la salud maternoinfantil.
- Los países deben esforzarse para elaborar y ejecutar políticas e intervenciones intersectoriales e interprogramáticas, de carácter intercultural, orientadas al curso de vida, los derechos y el género.
- Se debe reforzar la capacidad de gestión del personal sanitario para formular, administrar y evaluar programas, así como su capacidad técnica para señalar y ejecutar intervenciones basadas en evidencia, a fin de asegurar la calidad de los servicios y el acceso universal.
- Se deben fortalecer las intervenciones nutricionales y la inocuidad de los alimentos a nivel de la comunidad sobre la base de los principios de la atención primaria y la promoción de la salud.
- Deben asignarse recursos para vigilar y evaluar la ejecución de las políticas, los planes o los programas y procurar que se use la información en la adopción de decisiones.
- Se observó que algunas de las actividades propuestas no contribuían al cumplimiento de los indicadores. Será necesario fortalecer el proceso de planificación para mejorar la coordinación entre el nivel regional, las representaciones y los homólogos nacionales, y para evaluar la pertinencia de la vinculación con los indicadores.
- Es necesario intensificar la acción para incorporar intervenciones nutricionales en el manejo de los pacientes con la infección por el VIH.

Evaluación presupuestaria y movilización de recursos

Programa y Presupuesto aprobado (PP 2008-2009)	Fondos disponibles para el bienio	Fondos disponibles para el bienio como porcentaje del PP 2008-2009	Gasto	Tasa de ejecución (gasto/fondos disponibles)
21.000.000	15.812.130	75%	15.289.659	97%

- Las contribuciones voluntarias disponibles para este objetivo estratégico son limitadas: de los fondos disponibles, US$ 10,1 millones (64%) provinieron del presupuesto ordinario.
- La tasa de ejecución refleja la importancia creciente de este objetivo estratégico a nivel de país.
- La Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) proporcionó considerables recursos para este objetivo estratégico y apoyó también a la Alianza Panamericana para la Nutrición y el Desarrollo. Se espera que esta contribución continúe en el próximo bienio.
- Se espera que en 2010-2011 se disponga de contribuciones voluntarias para seguir financiando actividades de los países clave en relación con este objetivo estratégico.

Lecciones aprendidas

- Es necesario intensificar la acción para ejecutar políticas intersectoriales, actualizar y aplicar las normas y directrices para abordar todas las formas de desnutrición, ampliar la escala de aplicación de las normas nuevas en materia de crecimiento, promover prácticas apropiadas de lactancia materna y alimentación complementaria, integrar intervenciones para prevenir y controlar las carencias de micronutrientes y adoptar enfoques intersectoriales para mejorar el acceso a directrices adecuadas para el régimen alimentario y la inocuidad de los alimentos.
- La Red Mundial de la OMS sobre Infecciones de Transmisión Alimentaria ha resultado ser una plataforma excelente para la cooperación técnica con el propósito de mejorar la vigilancia integrada de las enfermedades transmitidas por alimentos. La OPS debe fortalecer su función de secretaría técnica usando la Red como base para facilitar la interacción entre la salud pública, la sanidad animal y los sectores alimentarios.
- El Fondo Fiduciario FAO/OMS para el Codex ha llevado a una mayor participación de los países de la Región en las actividades del Codex Alimentarius, en el marco del Comité del Codex Alimentarius para América Latina y el Caribe, con la cooperación de la FAO y la OMS.
- Todavía se necesita financiamiento para el Fondo Fiduciario del Codex a fin de posibilitar la participación de algunos países de la Región. La OPS y la Oficina Regional de la FAO deben intensificar su labor conjunta para aumentar la eficiencia de los comités nacionales del Codex y darles mayor visibilidad política.
- La integración de la nutrición y la inocuidad de los alimentos es fundamental para surtir un mayor efecto en la reducción de la desnutrición y las enfermedades diarreicas en las poblaciones en riesgo.

2. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

RPR 9.1: Se habrán establecido asociaciones y alianzas, formado líderes y coordinado y creado redes con todas las partes interesadas a nivel nacional, regional y mundial para fomentar las actividades de promoción y comunicación, estimular la acción intersectorial y aumentar las inversiones en nutrición, inocuidad de los alimentos y seguridad alimentaria.	**En riesgo**

Evaluación del RPR: Se alcanzó una de las dos metas de los indicadores.

La Región avanzó satisfactoriamente hacia la consecución de este resultado previsto. Bolivia y Perú ejecutaron políticas o estrategias intersectoriales. Brasil, Honduras, Ecuador, Nicaragua y Venezuela avanzaron hacia la formulación o aprobación de leyes en materia de nutrición y seguridad alimentaria. Belice y Chile pusieron en práctica políticas en materia de inocuidad de los alimentos bajo la égida de un organismo coordinador. La mayoría de los países de la región están trabajando en el establecimiento de mecanismos de coordinación entre los ministerios de salud y de agricultura a fin de mejorar la inocuidad de los alimentos para consumo nacional y para la exportación.

Hay un interés renovado de los gobiernos, los organismos de cooperación, las ONG y la comunidad académica en promover la seguridad alimentaria y prevenir las carencias nutricionales; sin embargo, es necesario fortalecer los mecanismos de coordinación intersectorial e interprogramática, proponer y ejecutar intervenciones intersectoriales integradas y establecer sistemas que permitan dar seguimiento a su ejecución y evaluar los resultados.

La nutrición y la inocuidad de los alimentos son temas que están presentes en el discurso y en la agenda política de la Región. Todos los Estados Miembros reconocen la necesidad de trabajar en el plano intersectorial para abordar los determinantes sociales y reducir las carencias nutricionales a fin de acelerar la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Sin embargo, no se están asignando los recursos financieros y humanos necesarios para llevar a cabo los programas de forma eficaz y eficiente ni se han creado mecanismos para ampliar las intervenciones nutricionales y lograr una cobertura universal. La crisis financiera y el aumento del precio de los alimentos ponen en peligro los logros obtenidos hasta la fecha.

Se observó que algunas de las actividades propuestas no contribuían al cumplimiento del indicador. Por consiguiente, es necesario fortalecer el proceso de planificación y mejorar la coordinación entre el nivel regional, las representaciones y los homólogos nacionales. Además, es necesario evaluar la pertinencia del vínculo entre los indicadores y promover acciones para movilizar los recursos o inversiones en nutrición. Dado el alcance de este indicador, deberá llevarse a cabo una labor de promoción de la causa y coordinación en los más altos niveles políticos del país. La Alianza Panamericana para la Nutrición y el Desarrollo constituye una oportunidad para avanzar en relación con este RPR.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
9.1.1	Número de países que cuentan con mecanismos institucionalizados de coordinación para promover enfoques y medidas intersectoriales en las esferas de la inocuidad de los alimentos, seguridad alimentaria y nutrición	18	22	SÍ	

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
9.1.2	Número de países que han incluido actividades vinculadas con la nutrición, inocuidad de los alimentos y seguridad alimentaria en sus enfoques sectoriales, documentos de estrategia de lucha contra la pobreza o en las políticas, planes y presupuestos para el desarrollo, con inclusión de un mecanismo de financiamiento para las actividades de nutrición e inocuidad de los alimentos	10	15	NO	*Este indicador fue cambiado en el Plan Estratégico modificado.*

RPR 9.2: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para aumentar su capacidad de evaluar y responder a todas las formas de desnutrición y las enfermedades zoonóticas y no zoonóticas transmitidas por los alimentos, y de promover hábitos alimentarios saludables.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las dos metas de los indicadores.

Cuatro países centroamericanos y Ecuador recibieron cooperación técnica y avanzaron en el examen y la adaptación de las guías y las normas para la puesta en práctica o el fortalecimiento de los programas de fortificación de alimentos. Sin embargo, algunos de los programas no tienen recursos para establecer un sistema nacional de control alimentario y hacer cumplir las normas aplicables a los alimentos fortificados. El personal técnico de los ministerios de salud o de las oficinas de control y reglamentación de los alimentos está motivado para continuar el examen y la adaptación de las guías para el establecimiento de sistemas de reglamentación y vigilancia de los alimentos fortificados y se debe intensificar la labor con objeto de movilizar recursos nacionales a fin de posibilitar el establecimiento de sistemas estatales de control y reglamentación.

Los retos principales fueron la escasez de recursos en los países para aplicar las guías y normas revisadas, la falta de capacidad analítica técnica y operativa de los laboratorios alimentarios, y la falta de recursos financieros a nivel nacional para operar los sistemas de reglamentación y vigilancia de los alimentos fortificados.

Guatemala y Venezuela adaptaron y validaron una serie de tres manuales sobre las cinco claves de la OMS para la inocuidad de los alimentos e incluyeron contenido, así como actividades de enseñanza y aprendizaje, en el programa de estudios de la escuela primaria. Esta experiencia está difundiéndose a otros países de la Región.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
9.2.1.	Número de países que aplican normas y guías sobre nutrición e inocuidad de los alimentos, según los mandatos mundiales y regionales	15	20	SÍ	

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
9.2.2	Número de nuevas normas, pautas, guías, instrumentos y material didáctico, producidos por la Oficina, para la prevención y la atención de enfermedades zoonóticas y no zoonóticas transmitidas por los alimentos	0	1	SÍ	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*

RPR 9.3: Se habrá fortalecido el seguimiento y la vigilancia de las necesidades, así como la evaluación de las respuestas en la esfera de la seguridad alimentaria, la nutrición y las enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación, y se habrá mejorado la capacidad para determinar las mejores opciones en materia de políticas.	**En riesgo**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron dos de las tres metas de los indicadores, entre ellas una que se sobrepasó.

El progreso más importante consistió en el examen, la adaptación y la aplicación de los nuevos patrones de crecimiento, que fueron adoptados por 21 países. Cabe señalar que, aunque el grado de aplicación varía de un país a otro, el progreso fue significativo. En la Región se está trabajando para establecer observatorios de la seguridad alimentaria y sistemas de vigilancia del estado de nutrición de la comunidad, así como para recopilar datos sobre los indicadores antropométricos y la hemoglobina por medio de encuestas demográficas y de salud familiar. Algunos países realizan con cierta regularidad censos de la talla de los niños en edad escolar, en tanto que otros tienen sistemas centinela para vigilar la carencia de yodo. Sin embargo, la frecuencia con la cual se recopila información, el tiempo necesario para analizar los datos y su publicación no son inoportunos para la adopción de decisiones.

Los países producen información científica por medio de diferentes instituciones; sin embargo, la información no se genera anualmente y su difusión y uso en la adopción de decisiones son limitados. Las representaciones cuentan con recursos humanos y financieros limitados para proporcionar cooperación técnica, promover la investigación o mantener un registro actualizado de las investigaciones o las evaluaciones hechas en el país.

Existen mecanismos para continuar el proceso de aplicación de los nuevos patrones de crecimiento y de sistemas nacionales de vigilancia de la nutrición. El interés del personal técnico y los círculos académicos en aplicar los nuevos patrones de crecimiento y generar información sobre la situación nutricional para la adopción de decisiones, así como la labor conjunta de los gobiernos, los bancos, los donantes, los organismos de cooperación bilateral y las ONG para reposicionar la nutrición como elemento esencial del desarrollo, brindan oportunidades para seguir avanzando hacia la consecución del RPR.

Las principales dificultades consistieron en ampliar la aplicación de los nuevos patrones de crecimiento de la OMS y movilizar la voluntad política y la asignación de recursos para establecer sistemas permanentes y sostenibles de vigilancia de la nutrición.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
9.3.1	Número de países que han adoptado y ejecutado las normas de la OMS relativas al crecimiento de los niños	0	10	SÍ	Se sobrepasó la meta: 20 países.
9.3.2	Número de países que tienen datos de vigilancia representativos a nivel nacional acerca de una forma importante de desnutrición	12	15	NO	
9.3.3	Número de países que producen y publican anualmente datos científicos e información para las políticas públicas y los programas acerca de por lo menos uno de los siguientes temas: 1) carencias nutricionales y factores de riesgo en diferentes grupos de la población; 2) factores sociales, económicos y sanitarios determinantes de la inseguridad alimentaria y nutricional; 3) sobrepeso y obesidad en los niños y los adolescentes; 4) eficacia de los programas	11	15	SÍ	*Este indicador fue cambiado en el Plan Estratégico modificado.*

RPR 9.4: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para la elaboración, el fortalecimiento y la ejecución de planes y programas de nutrición encaminados a mejorar la nutrición a lo largo de toda la vida, en situaciones tanto de estabilidad como de emergencia.	**En riesgo**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron cuatro de las cinco metas de los indicadores, entre ellas una que se superó.

Los países avanzaron satisfactoriamente hacia 1) la ejecución de la estrategia general para la alimentación del niño pequeño (siete países); 2) la evaluación y ejecución de nuevos programas de fortificación alimentaria (cinco países); 3) la ejecución de programas o estrategias para la prevención de enfermedades crónicas relacionadas con el régimen alimentario (cinco países); y 4) la incorporación de intervenciones nutricionales en los planes nacionales para el manejo de situaciones de emergencia o desastres (cinco países). Sin embargo, no fue posible incorporar el componente nutricional en el paquete de intervenciones para el manejo de pacientes con la infección por el VIH; por lo tanto, es necesario fortalecer la cooperación técnica con los países a fin de incorporar el componente nutricional en el manejo de estos pacientes.

Las principales dificultades consistieron en la necesidad de movilizar la voluntad política y recursos humanos y financieros para ampliar los programas, mejorar la calidad de los servicios, garantizar el acceso universal y aumentar la cobertura de la atención, y promover o fortalecer la capacidad de gestión del personal sanitario para formular e incorporar intervenciones integradas y promover intervenciones comunitarias. La crisis financiera, el costo de los alimentos y el aumento del número de personas que viven en la pobreza o en la extrema pobreza también plantean retos significativos.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
9.4.1	Número de países que han elaborado programas nacionales para poner en práctica al menos tres de las medidas de alta prioridad recomendadas en la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño	5	12	SÍ	Se sobrepasó la meta: 14 países.
9.4.2	Número de países que han elaborado programas nacionales para ejecutar estrategias de prevención y control de la carencia de micronutrientes	11	16	SÍ	
9.4.3	Número de países que han elaborado programas nacionales para ejecutar estrategias de promoción de prácticas alimentarias saludables a fin de prevenir las enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación	11	16	SÍ	
9.4.4	Número de países que han incorporado los problemas nutricionales en sus programas integrales de respuesta frente a la infección por el VIH/SIDA y otras epidemias	11	14	NO	
9.4.5	Número de países que han reforzado la capacidad nacional de preparación y respuesta para emergencias nutricionales y alimentarias	11	16	SÍ	

RPR 9.5: Se habrán fortalecido los sistemas de vigilancia, prevención y control de las enfermedades zoonóticas y no zoonóticas transmitidas por los alimentos y de la fiebre aftosa y se habrán establecido programas de vigilancia de los peligros alimentarios.	**En riesgo**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron dos de las tres metas de los indicadores.

El progreso fue satisfactorio en el fortalecimiento de la capacidad para la vigilancia epidemiológica integrada, la detección, la investigación y la respuesta en relación con los brotes de enfermedades transmitidas por alimentos. La formación de redes ha sido crucial para el fortalecimiento de la capacidad de los sistemas de vigilancia de la Región. La Red Mundial de la OMS sobre Infecciones de Transmisión Alimentaria y PulseNet también han formado personal técnico sumamente motivado con el trabajo que realiza en sus respectivos países. Todos los países de la Región forman parte de la Red, intercambiando experiencias y realizando un control de calidad externo de los diagnósticos. El trabajo de la Red Mundial de la OMS sobre Infecciones de Transmisión Alimentaria y Pulsenet ha sido decisivo para América Latina y el Caribe, al fortalecer a) la colaboración entre la epidemiología y los laboratorios; b) la ejecución de programas de garantía de la calidad de los diagnósticos; c) la mejora de la interfaz para usar el SIRVETA (Sistema Regional de Información para la Vigilancia de las Enfermedades Transmitidas por Alimentos), que facilita el trabajo al determinar el riesgo atribuible a la fuente alimentaria de casos y brotes de enfermedades transmitidas por alimentos; d) el trabajo de los tres centros de referencia de la Red Mundial de la OMS sobre Infecciones de Transmisión Alimentaria (Instituto Malbrán de Argentina, INCIENSA de Costa Rica y CAREC de Trinidad y Tabago); y e) la participación activa de los países en la vigilancia de las actividades en el campo de la resistencia a los medicamentos antimicrobianos, la carga de morbilidad y

la determinación de la fuente. Se hicieron siete estudios sobre la carga de la gastroenteritis aguda asociada a enfermedades transmitidas por alimentos en seis islas del Caribe de habla inglesa y en Chile (región metropolitana).

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
9.5.1	Número de países que han establecido la colaboración operacional e intersectorial para la vigilancia, la prevención y el control de las enfermedades transmitidas por alimentos	16	22	NO	Cinco de los seis países adicionales alcanzaron la meta.
9.5.2	Número de países que han iniciado o fortalecido programas de vigilancia y control de al menos una enfermedad zoonótica importante transmitida por alimentos	2	7	SÍ	*Este indicador fue cambiado en el Plan Estratégico modificado.*
9.5.3	Número de países sudamericanos que han alcanzado al menos el 75% de los objetivos del plan de erradicación de la fiebre aftosa en el continente	4/11	6/11	SÍ	

RPR 9.6: Cooperación técnica con los comités nacionales del Codex Alimentarius y la Comisión del Codex de América Latina y el Caribe.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las dos metas de los indicadores.

El Programa de Inocuidad de los Alimentos de la OPS ha facilitado una participación más amplia y eficaz en la ejecución del Programa de Trabajo de la Comisión Mixta FAO/OMS del Codex Alimentarius, sus comités y grupos de trabajo por medio del Fondo Fiduciario de la FAO/OMS para el Codex. También se proporcionó apoyo a las actividades de la Comisión del Codex para América Latina y el Caribe. Antes de la 16.ª reunión de esta Comisión, realizada en noviembre del 2008, se organizó un taller de la FAO, la OPS y la OMS sobre el aumento de la capacidad en el campo de la inocuidad de los alimentos.

La inocuidad de los alimentos y las normas alimentarias son fundamentales para la Región. Las normas alimentarias del Codex tienen implicaciones significativas tanto para la salud como para el comercio de alimentos y, por lo tanto, para el desarrollo social y económico. Es importante seguir trabajando para aumentar la participación de los países en el trabajo de la Comisión Mixta FAO/OMS del Codex Alimentarius y en el establecimiento de normas para la inocuidad de los alimentos en general.

La posible reducción de la asistencia de países donantes al Fondo Fiduciario de la OMS/FAO puede haber afectado a la participación de los países en el Codex.

Durante este bienio, el Programa de Inocuidad de los Alimentos de la OPS/OMS hizo frente a varios problemas de salud pública ocasionados por alimentos contaminados que tuvieron repercusiones mundiales o regionales, en el marco del RSI. Todos los países de la región están conectados a la Red Internacional de la FAO/OMS de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos (INFOSAN), que suministra información pertinente para la adopción de decisiones cuando se producen problemas de inocuidad de los alimentos que afectan a la salud pública en el marco del RSI.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
9.6.1	Número de países de América Latina y el Caribe que participan en reuniones pertinentes del Codex	36/36	36/36	SÍ	
9.6.2	Número de países que han establecido sistemas nacionales de inocuidad de los alimentos y de zoonosis transmitidas por los alimentos con vínculos internacionales a sistemas de respuesta a emergencias	18	22	SÍ	*Este indicador fue cambiado en el Plan Estratégico modificado.*

OE 10: Mejorar la organización, gestión y prestación de los servicios de salud	En curso

1. EVALUACIÓN PROGRAMÁTICA

Progreso realizado hacia el logro del objetivo estratégico en el 2013

144. En vista del progreso realizado con respecto a los RPR y el logro de las metas de los indicadores en 2008-2009, este objetivo estratégico está encaminado hacia la consecución de las metas establecidas para el 2013.

Evaluación del bienio 2008-2009

Logros principales durante el bienio

- Aprobación de la resolución del Consejo Directivo CD49.R22, "Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud", en octubre del 2009.
- Difusión de la estrategia de atención primaria de salud (se distribuyeron más de 40.000 copias del documento de posición).
- Desarrollo continuo de aspectos operativos clave de la atención primaria de salud según el plan: redes integradas de servicios de salud; acreditación de proveedores de atención de primer nivel; sistemas de información y gestión de establecimientos y servicios de salud, incluido el sistema de apoyo para las decisiones sobre productividad, eficiencia, recursos y costos de los servicios de salud (PERC); y servicios médicos de urgencia.
- Resultados positivos de la acción interprogramática en las áreas de hospitales seguros, la respuesta a la pandemia de H1N1 y un modelo de servicios farmacéuticos basado en la atención primaria de salud.

Evaluación presupuestaria y movilización de recursos

Programa y Presupuesto aprobado (PP 2008-2009)	Fondos disponibles para el bienio	Fondos disponibles para el bienio como porcentaje del PP 2008-2009	Gasto	Tasa de ejecución (gasto/fondos disponibles)
32.000.000	34.381.872	107%	29.122.178	85%

145. De los fondos disponibles para el bienio, US$ 21,5 millones (63%) provinieron de otras fuentes. Para el Objetivo Estratégico 10 se recibió un financiamiento generoso, oportuno y constante de la OMS, España y Canadá, así como en el marco de un acuerdo bilateral con la AID, que permitió llevar a cabo las actividades y tareas programadas durante el bienio.

146. Los fondos destinados al Objetivo Estratégico 10 abarcaron también actividades de cooperación técnica relacionadas con el Objetivo Estratégico 14 (protección social y financiamiento).

Lecciones aprendidas

- Es imprescindible realizar una labor interprogramática para fortalecer los sistemas de salud sobre la base de las iniciativas de la atención primaria de salud.
- Es necesario forjar alianzas con otras áreas técnicas de la OPS, la Iniciativa Global de la Salud y otros asociados para buscar una sinergia positiva a fin de alcanzar la meta de los sistemas de salud basados en la atención primaria.

2. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

RPR 10.1: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para dar acceso equitativo a servicios de atención de salud de buena calidad, haciendo hincapié en los grupos vulnerables de la población.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzó una de las dos metas de los indicadores.

Los países avanzaron en la formulación de políticas, leyes y planes que incorporan la atención primaria de salud como principio impulsor para mejorar el acceso a los servicios de salud.

Número No	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
10.1.1	Número de países que han ejecutado políticas para aumentar el acceso a servicios de atención básica de salud como resultado de la iniciativa sobre la renovación de la atención primaria de salud de la Oficina	14	18	SÍ	
10.1.2	Número de países que notifican adelantos en sus programas de mejoramiento de la calidad	11	19	NO	El progreso se retrasó debido a la escasez de recursos humanos.

RPR 10.2: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para fortalecer las capacidades de organización y de gestión de las instituciones y las redes de prestación de servicios para mejorar su desempeño.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzó la meta del indicador.

Con la colaboración de la Cooperativa de Hospitales de Antioquia (COHAN) y el sistema de apoyo para las decisiones sobre productividad, eficiencia, recursos y costos de los servicios de salud (PERC), se están difundiendo métodos e instrumentos en toda la Región. Los países siguen expresando interés en el acceso a métodos e instrumentos de gestión de la producción.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
10.2.1	Número de países que han aplicado el método de la OPS para la gestión productiva de los servicios de salud, así como sus herramientas de apoyo	5	14	SÍ	

RPR 10.3: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para crear mecanismos y sistemas reguladores destinados a lograr una colaboración y sinergia entre los sistemas de prestación de servicios sanitarios públicos y privados.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzó la meta del indicador.

Se está ejecutando la hoja de ruta para la cooperación técnica en ocho países.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
10.3.1	Número de países que han adoptado las recomendaciones de políticas de la OPS para integrar la red de prestación de servicios de salud, incluyendo proveedores públicos y no públicos	3	12	SÍ	

RPR 10.4: Las políticas de prestación de servicios y su ejecución en los Estados Miembros reflejan cada vez más el enfoque de atención primaria de salud.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzó la meta del indicador.

Se logró una sinergia positiva con las iniciativas de la GAVI para el fortalecimiento de los sistemas de salud.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
10.4.1	Número de países que notifican avances en la implantación de sistemas sanitarios basados en la atención primaria de salud, de acuerdo con el documento de posición de la OPS/OMS y la Declaración Regional sobre la atención primaria de salud	1	15	SÍ	Se hicieron siete estudios de casos y en seis países se lleva a cabo el programa de la GAVI de fortalecimiento de sistemas sanitarios.

OE 11: Fortalecer el liderazgo, la gobernanza y la evidencia científica de los sistemas de salud	En riesgo

1. EVALUACIÓN PROGRAMÁTICA

Progreso realizado hacia el logro del objetivo estratégico en el 2013

147. En general, la mayoría de los indicadores se cumplieron satisfactoriamente. Los más vulnerables son los relacionados con las investigaciones sanitarias debido a la baja prioridad que se les da en los programas de salud nacionales y a la falta de participación de la comunidad académica. Se reconoce la necesidad de basar las decisiones en evidencia.

Evaluación del bienio 2008-2009

148. Durante el bienio, las contribuciones de la OPS al fortalecimiento de la gobernanza, el liderazgo y la base científica de los sistemas de salud incluyeron la cooperación técnica directa y una mayor utilización del Campus Virtual en la salud pública para fomentar la creación de redes de conocimientos y programas de aprendizaje continuo a distancia. La inauguración del curso en línea sobre las funciones esenciales de salud pública en el 2009, con la participación de 63 participantes de 16 países, es un ejemplo del éxito de la cooperación técnica.

149. La Organización siguió dando seguimiento a la reforma del sector de la salud y ayudó a actualizar 14 perfiles de sistemas de salud de los países. Estos perfiles son útiles para la adopción de decisiones.

150. En el marco del Plan Regional de Acción de la OPS para Fortalecer la Información Sanitaria y las Estadísticas Vitales se evaluaron los sistemas nacionales de información sanitaria de 11 Estados Miembros usando herramientas de la Red de Sanimetría y la iniciativa de gestión de sistemas de información de rutina sobre el desempeño (PRISM). Las evaluaciones se usaron para elaborar planes estratégicos a fin de fortalecer los sistemas nacionales de información sanitaria.

151. Se cumplieron más de 70% de los indicadores con respecto a las metas establecidas para el 2009. Se modificaron los tres indicadores relacionados con la investigación y la transferencia de conocimientos a fin de hacerlos más específicos y cuantificables, y se agregó uno al RPR 11.3 para la medición de los ODM.

Evaluación presupuestaria y movilización de recursos

Programa Aprobado y Presupuesto (PP 2008-2009)	Fondos disponibles para el bienio	Fondos disponibles para el bienio como porcentaje del PP 2008-2009	Gasto	Tasa de ejecución (gasto/fondos disponibles)
35.000.000	31.121.361	89%	30.188.042	97%

152. De los fondos disponibles para el bienio, US$ 13 millones (42%) provinieron de otras fuentes. El financiamiento de la investigación y la gobernanza depende en gran medida de las contribuciones voluntarias de Canadá y España.

Lecciones aprendidas

- Los países tienen que hacer más hincapié en las investigaciones sanitarias y establecer comités de ética nacionales. El fortalecimiento de la sinergia entre los ministerios de salud y la comunidad académica es fundamental para impulsar la agenda de investigaciones sanitarias en la Región.
- Los sistemas de información sanitaria siguen siendo una prioridad importante en la Región. Aunque se ha avanzado en el fortalecimiento de los sistemas de información sanitaria, hay que integrarlos aun más para facilitar la planificación y las decisiones.
- Se necesitan métodos y directrices claros para los análisis de la situación sanitaria a fin de medir las desigualdades y los ODM.

2. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

RPR 11.1: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica con el fin de fortalecer la capacidad de las autoridades sanitarias nacionales para desempeñar su función rectora; mejorar el análisis y la formulación de políticas, la regulación, la planificación estratégica y la ejecución de los cambios en los sistemas de salud; y aumentar la coordinación intersectorial e interinstitucional en los niveles nacional y local.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las cuatro metas de los indicadores.

En general, los cuatro indicadores establecidos para este RPR están cumpliéndose satisfactoriamente. Sin embargo, se siguen modificando y ajustando los indicadores en la medida de lo necesario para permitir la comprobación clara y exacta de los logros, así como los hitos alcanzados.

Los indicadores 11.1.1 y 11.1.2 fueron transferidos al objetivo estratégico 10 en el Plan Estratégico modificado.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
11.1.1	Número de países que han evaluado el desempeño de sus sistemas nacionales de salud medido con un instrumento acordado y ratificado a nivel regional	0	5	SÍ	*Este indicador fue cambiado y transferido al OE 10 en el Plan Estratégico modificado.*

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
11.1.2	Número de países que muestran una mejora en el desempeño de su función rectora medido por la evaluación de las funciones esenciales de salud pública	N/C	8	SÍ	*Este indicador fue cambiado y transferido al OE 10 en el Plan Estratégico modificado.*
11.1.3	Número de países con instituciones reguladoras que producen marcos jurídicos e instrumentos regulatorios	4	8	SÍ	
11.1.4	Número de países que han generado planes sectoriales dotados de recursos, a mediano y largo plazo, o que han definido objetivos sanitarios nacionales	3	5	SÍ	

RPR 11.2: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para mejorar los sistemas de información sanitaria a los niveles regional y nacional.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las tres metas de los indicadores.

En general, se han mantenido los logros. Hay una base de datos básica que se actualiza anualmente a nivel regional. Se están preparando los perfiles de 42 países, que estarán disponibles en formato electrónico e impreso. Se está llevando a cabo el plan de acción para fortalecer las estadísticas vitales y de salud, haciendo hincapié en los datos de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
11.2.1	Número de países que han implantado el proceso de seguimiento y evaluación del desempeño de los sistemas de información sanitaria sobre la base de las normas de la OMS y la OPS y la Red de Métricas de Salud	3	7	SÍ	
11.2.2	Número de países que cuentan con planes dotados de recursos para el fortalecimiento de las estadísticas demográficas y sanitarias, incluida la producción de información y el uso de las clasificaciones internacionales (CIE) conforme a las normas internacionales establecidas por la OPS y la OMS y la Red de Métricas de Salud	3	8	SÍ	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
11.2.3	Número de países que han puesto en práctica la Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud y que producen y publican regularmente los indicadores básicos de salud a nivel subnacional (primer o segundo nivel administrativo)	18	22	SÍ	

RPR 11.3: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica a fin de aumentar el acceso equitativo, la difusión y la utilización de información, conocimientos y evidencias sobre la salud, destinados a la toma de decisiones.	**En riesgo**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron tres de las cinco metas de los indicadores.

Subsiste el interés continuo en actividades de transferencia de conocimientos. Se debe hacer hincapié en la asistencia técnica para fortalecer la capacidad analítica de los países en el campo de los análisis de salud, lo cual no se ha logrado en todos los países de la Región. Persiste la necesidad de métodos y guías para la Sociedad Estadounidense de Ciencias y Tecnología de la Información (ASIS), la medición de desigualdades y los ODM, y para fin de año se prevé contar con protocolos actualizados, procedimientos y procesos para los programas técnicos con la última información basada en evidencia disponible. Se agregó un indicador específico para la medición de los ODM.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
11.3.1	Número de países que utilizan los indicadores básicos estandarizados de salud y otra información estadística disponible	5/33	8/33	SÍ	
11.3.2	Número de países que han mejorado su capacidad de análisis para generar información y conocimientos sobre salud, medida por actualizaciones periódicas de sus perfiles de país	5/33	7/33	SÍ	
11.3.3	Número de países que participan en la Red de Políticas Fundamentadas en Evidencias (EVIPNet)	8	12	NO	Hubo avances constantes en varios países, como Trinidad y Tabago y Paraguay, para poner en práctica la EVIPNet. Se están preparando propuestas para Brasil, Chile, la Oficina de Campo en la Frontera México-Estados Unidos y Costa Rica.
11.3.4	Número de países que tienen una estrategia sectorial de salud pública para la actualización de protocolos, procedimientos y procesos de los programas técnicos con los datos basados en evidencias más recientes	8	15	NO	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
11.3.5	Número de países que tienen acceso a información y conocimientos científicos esenciales, medido por el acceso a la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) a nivel nacional y regional	10	15	SÍ	

RPR 11.4: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para facilitar la generación y transferencia de conocimientos en las áreas prioritarias, incluidas la salud pública y la investigación sobre sistemas de salud, y para velar por que los productos satisfagan las normas éticas de la OMS.	**En riesgo**

Evaluación del RPR: Se alcanzó una de las dos metas de los indicadores.

El trabajo con los indicadores nuevos y con el modelo actualizado de trabajo que estandariza los datos y permite a los países manejar la información que colocan facilitará los avances en relación con este RPR. Los países no hacen mucho hincapié en la investigación, y más alarmante aun es la falta de apoyo para el establecimiento de comités o comisiones de ética.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
11.4.1	Número de países que muestran mejoras en el indicador de conglomerados n.º 10 (investigación en salud pública) de las funciones esenciales de salud pública	0	5	NO	*Este indicador fue cambiado en el Plan Estratégico modificado.* Al menos tres países están trabajando en el análisis y la formulación de políticas sobre investigaciones sanitarias y las prioridades en ese campo.
11.4.2	Número de países de ALC con comisiones nacionales destinadas a vigilar el cumplimiento de las normas éticas en la investigación científica	14/36	20/36	NO	Tres países más notificaron un progreso, con un total de 17.

OE 12: Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias	En curso

1. EVALUACIÓN PROGRAMÁTICA

Progreso realizado hacia el logro del objetivo estratégico en el 2013

153. En vista del progreso con respecto a los RPR y la consecución de las metas de los indicadores en el 2008-2009, este objetivo estratégico está encaminado hacia la consecución de las metas establecidas para el 2013.

Evaluación del bienio 2008-2009

154. Con recursos de la Unión Europea para medicamentos de venta con receta en el Caribe, se alcanzaron metas importantes con respecto a las políticas y los mecanismos regulatorios subregionales en materia de medicamentos de venta con receta.

155. La Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual se trató a fondo en la Región. El Consejo Directivo aprobó una resolución en el 2008 (CD48.R15, "Salud pública, innovación y propiedad intelectual: una perspectiva regional") y se estableció una plataforma regional para poner en práctica la resolución.

156. La Red Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica (PARF) continuó funcionando activamente y entre sus productos se encuentra la validación de una guía para la evaluación de los organismos regulatorios nacionales, a fin de facilitar su vigilancia y evolución en el desempeño de las funciones de reglamentación esenciales.

Evaluación presupuestaria y movilización de recursos

Programa y Presupuesto aprobado (PP 2008-2009)	Fondos disponibles para el bienio	Fondos disponibles para el bienio como porcentaje del PP 2008-2009	Gasto	Tasa de ejecución (gasto/fondos disponibles)
22.000.000	19.180.095	87%	17.215.205	90%

157. De los fondos disponibles, US$ 13,3 millones (69%) provinieron de otras fuentes. Se recibieron importantes contribuciones de la Unión Europea, especialmente para el Caribe, así como de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional, España y la OMS.

Lecciones aprendidas

- La cooperación subregional y entre países que se está proporcionando para apoyar la consecución del objetivo estratégico es fundamental para el éxito. A nivel subregional, el

acceso a medicamentos y tecnologías para la salud es una prioridad. El acceso es un tema al cual se da prioridad en todos los mecanismos de integración subregional, dando lugar a resultados tangibles a nivel subregional.

- Los países de ingreso mediano están enfrentando problemas con la proliferación de tecnologías para la salud en la Región de las Américas, independientemente de su categoría (medicamentos, biotecnología, dispositivos médicos). El enfoque más programático de este asunto en general (a diferencia de un enfoque por categoría de producto) está teniendo un efecto mayor en los resultados de la cooperación técnica de la OPS.
- Se simplificaron los RPR y los indicadores respectivos y se los asignó a temas más específicos. Por ejemplo, el RPR 12.1 corresponde a políticas y normas para los medicamentos de venta con receta y las tecnologías; el RPR 12.2, a la calidad; y el RPR 12.3, a la racionalización. Cada indicador se asignará a los medicamentos de venta con receta y a los productos biológicos o a las tecnologías para la salud. Se espera que en el próximo bienio los países puedan conectarse mejor y de ese modo facilitar el seguimiento y la evaluación.

2. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

RPR 12.1: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para la formulación y el seguimiento de políticas nacionales amplias sobre el acceso, la calidad y el uso racional de los suministros esenciales de salud pública (medicamentos, vacunas, hierbas medicinales, productos sanguíneos, servicios de diagnóstico, dispositivos médicos y tecnologías de salud).	**En riesgo**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron tres de las cuatro metas de los indicadores.

Cabe destacar la complejidad de algunos indicadores, ya que la falta de especificidad puede llevar a pensar que se ha alcanzado la meta cuando de hecho enumeran algunas acciones sobre diferentes temas incluidos en el objetivo estratégico: medicamentos, hierbas medicinales, productos sanguíneos, laboratorios y tecnologías para la salud.

El RPR fue cambiado en el Plan Estratégico modificado: Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para promover y garantizar el acceso equitativo a los productos médicos y las tecnologías para la salud y la innovación tecnológica correspondiente.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
12.1.1	Número de países que han elaborado y llevado a la práctica políticas y reglamentos en materia de productos médicos y tecnologías esenciales	15/36	23/36	SÍ	
12.1.2	Número de países que han concebido o fortalecido sistemas nacionales integrales de adquisiciones y distribución	20/36	21/36	SÍ	*Este indicador fue cambiado en el Plan Estratégico modificado a fin de orientarlo a los productos médicos.*

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
12.1.3	Número de países donde 100% de las donaciones de sangre son voluntarias y no remuneradas	5	8	SÍ	
12.1.4	Número de países que han aumentado el acceso a los suministros esenciales de salud pública (medicamentos, productos sanguíneos, vacunas y tecnologías)	11	20	SÍ	*Este indicador fue cambiado en el Plan Estratégico modificado a fin de orientarlo al acceso.*

RPR 12.2: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para la aplicación de normas, pautas y guías internacionales para la calidad, seguridad, eficacia y costo-efectividad de los suministros esenciales de salud pública.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las dos metas de los indicadores.

Se alcanzó el número de países propuesto en el Plan Estratégico.

Se hicieron cambios en este RPR para facilitar la vinculación de los países y la evaluación de la consecución de los hitos y las metas: "Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para promover y garantizar la calidad, la seguridad y la eficacia de los productos médicos y las tecnologías para la salud", ya que se deja en claro que esta asistencia es para las funciones de reglamentación y control de la calidad.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
12.2.1	Número de países con capacidad integrada de regulación de los productos médicos y tecnologías esenciales, la que se ha establecido mediante la aplicación de la evaluación estándar de la OMS	2	5	SÍ	
12.2.2	Número de países que han adaptado y aplicado las normas, pautas y guías internacionales sobre calidad y seguridad de los productos y las tecnologías esenciales para la salud	3	7	SÍ	

RPR 12.3: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para poner en práctica políticas basadas en evidencias que promuevan el uso científico y costo-efectivo de productos médicos y tecnologías por los trabajadores de salud y los consumidores.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las dos metas de los indicadores.

Con respecto al uso racional y la incorporación de las tecnologías para la salud, hubo grandes avances a nivel regional y subregional que no se reflejan a nivel de país. Como el número de países necesarios para alcanzar las metas era bajo, no hubo ningún problema para cumplir estos dos indicadores.

El RPR fue cambiado en el Plan estratégico modificado de la siguiente manera: "Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para promover y garantizar el uso racional y eficaz de los productos médicos y las tecnologías para la salud que sean costo-efectivos y estén basados en las mejores evidencias disponibles".

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
12.3.1	Número de países que promueven el uso adecuado y costo-efectivo de productos y tecnologías médicos	11/36	16/36	SÍ	*Las metas de este indicador fueron cambiadas en el Plan Estratégico modificado.*
12.3.2	Número de países con una lista nacional de productos y tecnologías médicos esenciales actualizada en los cinco últimos años, y utilizada para las adquisiciones o los reembolsos en el sector público	30	31	SÍ	*Este indicador fue cambiado en el Plan Estratégico modificado.*

OE 13: Asegurar la existencia de un personal de salud disponible, competente, capaz de responder a las necesidades y productivo, con miras a mejorar los resultados sanitarios	En curso

1. EVALUACIÓN PROGRAMÁTICA

Progreso realizado hacia el logro del objetivo estratégico en el 2013

158. En vista del progreso realizado durante el bienio, es sumamente probable que se cumplan los indicadores y las metas del objetivo estratégico en el 2013.

Evaluación del bienio 2008-2009

159. Las metas regionales en materia de recursos humanos han servido de guía e incentivo para la acción, y su medición está promoviendo la formulación y ejecución de planes nacionales de recursos humanos que contribuyen al desarrollo de sistemas de salud basados en la atención primaria de salud. Los países demostraron un gran interés y compromiso con respecto a los cambios en la capacitación y la formación del personal sanitario. Los resultados previstos en lo que se refiere a la migración del personal sanitario son positivos. Este tema se ha incorporado en la programa de trabajo de muchos países, tras suscitar gran interés en el marco del debate sobre el Código de Conducta.

Evaluación presupuestaria y movilización de recursos

Programa y Presupuesto aprobado (PP 2008-2009)	Fondos disponibles para el bienio	Fondos disponibles para el bienio como porcentaje del PP 2008-2009	Gasto	Tasa de ejecución (gasto/fondos disponibles)
23.000.000	14.811.737	64%	13.568.469	92%

160. De los fondos disponibles para el bienio, US$ 6 millones (41%) provinieron de contribuciones voluntarias. El proyecto de recursos humanos depende de contribuciones voluntarias, en particular de Brasil, Canadá y España. Por lo tanto, una eventual reducción de estas contribuciones podría poner en peligro los logros de este bienio. Se recomienda ampliar la búsqueda de donantes para facilitar la cooperación técnica en algunas áreas clave, como el desarrollo del Campus Virtual de Salud Pública y el Programa de Liderazgo en la Salud Internacional.

Lecciones aprendidas

- Es necesario apoyar a los países en la formulación de planes operativos de recursos humanos para la salud a fin de responder a las políticas del sector. Con ese fin se requieren instrumentos más específicos y precisos en áreas tales como la planificación y la determinación de los costos.
- Es necesario fortalecer la coordinación intersectorial en la formulación de planes relativos a los recursos humanos para la salud, especialmente con los sectores de la economía, la educación y la administración pública.

2. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

RPR 13.1: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para elaborar planes, políticas y reglamentos en materia de recursos humanos en los niveles nacional, subregional y regional con el fin de mejorar el desempeño de los sistemas de salud sobre la base de la atención primaria de salud y el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron dos de las cinco metas de los indicadores.

En la zona andina se estableció una línea de base para alcanzar las 20 metas regionales. Siete países de Centroamérica y el Caribe terminaron otra ronda de conjuntos de datos básicos sobre recursos humanos para la salud. Se lanzó la red de Recursos Humanos para los Observatorios de Salud, que vincula a siete países.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
13.1.1	Número de países con planes decenales de acción para el fortalecimiento de la fuerza laboral de salud, que cuentan con una participación activa de los interesados directos y los gobiernos	12	16	NO	Se avanzó pero todavía está pendiente la elaboración de planes de acción a nivel de país. *Este indicador fue cambiado en el Plan Estratégico modificado.*
13.1.2	Número de países que tienen una unidad en el gobierno responsable de la planificación y elaboración de políticas para el desarrollo de los recursos humanos para la salud	4	12	NO	Hay indicios de que se está progresando en el establecimiento de unidades de planificación de salud a fin de incluir los recursos humanos para la salud a nivel de país o territorio. *Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
13.1.3	Número de países que han establecido programas para aumentar la cantidad de recursos humanos para la salud, dando prioridad al fortalecimiento de la atención primaria de salud	7	11	SÍ	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
13.1.4	Número de países con mecanismos de regulación (control de calidad) de la educación en salud y de las profesiones relacionadas con la salud	12	16	NO	El progreso fue limitado. *Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
13.1.5	Número de alianzas estratégicas establecidas por la Oficina para ejecutar el llamado a la Acción de Toronto	2	4	SÍ	*Este indicador fue cambiado en el Plan Estratégico modificado.*

RPR 13.2: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para establecer un conjunto de indicadores básicos y sistemas de información en materia de recursos humanos para la salud a nivel nacional, subregional y regional. — **En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las tres metas de los indicadores.

Varios países establecieron un conjunto de datos básicos y establecieron una línea de base para la información, así como indicadores para dar seguimiento al personal de salud y un manual.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
13.2.1	Número de países que disponen de una base de datos para vigilar la situación y las tendencias de la fuerza laboral de salud, actualizada cada dos años como mínimo	10	18	SÍ	
13.2.2	Número de países que participan en un sistema de indicadores regionales de recursos humanos para la salud (incluidos indicadores de distribución geográfica, emigración, relaciones laborales y tendencias en la formación de profesionales de este campo)	0	10	SÍ	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
13.2.3	Número de países con un grupo nacional participando en la red de Observatorios de Recursos Humanos en Salud	18	29	SÍ	

RPR 13.3: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para formular y aplicar estrategias e incentivos destinados a generar, atraer y retener personal sanitario (con las competencias adecuadas) en función de las necesidades de salud individuales y colectivas, teniendo en cuenta en particular a las poblaciones desatendidas.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzó una de las tres metas de los indicadores.

El logro de este objetivo forma parte de un proceso de negociación complejo y delicado en los países. Los países están avanzando continuamente en el desarrollo de carreras en el campo de la salud y en la creación de incentivos para retener al personal de salud y mejorar su distribución.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
13.3.1	Número de países con políticas de contratación y retención de personal sanitario	6	15	NO	Hubo un retraso en la redacción de políticas en materia de contratación y retención del personal sanitario como consecuencia de la crisis financiera mundial. *Este indicador fue cambiado en el Plan Estratégico modificado*
13.3.2	Número de países que han puesto en práctica sistemas de incentivos y estrategias para lograr la redistribución geográfica de sus trabajadores de la salud hacia zonas subatendidas	4	10	NO	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado*
13.3.3	Número de países que participan en la iniciativa “Carrera Sanitaria para el Personal de Salud”, mediante la incorporación de incentivos concretos para el mejoramiento de las competencias y una distribución justa de la fuerza laboral	4	8	SÍ	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado*

RPR 13.4: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para fortalecer los sistemas y las estrategias de educación a nivel nacional, con miras a desarrollar y mantener las competencias de los trabajadores de la salud centradas en la atención primaria de salud.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron cuatro de las cinco metas de los indicadores.

Este resultado se obtendrá en el marco del progreso en diferentes áreas. Muchos países comenzaron a vincular el servicio y la educación basada en la formación correspondiente del personal sanitario; la educación orientada a la atención primaria de salud está despertando interés a nivel regional, y se han creado programas de educación continua para personal de salud. Los cambios positivos en el Campus Virtual, la educación en el campo de la salud internacional y la formación de líderes en el ámbito de los recursos humanos son estrategias que influirán en la consecución del objetivo.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
13.4.1	Número de países con mecanismos conjuntos de planificación para las instituciones de formación y servicios de salud	4	15	NO	Se han iniciado conversaciones nacionales a nivel de país pero todavía no se han concertado e implementado políticas. *Este indicador fue cambiado en el Plan Estratégico modificado.*
13.4.2	Número de países que informan sobre cambios curriculares en los programas educativos como resultado de haber orientado la educación universitaria y de posgrado a la atención primaria de salud	4	10	SÍ	*Este indicador fue cambiado en el Plan Estratégico modificado.*
13.4.3	Número de países que han establecido sistemas de educación continua para mejorar las competencias del personal de salud	5	10	SÍ	*Este indicador fue cambiado en el Plan Estratégico modificado*
13.4.4	Número de personas que participan en el programa de liderazgo en salud internacional	0	20	SÍ	La cohorte del 2009 tiene más de 30 participantes de más de 20 países. *Este indicador fue cambiado en el Plan Estratégico modificado*
13.4.5	Número de países con participación activa en las estrategias de aprendizaje virtual	7	20	SÍ	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*

RPR 13.5: Se habrá promovido una mayor comprensión y brindado cooperación técnica para encontrar soluciones a la migración internacional de los trabajadores de la salud.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las tres metas de los indicadores.

Se avanzó en el análisis regional de la migración y los países se comprometieron a trabajar con este fin. Se examinó el Código de Conducta para el Personal de Salud Internacional Contratado, que recibió apoyo. Se progresó mucho en los procesos de integración regionales con la acreditación de los diplomas internacionales de profesionales de la salud, lo cual indica una mayor comprensión en la Región de la migración del personal de salud y el posicionamiento para la acción.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
13.5.1	Número de países que analizan y vigilan la dinámica de la migración de los trabajadores de la salud	5	12	SÍ	
13.5.2	Número de países que participan en acuerdos bilaterales o multilaterales que abordan la migración de los trabajadores de la salud	4	10	SÍ	
13.5.3	Número de subregiones que establecen acuerdos formales sobre sistemas que reconocen los títulos avanzados y las certificaciones de las profesiones de salud	1	2	SÍ	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*

OE 14: Extender la protección social mediante una financiación equitativa, suficiente y sostenible	En curso

1. EVALUACIÓN PROGRAMÁTICA

Progreso realizado hacia el logro del objetivo estratégico en el 2013

161. En vista del progreso realizado durante el bienio 2008-2009, se deberían lograr los indicadores y las metas del objetivo estratégico en el 2013.

Evaluación del bienio 2008-2009

162. En 11 Estados Miembros se crearon unidades de economía y financiamiento de la salud en el ministerio de salud. En 15 países hubo un progreso notable en la producción regular de cuentas satélite de salud y de estudios del gasto y el financiamiento nacional en el campo de la salud que contribuyeron al fortalecimiento de la capacidad de los Estados Miembros para mejorar el financiamiento del sistema nacional de salud y los programas de protección social. Se necesitan fondos para fortalecer la cooperación técnica en esas áreas.

163. Hay que seguir tratando de ampliar los objetivos y las metas de protección social y de obtener un financiamiento adecuado y sostenible de la salud pública nacional y de los sistemas de sanidad pública, de acuerdo con el Plan Estratégico.

Evaluación presupuestaria y movilización de recursos

Programa y Presupuesto aprobado (PP 2008-2009)	Fondos disponibles para el bienio	Fondos disponibles para el bienio como porcentaje del PP 2008-2009	Gasto	Tasa de ejecución (gasto/fondos disponibles)
15.000.000	4.866.603	32%	4.576.758	94%

164. De los fondos disponibles, US$ 1,14 millones (23%) provinieron de otras fuentes. Cabe señalar que muchas de las actividades llevadas a cabo en el marco del Objetivo Estratégico 14 se financiaron con fondos correspondientes al Objetivo Estratégico 10.

165. La OPS tiene que movilizar recursos de la OMS y de fuentes externas, aprovechando iniciativas nuevas tales como la Red Interamericana de Protección Social (AID).

Lecciones aprendidas

- A pesar de que el financiamiento de los sistemas nacionales de salud para proporcionar cobertura universal ocupa un lugar prominente en la agenda de política social de varios países de la Región, hay una mayor conciencia de que la recesión económica mundial podría tener

repercusiones negativas en los avances recientes en las inversiones en los sectores sociales, entre ellos la salud. Por consiguiente, es fundamental adoptar medidas a fin de proteger esos avances.

- Es necesario institucionalizar la recopilación de información sobre los gastos y el financiamiento de los sistemas de salud y los sistemas o programas de protección social.
- Es necesario fortalecer la capacidad de los países para analizar las implicaciones fiscales del progreso hacia el logro de sistemas de atención de salud con cobertura universal y la ampliación de la protección social en los programas y planes de salud.

2. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

RPR 14.1: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para desarrollar la capacidad institucional destinada a mejorar el financiamiento del sistema nacional de salud y de protección social en materia de salud.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las cuatro metas de los indicadores.

En 12 países se consolidaron unidades o departamentos de economía de la salud como parte de las divisiones o departamentos de política y planificación de los ministerios de salud. Hubo un gran aumento de la demanda de cooperación técnica en cuestiones relacionadas con el financiamiento sanitario, como la adecuación, sostenibilidad e implicaciones fiscales del acceso y la cobertura universales. Están cobrando impulso las políticas de protección social en los países y se lanzó la Red Interamericana de Protección Social en septiembre del 2009. El Programa Mundial de Alimentos y otros organismos de las Naciones Unidas, así como la OPS, apoyan los componentes nutricionales de los planes de protección social. Se está estableciendo la Red Iberoamericana de Protección Social en Salud, con el Gobierno de Chile en calidad de Secretario. Es sumamente importante aprovechar esta oportunidad para impulsar la protección social en las políticas sanitarias a fin de lograr el seguro médico universal.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
14.1.1	Número de países con planes de desarrollo institucional para mejorar el desempeño de los mecanismos de financiamiento	7	10	SÍ	
14.1.2	Número de países con unidades de análisis de los aspectos económicos, financieros y funcionales del gasto sanitario	10	13	SÍ	*Este indicador pasó al RPR 14.2 en el Plan Estratégico modificado.*
14.1.3	Número de países que han realizado estudios de caracterización de la exclusión social en materia de salud a nivel nacional o subnacional, utilizando la herramienta de autoevaluación de la OPS	11	13	SÍ	*Este indicador se combinó con el 14.1.4 y pasó al RPR 14.4 en el Plan Estratégico modificado.*

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
14.1.4	Número de países que participan en el Observatorio de Políticas de Protección Social en Salud (creado en la 9ª Conferencia Iberoamericana de Ministros de Salud)	0	5	SÍ	Se sobrepasó la meta en 10 países que participan activamente en el Observatorio. *Este indicador se combinó con el 14.1.3 y pasó al RPR 14.4 en el Plan Estratégico modificado.*

RPR 14.2: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para evaluar la capacidad de las familias para costear los gastos de salud mediante el sistema de protección social.	**En riesgo**

Evaluación del RPR: No se alcanzó la meta del indicador.

Se hicieron sólo dos de tres estudios de casos de país sobre gastos catastróficos. La escasez de recursos financieros y de conocimientos técnicos especializados limitaron las actividades de cooperación técnica para evaluar la función de la sanidad pública y los sistemas de protección social en la prevención de los gastos sanitarios catastróficos de las familias.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
14.2.1	Número de estudios terminados sobre los países que aplican el marco de evaluación de la OPS para determinar la capacidad familiar para costear los gastos de salud mediante sistemas de protección social	0	3	NO	Se alcanzaron dos de las tres metas.

RPR 14.3: La información sobre el financiamiento y el gasto sanitario se actualizará periódicamente y se suministrará a los Estados Miembros para la planificación de la protección social.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron cuatro de las cinco metas de los indicadores y una no se evaluó.

No se prevé ningún riesgo que comprometa la consecución de las metas de los bienios futuros.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
14.3.1	Número de países que presentan información actualizada sobre financiamiento y gasto en salud a la Iniciativa Regional de Datos Básicos de la OPS y al anexo estadístico del Informe sobre la salud en el mundo	28/35	31/35	SÍ	
14.3.2	Número de países que han institucionalizado la producción periódica de cuentas de salud/ cuentas nacionales de salud armonizadas con el sistema estadístico de las Naciones Unidas	13	16	NO	Es necesario mejorar la coordinación para institucionalizar mejor el uso de normas estadísticas de las Naciones Unidas.

RPR 14.4: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para apoyar la elaboración de planes de seguro y otros mecanismos destinados a ampliar la protección social en materia de salud.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzó la meta del indicador.

En 10 países (Aruba, Brasil, Chile, Ecuador, Haití, México, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela) se definieron opciones de política para ampliar la cobertura y los programas de seguro médico social basados en los principios y la orientación de la OPS sobre la extensión de la protección social en salud.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
14.4.1	Número de países con planes de seguro y otros mecanismos para ampliar la protección social en materia de salud	8	10	SÍ	

RPR 14.5: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para alinear y armonizar la cooperación internacional en salud.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzó la meta del indicador.

La OSP ha adaptado un conjunto de herramientas para que los equipos de país puedan aumentar la capacidad en estos rubros. La evaluación general de fin del bienio es positiva (seis países, uno más que la meta). Cuantitativamente, el indicador se cumplió, pero desde el punto de vista cualitativo hay que seguir trabajando, especialmente en los países clave, donde los temas de la armonización y la convergencia son más pertinentes.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
14.5.1	Número de países que muestran mejoras en los niveles de armonización y alineación de la cooperación internacional en la esfera de la salud, medidos según normas e instrumentos acordados internacionalmente	3	5	SÍ	

OE 15: Ejercer liderazgo, fortalecer la gobernanza y fomentar las alianzas y la colaboración con los países, el sistema de las Naciones Unidas y otros actores para cumplir el mandato de la OPS/OMS de hacer avanzar el Programa de Acción Sanitaria Mundial, consignado en el Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS, y la Agenda de Salud para las Américas	En curso

1. EVALUACIÓN PROGRAMÁTICA

Progreso realizado hacia el logro del objetivo estratégico en el 2013

166. El desempeño del objetivo estratégico indica que está encaminado hacia la consecución de las metas del 2013.

167. Los líderes del mundo están considerando decisiones a fin de acelerar el progreso hacia la consecución de todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para el 2015 mediante el fortalecimiento del marco multilateral. Esto dará un impulso especial a la OPS/OMS para mejorar el liderazgo y fomentar alianzas con asociados externos, incluidos los organismos de las Naciones Unidas.

168. Las iniciativas relacionadas con la salud patrocinadas por algunos países (Estados Unidos, España y Canadá, entre otros) en diferentes foros internacionales, como el G-8 y el G-20, así como la acción a nivel de país, muestran que la Región está bien posicionada para avanzar con el programa de acción sanitaria a nivel mundial y regional.

Evaluación del bienio 2008-2009

169. Este objetivo estratégico facilita el logro de otros objetivos estratégicos. Abarca tres áreas principales: el liderazgo y la gobernanza, la presencia en el país con fines de cooperación técnica y la relación con el sistema de las Naciones Unidas.

170. Los principales logros de la OSP en relación con este objetivo estratégico fueron los siguientes:

- Sesenta por ciento de las resoluciones de los Cuerpos Directivos de la OPS están orientadas a políticas y estrategias.
- Se ampliaron y se fortalecieron las alianzas con interesados directos externos.
- Se fomentó la participación de la OPS en el proceso de reforma de las Naciones Unidas a nivel regional y de país, y la estrategia de cooperación en los países y la estrategia de cooperación subregional desempeñaron una función mayor en la definición de la cooperación técnica de la OPS.

Evaluación presupuestaria y movilización de recursos

Programa y Presupuesto aprobado (PP 2008-2009)	Fondos disponibles para el bienio	Fondos disponibles para el bienio como porcentaje del PP 2008-2009	Gasto	Tasa de ejecución (gasto/fondos disponibles)
61.210.000	69.676.767	114%	68.088.843	98%

171. La ejecución no llegó al 100% porque algunas actividades programadas para el bienio 2008-2009, financiadas con contribuciones voluntarias, se aplazaron al bienio 2010-2011.

172. Canadá, España y Estados Unidos fueron los principales asociados bilaterales en el financiamiento del plan de trabajo bienal de la OSP. Seguirán apoyando a la OSP durante el bienio 2010-2011, pero es necesario buscar nuevos asociados en vista de los retos persistentes y los nuevos problemas de salud de la Región.

Lecciones aprendidas

- En general, el desempeño de las entidades de la OSP que contribuyen a la consecución de este objetivo estratégico fue bueno en el plano individual. La OSP fomentó el uso de herramientas institucionales para promover el liderazgo en la Organización y mejorar la rendición de cuentas de la Organización a sus Cuerpos Directivos. Tiene que seguir trabajando para simplificar estas herramientas e incorporar las mejores lecciones aprendidas.
- En cuanto a la participación de la OPS en el proceso de reforma de las Naciones Unidas, la OSP tiene que examinar sus procedimientos internos para facilitar la participación de las representaciones a nivel operativo. La OSP participa plenamente en este proceso a nivel mundial y regional, pero a nivel de país tiene que mejorar su presencia institucional.
- En cuanto a la presencia de la OPS en los países, las entidades de la OSP deben reforzar su apoyo a las representaciones en la ejecución de la estrategia de cooperación en los países.
- Con respecto a las estrategias de cooperación subregional, la OSP tiene que analizar el enfoque de la OPS de los nuevos procesos de integración para proporcionar un apoyo técnico eficaz y coherente.

2. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

RPR 15.1: El liderazgo y la dirección eficaces de la Organización se habrán ejercido mediante el mejoramiento de la gobernanza, la coherencia, la rendición de cuentas y la sinergia de la labor de la OPS/OMS para cumplir su mandato de impulsar las agendas de salud a nivel mundial, regional y subregional.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron tres de las cuatro metas de los indicadores.

El personal directivo superior de todas las entidades de la OSP asumió un fuerte compromiso con el logro de este objetivo estratégico. Hay que seguir apoyando al personal superior nombrado recientemente para abordar las metas del 2011.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
15.1.1	Proporción de resoluciones aprobadas por los Cuerpos Directivos de la OPS que se centran en políticas y estrategias	40%	45%	SÍ	Se superaron las expectativas (60%).
15.1.2	Porcentaje de los proyectos de supervisión terminados que evalúan y mejoran los procesos para la gestión y el control de riesgos y la gobernanza	0%	40%	NO	La Oficina de Supervisión Interna planeó 25 proyectos y terminó 22 (88%). Si se hace un desglose de las auditorías internas y las evaluaciones, la Oficina de Supervisión Interna planeó 22 auditorías internas y llevó a cabo 17 (77%), en tanto que planeó tres evaluaciones y realizó cinco (el indicador se cumplió plenamente y, de hecho, se sobrepasó).
15.1.3	Número de entidades de la Oficina que ejecutan iniciativas de liderazgo y de gestión (incluida la coordinación y negociación de cooperación técnica con los socios, promoción de la causa para la misión de la OPS/OMS, elaboración de estrategias de cooperación en los países, planes de trabajo bienales e informes, etc.), a tiempo y dentro del presupuesto	50/81	65/81	SÍ	
15.1.4	Porcentaje de consultas legales solicitadas por los Cuerpos Directivos y los Estados Miembros, examinadas en un plazo de 10 días hábiles	70%	90%	SÍ	

RPR 15.2: Se habrá establecido la presencia efectiva de la OPS/OMS en el país para ejecutar la estrategia de cooperación en los países que esté 1) en concordancia con los programas nacionales de salud y desarrollo de los Estados Miembros y 2) coordinada con el equipo de país de las Naciones Unidas y otros socios en el desarrollo.	**En curso**

Cuota de RPR: Se alcanzaron tres de las cinco metas de los indicadores.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
15.2.1	Número de países que aplican la estrategia de cooperación en los países como base para la definición de la presencia de la Organización en el país, y su Plan de Trabajo Bienal respectivo	20/35	30/35	SÍ	
15.2.2	Número de países donde la estrategia de cooperación en los países se utiliza como una referencia para la armonización de la cooperación en materia de salud con los equipos de coordinación de las Naciones Unidas y otros socios en pro del desarrollo	20/35	30/35	SÍ	
15.2.3	Número de países donde la contribución de la Oficina a los resultados de salud nacionales se examina mediante una evaluación conjunta (Oficina, gobierno y otros interesados directos) del Plan de Trabajo Bienal	10/35	23/35	SÍ	
15.2.4	Número de subregiones que tienen una estrategia de cooperación subregional (ECS)	0/4	1/4	SÍ	Terminada en la subregión andina y en marcha en las demás.
15.2.5	Número de Oficinas de País de la OPS/OMS con infraestructura y apoyo administrativo adecuado (incluido el acatamiento de las normas mínimas de seguridad operacional [MOSS]) para permitir la prestación eficaz de cooperación técnica a nivel de país	20/29	25/29	SÍ	

RPR 15.3: Se habrán establecido mecanismos regionales en materia de salud y desarrollo, entre ellos alianzas en el ámbito de la salud internacional y la labor de promoción, con el fin de proporcionar recursos técnicos y financieros más sostenidos y predecibles para la salud, en apoyo de la Agenda de Salud para las Américas.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las cinco metas de los indicadores.

A pesar de que la obtención de este RPR depende de diversos factores externos, el desempeño de las entidades de la OSP ha sido bueno.

Con respecto al indicador relacionado con el Foro para la Salud Pública en las Américas, y de acuerdo con la recomendación de la Gestión Ejecutiva, se están considerando actividades en el marco del Diálogo de los Asociados para la Salud en las Américas.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
15.3.1	Proporción de acuerdos comerciales (bilaterales y multilaterales) en las Américas que reflejan los intereses de salud pública, según las guías de la OPS/OMS	4%	10%	N/C	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*
15.3.2	Número de países donde la OPS/OMS encabeza alianzas para la salud y el desarrollo (formales e informales) o participa activamente en ellas, en el contexto de las reformas del sistema de las Naciones Unidas	20/33	25/33	SÍ	Los países siguen participando en el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD).
15.3.3	Número de convenios con organizaciones bilaterales y multilaterales y otros socios, entre ellos organismos de las Naciones Unidas, que apoyan la Agenda de Salud para las Américas	0	10	SÍ	Se firmaron acuerdos con la AECID, NORAD, la ACDI, la AID, los CDC y el BID. En el marco del Fondo de España para los ODM, la OSP firmó 12 acuerdos para la ejecución de proyectos a nivel de país.
15.3.4	Proporción de declaraciones de cumbres que reflejan el compromiso de impulsar la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017	N/C	50%	SÍ	

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
15.3.5	Número de países que incorporan recomendaciones de políticas formuladas por el Foro para la Salud Pública en las Américas	0	4	SÍ	
15.3.6	Número de países que solicitan el apoyo de la OPS para la movilización de recursos procedentes de socios externos	10/33	20/33	SÍ	

RPR 15.4: La OPS será la fuente autorizada y la intermediaria en materia de información de salud pública basada en evidencia y conocimientos, suministrando conocimientos esenciales de salud y material de promoción de la causa a los Estados Miembros, a los socios en la esfera de la salud y a otros interesados directos.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las cuatro metas de los indicadores.

Teniendo en cuenta la consecución de las metas de los indicadores del RPR para el 2009, el RPR está encaminado hacia la consecución de las metas para el 2013. La OPS ha progresado mucho y sigue el rumbo previsto para alcanzar su meta de ser una fuente autorizada de información y conocimientos sobre la salud pública para el 2013, armonizando su acción con la OMS y aplicando las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud, buscando una sinergia entre diversas fuentes y sistemas de información, promoviendo la formulación y adopción de políticas (como el acceso abierto) que fomenten el acceso universal y gratuito a contenido de salud pública, y promoviendo el uso de herramientas y comportamientos nuevos, incluidos los medios de comunicación social, herramientas de colaboración en la web y métodos basados en comunidades de práctica.

Este RPR, junto con sus indicadores, fue transferido al objetivo estratégico 11.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
15.4.1	Número de visitas a la página web de la OPS	20 millones	30 millones	SÍ	*Este indicador pasó al OE 11 en el Plan Estratégico modificado.*
15.4.2	Número de países que tienen acceso a información sanitaria basada en evidencias y a material de promoción para el funcionamiento eficaz de los programas de salud, según se refleja en las estrategias de cooperación en los países	8	16	SÍ	*Este indicador pasó al OE 11 en el Plan Estratégico modificado.*

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
15.4.3	Creación de la plataforma de información regional de la OPS, que integrará todos los sistemas técnicos de información sanitaria de la Oficina y la información de los socios relevantes en materia de salud y desarrollo	Datos básicos y MAPIS	Integración de todos los sistemas de información técnica y de cinco socios estratégicos para la salud y el desarrollo	SÍ	*Este indicador pasó al OE 11 en el Plan Estratégico modificado.*
15.4.4	Número de Comunidades de Práctica establecidas y en uso en las entidades de la Oficina	2	10	SÍ	*Este indicador pasó al OE 11 en el Plan Estratégico modificado.*

OE 16: Desarrollar y mantener a la OPS/OMS como una organización flexible y discente, facilitándole los medios necesarios para cumplir su mandato de manera más eficiente y eficaz	En curso

1. EVALUACIÓN PROGRAMÁTICA

Progreso realizado hacia el logro del objetivo estratégico en el 2013

173. En este bienio se cumplieron casi todos los indicadores de los RPR, lo cual constituye un punto de partida excelente para cumplir los indicadores y las metas del objetivo estratégico para el 2013. Aunque todavía quedan muchos retos importantes por delante, como la gestión de riesgos, la gerencia basada en resultados, el sistema de información gerencial, y el análisis y la reconfiguración de procesos institucionales, muchos de los logros de este bienio, como se señala más adelante, están empezando a sentar las bases para la consecución del Objetivo Estratégico 16 en el marco de una ejecución eficaz del Plan Estratégico 2008-2013.

Evaluación del bienio 2008-2009

174. Hubo varios logros importantes en relación con el Objetivo Estratégico 16 en el bienio 2008-2009. Se subrayan los siguientes para mostrar la importancia de estos resultados en la ejecución del Plan Estratégico 2008-2013:

- Aprobación del marco para la gerencia basada en resultados, incluida la plena ejecución de los componentes de la evaluación y el seguimiento de la planificación y el desempeño
- Aprobación por el Consejo Directivo de un aumento de 3,5% en el Programa y Presupuesto 2010-2011
- Implementación oportuna de las IPSAS el 1 de enero del 2010, como uno de los líderes del sistema de Naciones Unidas en esta área
- Dictamen de auditoría sin reservas para el bienio 2006-2007
- Aprobación de los planes de recursos humanos y armonización con el Plan Estratégico
- Introducción de un sistema nuevo y mejor de evaluación del desempeño del personal en el 2010
- Mecanismos del Sistema de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos que reducen el número de casos que son objeto de una apelación formal
- Aplicación de un instrumento para la planificación de los recursos humanos que facilita las decisiones relativas a la dotación de personal gerencial
- Establecimiento y aprobación de un marco para el plan quinquenal de aprendizaje estratégico
- Elaboración de un resumen de todos los mecanismos de contratación y empleo, con una indicación de las prestaciones y las responsabilidades, que está a disposición de toda la Organización
- Actualización del manual electrónico de la OPS/OMS

Evaluación presupuestaria y movilización de recursos

Programa y Presupuesto aprobado (PP 2008-2009)	Fondos disponibles para el bienio	Fondos disponibles para el bienio como porcentaje del PP 2008-2009	Gasto	Tasa de ejecución (gasto/fondos disponibles)
96.577.000	113.132.383	117%	111.225.548	98%

175. El financiamiento para las funciones habilitadoras siguió limitándose a los requisitos operativos mínimos, con un traslado del financiamiento de la Sede a las representaciones.

Lecciones aprendidas

- Se avanzó en la aplicación de la gerencia basada en resultados en la Organización, con el inicio de la ejecución de todos sus componentes, siendo la planificación el que más avanzado está.
- El mayor reto para la consolidación de la gerencia basada en resultados consiste en cambiar la cultura institucional. Todavía hay resistencia al cambio, principalmente debido a las limitaciones de la información y la capacitación, y a la consiguiente falta de comprensión del alcance y la importancia de la gerencia basada en resultados.
- El seguimiento y la evaluación de la planificación y el desempeño, basados en el concepto de una organización matricial, requieren el fortalecimiento del diálogo y la negociación entre los gerentes de entidades y los facilitadores de los objetivos estratégicos, proceso decisivo para consolidar la gerencia basada en resultados.
- La asignación de más recursos a los objetivos estratégicos de acuerdo con la prioridad que se les asigna en el Plan Estratégico es un proceso complejo porque 65% de los fondos del presupuesto ordinario están vinculados a puestos de plazo fijo y la mayoría de las contribuciones voluntarias recibidas por la Organización están destinadas a fines específicos (proyectos) y no pueden ser transferidas entre objetivos estratégicos.
- Es necesario modernizar el sistema de información gerencial de la Organización. El sistema actual es obsoleto y no está integrado. Sería ideal tener un sistema de tipo ERP (planificación de recursos institucionales). Se ha establecido un comité para analizar y formular opciones a fin de modernizar el sistema de información gerencial, que se someterán a la consideración de los Cuerpos Directivos en el 2010.

2. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

RPR 16.1: La Oficina será una institución orientada a la consecución de resultados cuyo trabajo se rige por planes estratégicos y operativos fundamentados en las lecciones aprendidas, que reflejan las necesidades de los países y las subregiones, se formulan conjuntamente en toda la Organización y se utilizan eficazmente para supervisar el desempeño y evaluar los resultados.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las seis metas del indicador.

El progreso logrado durante el bienio en relación con este RPR es satisfactorio y, por consiguiente, se prevé que se obtendrá plenamente al final del período abarcado por el Plan Estratégico. Se prevé que se alcanzarán todas las metas programadas para el 2013 si la Oficina sigue trabajando al mismo ritmo que en el bienio 2008-2009. Se consolidó el proceso de seguimiento y evaluación del desempeño, uno de los pilares de la gerencia basada en resultados, y seguirá fortaleciéndose en los próximos años. Esta tarea pone de relieve un cambio fundamental en el modus operandi de la OSP e implica también un cambio cultural. Los gerentes de entidades de la OSP están reconociendo la utilidad del seguimiento y la evaluación del desempeño, y la Organización Mundial de la Salud considera esta tarea como un modelo que debe repetirse en otras regiones.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
16.1.1	La estrategia de gestión orientada a la consecución de resultados se aplica plenamente	En curso	Aprobada por los Cuerpos Directivos	SÍ	*Este indicador fue cambiado en el Plan Estratégico modificado a fin de reflejar la aprobación por la Gestión Ejecutiva del marco para la gerencia basada en resultados, lo cual se hizo.*
16.1.2	El Plan Estratégico de la Oficina y el Presupuesto por Programas respectivo están orientados a la consecución de resultados, tienen en cuenta la estrategia de cooperación centrada en los países y las lecciones aprendidas, son formulados por todos los niveles de la Organización y aprobados por los Cuerpos Directivos	En curso	Se elaboró el PP 2010-2011 con estas características	SÍ	

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
16.1.3	Porcentaje de avance hacia las metas de reasignación de recursos entre los tres niveles de la OSP para el año 2011, de acuerdo a la Política del Presupuesto Regional por Programas de la OPS	33%	67%	SÍ	
16.1.4	Número de entidades de la Oficina que logran sus resultados previstos y están centradas en los clientes y en el país, según se define en la estrategia de cooperación en los países, medido a través de la evaluación de los planes de trabajo bienales	N/C	20/81	SÍ	Se sobrepasó la meta: 50 entidades.
16.1.5	Para cada bienio, proporción de informes de seguimiento y evaluación sobre los resultados previstos comprendidos en el Plan Estratégico y el Presupuesto por Programas presentados de manera oportuna, luego de ser sometidos a revisión por pares	50%	80%	SÍ	
16.1.6	Proporción de Planes Regionales de Salud Pública elaborados y ejecutados por los Estados Miembros y la Oficina, de acuerdo con las guías establecidas por la OPS	N/C	100%	SÍ	*Este indicador fue suprimido en el Plan Estratégico modificado.*

RPR 16.2: Se habrán fortalecido la vigilancia y la movilización de recursos financieros para velar por la ejecución del Presupuesto por Programas, incluyendo la mejora de las prácticas financieras y la gestión eficiente de los recursos financieros.					**En curso**
Evaluación del RPR: Se alcanzaron las seis metas del indicador.					
N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
16.2.1	Cumplimiento por la Oficina de las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público	Todavía no se han implementado las Normas Contables Internacionales para el Sector Público	Normas Contables Internacionales para el Sector Público aprobadas por los Estados Miembros	SÍ	
16.2.2	Proporción de Objetivos Estratégicos con niveles de gasto que alcanzaron las metas del Presupuesto por Programas	Por decidir a fines del 2007	50%	SÍ	
16.2.3	Proporción de las contribuciones voluntarias “no específicas” (que no están destinadas a un fin determinado) sobre el total de contribuciones voluntarias	5%	10%	SÍ	En el 2008-2009, la OSP movilizó casi US$ 120 millones en concepto de contribuciones voluntarias de asociados externos (sin contar los fondos de la OMS) que usaron el Plan Estratégico de la OPS como marco estratégico y operativo.
16.2.4	Proporción de los fondos provenientes de contribuciones voluntarias a la OPS (específicas y no específicas) que son devueltos a los socios	1%	0,8%	SÍ	
16.2.5	Prácticas financieras correctas, certificadas por una opinión de auditoría “sin reservas”	Dictamen de auditoría sin reservas	Dictamen de auditoría sin reservas	SÍ	
16.2.6	Número de entidades de la OSP que han logrado cubrir el 75% de la brecha de recursos programados en sus planes de trabajo bienales	N/C	20/81	SÍ	Se sobrepasó la meta: 27 entidades de la OSP.

RPR 16.3: Se habrán promovido normas y métodos de recursos humanos para: a) atraer y retener a personas idóneas con las competencias requeridas por los planes de la Organización, b) lograr que el desempeño y la gestión de los recursos humanos sean eficaces y equitativos, c) fomentar el desarrollo del personal, y d) velar por el comportamiento ético.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron cinco de las seis metas de los indicadores.

Entre los logros principales del bienio 2008-2009 cabe señalar los siguientes:

- Concluyó la formulación de la estrategia de recursos humanos, que fue aprobada por la Gestión Ejecutiva.
- Se creó un instrumento para la planificación de los recursos humanos, que se aplicó en las representaciones, los centros y las áreas de la Sede y que permite a la Gestión Ejecutiva y al personal directivo superior tomar decisiones apropiadas con respecto a la dotación de personal durante el ciclo del plan de trabajo bienal.
- El concepto del bienestar del personal figura claramente en la estrategia general de recursos humanos, con los siguientes adelantos principales: establecimiento de un comité para la salud, la seguridad y el bienestar; observación del día del bienestar; y creación de la página web sobre el bienestar.
- Se elaboró el plan quinquenal de aprendizaje estratégico de la Organización, que se está usando como marco para la formulación de los planes de aprendizaje de las oficinas.
- Se preparó la matriz de contratación que resume los diversos mecanismos contractuales y se la distribuyó en toda la Organización.
- Hubo grandes avances en la actualización de la parte del manual electrónico relacionada con los recursos humanos, a fin de aclarar los procesos y procedimientos en el campo de los recursos humanos y así evitar posibles conflictos, apelaciones y quejas.
- Se modificó sustancialmente el marco para el comité de selección.
- Se puso en marcha un sistema nuevo de seguimiento de los recursos humanos, con el cual se presentarán todas las solicitudes de autorización de personal de la OPS y se les dará seguimiento.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
16.3.1	Proporción de entidades de la Oficina con planes de recursos humanos aprobados para un bienio, que se corresponden con la estrategia institucional en materia de recursos humanos	15%	50%	SÍ	
16.3.2	Proporción del personal que ha asumido un nuevo cargo (con una descripción del puesto basada en competencias) o se ha trasladado a otro lugar en un bienio, de acuerdo con la estrategia de recursos humanos	15%	50%	SÍ	

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
16.3.3	Las nuevas contrataciones reflejan las normas de las Naciones Unidas sobre el equilibrio entre los sexos y la representación geográfica	SÍ	SÍ	SÍ	
16.3.4	El sistema de evaluación del desempeño de los recursos humanos es utilizado por todo el personal y está vinculado con los planes de trabajo bienales, el modelo de competencias y los planes de desarrollo del personal	NO	SÍ	NO	Se adquirió y adaptó el nuevo sistema de evaluación del desempeño, que estuvo listo para su implementación en enero del 2010; en el próximo bienio se vinculará al modelo de competencias y al plan de desarrollo del personal.
16.3.5	Menos del uno por ciento de la fuerza laboral ha presentado una queja formal o ha sido objeto de una acción disciplinaria formal	SÍ	SÍ	SÍ	
16.3.6	Número de consultas recibidas por año que plantean inquietudes éticas y reflejan un nivel de concientización más alto con respecto al comportamiento ético	40	80	SÍ	

RPR 16.4: Se habrán adoptado estrategias, normas y métodos de gestión para los sistemas de información que permitan lograr soluciones fiables, seguras y costo-efectivas, a la vez que satisfacen las necesidades en constante cambio de la Oficina.	**En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las tres metas de los indicadores.

En el bienio 2008-2009, la Organización siguió invirtiendo en servicios de buena calidad de apoyo a los usuarios, tiempo productivo y disponibilidad de sistemas, servicios colaborativos, conectividad, telecomunicaciones, cambios y ampliación de sistemas, imagen de escritorio de las estaciones de trabajo, servicios de redes y orientación por expertos en el campo de la tecnología de la información.

Hubo avances en las siguientes áreas:

- Se instaló un sistema telefónico nuevo en la Sede y un servicio de voz sobre internet en ocho representaciones y centros, disminuyendo considerablemente los gastos en llamadas telefónicas de larga distancia en esos países.
- Continuaron las mejoras de los servicios de acceso a distancia a las representaciones y la Sede a efectos de la continuidad de las operaciones, con la conclusión del proyecto de virtualización de servidores y la verificación del acceso directo de todos los países a todas las aplicaciones desde fuera de la oficina.
- Se introdujeron mejoras en el Sistema de Planificación y Evaluación de la Región de las Américas

(AMPES) y en la base de datos del Sistema de Administración de Personal (PAS) en el Área de Gestión de Recursos Humanos.

- Se instaló el programa SharePoint 2007 en la Organización, que mejoró la colaboración y el flujo del trabajo.
- Se formuló un proyecto de estrategia de tecnología de la información para la OPS que se examinará y ultimará en el 2010.

En términos generales, la Organización realizó un progreso satisfactorio, alcanzando todas las metas de los RPR para el bienio 2008-2009. En lo que se refiere a las estrategias eficaces en función de los costos de gestión de la información, se adoptaron normas y prácticas para garantizar el manejo eficaz de los recursos y la continuidad de los servicios de tecnología de la información.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
16.4.1	Proporción de propuestas, proyectos y aplicaciones importantes relacionados con tecnología de la información administrados en forma sistemática mediante procesos de gestión de la cartera	0%	40%	SÍ	
16.4.2	Grado de cumplimiento de las metas de servicio establecidas para los servicios de tecnología de la información	0%	50%	SÍ	
16.4.3	Número de Oficinas de País y Centros Panamericanos que utilizan información consistente y actualizada (casi simultánea) para la gestión	36	36	SÍ	

RPR 16.5: Se habrán fortalecido los servicios de apoyo gerencial y administrativo, incluidas las adquisiciones, para permitir el funcionamiento eficaz y eficiente de la Organización. **En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron las cinco metas de los indicadores.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
16.5.1	Grado de satisfacción de los usuarios con ciertos servicios administrativos y de gestión (entre ellos, seguridad, viajes, transporte, servicios de correo, limpieza y servicios de alimentación) medido mediante encuestas	Bajo (satisfacción inferior al 50%)	Medio (satisfacción del 50% al 75%)	SÍ	
16.5.2	Proporción de procedimientos de trabajo normalizados que utiliza el personal de la Oficina durante emergencias regionales	0%	50%	SÍ	

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
16.5.3	Proporción de los parámetros internos alcanzados o superados por los servicios de traducción	60%	70%	SÍ	
16.5.4	Porcentaje de elaboración y puesta en práctica de un sistema de gestión para medir y vigilar el cumplimiento de las prácticas óptimas de adquisiciones, incluidas la capacitación proyectada, informes estadísticos mejorados, listas de licitadores ampliadas, acuerdos sobre niveles de servicio y mejora de los procedimientos	10%	70%	SÍ	
16.5.5	Porcentaje de solicitudes internas de asesoramiento y servicios legales presentadas en la Oficina y tramitadas en un plazo de 10 días hábiles después de recibidas	70%	90%	SÍ	

RPR 16.6: Se habrá fortalecido la Oficina mediante reformas de desarrollo institucional y se habrá logrado un ambiente físico de trabajo propicio para el bienestar y la seguridad del personal. — **En curso**

Evaluación del RPR: Se alcanzaron tres de las cuatro metas de los indicadores.

Hubo mejoras en el grado de seguridad y protección de todo el personal. La promulgación de la política institucional también fue exitosa. Sin embargo, aunque que en todas las áreas se prevé el éxito en los próximos bienios, la suficiencia del financiamiento podría plantear un problema debido a las limitaciones presupuestarias persistentes.

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
16.6.1	Las políticas institucionales y el desempeño del personal reflejan la adopción de criterios de desarrollo institucional: gestión orientada a la consecución de resultados, intercambio de conocimientos, trabajo en equipos interprogramáticos y la equidad de género y étnica, entre otros	Estudio básico realizado	20% sobre la línea de base	SÍ	

N.º	Indicador	Línea de base 2007	Meta 2009	¿Se alcanzó la meta?	Observaciones sobre el progreso
16.6.2	Proporción de obras aprobadas, de acuerdo con el plan de capital para la infraestructura de la Oficina que concluyen a tiempo	100%	100%	NO	Se concluyeron 25 de los 29 proyectos aprobados en el Plan Maestro de Inversiones de Capital (tasa de ejecución de 88%).
16.6.3	Proporción de instalaciones físicas de la Sede y de los Centros Panamericanos que han ejecutado las políticas y los planes para mejorar la salud y la seguridad del personal en el lugar de trabajo, incluyendo el cumplimiento de las normas mínimas de seguridad operacional (MOSS)	65%	75%	SÍ	
16.6.4	Proporción de entidades regionales y subregionales de la Oficina que mejoran y mantienen su infraestructura física, transporte, equipo de oficina, mobiliario y equipo de informática, de acuerdo con sus planes de trabajo bienales	75%	90%	SÍ	

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- La evaluación de fin del bienio 2008-2009 fue la primera que abarcó un bienio completo en el marco de la gerencia basada en resultados. Tal como se preveía, se aprendieron numerosas lecciones y experiencias para ajustar los ciclos futuros. Es necesario continuar la capacitación sobre la gerencia basada en resultados, el seguimiento y la evaluación de la planificación y el desempeño, y el uso del sistema de información gerencial de la OSP.
- Los instrumentos para el seguimiento y la evaluación de la planificación y el desempeño ayudaron a mejorar el desempeño programático y presupuestario y la movilización de recursos de la Organización en comparación con bienios anteriores.
- El progreso logrado en el bienio 2008-2009 indica que la Organización está bien encaminada hacia la consecución de las metas del Plan Estratégico en el 2013. De los 16 objetivos estratégicos, 12 estaban “en curso” y cuatro “en riesgo”; 67 (76%) de los 88 RPR estaban “en curso” y 21 (24%) “en riesgo”; y se habían alcanzado 275 (85%) de las 324 metas de indicadores de RPR. El seguimiento y la evaluación del desempeño continuos son fundamentales para dirigir las intervenciones a aquellos indicadores de RPR que están a la zaga, en particular los del tipo de “número de países”.
- La ejecución presupuestaria general durante el bienio 2008-2009 fue de 94% (US$ 525 millones de US$ 559 millones). La tasa de ejecución fue de más del 90% en lo que se refiere tanto al presupuesto ordinario como a otras fuentes de financiamiento.
- La Organización movilizó recursos financieros que cubrieron el 81% de la brecha de financiamiento inicial (US$ 281 millones de US$ 347 millones).
- El seguimiento y la evaluación de los objetivos estratégicos, los RPR y las metas de los indicadores se realizaron de forma colectiva, como el proceso de planificación. Eso permitió la interacción y el intercambio de información en todos los niveles de la Organización.
- La mayoría de las metas de indicadores que no se alcanzaron corresponden a la categoría de “número de países”. Eso era previsible, ya que la consecución de esas metas depende del programa de trabajo de cada país, el apoyo político y los problemas que van surgiendo. Es necesario considerar los riesgos y los supuestos y trabajar estrechamente con los Estados Miembros para efectuar las intervenciones necesarias a fin de alcanzar las metas planificadas.
- El método cuantitativo usado para evaluar las metas de los indicadores de los RPR determina si una meta se alcanzó o no. Sin embargo, en el caso de los indicadores del tipo de “número de países”, en algunos casos la meta no se alcanzó debido a un número mínimo de países que no la alcanzaron (por ejemplo, el indicador 1.6.1, “Número de países donde se ha llevado a cabo la evaluación de

la capacidad básica de vigilancia y respuesta, de conformidad con las obligaciones emanadas del Reglamento Sanitario Internacional", no se cumplió porque un país de 35 no alcanzó la meta). Por otro lado, pueden sobrepasarse las metas de los indicadores. En vista de ello, la evaluación cualitativa permite un análisis complementario que refleja el progreso real y orienta la reprogramación de las metas para el próximo bienio.

- Se ha avanzado en la armonización de los recursos programados para el bienio independientemente de la duración del proyecto, dando lugar a una mejor gestión y a la ejecución de fondos de "otras fuentes".
- Es necesario armonizar mejor la movilización y la asignación de recursos con las prioridades programáticas establecidas en el Plan Estratégico.
- La coordinación y la asignación de recursos mejoraron durante el bienio. Sin embargo, hay que seguir fortaleciendo la coordinación interprogramática para garantizar la utilización óptima de los recursos disponibles y una movilización más focalizada de recursos.
- El seguimiento y la evaluación del desempeño del Plan Estratégico requieren un diálogo constante entre todos los niveles de la Organización, en particular en los equipos a cargo de los objetivos estratégicos y con las entidades de país.

- - -