

# II

## ÁREAS DE TRABAJO

*Esta sección contiene, para cada una de las treinta y ocho áreas temáticas de trabajo, los temas y desafíos, los objetivos, las estrategias, los resultados esperados y los indicadores, y es representativa del trabajo en toda la Organización. A pesar de que en los temas y desafíos se señalan los principales problemas que se deben abordar, los objetivos de la OPS y los resultados esperados a escala regional incorporan los compromisos combinados de los Estados Miembros y la Oficina Sanitaria Panamericana (oficinas de país, unidades y centros regionales). Además, los resultados esperados a escala regional proporcionan la base para la determinación de los costos y el cálculo de los recursos necesarios durante el período bienal. Se señalan en forma explícita los indicadores del desempeño y se han agregado los niveles de base y los objetivos como puntos de comparación que permitirán medir los logros en la aplicación del presupuesto por programas.*

## 01. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

### TEMAS Y RETOS

Las enfermedades transmisibles afectan desproporcionadamente a poblaciones pobres y marginadas de los países de América Latina y el Caribe. Si bien es necesario adaptar programas eficaces de cooperación técnica para satisfacer no solo las condiciones financieras, sociales y culturales del país sino también las características específicas de la población más afectada, en general, se utilizan estrategias mundiales para abordar las afecciones más importantes.

El dengue es una enfermedad con gran repercusión epidemiológica, social y económica. Constituye un problema creciente de la salud pública a nivel mundial, en particular en las Américas. En 2004 la Región de las Américas presentó el número más alto de notificaciones de casos a la Organización Mundial de la Salud. En este momento, el dengue es motivo de gran preocupación dada la circulación de los cuatro serotipos del virus del dengue, la falta de una vacuna y de una quimioprofilaxis eficaz y tratamiento específico para la enfermedad. En las resoluciones de la OPS/OMS aprobadas por los Países Miembros, se destacó la importancia de que el tratamiento de esta enfermedad comprenda una estrategia integrada para prevención y control.

La OPS necesita dar carácter prioritario a las “enfermedades desatendidas”. Estas conforman un grupo de enfermedades parasitarias y otras enfermedades infecciosas que, debido a la “tiranía” de los promedios nacionales, permanecen en focos de las poblaciones más pobres. Las enfermedades desatendidas a las cuales les corresponde el carácter prioritario en este bienio son la filariasis linfática, la oncocercosis, la helmintiasis intestinal y la esquistosomiasis. Según los cálculos de la OPS/OMS, 20% a 30% de la población de América Latina padece infección por helmintos intestinales o esquistosomiasis, mientras que las cifras para la helmintiasis intestinal exclusivamente a menudo alcanzan 50% entre los residentes de barrios pobres y hasta 95% en algunas tribus amerindias. Los niños y las embarazadas son particularmente vulnerables a la morbilidad. La esquistosomiasis (*Schistosoma mansoni*) afecta todavía a 8 países de la Región al menos, de los cuales el Brasil tiene la carga más alta con aproximadamente 2,5 millones de personas infectadas y 6 millones vulnerables, según las estimaciones. La filariasis linfática afecta a más de medio millón de personas en la Región con 6 a 8 millones en riesgo (cálculo conservador), principalmente en Haití pero también en Guyana, República Dominicana y el Nordeste del Brasil. La oncocercosis representa un riesgo para cerca de medio millón de personas en la Región. Su foco más problemático abarca una región extensa de las comunidades remotas de amerindios en la frontera del sur de Venezuela y la zona septentrional del Brasil.

Las resoluciones de la OPS/OMS disponen la necesidad de eliminar la oncocercosis y la filariasis linfática como problemas de la salud pública para 2007 y 2010 respectivamente, y el control mejorado de las infecciones geohelmínticas y la esquistosomiasis para 2010. Se han realizado avances constantes hacia el logro de estas metas; sin embargo, los recursos mundiales son escasos, la sostenibilidad de los programas depende de la voluntad política, y se requiere un grado significativo de promoción de la causa. A fin de interrumpir la transmisión de la oncocercosis, la meta es alcanzar una cobertura de tratamiento de 85%, como mínimo, durante un período de 12 a 14 años mientras que, en el caso de la filariasis linfática en los países con endemividad, es fundamental que la cobertura supere 80% durante 5 años para interrumpir la transmisión. En el caso de las infecciones geohelmínticas y la esquistosomiasis, como meta mundial se establece que al menos 75% de los niños en edad escolar que residen en las zonas vulnerables a estas enfermedades necesitan acceso a quimioterapia sistemática para 2010, según se dispuso en la Resolución 54.19 (2001) de la AMS.

Actualmente, la OMS está formulando nuevas estrategias integradas, intersectoriales e interprogramáticas que van más allá del sector de la salud para abordar los factores determinantes ambientales y otros factores de riesgo para las enfermedades desatendidas. A la luz de las sinergias, la eficiencia desde el punto de vista logístico y las probables reducciones de costos que se lograrán con las actividades de prevención y manejo de casos (atención de pacientes), es oportuno utilizar un método integrado para enfermedades múltiples en el tratamiento de estas afecciones. Faltan datos sobre la eficacia en función de los costos y deben formularse para intervenciones en enfermedades únicas y enfermedades múltiples, mediante la prueba de estudios que incorporan análisis de costo y eficacia en función de los costos.

En los 10 últimos años, se han reducido drásticamente las tasas de infestación por *Triatoma infestans*, el vector principal de la enfermedad de Chagas en el Cono Sur. Sin embargo, los países centroamericanos y andinos aún están trabajando en la formulación de iniciativas subregionales para eliminar la transmisión de *Trypanosoma cruzi*. Los servicios de salud deben incorporar la vigilancia de la enfermedad de Chagas y el diagnóstico y el tratamiento de la lepra.

En la última década, 75% de las enfermedades nuevas que han afectado a los seres humanos han sido causadas por agentes patógenos de origen animal o de productos de origen animal. El abordaje intersectorial con la participación del sector de la salud y el agropecuario es muy importante a fin de comprender y actuar eficazmente en la prevención y el control de muchas de las enfermedades zoonóticas que se consideran una amenaza potencial para la salud pública, como la gripe aviar, la EEB y otras enfermedades zoonóticas.

Es necesario adaptar los programas para el control de la fiebre aftosa y las zoonosis al nivel municipal, en conformidad con las políticas de descentralización aprobadas por los países miembros que hacen hincapié en el aumento de la capacidad en comunidades pequeñas. Se requieren esfuerzos especiales para alcanzar las metas de control establecidas en los programas regionales de lucha contra la fiebre aftosa y la rabia. Con respecto a esta última, el programa se centra en los dos países que aún son considerablemente vulnerables a estas enfermedades, Bolivia y Haití, pero el desafío renovado consiste en aplicar estrategias para prevenir la rabia humana transmitida por la fauna salvaje, en particular por murciélagos vampiros. En los dos últimos años, se notificaron varios brotes en América del Sur.

Un mayor grado de investigación permitirá comprender más a fondo los agentes patógenos conocidos y emergentes, la manifestación de enfermedades, sus mecanismos de transmisión, así como establecer maneras adecuadas de prevenir, controlar y tratar las enfermedades transmisibles. Se impone la necesidad de formar a un grupo de ciudadanos, especialmente en los países clave, donde las enfermedades transmisibles tienen una elevada carga de morbilidad.

**META**

Eliminar las enfermedades desatendidas y reducir la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad debidas a enfermedades transmisibles nuevas y emergentes.

**OBJETIVO DE LA OPS**

Ayudar a los países a fortalecer la prevención, el control y, cuando corresponda, la erradicación o la eliminación de las enfermedades transmisibles y lograr el indicador programático clave acordado a nivel mundial.

**ENFOQUES ESTRATÉGICOS**

- Promoción de estrategias basadas en criterios científicos; fortalecimiento de la capacidad para formular estrategias integradas múltiples, interprogramáticas e intersectoriales para la prevención, el control y la eliminación de enfermedades.
- Cooperación con los Estados Miembros para movilizar recursos en pos de la eliminación, prevención y control de las enfermedades seleccionadas e impulso de la cooperación entre los países.
- Alianzas con contrapartes técnicas así como colaboración amplia con proveedores de servicios complementarios como una parte integral de la cooperación técnica en el ámbito de las enfermedades transmisibles, especialmente en los países que se enfrentan a emergencias epidemiológicas o en alto riesgo de exposición a emergencias complejas.
- Formulación de estrategias para la prevención, el control o la eliminación de enfermedades transmisibles con el propósito de fortalecer la infraestructura y los servicios sanitarios nacionales y ampliar su cobertura.
- Adopción e impulso de una estrategia innovadora para compartir información y conocimientos en conformidad con los retos mundiales y regionales actuales y la visión nueva de la OPS en relación con la gestión, divulgación de información e intercambio de conocimientos, al tiempo que se mantienen sistemas y redes existentes para la información y la vigilancia de brotes.
- Vinculación de mecanismos subregionales para las enfermedades transmisibles (por ejemplo, la reunión subregional de las contrapartes técnicas) a las instituciones subregionales existentes como MERCOSUR, OTCA, CARICOM, RESCAD, RISMA, COHEFA, entre otras.

- Definición de los ámbitos más críticos de investigación para mejorar la ejecución de los programas de prevención y control de las enfermedades transmisibles, en colaboración con el Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales de UNICEF, PNUD, el Banco Mundial y la OMS.

**RESULTADOS ESPERADOS****A NIVEL DE TODA LA OPS**

	<b>INDICADORES</b>	<b>NIVELES DE BASE</b>	<b>OBJETIVOS</b>
1. Capacidad aumentada para planificar, aplicar y vigilar los programas para la prevención y el control del dengue especialmente en los países clave	. Número de países que adoptan y que ejecutan una estrategia integrada para la prevención y el control del dengue; con recomendaciones para actividades de promoción de la salud	2	13
	. Número de países donde se realizó una evaluación externa del plan nacional para la prevención y el control del dengue sobre la base de una estrategia integrada, en colaboración con la OPS	3	10
	. Número de países en la Región que han participado en actividades de capacitación para la metodología COMBI (comunicación para el impacto conductual en el ámbito del dengue que procura modificar comportamientos que llevarán a la eliminación de los criaderos de vectores)	17	22
	. Número de países con un plan COMBI	0	8
	. Número de países que han estandarizado el procesamiento de la información epidemiológica para generar datos uniformes sobre la notificación de estadísticas sobre el dengue a DENGUE-NET	4	20
2. Respaldo a los países que aún deben eliminar la filariasis linfática, y la oncocercosis con el propósito de acelerar los esfuerzos hacia el cumplimiento de las metas regionales acordadas	. Número de países vulnerables con programas nacionales para la eliminación de la filariasis linfática que han lanzado el componente total para la administración masiva de medicamentos (AMM) según las normas de la OMS y la cooperación técnica de la OPS	2	4
	. Número de países con programas nacionales para la eliminación de la filariasis linfática que han lanzado un componente integral de morbilidad con cooperación técnica de la OPS	3	4

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de ejercicios finalizados para la Región de validación de herramientas para comprobar la interrupción de la transmisión de la filariasis linfática, patrocinados por la OPS</li> </ul>	0	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de países con oncocercosis endémica que alcanzan las tasas necesarias de cobertura de tratamiento <math>\geq 85\%</math> durante un mínimo de 6 años, a raíz de la cooperación técnica con la OPS y otros socios mundiales</li> </ul>	1	4
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de países que han realizado las evaluaciones externas del programa para eliminar la oncocercosis patrocinadas por la OPS/OMS o conjuntamente</li> </ul>	2	4
3. Se habrán creado condiciones que permitan llevar a cabo estrategias integradas para el tratamiento y la atención de la salud y enfermedades múltiples con el fin de controlar la geohelmintiasis y la esquistosomiasis.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de países que han preparado planes de acción integrados para enfermedades múltiples con el propósito de controlar las infecciones geohelmínticas y la esquistosomiasis con la cooperación técnica de la OPS</li> </ul>	8	10
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de países donde la OPS ha participado en la formulación o el financiamiento de intervenciones piloto integradas para enfermedades múltiples, con el propósito de controlar las infecciones geohelmínticas y la esquistosomiasis</li> </ul>	4	5
4. Se habrán promovido y evaluado actividades para eliminar la lepra como un problema de salud pública, así como la consolidación y sostenibilidad de esas actividades.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de países prioritarios que habrán aplicado la estrategia mundial para la reducción de la carga de morbilidad de la lepra y la sostenibilidad de las actividades para la lucha contra esta enfermedad</li> </ul>	0	6
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de municipios en el Brasil que tienen implantada la logística adecuada para aplicar el tratamiento multimedicamentoso con cobertura del orden del 100%</li> </ul>	3.557	4.028
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de países que contribuyen al programa regional de vigilancia de la lepra</li> </ul>	0	19
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de evaluaciones programáticas externas patrocinadas o copatrocinadas por la OPS en el bienio</li> </ul>		

5. Se habrán ampliado y consolidado las zonas de interrupción de la transmisión de la enfermedad de Chagas por <i>Triatoma infestans</i> , en el Cono Sur, y por <i>Rhodnius prolixus</i> , en Centroamérica, y estarán en pleno funcionamiento las iniciativas de México, los países andinos y la cuenca amazónica, con resultados de control, en cumplimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio 6 y la Meta 8 para reducir la incidencia, prevalencia, la morbilidad y la mortalidad de la enfermedad de Chagas.	. Número de países en los cuales es viable interrumpir la transmisión por <i>Triatoma infestans</i> y se ha logrado	3	5
	. Número de países en los cuales no es viable interrumpir la transmisión por <i>T. infestans</i> pero se ha reducido la transmisión	0	1
	. Número de países en los cuales es viable interrumpir la transmisión por <i>R. prolixus</i> y se ha logrado	1	3
	. Número de países en los cuales no es viable interrumpir la transmisión por <i>R. prolixus</i> y otros vectores pero donde se ha reducido la transmisión	0	2
	. Número de iniciativas subregionales con resultados nacionales de control o vigilancia en ejecución	3	5
6. Se habrán propiciado las condiciones para erradicar la fiebre aftosa, proteger las zonas libres y mantener la Región libre de “enfermedad de la vaca loca” (encefalopatía espongiiforme bovina [EEB]).	. Número de países que registran un aumento de la cobertura y la calidad del tamizaje de los bancos de sangre en relación con la enfermedad de Chagas	15	20
	. Número de países y zonas del Cono Sur y el Brasil (con excepción de la región amazónica) libres de fiebre aftosa	9	11
	. Número de países con sistemas de vigilancia epidemiológica para enfermedad vesicular que se mantendrán en toda la región	35	35
	. América Latina y el Caribe habrán mantenido su situación libre de EEB	33	33
7. Se habrá eliminado prácticamente la rabia humana transmitida por perros; se vigilará epidemiológicamente la rabia selvática; y se habrá apoyado a los países en la puesta en práctica de los programas de control en relación con la tuberculosis bovina y la equinococosis.	. Número de países en los cuales se habrán auditado los programas contra la fiebre aftosa	6	11
	. Reducción del número de países que aún tienen que eliminar la rabia humana transmitida por perros	8	3
	. Número de países en América Latina con sistemas en funcionamiento para la vigilancia de la rabia que presentan informes sistemáticamente a la OPS	18	21

	·	Número de países en América Latina y el Caribe que recibieron la cooperación técnica de la OPS para controlar la tuberculosis bovina y la equinococosis	12	12	
8.	Se habrán suministrado directrices para la prevención y el control de las pestes de leishmaniasis y rickettsiosis.	·	Número de países que recibieron orientación y base técnica para tomar decisiones de política en relación con las pestes de leishmaniasis y rickettsiosis	0	15
9.	Se habrá aplicado conocimiento nuevo para mejorar la eficacia de los programas de enfermedades transmisibles	·	Número de adelantos científicos nuevos, significativos y pertinentes en las ciencias biomédicas, sociales, económicas y de salud pública	0	5
		·	Número de nuevos métodos de intervención mejorados, validados para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento de la rehabilitación, para poblaciones afectadas por las enfermedades infecciosas	0	2
		·	Número de nuevas estrategias y políticas mejoradas, validadas y de uso recomendado	0	1
10.	Se habrá respaldado el fortalecimiento de la capacidad de investigación y su aplicación en los países con endemidad	·	Número de instituciones en países clave con endemidad que cuentan con los medios para proponer y poner en práctica actividades de investigación pertinentes	3	5

**RECURSOS (US\$)**

	<b>Presupuesto ordinario</b>	<b>Otras fuentes</b>	<b>Todos los fondos</b>
2004-2005	18.031.300	13.147.000	31.178.300
2006-2007	16.969.600	16.226.000	33.195.600
<b>De los cuales:</b>			
País	5.405.000	6.344.700	11.749.700
Subregional	1.426.000	580.800	2.006.800
Regional	10.138.600	9.300.500	19.439.100

## **02. INVESTIGACIÓN SOBRE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES**

### **LOS TEMAS Y LAS INTERVENCIONES SELECCIONADAS ANTERIORMENTE EN EL ÁREA DE TRABAJO**

#### **02. INVESTIGACIÓN SOBRE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES (CRD)**

#### **SE HAN CONSOLIDADO CON ÁREA DE TRABAJO 01. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES (CPC)**

**SÍRVASE OBSERVAR QUE AUNQUE ESTA ÁREA DE TRABAJO SE HA CONSOLIDADO EN EL ÁREA DE TRABAJO 01, LA SECUENCIA DE NUMERACIÓN SE HA MANTENIDO PARA LA COMPARABILIDAD.**





### 03. ALERTA Y RESPUESTA ANTE EPIDEMIAS

#### TEMAS Y RETOS

En los 25 últimos años, las enfermedades infecciosas nuevas, emergentes y reemergentes siguen planteando un reto considerable para los servicios de salud pública de la Región de las Américas. Entre varios factores que contribuyen a su aparición se cuentan el comportamiento humano y actividades como la expansión de las fronteras agropecuarias, el aumento de la movilización transfronteriza de las poblaciones y el comercio en productos alimenticios. Algunas infecciones nuevas presentan una distribución geográfica focal, mientras que otras se dispersan ampliamente y, en algunos casos, tienen alcance mundial. Cabe destacar que la mayoría de los agentes patógenos emergentes que afectan al hombre son zoonóticos.

Dos acontecimientos recientes exigen acelerar y mejorar las actividades de cooperación técnica en pos de preparativos, alerta y respuesta a las enfermedades epidemiológicas.

En primer lugar, el Reglamento Sanitario Internacional, aprobado en mayo de 2005, proporciona una herramienta poderosa para armonizar el trabajo en salud pública entre los Estados Miembros, y un marco para la identificación, notificación y respuesta a emergencias de salud pública que son motivo de preocupación internacional.

En segundo lugar, la aparición de una cepa nueva sumamente patógena de influenza aviar que amenaza la salud humana, dada su capacidad de transmitirse entre las personas, sirve de alerta para la aparición de una nueva cepa pandémica. El acceso fácil al transporte intercontinental, las zonas urbanas densamente pobladas, un número cada vez mayor de personas de edad y un aumento de poblaciones inmunodeprimidas y crónicamente enfermas son factores que pueden contribuir a su propagación. Por lo tanto, se impone la necesidad de que los países estén preparados adecuadamente para manejar una emergencia de salud pública provocada por una pandemia de influenza. Hasta la fecha, sólo dos países en nuestra Región han preparado planes para los preparativos ante una pandemia.

Con respecto a otras amenazas para la salud pública, la detección temprana de casos de fiebre amarilla y otras fiebres hemorrágicas es crucial para el control oportuno de brotes y la gestión acertada de la atención de los pacientes. Del mismo modo, la expansión del virus del Nilo Occidental a las subregiones de Centroamérica y el Caribe pone de relieve la importancia de formar la capacidad local para detectar y responder a brotes causados por arbovirus que producen enfermedades neuroinvasoras en los seres humanos. Además, el aumento de la resistencia a los antibióticos entre una variedad de bacterias y una pauta de resistencia en constante cambio son motivo de gran preocupación.

Como resultado de la respuesta a la epidemia del síndrome respiratorio agudo grave (SARS por la sigla en inglés), se identificó una amplia gama de puntos fuertes y débiles en relación con el manejo de emergencias causadas por enfermedades infecciosas epidémicas. Entre los puntos débiles sobresalen una capacidad inadecuada para la investigación epidemiológica, dificultades con el acceso oportuno a pruebas y resultados de laboratorio así como falta de protocolos para el intercambio de datos o información, el control de infecciones y la bioseguridad.

Los principales retos para el bienio son:

- Las perspectivas para controlar una pandemia de influenza son limitadas. A pesar del adelanto logrado en el desarrollo de vacunas, se prevé una escasez de vacuna durante la primera etapa de la pandemia. Los costos elevados y la disponibilidad limitada restringirán el uso de agentes antivíricos. A la luz de esta situación, todos los países necesitan elaborar planes nacionales de preparativos para una pandemia de influenza con el propósito de reducir la repercusión prevista en la población, los servicios de atención de la salud y sus economías. El acopio de vacunas y antivíricos es un componente clave del plan y una dificultad importante que se debe superar.
- Mantenimiento del grado de preparación para una pandemia de influenza como una gran prioridad política nacional: La prioridad de los preparativos para una pandemia de influenza compite con muchos otros problemas actuales de la salud pública. Por consiguiente, la OPS necesita respaldar a los países para la movilización de fondos internos y externos así como de otros recursos.

- Fortalecimiento del grado de preparación y respuesta nacional: Los preparativos son fundamentales para mejorar la seguridad sanitaria. Se impone la necesidad de fortalecer la infraestructura nacional de salud pública para alerta y respuesta, de manera que los países puedan detectar e intervenir en caso de epidemias a nivel local. La adquisición de estas capacidades centrales es un proceso continuo que tal vez requiera la ampliación de la infraestructura existente y que puede ser acelerado mediante el apoyo externo.
- Mantenimiento y fortalecimiento de redes de vigilancia subregionales: Las iniciativas de los países son complementadas por redes de vigilancia subregionales establecidas para prestar apoyo de laboratorio al diagnóstico fiable e intercambio de información como un requisito previo para una respuesta eficaz e inmediata a todo brote. La falta de financiación para las redes de vigilancia subregionales es un obstáculo importante a la operación activa y eficaz.
- Perfeccionamiento de los mecanismos de coordinación internos y externos de la OPS para las actividades regionales de alerta y respuesta.

**META** Contribuir a mejorar el bienestar social y económico de los habitantes de la Región y la seguridad sanitaria mundial mediante medidas para reducir la repercusión de las epidemias de enfermedades transmisibles en la salud.

**OBJETIVO DE LA OPS** Fortalecer la capacidad de los Estados Miembros para detectar, identificar y responder rápidamente a amenazas a todos los niveles de las enfermedades epidemiológicas y emergentes de causa identificada o desconocida, y estar preparados para responder a una pandemia de influenza en los países.

- ENFOQUES ESTRATÉGICOS**
- Respaldo al desarrollo de la capacidad central para la infraestructura nacional en el ámbito de alerta y respuesta ante epidemias en conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional de 2005 y para preparativos en caso de una pandemia de influenza.
  - Fortalecimiento de redes de vigilancia regionales y subregionales para enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, entre estas FluNet y resistencia a antimicrobianos.
  - Instalación de los mecanismos apropiados que permitan coordinar actividades regionales de alerta y respuesta para cumplir el Reglamento Sanitario Internacional revisado.
  - Mantenimiento y expansión del intercambio de información y conocimientos para mantener el interés y el compromiso regional en el ámbito de alerta y respuesta ante epidemias.

<b>RESULTADOS ESPERADOS A NIVEL DE TODA LA OPS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>NIVELES DE BASE</b>	<b>OBJETIVOS</b>
1. Prestación de cooperación técnica que permita fortalecer la capacidad central para detectar enfermedades epidemiológicas y afianzar la preparación para suministrar una respuesta, según se indica en el Reglamento Sanitario Internacional, que comprende: enfermedades neuroinvasoras causadas por arbovirus, fiebres hemorrágicas víricas, SARS, enfermedades respiratorias y otras enfermedades zoonóticas emergentes	• Número de directrices producidas y difundidas (viruela, influenza, SARS, poliomielitis)	2	6
	• Número de evaluaciones en los países de la capacidad central y los planes de acción nacionales	4	23
	• Número de talleres subregionales para la formación de capacidad técnica sobre enfermedades epidemiológicas	5	15

2. Respaldo a los países de América Latina y los miembros de CAREC para elaborar y aplicar planes nacionales de preparativos para una pandemia de influenza (PNPPI).	• Número de países que recibieron cooperación técnica de la OPS para concluir la formulación de los PNPPI	3	24
	• Número de países que han difundido y ejecutado los PNPPI a nivel local	3	24
3. Los países de América Latina y los miembros de CAREC informan a FluNet y envían aislamientos de influenza para su caracterización	• Número de países que vigilan la influenza y notifican los datos a FluNet en conformidad con directrices establecidas	14	20
	• Número de centros nacionales de influenza que envían aislamientos al centro colaborador de la OPS/OMS para caracterización	14	20
4. Se habrán estructurado los sistemas de vigilancia y preparativos para la respuesta a la influenza animal (aves de corral).	• Número de países con planes de prevención de la influenza animal en vigencia	4	10
5. Mantenimiento de asociaciones eficaces mediante redes subregionales activas de alerta y respuesta a enfermedades infecciosas emergentes y movilización de los recursos procedentes para su apoyo	• Número de redes subregionales de alerta y respuesta a enfermedades infecciosas emergentes vigentes establecidas por la OPS	4	4
	• Número de redes con apoyo financiero para la celebración de reuniones anuales y el intercambio de recursos como capacitación, movilización de equipos de investigación, laboratorio	0	4
6. Establecimiento de procedimientos en la OPS para la coordinación procedente de la alerta y respuesta a emergencias de salud pública que son motivo de preocupación regional y gestión de la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional revisado	• Grupo de estudio sobre operaciones de alerta y respuesta ante epidemias con procedimientos y responsabilidades detallados para la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional	0	1
	• Número de países que han recibido cooperación técnica para la aplicación de las capacidades centrales necesarias para observancia del Reglamento Sanitario Internacional	0	34

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de brotes notificados que se comprueba y vigila mediante la colaboración entre los Estados Miembros, el Secretariado Oficina y socios de las redes subregionales para enfermedades infecciosas emergentes</li> </ul>	60%	90%
7. Se habrán promovido y respaldado programas para vigilancia y contención de la resistencia a los medicamentos antimicrobianos y las infecciones nosocomiales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países que tienen planes vigentes para contener la resistencia a los antimicrobianos</li> <li>• Número de países con normas nacionales para el control de las infecciones nosocomiales</li> <li>• Número de estudios sobre el costo de las infecciones nosocomiales</li> <li>• Número de países con al menos dos instituciones de atención de la salud que siguen directrices clínicas definidas para tratamiento con antibióticos</li> </ul>	0 3 13 4	5 8 17 7

### RECURSOS (US\$)

	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Todos los fondos
2004-2005	1.292.000	5.000.000	6.292.000
2006-2007	2.608.900	5.422.000	8.030.900
<b>De los cuales:</b>			
País	1.235.400	1.897.700	3.133.100
Subregional	0	0	0
Regional	1.373.500	3.024.300	4.397.800

## 04. MALARIA

<b>TEMAS Y RETOS</b>	<p>La malaria es endémica en 21 países de la Región. Durante el último decenio, la tasa de notificación alcanzó casi un millón de casos anualmente. La carga socioeconómica de la enfermedad es importante para la población en riesgo, principalmente en el caso de las personas de las comunidades más pobres. Se ha informado resistencia de <i>Plasmodium falciparum</i> a los medicamentos antimaláricos. Por tanto, la Región se enfrenta con la necesidad de fortalecer las capacidades de los países para detectar y vigilar el fenómeno de la resistencia. En países donde se ha interrumpido la transmisión, es necesario mantener la vigilancia para prevenir la reintroducción. Los 21 países con endemidad han adoptado la iniciativa “Hacer retroceder el paludismo”, lanzada en 1998, y están ejecutando la Estrategia Mundial de Lucha contra el Paludismo.</p> <p>Una de las metas de la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas es combatir la malaria, y el decenio 2001-2010 se ha declarado el decenio para Hacer Retroceder el Paludismo en Países en Desarrollo. Si bien el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria ofrece financiamiento a los países que reúnen las condiciones, algunos países necesitan apoyo en la preparación de propuestas para estos recursos. También son necesarias coordinación y cooperación técnica para que los recursos, una vez disponibles, se apliquen eficaz y eficientemente. A fin de lograr mejores avances, se debe determinar también la factibilidad de ampliar el alcance de la Estrategia Mundial de Lucha contra el Paludismo para facilitar sinergias entre el ámbito actual del trabajo y otras intervenciones en curso o planificadas, como el control integrado de vectores (CIV).</p>
<b>META</b>	<p>Para 2010, reducir la carga de la malaria a la mitad y reducirla aún más para 2015 (Objetivo de Desarrollo del Milenio): “Haber detenido y comenzado a revertir, para el año 2015, la incidencia del paludismo”.</p>
<b>OBJETIVO DE LA OPS</b>	<p>Consolidar, fortalecer e intensificar la estrategia de lucha contra la malaria en las Américas, en particular en los 21 países con malaria endémica, y prevenir la reintroducción de la transmisión en los países en los que esta se ha interrumpido.</p>
<b>ENFOQUES ESTRATÉGICOS</b>	<p>Identificar y salvar las brechas en la ejecución actual de programas regionales, subregionales y nacionales.</p> <p>Proporcionar asistencia técnica pertinente a los países con endemidad en el ámbito de mejoramiento de los sistemas de vigilancia y en la vigilancia y la evaluación de programas.</p> <p>Fortalecer los medios para promoción de la causa, movilización de recursos y fortalecimiento de la capacidad en los niveles regional, subregional y nacional del programa de lucha contra la malaria.</p> <p>Optimizar la eficiencia y la eficacia de los programas mediante el enfoque interprogramático.</p>

<b>RESULTADOS ESPERADOS A NIVEL DE TODA LA OPS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>NIVELES DE BASE</b>	<b>OBJETIVOS</b>
1. Se habrá ejecutado y ampliado la estrategia para la prevención y el control de la malaria en los países con endemidad.	. De 21 países con malaria endémica, número que ejecuta todos los componentes de la Estrategia Mundial de Lucha contra el Paludismo dentro del contexto de la iniciativa “Hacer retroceder el paludismo”	17	20
	. Número de países que emprenden actividades conjuntas en áreas de interés epidemiológico común	8	14

	. De 21 países con malaria endémica, número que ha reducido la carga de la malaria 50% o más en comparación con 2000	8	12
	. Número de países con carga alta de malaria por <i>P. falciparum</i> que ejecutan políticas para el tratamiento antimalárico basadas en pruebas de eficacia	6	8
2. Se habrán aplicado el sistema de vigilancia y seguimiento corriente de la malaria y las medidas de control que funcionan en todos los países con malaria endémica.	. Número de países con endemividad que usan indicadores epidemiológicos para el monitoreo y la evaluación de la carga de morbilidad	15	18
	. De los países con transmisión interrumpida de la malaria, número que realiza vigilancia y notificación de información sobre casos importados de malaria	20	24
	. Número de países con endemividad que suministran información anual sobre morbilidad, mortalidad, avances y resultados	18	20
3. Incremento de la promoción de la causa sobre la importancia de la malaria y los esfuerzos para aumentar los recursos para su control.	. Número de países con malaria endémica aptos, con propuestas aprobadas ante el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria	6	8
	. Número de países con endemividad de malaria apoyados por la Red de Vigilancia de la Resistencia a las Drogas Antimaláricas en la Amazonia (RAVREDA/ Iniciativa contra la Malaria en la Amazonia)	8	10
4. Participación incrementada en las actividades intersectoriales	. Número de países con endemividad que realizan labores contra la malaria con otros programas y sectores y junto a estos (por ejemplo, saneamiento del medio ambiente) en las actividades de lucha contra la malaria	8	10

**RECURSOS (US\$)**

	<b>Presupuesto ordinario</b>	<b>Otras fuentes</b>	<b>Todos los fondos</b>
2004-2005	904.700	12.606.000	13.510.700
2006-2007	1.296.500	12.909.000	14.205.500
<b>De los cuales:</b>			
País	119.000	8.668.900	8.787.900
Subregional	0	0	0
Regional	1.177.500	4.240.100	5.417.600



## 05. TUBERCULOSIS

### TEMAS Y RETOS

A pesar de intervenciones conocidas, la tuberculosis persiste como un problema importante de salud pública en la Región, con la notificación de 230.000 casos anualmente. La estrategia de control de la tuberculosis recomendada a nivel internacional, DOTS (tratamiento acortado directamente observado), ha sido implementada exitosamente en varios países de la Región y está en expansión en otros. Sin embargo, es necesario acelerar la expansión para mejorar la cobertura y mejorar la calidad en su aplicación, para incrementar tanto las tasas de detección como de curación. Por otra parte, se requieren esfuerzos especiales a fin de mejorar el acceso de poblaciones desatendidas y difíciles de alcanzar, como los privados de libertad y grupos indígenas.

Dentro del marco ampliado del DOTS existen dos intervenciones que mejoran la calidad de atención y servicios a los pacientes con tuberculosis: 1) La iniciativa PAL (del inglés “*Practical Approach to Lung Health*”) o Abordaje Práctico de Salud Pulmonar que introduce acciones estandarizadas para dar respuesta adecuada y costo-efectiva a la demanda determinada por las enfermedades respiratorias en la atención primaria; contribuyendo a incrementar la detección oportuna y calidad del diagnóstico de la tuberculosis. 2) La iniciativa PPM (del inglés “*Public-Private Mix for DOTS*”) o Combinación Público-Privado diseñada para incorporar a todos los prestadores de salud, públicos y privados, en las políticas de control de la tuberculosis. Ambas iniciativas están empezando a ser implementadas en la Región.

EL Comité “Alto a la tuberculosis” alianza que congrega a socios técnicos y financieros, USAID y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, son los principales socios financieros y técnicos en la Región y se concentran en países prioritarios: países con altas tasas de incidencia y prevalencia de TB y débiles sistema de vigilancia epidemiológica que impide un seguimiento adecuado de la ejecución del DOTS. La movilización social es necesaria para afrontar el problema de la tuberculosis en los países con prevalencia alta. También se requiere apoyo técnico para garantizar el uso eficaz y eficiente de los recursos existentes, y promover el acceso de otros países al apoyo financiero.

La respuesta satisfactoria al control de la enfermedad, a largo plazo, depende del compromiso financiero y político, de mayor acceso a servicios de laboratorio de calidad, de suministros ininterrumpidos de medicamentos, en adherencia del paciente a los períodos prolongados de tratamiento y sistemas eficaces para la notificación y el seguimiento. La ampliación eficaz de DOTS exige una respuesta multisectorial y sostenida a fin de abordar los factores sociales y ambientales que incrementan el riesgo de contraer tuberculosis. Esto requiere la consideración amplia del control de la tuberculosis, como un componente de estrategias internacionales, nacionales y locales para aliviar la pobreza, con debida consideración al derecho de cada paciente con tuberculosis de acceder al diagnóstico y tratamiento (estándares universales de atención).

Mucho más allá de los retos históricos planteados por la tuberculosis, la aparición reciente de la epidemia doble de tuberculosis e infección por el VIH junto con la TB multifarmacorresistencia (TB-MDR) han contribuido a acrecentar la complejidad del control de la tuberculosis necesitándose estrategias inéditas. Para enfrentar el reto de la coinfección TB/VIH, es necesario estrechar la colaboración con los programas de VIH/SIDA. Respecto a la TB-MDR, se propone la expansión de la estrategia DOTS Plus, (estrategia dentro el DOTS, que requiere la organización de los servicios de salud, la aplicación de guías de tratamiento, la compra de medicamentos a precios competitivos bajo el Comité de Luz Verde, monitoreo y evaluación especial de los pacientes, etc). Actualmente, muchos países de la Región están proporcionando tratamiento a los pacientes con TB-MDR, fuera de los preceptos de la estrategia DOTS Plus.

En respuesta a esta carga incrementada, la tuberculosis se destaca en el marco de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, con indicadores específicos referentes a prevalencia, tasas de mortalidad, detección y curación de los enfermos. La medición oportuna hacia el grado de cumplimiento de estos Objetivos de Desarrollo del Milenio amerita de un sistema confiable y preciso

de vigilancia epidemiológica, que ayude a monitorizar desde la OMS/OPS el avance del cumplimiento de estos indicadores.

**META**

Alcanzar en todos los países las metas de control mundiales, consistentes en detectar el 70% de los casos y tratar con éxito el 85%, y sostener ese logro a fin de reducir a la mitad la prevalencia y las tasas de mortalidad asociadas a la tuberculosis para 2015.

**OBJETIVO DE LA OPS**

Introducir y acelerar la expansión sostenible de DOTS, especialmente en las poblaciones desatendidas.

**ENFOQUES ESTRATÉGICOS**

- Vigilancia minuciosa de la cobertura de DOTS en toda la Región con el propósito de facilitar su sostenimiento o expansión
- Promoción de la formación de Alianzas “Alto a la Tuberculosis” en los países y campañas nacionales de movilización social para mantener el compromiso político y obtener recursos financieros.
- Promoción de estrategias innovadoras, como el PAL (enfoque práctico para la salud pulmonar) y la PPM (cooperación entre los sectores público y privado para DOTS) y formulación de políticas y estrategias nuevas para abordar el tema de las coinfecciones de la tuberculosis y la infección por el VIH.
- Expansión de la estrategia DOTS-Plus en ciertos países con tuberculosis multifarmacorresistente.

<b>RESULTADOS ESPERADOS A NIVEL DE TODA LA OPS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>NIVELES DE BASE<sup>1</sup></b>	<b>OBJETIVOS</b>
1. Cobertura de DOTS ampliado y mejoramiento de su calidad de aplicación en toda la Región.	• Porcentaje de población cubierta por DOTS en toda la Región	78%	90%
	• Tasa de detección de casos de tuberculosis	50%	70%
	• Tasa de éxito terapéutico con DOTS.	81%	85%
	• Número de países que implementan PAL	1	6
	• Número de países que implementan PPM	0	8
2. Se habrá aumentado el acceso al tratamiento para las poblaciones desatendidas, y los pacientes con tuberculosis e infección por el VIH y con tuberculosis multidrogoresistente.	• Número de países con planes de acción para poblaciones encarceladas	6	12
	• Número de países con programas activos para privados de libertad	4	10
	• Número de países con planes de acción para pacientes con tuberculosis e infección por el VIH	10	16
	• Número de países con programas activos para pacientes con tuberculosis e infección por el VIH	6	12

<sup>1</sup> Datos referente a resultado 1- indicadores DOTS- al 2003; datos referentes a nuevas iniciativas y resultado 2, al 2005

	• Número de países con planes de acción nacionales para poblaciones indígenas	6	8
	• Número de países con programas activos para poblaciones indígenas.	4	8
	• Número de países que aplican la estrategia DOTS-Plus	10	15
3. Se habrá mejorado la vigilancia y se habrán implantado sistemas de evaluación de programas.	• Proporción de países que presentan informes anuales precisos de vigilancia epidemiológica	90%	98 %
	• Proporción de países que presentan informes de vigilancia en relación con pacientes con infección por el VIH y tuberculosis	10%	40 %
	• Proporción de países que presentan informes financieros con respecto a programas contra la tuberculosis	10%	50 %

### RECURSOS (US\$)

	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Todos los fondos
2004-2005	1.282.400	5.832.000	7.114.400
2006-2007	1.390.100	5.973.000	7.363.100
<b>De los cuales:</b>			
País	442.900	2.987.000	3.429.900
Subregional	0	0	0
Regional	947.200	2.986.000	3.933.200



## 06. INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA

### TEMAS Y RETOS

En la Región de las Américas, la cifra de personas infectadas por el VIH/SIDA supera los dos millones. La propagación de la epidemia está aumentando: casi 290.000 personas contrajeron la infección durante 2004. Cerca de la mitad de estas infecciones son contraídas por jóvenes, la mayoría de ellos de entre 15 y 24 años de edad. Desde el punto de vista geográfico, los países más afectados por la epidemia son los países en Centroamérica, el Caribe angloparlante y la Isla de La Española (República Dominicana y Haití). En toda América Latina y el Caribe se observan diversos perfiles epidemiológicos, pero en la mayoría de los casos se trata de infecciones a raíz de relaciones sexuales sin protección. En varios países, el consumo de drogas inyectables constituye un factor significativo y creciente en la transmisión del VIH. Otras infecciones de transmisión sexual, además de constituir un problema de salud pública *per se*, contribuyen a la transmisión y diseminación adicional del virus.

Mientras que la reducción de nuevas infecciones sigue siendo un componente primordial de los planes y programas nacionales, el acceso incrementado a tratamientos eficaces para reducir la morbilidad y mortalidad, el aumento incesante del número de personas infectadas por el VIH o que tienen SIDA e inquietudes sobre la equidad mundial en materia de salud han creado una demanda de servicios concebidos para satisfacer las necesidades médicas, sociales y económicas de las personas seropositivas, sus familias y prestadores de asistencia. Todos estos servicios configuran el marco del enfoque conocido como “atención integral”. En este marco, el control de las infecciones de transmisión sexual (ITS) se convierte en una estrategia preventiva muy importante para reducir la transmisión del VIH.

Cuando 191 gobiernos adoptaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), en septiembre de 2000, la infección por el VIH/SIDA pasó a ser conocida como un problema específico que requería atención especial a nivel mundial y, en junio de 2001, el Secretario General de las Naciones Unidas convocó a un período extraordinario de sesiones de la Asamblea General a fin de instar a todos los gobiernos a aumentar sus respuestas a la infección por el VIH/SIDA. En septiembre de 2003, se celebró un período de sesiones de seguimiento con el propósito de evaluar los avances en relación con los compromisos expresados en el período extraordinario de sesiones. En una cumbre extraordinaria celebrada en Monterrey, México, en enero de 2004, se puso de manifiesto el compromiso político incrementado en las Américas con el compromiso de los jefes de Estado participantes para que sus países ofrezcan tratamiento universal a todos los necesitados, o tratamiento de al menos 600.000 personas para fines de 2005. Asimismo, la iniciativa “tres millones para 2005” de la OMS ha brindado oportunidades importantes para ofrecer una respuesta más centrada por parte de la OPS y vincular la infección por el VIH/SIDA al fortalecimiento de los sistemas de salud. El aumento en los recursos financieros al alcance de la mayoría de los países mediante el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria e intervenciones satisfactorias para el control de la transmisión del VIH han determinado las condiciones para aumentar rápidamente la atención y el tratamiento integrales, así como para reavivar esfuerzos de prevención primaria en la Región de las Américas.

A pesar de los avances significativos logrados en muchos países, el progreso general para reducir el crecimiento y la repercusión de la infección por el VIH/SIDA no ha sido tan eficaz como se esperaba. Se requieren con urgencia esfuerzos renovados y mejor coordinados, especialmente en las áreas de esfuerzos sostenidos de prevención, reducción de prácticas discriminatorias y mayor acceso a atención, apoyo y tratamiento integrales.

### META

Para 2015, reducir a la mitad y comenzar a revertir la propagación de la infección por el VIH/SIDA.

### OBJETIVO DE LA OPS

Mejorar y ampliar la capacidad técnica y de gestión nacional e interpaíses para prevenir y controlar la infección por el VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual.

### ENFOQUES ESTRATÉGICOS

- Apoyo a la formulación de planes estratégicos y sectoriales, así como a iniciativas extrapresupuestarias para la prevención y control del VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual, a los niveles regional, subregional, de país, interpaíses y local.

- Hincapié especial en grupos más vulnerables.
- Trabajo con socios e interesados directos, como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y el Plan de Urgencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR) en áreas de atención y tratamiento; promoción de métodos y herramientas perfeccionados y simplificados que se aplican a nivel de la comunidad de una manera descentralizada; uso de servicios para infecciones de transmisión sexual como puntos de ingreso para la infección por el VIH/SIDA; integración del tamizaje para sífilis materna dentro de programas de prevención de la transmisión maternoinfantil, como un primer paso hacia la eliminación de la sífilis congénita; intento por afianzar la calidad de los programas de capacitación para la prestación de tratamiento con antirretrovíricos, la acreditación de instituciones de formación y el suministro continuo de recursos humanos bien formados a todos los niveles.
- Trabajo con socios para reducir los precios de medicamentos de segunda línea mediante el uso de mecanismos económicos como el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública.
- Respaldo a la ejecución del Plan de Vigilancia de Segunda Generación para la infección por el VIH/SIDA en Centroamérica mediante la capacitación y la cooperación técnica, en colaboración con otros socios, como el Banco Mundial, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.
- Suministro de orientación técnica de alta calidad, mediante la tarea del Comité Asesor Técnico (CAT), fundado en 2005, a programas nacionales de control de la infección por el VIH/SIDA y a centros de enlace de la OPS a nivel de país; apoyo a las tareas para la movilización de recursos para programas de control de la infección por el VIH/SIDA en los países.

<b>RESULTADOS ESPERADOS A NIVEL DE TODA LA OPS</b>		<b>INDICADORES</b>	<b>NIVELES DE BASE</b>	<b>OBJETIVOS</b>
1. Liderazgo visible y compromiso con la acción urgente para lograr la meta de acceso universal a tratamiento con antirretrovíricos a niveles nacional y regional.	•	Número de países que cuentan con legislación o políticas que se han formulado con el apoyo de la OPS para reducir el estigma y la discriminación contra personas seropositivas	10	25
	•	Número de países asistidos por la OPS para ejecutar estrategias de comunicación innovadoras en relación con la infección por el VIH/SIDA	20	30
	•	Número de países que han integrado, con el apoyo de la OPS, el enfoque de género en programas contra la infección por el VIH/SIDA	5	15
	•	Número de consultas con las Naciones Unidas, socios del desarrollo y otros cuerpos regionales en los cuales la OPS dirige las deliberaciones sobre atención y tratamiento integrales de la infección por el VIH/SIDA	5	10

2. Se habrá respaldado el fortalecimiento de sistemas y servicios de salud, como la adaptación y aplicación de herramientas apropiadas.	. Número de países asistidos por la OPS para instrumentar planes de expansión operativa	15	25
	. Número de países que recibieron asistencia de la OPS para integrar la atención y el tratamiento en servicios de atención primaria y otros servicios de salud, como servicios prenatales, salud maternoinfantil, tuberculosis, etc	15	25
	. Número de países que formulan o actualizan planes de atención y tratamiento integrales usando directrices elaboradas, traducidas o adaptadas por la OPS	15	30
	. Número de países que aplican modelos de puntos de ingreso no tradicionales creados en colaboración con la OPS	2	10
	. Numero de países que adoptaron o adaptaron directrices, protocolos y recomendaciones sobre intervenciones de atención y sistemas de tratamiento formulados o facilitados por la OPS	20	30
	. Número de centros de formación en la Región que recibieron asistencia técnica para instrumentar sistemas estandarizados de formación en apoyo de la atención y el tratamiento	5	10
	. Número de laboratorios con asistencia de la OPS para ampliar el tratamiento y vigilar los resultados del paciente	3	6
	. Número de estudios de investigación en curso para propiciar las intervenciones basadas en pruebas científicas en la prestación de la atención de salud	2	5
3. Se habrá apoyado el suministro eficaz y fiable de medicamentos y otros productos básicos en relación con la infección por el VIH.	. Número de países que con el respaldo de la OPS cuentan con políticas actualizadas para suministrar acceso universal a medicamentos para la infección por el VIH/SIDA	5	20
	. Número de países que aplican normas de la OPS/OMS en prácticas óptimas de adquisición, almacenamiento y distribución	3	15

4. Se habrá apoyado la prevención del VIH transmitido sexualmente, con énfasis en grupos vulnerables, y se habrá fortalecido la prevención de infecciones de transmisión sexual, entre ellas la sífilis congénita.	. Número de modelos nuevos de prevención para grupos vulnerables que se formularon y probaron en países con el apoyo de la OPS.	3	5
	. Número de países formados en modelos nuevos de prevención para grupos vulnerables	6	18
	. Número de países que instrumentan modelos nuevos para la prevención del VIH transmitido sexualmente e ITS con el apoyo de la OPS	6	18
	. Número de países que ponen en marcha, con el apoyo de la OPS, planes de adiestramiento que aumentan la capacidad de los equipos de salud para llevar a cabo actividades de prevención	2	8
	. Número de países que han eliminado la sífilis congénita con el apoyo de la OPS	5	20
	. Número de países con políticas y programas actualizados que vinculan actividades de prevención a la atención y el tratamiento	5	15
5. Se habrá suministrado apoyo a la producción de información estratégica y la difusión de las enseñanzas extraídas.	. Número de países e instituciones que hayan fortalecido sus sistemas de vigilancia con el apoyo de la OPS	8	16
	. Número de países que, con el apoyo de la OPS, hayan actualizado sus sistemas de información sanitaria para reflejar la prevalencia de la infección por el VIH/SIDA, y las necesidades en materia de tratamiento con antirretrovíricos	3	10
	. Número de países apoyados por la OPS para aumentar la capacidad nacional en la producción de información estratégica	8	16



**RECURSOS (US\$)**

	<b>Presupuesto ordinario</b>	<b>Otras fuentes</b>	<b>Todos los fondos</b>
2004-2005	2.041.200	29.923.000	31.964.200
2006-2007	2.081.800	35.663.000	37.744.800
<b>De los cuales:</b>			
País	366.500	20.000.000	20.366.500
Subregional	0	663.000	663.000
Regional	1.715.300	15.000.000	16.715.300

## 07. VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y GESTIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

### TEMAS Y RETOS

Las enfermedades no transmisibles (ENT) representan casi 50% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad perdidos (AVAD) en los países de América Latina y el Caribe. De casi tres millones de defunciones que ocurren anualmente en la Región, 1,7 millones se deben a enfermedades no transmisibles. Cerca de 45% de estas defunciones son causadas por enfermedades cardiovasculares, principalmente la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular. El cáncer representa 20% de la mortalidad, en la mayoría de los casos cáncer del estómago y pulmón; pero la incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino se encuentran entre las más altas del mundo. La incidencia del cáncer de mama sigue en alza en casi todos los países y, en muchos, sobrepasa al cáncer cervicouterino. Si bien la diabetes causa oficialmente sólo 5% de las defunciones, se trata de una afección subnotificada dado que la causa de muerte registrada en general es una de sus complicaciones, como la enfermedad cardiovascular y la nefropatía. Cabe destacar que las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de mortalidad prematura entre las mujeres en la Región.

A pesar del grado de la carga de las ENT, la infraestructura de salud pública de la Región es más propicia para las enfermedades infecciosas y la salud reproductiva. Los programas satisfactorios para ENT requieren un enfoque intersectorial y modificaciones importantes al sistema de atención de la salud. Desde el nivel nacional al mundial, los recursos para las ENT son limitados a todos los niveles. El desafío es elaborar programas sostenibles con una base de población que extienda las prestaciones a las poblaciones vulnerables.

En varios países desarrollados, los programas integrados para enfermedades no transmisibles, en especial las enfermedades cardiovasculares, han demostrado eficacia. Se están adaptando modelos a nuestra Región pero, a fin de garantizar la eficacia, se requiere la evaluación cuidadosa de su ejecución. De otro modo, los países gastan sus escasos recursos en iniciativas de eficacia y efectividad indeterminadas.

Por otra parte, es importante fortalecer la función reglamentaria del Estado dado que las acciones a nivel de política afectan a un segmento más amplio de la población y tienden a ser más eficaces cuando se combinan con acciones individuales de los servicios de salud.

La OPS ha patrocinado la red CARMEN para compartir información sobre prevención y control integrado de las ENT, la cual promueve la acción a tres niveles: política, comunidad y servicios de salud. No obstante, un obstáculo considerable a la formulación del programa es que muchos países aún no cuentan con información básica sobre la carga de las ENT y sus condiciones de riesgo; por otra parte, los métodos tradicionales de recopilación de datos para estadísticas sanitarias no son apropiados para evaluar la magnitud de las ENT. Se requieren nuevos sistemas de vigilancia así como el análisis sistemático de sus datos para la toma de decisiones, la programación y la evaluación.

A nivel de los servicios de salud, las enfermedades crónicas exigen un enfoque muy diferente al de las enfermedades agudas que pueden resolverse con contactos limitados con el sistema de atención de salud. Con el propósito de abordar este problema, se ha evaluado un modelo inédito para la atención de las afecciones crónicas, lo cual ha dado lugar a atención mejorada de las personas diabéticas a un costo marginal muy bajo. El modelo se basa en la participación plena y el empoderamiento de las personas enfermas. Al mismo tiempo, la asistencia se brinda en equipo, en el cual la intervención médica es sólo uno de los componentes.

La cooperación técnica forjará la capacidad de salud pública para formular las diversas facetas de programas integrados para la prevención y el control de las ENT.

### META

Reducir la carga de mortalidad y morbilidad prematuras relacionada con las enfermedades crónicas no transmisibles

### OBJETIVO DE LA OPS

Los países habrán desarrollado un enfoque de salud pública para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y, sobre la base de información sanitaria pertinente, habrán determinado unos resultados alcanzables que conducen a la reducción de la carga de morbilidad por estas.

**ENFOQUES  
ESTRATÉGICOS**

- Fortalecimiento de redes, por ejemplo, CARMEN, dentro de los países y entre estos y promoción del diálogo y la divulgación de las prácticas óptimas entre los interesados directos, con la participación de las dependencias gubernamentales, las instituciones académicas, las organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil en estrategias para la prevención y el control de las ENT.
- Formulación de enfoques metodológicos para la evaluación de nuevas intervenciones y tecnologías, especialmente programas para enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer, con el propósito de evaluar su eficacia en función de los costos en contextos distintos.
- Suministro de métodos, herramientas y asistencia técnica a los Estados Miembros para fortalecer sistemas locales de vigilancia en relación con la carga de las ENT y las condiciones de riesgo; respaldo al uso de datos de vigilancia para la programación de salud pública y la formulación de políticas.
- Formación de capacidad nacional para poner en práctica programas integrados de prevención y control con un enfoque de salud pública en todos los niveles; prestación de apoyo y asistencia técnica a los Estados Miembros a fin de instrumentar modelos de gestión en virtud de la población en entornos de atención primaria de salud para la detección y el control de diabetes, hipertensión arterial, cáncer cervicouterino y otras enfermedades crónicas.
- Vinculación de iniciativas técnicas, llevadas a cabo a nivel subregional, con instituciones subregionales existentes para proporcionar sostenibilidad.
- Formulación de mecanismos nuevos para gestión de conocimientos y difusión de información mediante el uso de tecnología de la información y cooperación entre países e incluida la participación de centros colaboradores; establecimiento de alianzas estratégicas para la movilización de recursos y asistencia con las actividades de cooperación técnica.

<b>RESULTADOS ESPERADOS A NIVEL DE TODA LA OPS</b>		<b>INDICADORES</b>	<b>NIVELES DE BASE</b>	<b>OBJETIVOS</b>
1.	Se habrán proporcionado orientación y estrategias eficaces para programas integrados de prevención de las ENT, en el marco de la red CARMEN.	• Número de países que cuentan con un plan de acción aprobado para la prevención y el control integrados de las ENT	12	22
		• Número de países que ejecutan planes de acción	12	18
		• Número de países que han establecido programas de capacitación sobre prevención y control de las ENT (por ejemplo, escuelas para CARMEN)	1	11
2.	Se habrán evaluado intervenciones y programas para prevención, detección temprana y tratamiento integrados de las ENT.	• Número de países que crean un sitio de demostración para la prevención integrada de las ENT	0	5
		• Número de países que formulan reglamentos y políticas para la prevención integrada de las ENT	0	3

3.	Se habrán establecido sistemas locales de vigilancia para las ENT y las condiciones de riesgo, con especial hincapié en comportamientos.	• Número de países que publicaron datos periódicos sobre la prevalencia de las ENT y sus factores de riesgo	4	8
		• Número de países con sistemas de información para vigilar las ENT, sus factores de riesgo y los servicios de salud	4	8
4.	Se habrán aplicado modelos de gestión basados en la población dentro de la atención primaria de salud, para la detección y el control de las afecciones crónicas en sitios de demostración, con énfasis particular en diabetes, hipertensión, cáncer cervicouterino y otros tipos de cáncer que constituyen la principal carga en la Región, como cáncer de mama, pulmón, colorrectal, de estómago y de próstata.	• Número de países con sitios de demostración que formulan un plan para mejorar la calidad de la atención en relación con la diabetes, la hipertensión, el cáncer cervicouterino y otros tipos de cáncer que constituyen la principal carga en la Región, como cáncer de mama, pulmón, colorrectal, de estómago y de próstata.	1	4
		• Número de sitios de demostración que hayan difundido los resultados de la evaluación de la calidad de la atención con la aplicación del modelo de atención crónica	1	4
5.	Se habrá incrementado la promoción de la causa para la inversión de los países en prevención y control de las ENT, y se habrán movilizado recursos en respaldo de la formulación y evaluación de programas y planes para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles.	• Porcentaje de países con un rubro presupuestario para prevención y control de las ENT en sus presupuestos sanitarios nacionales	30%	60%
6.	Se habrá promovido el fortalecimiento de los aspectos normativos y operativos para los programas de salud ocular en el marco del desarrollo de los servicios sanitarios.	• Número de países que hayan formulado normas y políticas para la salud ocular en virtud del conocimiento generado en encuestas rápidas	0	2
		• Número de países que hayan iniciado, fortalecido o revisado programas para la prestación de servicios oftalmológicos	1	4

**RECURSOS (US\$)**

	<b>Presupuesto ordinario</b>	<b>Otras fuentes</b>	<b>Todos los fondos</b>
2004-2005	4.643.700	5.104.000	9.747.700
2006-2007	5.351.200	5.217.000	10.568.200
<b>De los cuales:</b>			
País	2.772.000	1.282.000	4.054.000
Subregional	374.600	2.091.600	2.466.200
Regional	2.204.600	1.843.400	4.048.000

## 08. PROMOCIÓN DE LA SALUD

### TEMAS Y RETOS

La promoción de la salud es una función esencial de salud pública; no obstante, la mayoría de los países de la Región informan un desempeño deficiente en esta área y en la participación social, las cuales son particularmente importantes para lograr avances en relación con la Declaración de Desarrollo del Milenio. Los países reafirmaron su compromiso a la estrategia durante la reunión de Promoción de la Salud llevada a cabo en México en el 2000 y recientemente en Bangkok (2005).

Si se desea mejorar la capacidad y el desempeño en la promoción de la salud es preciso facultar a los individuos y las comunidades para que ejerzan un mayor control de los factores que determinan las desigualdades sociales y sanitarias y lograr la participación de todos los sectores de la sociedad con el propósito de establecer políticas públicas saludables, crear entornos propicios y reorientar los servicios de salud.

Con el fin de procurar que los servicios de salud aborden las necesidades de los individuos y las comunidades dentro de su entorno cultural, en particular las de los pobres y vulnerables, la estrategia de promoción de la salud debe ser el principio orientador en la creación de los sistemas de salud y el fortalecimiento de las actividades de reforma sanitaria en los países.

Las políticas y prácticas para promover la salud deben ser parte integral de la planificación de los países en materia de salud y desarrollo, con énfasis en el empleo de la estrategia de promoción de la salud para fortalecer la atención primaria y permitir la creación de redes sociales y sistemas de apoyo social, dirigidos principalmente a las poblaciones más necesitadas en los países y entornos con carácter prioritario.

Los ancianos son una de esas poblaciones prioritarias, para quienes la proporción de falta de pensión, ingresos o ahorros ha aumentado extraordinariamente en toda la Región. Se estima que 80% de ellos carecen actualmente de protección social o sanitaria y de acceso a servicios de calidad.

Los entornos sanos y propicios crean condiciones instrumentales para que cada individuo escoja y mantenga modos de vida sanos: un régimen alimentario saludable y acceso a una vida activa, apoyo social para el envejecimiento con buena salud y educación sobre salud e higiene así como salud bucodental. La promoción de la salud apoya a los individuos y los padres para desarrollar el conocimiento y las aptitudes que permitan escoger opciones más saludables para sí mismos y sus hijos y participar en el cuidado propio, de sus familias y comunidades.

La gama de temas abordados por la estrategia de promoción de la salud exige la acción integrada de equipos multidisciplinarios en todos los niveles. Se debe fortalecer la recolección, evaluación y difusión sistemáticas de prácticas óptimas y capacidad en la vigilancia de los factores de riesgo y protección así como en la evaluación de la eficacia para la promoción de la salud con los países en la Región.

Se requieren mayores esfuerzos encaminados a destacar los nexos entre la salud y los factores determinantes y el imperativo de una acción concertada y la responsabilización de diversos sectores del gobierno y entre el gobierno, la sociedad civil y las comunidades en pos de la salud y el bienestar social.

### META

Mejorar la equidad en el ámbito sanitario, reducir los riesgos para la salud, promover modos de vida y entornos saludables y responder a los factores determinantes básicos de la salud.

### OBJETIVO DE LA OPS

Hacer participar plenamente a todos los sectores públicos y privados pertinentes y a la sociedad civil en la promoción de la salud, propiciando políticas públicas saludables, reorientando los servicios, reduciendo los factores de riesgos sociales y ambientales y fomentando modos de vida sanos y entornos propicios donde las personas viven, aprenden, trabajan y se entretienen.

### ENFOQUES ESTRATÉGICOS

- Integrar la promoción de la salud como un tema intersectorial en la OPS, mediante una mayor capacidad de incorporación de la estrategia de promoción de la salud en todas las áreas de trabajo pertinentes, haciendo hincapié en las poblaciones, países y entornos prioritarios.
- Abogar por un mayor compromiso entre los socios a nivel regional, subregional y nacional para la promoción de la salud y una mayor inversión en el fortalecimiento de la capacidad de instauración de

políticas públicas, reorientación de los servicios de salud y acción intersectorial concertada para abordar los factores determinantes de la salud, la equidad y la Declaración del Milenio.

- Propugnar el carácter prioritario de la promoción de la salud (resoluciones WHA51.12 y WHAS57.16) y la inclusión de los componentes centrales de la estrategia de promoción de la salud en los programas nacionales estratégicos y programáticos en relación con la salud y el desarrollo (resolución CD43.R11, 2001, de la OPS).
- Mejorar la capacidad a nivel de país en cuanto al diseño, la planificación, la fijación de metas, la aplicación y la evaluación de estrategias e intervenciones multidisciplinares de promoción de la salud que resulten eficaces y contribuyan al desarrollo local sostenible y la salud en las zonas urbanas.
- Habilitar a redes de autoridades locales y la sociedad civil para que promuevan la buena salud en los hogares, las escuelas, los lugares de trabajo, las comunidades, las ciudades y los municipios.
- Reunir, documentar y difundir en forma sistemática prácticas adecuadas y datos probatorios de la eficacia de las actividades de promoción de la salud, especialmente en poblaciones, países y entornos prioritarios.
- Forjar y fortalecer asociaciones entre los sectores a escala mundial, regional y nacional, incluida la sociedad civil, usando métodos participativos de educación sanitaria para fomentar ambientes sanos, propicios y protectores, permitir la inversión y la adopción de la estrategia de promoción de la salud como un principio orientador en la planificación para el desarrollo.
- Apoyar los procesos de integración regional y subregional (Reunión del Sector de la Salud de Centroamérica [RESSCAD]; Sistema de Integración de Centroamérica, [SICA]; Reunión de Ministros de Salud del Área Andina [REMSAA]; Climate Action Network [CAN]; Mercado Común del Sur [MERCOSUR]; Tratado de Libre Comercio de América del Norte [TLCAN] y otros organismos similares) en sus iniciativas para incorporar las estrategias de promoción de la salud.
- Fortalecer la capacidad, especialmente de los centros colaboradores, para evaluar y reunir datos probatorios acerca de las mejores prácticas y las enseñanzas extraídas y fortalecer el empleo de la información y la vigilancia en la planificación de intervenciones eficaces de educación sanitaria y promoción de la salud.
- Formular y apoyar la aplicación de estrategias de cuidados comunitarios integrados para el adulto mayor (ECCIAM).

#### RESULTADOS ESPERADOS A NIVEL DE TODA LA OPS

#### INDICADORES

#### NIVELES DE BASE

#### OBJETIVOS

- |    |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|
| 1. | Mayor capacidad para la <b>integración</b> de la estrategia de promoción de la salud <b>en la Oficina con énfasis en el tabaco, la violencia</b> , el régimen alimentario saludable y la actividad física | • Elaboración y diseminación a todo el personal técnico de las directrices con el fin de incorporar la promoción de la salud como un componente clave del marco analítico para la revisión de los presupuestos por programas y las iniciativas extrapresupuestarias | 0 | 2 |
|----|---|---|---|---|

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se enseña a los gerentes de la Sede y el personal en las oficinas en los países clave a aplicar las directrices</li> </ul>	0	Al menos 70 gerentes de la Sede y al menos 80% del personal técnico en las oficinas de los países clave
2. Aumento de la capacidad para la planificación de <b>políticas públicas saludables</b> y promoción de la salud a los niveles subregional, nacional y local	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de países apoyados por la OPS en la formulación y la planificación de políticas públicas, con metas para abordar y mejorar los factores determinantes de la salud y la equidad</li> </ul>	2	6
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de “centros de excelencia” para la promoción de la salud apoyados por la OPS en la creación de los mecanismos para la participación comunitaria y el debate público sobre políticas públicas saludables</li> </ul>	6	10
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de países clave que reciben el apoyo de la OPS en el fortalecimiento y el mapeo de la capacidad para la promoción de la salud según compromisos internacionales y los ODM</li> </ul>	2	4
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de cuerpos de integración subregional que reciben apoyo de la OPS en la promoción de la salud</li> </ul>	2	4
3. Mejoramiento en la <b>reorientación de los servicios de salud</b> al incorporar la promoción de la salud en la atención primaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de países apoyados por la OPS para incorporar los principios para la promoción de la salud y las normas para la atención primaria de salud</li> </ul>	2	6
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de países apoyados por la OPS que adaptaron el modelo de la OPS para la capacitación del personal de APS en la atención de los ancianos</li> </ul>	4	8
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de países con modelos de atención bucodental y primaria de salud integrada elaborados y probados con apoyo de la OPS</li> </ul>	6	8



4. Afianzamiento de la capacidad de los países para incorporar las redes de autoridades locales, los sectores pertinentes y las organizaciones comunitarias en la creación de <b>municipios, ciudades y comunidades saludables y propicios (MCCS)</b>	• Número de países prioritarios con apoyo de la OPS que elaboran, ejecutan y evalúan planes de municipios, ciudades y comunidades saludables y propicios (MCCS) que abordan las metas sanitarias y los ODM	2	5
	• Número de redes regionales y nacionales de MCCS que funcionan activamente con el apoyo de la OPS	4	8
	• Número de instituciones académicas en diferentes países que usan las normas, las herramientas y los materiales didácticos de la OPS en apoyo de los procesos de MCCS	3	6
	• Número de países que reciben el apoyo de la OPS para evaluar las iniciativas de MCCS	6	10
5. Fortalecimiento de la capacidad de los países para promover <b>entornos escolares y modos de vida saludables</b> , con participación plena de los jóvenes dentro y fuera de la escuela, así como los profesores, los padres y las comunidades.	• Número de países que reciben apoyo de la OPS para la planificación, ejecución y evaluación de las escuelas promotoras de la salud (EPS) con énfasis en la higiene en relación con el cumplimiento de los ODM	3	8
	• Número de países que reciben apoyo de la OPS para la creación de redes nacionales de EPS	0	4
	• Número de países que reciben apoyo de la OPS para fortalecer los sistemas de vigilancia para riesgos en las escuelas y los factores protectores	2	3
	• Número de instituciones académicas que usan las normas y los documentos de la OPS en respaldo de los procesos de EPS	3	6

**RECURSOS (US\$)**

	<b>Presupuesto ordinario</b>	<b>Otras fuentes</b>	<b>Todos los fondos</b>
2004-2005	8.350.600	3.109.000	11.459.600
2006-2007	8.787.100	3.319.000	12.106.100
<b>De los cuales:</b>			
País	3.903.900	1.943.000	5.846.900
Subregional	710.700	34.500	745.200
Regional	4.172.500	1.341.500	5.514.000



## 09. SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS

### TEMAS Y RETOS

Los trastornos mentales y neurales conforman una parte significativa (24%) de la carga de morbilidad en la Región de las Américas y se prevé una tendencia en aumento en los próximos años, en particular en los países en desarrollo. Estas cifras no incluyen el porcentaje de alcoholismo como principal factor de riesgo de la carga de morbilidad en la Región, por encima del tabaco o la falta de saneamiento. En la Región, se atribuyen anualmente más de 300.000 defunciones de manera directa al consumo de alcohol y, de estas, tres cuartas partes son varones en América Latina y el Caribe. Su impacto en la carga de morbilidad y su asociación con problemas de violencia y exclusión social justifican también la formulación de acciones dirigidas a controlar el consumo de sustancias ilegales.

Desde la Declaración de Caracas, en 1990, la Región avanzó significativamente en la aprobación de políticas de salud mental y legislación nacionales. Al mismo tiempo, los adelantos científicos permitieron la formulación de tratamientos e intervenciones nuevas, de reconocida eficacia, para el tratamiento de los trastornos mentales y las afecciones relacionadas con el alcoholismo y otros abusos de drogas.

Sin embargo, a pesar de estos adelantos, la mayoría de las poblaciones (más del 80% según la encuesta nacional recientemente finalizada en México) no tienen acceso a tratamientos e intervenciones en relación con la salud mental, y la atención sigue recurriendo a viejas instituciones psiquiátricas e incurre en graves violaciones a los derechos humanos de los pacientes. Esta situación se desprende de limitaciones en la ejecución de políticas y planes de salud mental y la falta de recursos. Sólo tres países latinoamericanos (15,5%) pusieron en práctica más de 50% de sus programas nacionales de salud mental, y 42,1% de estos países no cuentan con fondos ordinarios para la instrumentación.

Con el propósito de dar respuesta a estos temas y desafíos, el Consejo Directivo de la OPS aprobó en 2001 una resolución sobre salud mental, basándose en los principios y las recomendaciones del Informe sobre la salud en el mundo 2001. En 2005, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución sobre el consumo de bebidas alcohólicas donde se insta a los países y organismos internacionales a promover la puesta en práctica de políticas y programas eficaces para reducir el consumo pernicioso de alcohol.

### META

Reducir la carga asociada a los trastornos mentales, mejorar la salud mental de las poblaciones y reducir el daño atribuible al consumo de alcohol y drogas ilícitas.

### OBJETIVO DE LA OPS

Respaldar a los Estados Miembros en la instrumentación de políticas y planes y la adopción de las medidas necesarias para reducir la carga de los trastornos mentales, mejorar la salud mental de las poblaciones y reducir el daño atribuible al consumo de alcohol y drogas ilícitas.

### ENFOQUES ESTRATÉGICOS

Recopilación y difusión de información sobre la magnitud, la carga, los factores determinantes y el tratamiento de trastornos mentales y neurológicos y relacionados con el consumo de sustancias; suministro de apoyo a los países para la aplicación de políticas y planes integrales en relación con los trastornos mentales y con el consumo de sustancias psicotrópicas; fortalecimiento de la capacidad de los países para elaborar programas para tratamiento y prevención de los trastornos mentales y en respuesta a las necesidades de salud mental específicas de grupos vulnerables; protección y promoción de los derechos de personas que padecen trastornos de salud mental y respaldo de medidas para mitigar el estigma y la discriminación contra ellos; consolidación de la capacidad de los países para formular investigación de políticas y servicios de salud mental.

RESULTADOS ESPERADOS A NIVEL DE TODA LA OPS	INDICADORES	NIVELES DE BASE	OBJETIVOS
1. Se habrá mejorado la capacidad de los países para <b>recopilar y diseminar</b> datos pertinentes a fin de respaldar la formulación de intervenciones y políticas eficaces en función de los costos en los ámbitos de salud mental y abuso de sustancias psicotrópicas.	. Número de países en los cuales se hayan perfeccionado sistemas de información sobre salud mental y sustancias psicotrópicas con el apoyo de la OPS.	3	6
	. Número de países que hayan recabado y analizado datos sobre la prevalencia y la carga de trastornos mentales y el abuso de sustancias psicotrópicas.	8	12
	. Número de países que hayan recopilado y analizado información sobre la prestación de servicios de salud mental y abuso de sustancias psicotrópicas.	24	34
2. Se habrá aumentado la capacidad en los países para formular <b>investigación</b> en respaldo de la instrumentación de políticas y servicios de salud mental.	. Número de personas de América Latina y el Caribe (ALC) formadas en el ámbito de la salud mental y el abuso de sustancias psicotrópicas, con participación de la OPS.	36	84
	. Número de estudios sobre salud mental y abuso de sustancias psicotrópicas respaldados en ALC.	6	9
3. Se habrá fortalecido la capacidad de los países <b>para poner en marcha políticas y planes de salud mental.</b>	. Número de personas de ALC formadas en planificación y gestión de la salud mental.	24	114
	. Número de países que hayan aplicado planes de salud mental con el apoyo de la OPS.	16	20
4. Se habrá asistido a los países a fin de que elaboren y evalúen <b>programas para prevenir y tratar los trastornos mentales y satisfacer las necesidades especiales de grupos vulnerables.</b>	. Número de países que hayan formulado programas con asistencia de la OPS para mejorar la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales.	4	8
	. Número de países que hayan formulado programas con asistencia de la OPS para satisfacer las necesidades específicas de salud mental de poblaciones vulnerables, entre ellas pueblos indígenas.	9	13

5.	Se habrá fortalecido la capacidad de los países para crear nueva <b>legislación sobre salud mental</b> y proteger los derechos humanos de las personas que padecen trastornos mentales.	. Número de países que hayan revisado o actualizado la legislación sobre salud mental con apoyo de la OPS.	7	12
		. Número de países que hayan formulado medidas específicas con apoyo de la OPS para proteger los derechos humanos de las personas que padecen trastornos mentales.	8	13
6.	Se habrá asistido a los países para elaborar y evaluar <b>programas de prevención y tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias psicotrópicas y en respuesta a las necesidades especiales de grupos vulnerables</b>	. Número de países destinatarios que hayan adaptado normas de políticas sobre alcoholismo, con el apoyo de la OPS y según sus necesidades específicas.	2	4
		. Número de países que hayan mejorado con apoyo de la OPS los servicios ofrecidos para los trastornos por el abuso de sustancias psicotrópicas.	2	4

### RECURSOS (US\$)

	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Todos los fondos
2004-2005	2.406.700	2.041.000	4.447.700
2006-2007	2.643.800	3.680.000	6.323.800
<b>De los cuales:</b>			
País	743.900	170.000	913.900
Subregional	0	104.000	104.000
Regional	1.899.900	3.406.000	5.305.900

## 10. TABACO

<b>TEMAS Y RETOS</b>	<p>Pese a que el consumo de tabaco como un problema de salud del consumidor ocasiona una gran parte de la morbilidad y la mortalidad prevenibles en la mayoría de los países (un tercio de los casos de cáncer y las defunciones por problemas cardiovasculares en las Américas, por ejemplo) muy pocos países de la Región han puesto en marcha políticas eficaces para el control del tabaco.</p> <p>La industria tabacalera mantiene una poderosa influencia política en muchos países, y la promoción de la causa para el control del tabaco es débil por parte de las sociedades civiles. A menudo, los funcionarios del gobierno y los medios repiten los muchos mitos promovidos por las empresas tabacaleras, lo cual demuestra el éxito de sus estrategias de relaciones públicas. Esta situación obstaculiza el fortalecimiento de la voluntad política de los gobiernos para ejecutar políticas eficaces como parte de la lucha antitabáquica.</p> <p>El Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), aprobado por unanimidad por la Asamblea Mundial de la Salud en 2003 y firmado prácticamente por todos los países en las Américas —10 de los cuales han aprobado su ratificación— ofrece un marco normativo sólido para el control del tabaco y brinda una oportunidad única para fortalecer la capacidad del gobierno y la sociedad civil para ejecutar políticas y programas eficaces.</p>
<b>META</b>	Proteger a las generaciones presentes y futuras de los devastadores efectos sanitarios, sociales, ambientales y económicos del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco.
<b>OBJETIVO DE LA OPS</b>	Fortalecer la capacidad de los países de la Región para instrumentar políticas y programas para el control del tabaco mediante la promoción de normas, datos científicos y cooperación técnica.
<b>ENFOQUES ESTRATÉGICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hincapié en la creación de entornos sin humo de tabaco, como un punto de acceso a la salud pública, a fin de lograr enfoques más integrales para la lucha antitabáquica.</li> <li>• Prestación de capacitación para fortalecer la capacidad de las comunidades (nacionales o subnacionales, organizaciones de consumidores y de profesionales de la salud) para abogar por entornos sin humo de tabaco y de los gobiernos para instrumentar políticas eficaces.</li> <li>• Formulación de directrices, información y datos probatorios en apoyo de la ejecución eficaz de políticas y programas.</li> <li>• Promoción para la instrumentación del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) como una oportunidad para evaluar y fortalecer políticas y programas nacionales actuales para la lucha antitabáquica.</li> <li>• Respaldo y fortalecimiento de la capacidad de investigación directamente pertinente para el logro de metas de política y vigilancia a fin de supervisar el avance.</li> </ul>

<b>RESULTADOS ESPERADOS A NIVEL DE TODA LA OPS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>NIVELES DE BASE</b>	<b>OBJETIVOS</b>
1. Se habrán difundido los <b>entornos sin humo de tabaco</b> en la Región.	• Número de países que reciben capacitación para crear sectores sanitario y educativo libres del tabaco.	5	15
2. Se habrá aumentado la notificación, aceptación, aprobación, confirmación formal o adhesión de los Estados Miembros en relación con el <b>Convenio Marco (CMCT)</b> .	• Número de Estados Miembros que son partes de la Convención Marco.	6	11

3. Se habrá aumentado la producción de **datos de vigilancia** en conexión con el consumo de tabaco por parte de los jóvenes, la exposición a humo ajeno y las políticas para la lucha antitabáquica y la salud del consumidor.
- . Número de países que participan en la segunda ronda de la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes. 12 20
  - . Número de países que hayan actualizado el Sistema Panamericano en Internet de Información sobre el Tabaco. 0 30
  - . Número de países que hayan finalizado el Sistema de Vigilancia de la Exposición a Nicotina en el Ambiente (SVENA). 7 14

**RECURSOS (US\$)**

	<b>Presupuesto ordinario</b>	<b>Otras fuentes</b>	<b>Todos los fondos</b>
2004-2005	827.900	1.070.000	1.897.900
2006-2007	906.800	1.235.000	2.141.800
<b>De los cuales:</b>			
País	19.200	65.000	84.200
Subregional	0	0	0
Regional	887.600	1.135.000	2.022.600



## 11. NUTRICIÓN

### TEMAS Y RETOS

La buena nutrición es un requisito fundamental para la buena salud, el desarrollo individual y nacional y el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en relación con la mortalidad materna, la supervivencia infantil, la erradicación del hambre, la prevención de la infección por el VIH/SIDA y el nivel educativo. En la Región, la calidad de los alimentos consumidos es un problema mayor que la cantidad consumida. La calidad deficiente del régimen alimentario y los modos de vida cada vez más sedentarios, acoplados al saneamiento inadecuado, provocan la falta de crecimiento en la niñez, carencias de micronutrientes en todo el ciclo biológico y enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición en los niños en edad escolar, los adolescentes y los adultos. La pobreza, que da como resultado la falta de acceso a alimentos nutritivos y entornos sin riesgos en los cuales se puedan realizar actividades físicas, y que limita la capacidad de los individuos y las comunidades de actuar positivamente conforme a la información sanitaria, es el origen de la falta de crecimiento en los jóvenes y de la discapacidad prematura y la muerte en los adultos. También causa la reaparición de la desnutrición grave en algunos países.

Existen intervenciones eficaces en función del costo para abordar estos problemas relacionados con la nutrición y, si son puestas en práctica ampliamente, reducirán considerablemente la mortalidad y mejorarán la salud y el desarrollo de todas las personas durante todo el ciclo biológico. Algunas de estas intervenciones dependen del funcionamiento adecuado de los servicios de salud; sin embargo, otras —en particular las vinculadas con las enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición— dependen de acciones integradas con otros sectores como los de agricultura, ganadería, educación, transporte y planificación urbana. La participación activa de la comunidad y la sociedad civil es importante para el éxito de las intervenciones relacionadas con la nutrición. El sector privado también tiene funciones clave de acción y responsabilidad.

La Estrategia Mundial para Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (resolución WHA 55.25) apoya intervenciones encaminadas a mejorar las prácticas de alimentación, reducir la malnutrición y propiciar el crecimiento y el desarrollo. La falta de crecimiento ocurre durante los dos primeros años de vida y provoca un retraso irreversible del crecimiento y un peso inferior al normal. La prevalencia del retraso irreversible del crecimiento (no lograr un crecimiento lineal adecuado) equivale al doble de la del peso inferior al normal, lo que ilustra la importancia de la calidad del régimen alimentario, a diferencia de la cantidad de calorías consumidas. La anemia, una causa de desarrollo mental y rendimiento escolar deficientes, afecta hasta 70% de los lactantes y los niños pequeños y 50% de los niños de 3 a 5 años de edad. Las carencias de vitamina A y de zinc también tienen prevalencia elevada, si bien no se dispone de datos representativos a nivel de los países.

La breve duración de la lactancia materna exclusiva y las prácticas deficientes de alimentación, la falta de acceso a alimentos complementarios de gran calidad, ricos en hierro, y el saneamiento ambiental inadecuado que conduce a alta prevalencia de la diarrea, son las causas inmediatas de la falta de crecimiento, la anemia y otras carencias de micronutrientes. La reciente serie en *The Lancet* sobre la supervivencia infantil revela que las intervenciones para promover la lactancia materna —en particular, la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida— y la alimentación complementaria son dos de las tres intervenciones más eficaces en función del costo para prevenir la mortalidad en la niñez.

Las carencias de micronutrientes son causas importantes de malformaciones congénitas, mortalidad materna debida a hemorragias puerperales, infecciones, deterioro del desarrollo físico y mental y escasa productividad física y laboral. La anemia afecta a cerca de 40% de las mujeres embarazadas y 25% de los niños en edad preescolar y los porcentajes son aun más altos, de hasta 60% de las mujeres embarazadas, en algunas islas del Caribe. La insuficiencia de folatos causa malformaciones congénitas graves, como anencefalia y espina bífida. Otras carencias de micronutrientes son la carencia de vitamina B12 en las personas de edad, y de vitamina B12 y zinc en los niños en poblaciones que no consumen con regularidad productos de origen animal. Estas carencias conducen a la anemia, la diarrea, la neumonía y la malaria. A pesar de que es alta (90%) la proporción de hogares que consumen sal yodada y de que en una proporción baja de individuos es insuficiente la ingesta de yodo, es preciso

mantener los programas que han conducido a la eliminación virtual de la carencia de yodo, la principal causa prevenible de retraso mental.

Las intervenciones, específicamente el enriquecimiento de los alimentos y la administración de suplementos profilácticos para controlar y prevenir las carencias de vitaminas y minerales, brindan una oportunidad de mejorar la vida y acelerar el desarrollo a bajo costo y en un tiempo relativamente breve. Sin embargo, existen retos importantes en cuanto al aumento de la cobertura de los grupos en riesgo y la gestión de los suministros de suplementos, el mayor acceso y la disponibilidad de alimentos adecuadamente enriquecidos de buena calidad y la vigilancia y evaluación de las intervenciones.

La Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario y Actividad Física (resolución WHA 57.17) es un llamado de atención acerca de la crisis mundial de enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición, como los accidentes cerebrovasculares, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer causados por un régimen alimentario deficiente y la falta de actividad física, que ahora son responsables de 60% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en la Región. El sobrepeso y la obesidad, las causas de muchas de esas enfermedades, afectan a más de la mitad de la población adulta en muchos países y, en términos de porcentajes y valores absolutos, aquejan a los pobres mucho más que a las personas adineradas. Los servicios de salud no cuentan con los recursos necesarios para abordar esas enfermedades “relacionadas con el modo de vida” que, a diferencia de las enfermedades agudas, no se remedian fácilmente mediante intervenciones médicas. Su tratamiento es costoso y cada vez es mayor la carga para los sistemas de salud. Prevenir las enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición mejorando la calidad de la alimentación y aumentando la actividad física diaria es el nuevo reto de salud pública. Las acciones prioritarias para mejorar la calidad de los alimentos consumidos incluyen la formulación de políticas encaminadas a aumentar la disponibilidad de frutas y verduras y a reducir en forma voluntaria o reglamentada la sal, el azúcar y las grasas saturadas en los alimentos procesados y eliminar los isómeros trans en esos alimentos. Las acciones prioritarias para aumentar la actividad física incluyen la creación de políticas públicas y entornos para un modo de vida activo, la promoción de la actividad física en los sectores de la salud y la educación y el fomento de un nuevo paradigma centrado en la actividad física cotidiana durante todo el ciclo biológico, en lugar de poner énfasis en los deportes. Para que tengan éxito, estas nuevas medidas requieren una sustancial colaboración entre los sectores de la salud, agricultura, ganadería, educación, transporte y planificación urbana, entre otros.

La epidemia de la infección por el VIH/SIDA plantea otro grave reto para lograr la nutrición adecuada. Las intervenciones nutricionales como parte de un paquete más amplio de tratamiento con medicamentos antirretrovíricos durante el parto pueden prevenir la transmisión materno-infantil del VIH. También se ha comprobado que la administración de suplementos de vitaminas y minerales retrasa la necesidad de tratamiento con antirretrovíricos en individuos seropositivos al VIH. La nutrición apropiada también puede mejorar la calidad de vida de las personas que viven con la infección por el VIH/SIDA (PVVS). Las intervenciones para proporcionar a las mujeres seropositivas al VIH orientación sobre la alimentación apropiada del lactante y sobre el VIH pueden apoyar a las mujeres para que tomen decisiones fundamentadas acerca de la alimentación del lactante y, de ese modo, reducir el riesgo de la transmisión materno-infantil. También se cuenta con normas concernientes a las necesidades nutricionales de las personas infectadas por el VIH/SIDA.

La función fundamental de la OPS al abordar los problemas nutricionales de la Región es fortalecer la capacidad institucional de los Estados Miembros de aplicar políticas intersectoriales y programas que promuevan la lactancia materna y la alimentación complementaria, las intervenciones con micronutrientes, los regímenes alimentarios saludables y la actividad física. La OPS tiene la función esencial de fijar normas y pautas, promover programas basados en datos probatorios para abordar las necesidades nutricionales en la Región y prestar cooperación técnica para procurar su ejecución y evaluación. También tiene la función de fomentar la instauración de redes regionales, asociaciones y alianzas, difundir información sobre intervenciones eficaces en función del costo, monitorear las tendencias nutricionales, documentar las mejores prácticas, movilizar los recursos y propiciar el intercambio de experiencias entre los países.

En relación al rol del INCAP en Centroamérica, la Seguridad Alimentaria y Nutricional se ha venido promoviendo desde principios de los años 90 como la estrategia innovadora adoptada por el Sector

Salud para la promoción de la salud, la nutrición y el desarrollo humano, a nivel subregional, nacional y local. Los logros y avances de la cooperación brindada por INCAP/OPS en esta materia, se concentran en la formulación y puesta en marcha de políticas nacionales de SAN, la creación y el funcionamiento de instancias técnicas responsables de implementar no solamente las políticas sino también planes, programas y proyectos con contenidos de alimentación y nutrición que se ajustan a las necesidades y prioridades de sus Estados Miembros. El tema de armonización de legislación para el fortalecimiento de programas de fortificación de alimentos están contribuyen al control de deficiencias específicas de micronutrientes esenciales para el estado nutricional de diferentes segmentos de la población. Además de los logros y resultados a la fecha en cuanto a componentes técnicos, esta se ha constituido en tema prioritario en diferentes foros y reuniones de los Presidentes de C.A. existiendo a la fecha mandatos y acuerdos de carácter mandatario que demandan el acompañamiento del Instituto para el cumplimiento de metas de reducción de la pobreza extrema, el hambre y la desnutrición (ODM#1).

**META**

Mejorar la nutrición de todas las personas de las Américas como base para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio en relación con la mortalidad materna, la supervivencia infantil, la erradicación del hambre, la prevención de la infección por el VIH/SIDA y el nivel educativo, y reducir la carga de morbilidad y mortalidad causadas por enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición.

**OBJETIVO DE LA OPS**

Promover prácticas óptimas de lactancia materna y de alimentación complementaria, una nutrición óptima de micronutrientes, un régimen alimentario saludable y una vida activa durante todo el ciclo biológico mediante la aplicación, el monitoreo y la evaluación de políticas, planes y programas nacionales basados en datos científicos. Fortalecer la capacidad de análisis estratégico de información en salud, SAN y desarrollo para la focalización de intervenciones, la promoción y formación de políticas públicas que coadyuven a la reducción del hambre y la malnutrición, así como la calidad de gestión institucional en la implementación de políticas, planes, programas y proyectos para el logro de las ODMs.

**ENFOQUES ESTRATÉGICOS**

- Promoción de la Estrategia Mundial para Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario y Actividad Física y políticas, planes y sistemas nacionales de vigilancia en relación con la nutrición; establecimiento de normas, pautas y directrices basadas en datos científicos; fortalecimiento de las redes entre los gobiernos, la sociedad civil y los organismos de desarrollo; prestación de cooperación técnica; y formulación de propuestas de movilización de recursos. Promoción de la Iniciativa Regional de la Seguridad Alimentaria y Nutricional como componente prioritario para la reducción del hambre, el alivio de la pobreza extrema y mal nutrición, fortaleciendo los niveles de coordinación con la sociedad civil y agencias de cooperación, la cooperación horizontal entre países y la movilización de recursos.

<b>RESULTADOS ESPERADOS A NIVEL DE TODA LA OPS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>NIVELES DE BASE</b>	<b>OBJETIVOS</b>
1. Se habrá mejorado la salud y el estado nutricional de la población mediante la formulación y aplicación de políticas y planes nacionales de alimentación y nutrición, la revisión de las normas alimentarias y la instauración de políticas, planes y sistemas nacionales de vigilancia nutricional activa.	• Número de países con planes nacionales revisados de alimentación y nutrición, basados en las prioridades nacionales y centrados en intervenciones e indicadores específicos con asignación de recursos.	6	15
	• Número de países que han formulado y aplicado pautas alimentarias basadas en los alimentos	6	8

	• Número de países con programas para aumentar la seguridad alimentaria.	9	15
	• Número de países con sistemas de vigilancia nutricional activa que monitorean y evalúan las tendencias.	0	8
	• Número de países con programas para la preparación y almacenamiento seguros de los alimentos.	0	4
2. Mejor nutrición del lactante y del niño pequeño mediante la aplicación de la Estrategia Mundial para Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (EMALNP).	• Número de países con planes nacionales para poner en práctica la EMLNP.	7	18
	• Número de países que aplican los estándares de referencia del crecimiento de la OMS	0	15
3. Mejor estado de nutrición de micronutrientes de la población mediante la promoción, la aplicación, la vigilancia y la evaluación de programas sobre administración de suplementos y enriquecimiento de los alimentos con micronutrientes de importancia para la salud pública (a saber, hierro, ácido fólico, vitamina A, zinc y vitamina B12).	• Número de países que cuentan con sistemas de monitoreo reglamentario plenamente activos (evaluación y control de la calidad, etiquetado de los alimentos, inspección y análisis de los productos) para el enriquecimiento de los alimentos	6	15
	• Número de países que han establecido a nivel familiar o individual sistemas activos de vigilancia y evaluación del enriquecimiento de los alimentos (más allá de la yodación de la sal).	3	10
	• Número de países con programas para la reducción de la prevalencia de la anemia	2	8
4. Mejores régimen alimentario y actividad física y reducción de enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición.	• Número de países que aplican la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario y Actividad Física.	0	12
	• Número de países que ponen en práctica programas que promueven la actividad física.	6	20
	• Países que ponen en práctica programas para promover un régimen alimentario saludable.	2	24

5.	Mejor nutrición de las personas que viven con la infección por el VIH/SIDA y niños pequeños cuyas madres tienen la infección por el VIH/SIDA, y reducción de la transmisión de esa infección de la madre al hijo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países que han implantado estrategias para prestar apoyo nutricional a personas infectadas por el VIH/SIDA.</li> </ul>	0	10
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países con programas integrales de orientación sobre alimentación del lactante y el VIH</li> </ul>	0	6
6.	La capacidad de los países de la sub región centroamericana y de países prioritarios de la OPS/OMS, para promoción de SAN y Desarrollo Sostenible en el marco de la ODM#1, ha sido fortalecida a través del análisis estratégico de información, formación de políticas públicas y calidad de gestión institucional en SAN.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numero de países con capacidad de análisis estratégico de información en SAN apoyando toma de decisiones y la focalización de políticas, planes, programas y proyectos.</li> </ul>	3	7
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países con políticas públicas en desarrollo para la reducción del hambre, la malnutrición y pobreza</li> </ul>	5	7
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numero de países con capacidad de gestión de políticas, planes, programas y proyectos en SAN, a nivel regional, nacional y local, con énfasis en población en extrema pobreza.</li> </ul>	3	7

### RECURSOS (US\$)

	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Todos los fondos
2004-2005	6.909.000	4.220.000	11.129.000
2006-2007	7.121.600	4.428.000	11.549.600
<b>De los cuales:</b>			
País	744.700	1.208.000	1.952.700
Subregional	4.791.000	239.500	5.030.500
Regional	1.585.900	2.980.500	4.566.400

## 12. SALUD Y MEDIO AMBIENTE

### TEMAS Y RETOS

Los riesgos ambientales y ocupacionales generan gran parte de la morbilidad y la mortalidad observadas en la Región, pero pocos países tienen políticas integrales para realizar un análisis y establecer políticas públicas encaminadas a hacer frente a esos riesgos, que afectan no solo a la generación actual sino también a las generaciones futuras a causa de sus efectos a largo plazo sobre la salud.

Los procesos modernos de producción introducen nuevos riesgos químicos, físicos y biológicos para la salud o magnifican los ya existentes en la Región. Los países no tienen políticas sobre el desarrollo urbano que promuevan la salud, la equidad y la justicia en materia ambiental.

Más de cinco millones de niños mueren cada año por enfermedades relacionadas con el medio ambiente y afecciones como la diarrea, las enfermedades respiratorias, la malaria y los traumatismos no intencionales. Millones más de niños son debilitados por estas enfermedades o viven con trastornos crónicos vinculados con el entorno que los rodea, que van desde las alergias a la discapacidad mental y física. Este sufrimiento no es inevitable. Se puede prevenir la mayoría de las enfermedades y defunciones relacionadas con el medio ambiente usando instrumentos y estrategias eficaces, de bajo costo y sostenibles.

América Latina es una de las regiones del mundo con mayor consumo de plaguicidas. Centroamérica, por ejemplo, importa 1,5 kg de plaguicidas por habitante, cantidad que es 2,5 veces mayor que el promedio mundial. En muchos países de América Latina todavía se importan plaguicidas cuyo empleo ha sido prohibido. Se necesitan leyes nacionales e internacionales más estrictas e intervenciones integrales.

Se reconocen cada vez más los efectos nocivos para la salud de los contaminantes orgánicos persistentes (COP) y metales pesados como el plomo, el mercurio y otros. Sin embargo, no se ha implantado ningún sistema de información para que se puedan analizar los riesgos y difundir la información concerniente a la identificación, el control o la eliminación de estos riesgos.

El cambio climático y otros riesgos mundiales se agregan a la carga actual que soporta la salud. Algunas de las repercusiones son un aumento de los riesgos actuales para la salud, que van desde la modificación de los perfiles nutricionales a la escasez de agua y las características de las enfermedades de transmisión vectorial. La liberación accidental o el empleo deliberado de agentes biológicos y químicos o material radiactivo requieren sistemas eficaces de prevención, vigilancia y respuesta para contener o mitigar los resultados perjudiciales para la salud.

Ha cambiado el consumo de productos en la Región y en muchos casos esto entraña nuevos riesgos para la salud. La principal herramienta para proteger la salud de los consumidores ha sido la revisión de los procesos de vigilancia y reglamentación sanitarias en la Región.

Se ha calculado que cada año se producen en América Latina 5 millones de accidentes ocupacionales, de los cuales 90.000 son mortales, lo cual equivale a 300 defunciones diarias.

Los gobiernos locales se ven obligados a encontrar soluciones sanitarias apropiadas y acertadas para las 360.000 toneladas de basura producidas diariamente en América Latina. Aunque la cobertura del suministro de agua ha llegado a 90,3% y 84,6% de la población tenía acceso a agua potable en América Latina, las poblaciones sin acceso a ella son las más vulnerables de la Región y viven en zonas rurales y barrios urbanos pobres.

Son numerosas las barreras políticas, legislativas e institucionales que dificultan mejorar las condiciones ambientales y en muchos países todavía se carece de recursos humanos con una especialización adecuada en la evaluación y gestión de los riesgos. Por consiguiente, las autoridades sanitarias nacionales y locales a menudo no pueden colaborar con otros sectores socioeconómicos cuando es preciso tomar medidas protectoras de la salud. El Programa 21, adoptado en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (Rio de Janeiro, 1992), el Plan de Ejecución de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible (Johannesburgo 2002), junto con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, proporcionan el marco de políticas internacionales necesario para la acción.

<b>META</b>	Lograr entornos para el ser humano seguros, sostenibles y propicios para la salud, exentos de riesgos sociales, biológicos, químicos y físicos, que promuevan la seguridad humana y la justicia ambiental y estén protegidos de los efectos de amenazas mundiales y locales.
<b>OBJETIVO DE LA OPS</b>	Velar por la incorporación efectiva de dimensiones de salud en las políticas y medidas nacionales relacionadas con el medio ambiente y la salud, incluidos marcos jurídicos y normativos que rigen la gestión del entorno ocupacional y humano, y en las políticas regionales y mundiales que tienen que ver con la salud ambiental y la de los consumidores.
<b>ENFOQUES ESTRATÉGICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar la formación, el adiestramiento y la disponibilidad de recursos humanos especializados en áreas técnicas.</li> <li>• Elaborar y mejorar métodos para evaluar y controlar los riesgos y los servicios preventivos.</li> <li>• Actualizar los procesos normativos y de reglamentación.</li> <li>• Establecer sistemas de información para reconocer, analizar, vigilar y controlar los riesgos ambientales y ocupacionales.</li> <li>• Promover el uso adecuado de tecnologías para mejorar la sensibilidad y especificidad de la vigilancia ambiental.</li> <li>• Crear y fortalecer redes intersectoriales e interinstitucionales.</li> <li>• Mejorar los sistemas de registro de datos y de formulación de indicadores.</li> <li>• Promover proyectos de investigación.</li> <li>• Llevar a cabo la cooperación técnica con la participación de centros de excelencia y redes de varios sectores para promover la integración interprogramática e interinstitucional.</li> </ul>

<b>RESULTADOS ESPERADOS A NIVEL DE TODA LA OPS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>NIVELES DE BASE</b>	<b>OBJETIVOS</b>
1. <b>Se habrán elaborado o actualizado y promovido directrices normativas y de buenas prácticas</b> basadas en criterios científicos, que ofrezcan a los países un apoyo eficaz para la evaluación de las repercusiones sanitarias y la toma de decisiones en el conjunto de sectores, en relación con temas clave de salud ambiental, como el agua, el saneamiento y la higiene, la calidad del aire, los peligros en el lugar de trabajo, la seguridad química, la protección contra radiaciones y los cambios ambientales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países que utilizan directrices de la OPS y que han realizado actividades de evaluación de los riesgos y gestión de factores de riesgo clave.</li> <li>• Número de países que reciben apoyo de la OPS que han formulado legislación, normas o pautas relacionadas con la salud ambiental</li> </ul>	10  18	15  24
2. Se habrá prestado a los países el respaldo adecuado en lo referente a la capacidad para gestionar la información sobre desarrollo sostenible y salud ambiental y para aplicar <b>políticas e intervenciones intersectoriales</b> destinadas a proteger la salud frente a amenazas sociales y ambientales inmediatas y a más largo plazo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países que ponen en práctica planes de acción ambientales y sanitarios con el apoyo de la OPS.</li> </ul>	11	26

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países que reciben apoyo de la OPS que han fortalecido la capacidad del sector de la salud para la gestión de factores de riesgo ambientales.</li> </ul>	11	16	
3.	Se habrán abordado los problemas de salud ambiental de los grupos de población vulnerables y de alto riesgo (en particular, los niños, los trabajadores y los pobres de las zonas urbanas) con iniciativas mundiales, regionales, nacionales y locales que se ponen en práctica mediante la <b>participación comunitaria efectiva, asociaciones, alianzas y redes de centros de excelencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países que han puesto en práctica iniciativas de asociación para responder a problemas de salud ambiental concernientes a los niños, las mujeres y los trabajadores.</li> <li>• Número de países que reciben apoyo de la OPS para acelerar el logro de metas regionales o internacionales relacionadas con el medio ambiente y la salud</li> </ul>	3	7
		3	7	

### RECURSOS (US\$)

	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Todos los fondos
2004-2005	19.595.900	7.443.000	27.038.900
2006-2007	17.520.700	8.492.000	26.012.700
<b>De los cuales:</b>			
País	9.119.900	5.117.800	14.237.700
Subregional	309.600	131.500	441.100
Regional	8.091.200	3.242.700	11.333.900



### 13. INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS

#### TEMAS Y RETOS

Los agentes microbiológicos y químicos causantes de enfermedades transmitidas por alimentos (ETAS) continúan afectando directamente la salud pública, e indirectamente al turismo y al comercio regional e internacional de alimentos. La OMS reporta que 2,2 millones de muertes anuales son atribuibles a enfermedades diarreicas, y 1,8 millones ocurren en los niños menores de 5 años de edad. En la Región de las Américas, las diarreas transmitidas por agua y alimentos contaminados son una de las principales causas de morbilidad en todos los grupos etarios, y de mortalidad en menores de 5 años. La incidencia de brotes de diarreas se incrementa en los países que han sido impactados por desastres naturales como huracanes e inundaciones.

Con el mejoramiento rápido en tecnología alimentaria y el aumento del comercio internacional de alimentos, los consumidores deben hacer más hincapié en la actualidad en cuestiones de inocuidad de los alimentos y prácticas básicas para la manipulación inocua de los alimentos. El comercio internacional de alimentos requiere el cumplimiento de normas internacionales.

No se ha actualizado la legislación en materia de alimentos, la cual es fragmentada, y los países de América Latina y el Caribe han participado limitadamente en el Codex Alimentarius. Faltan políticas integrales que promuevan la cooperación intersectorial y la responsabilidad compartida por todos los interesados directos, productores y consumidores.

Es necesario fortalecer la función de liderazgo del sector de la salud en la formulación de políticas, planes y programas sobre inocuidad de los alimentos como una función esencial de la salud pública. Además, debe mejorarse la capacidad institucional, tanto de gestión como técnica, de contrapartes nacionales para formular y llevar a cabo programas, planes y proyectos integrales sobre inocuidad de los alimentos con información epidemiológica científica.

#### METAS

Reducir las cargas sanitaria, social y económica de las enfermedades transmitidas por los alimentos y la contaminación de los alimentos.

#### OBJETIVO DE LA OPS

Crear un entorno propicio para que el sector de la salud, en cooperación con los sectores y los socios oficiales y privados, pueda evaluar, gestionar y comunicar con eficacia información sobre los riesgos de origen alimentario.

#### ENFOQUES ESTRATÉGICOS

- Evaluar los avances logrados en las metas del plan regional de inocuidad de los alimentos de acuerdo con las recomendaciones emanadas de la 4ta. Comisión Panamericana de Inocuidad de los Alimentos (COPAIA 4), la 14va Reunión Interamericana de Salud Animal a Nivel Ministerial (RIMSA 14) y de los Cuerpos Directivos de la OPS (Comité Ejecutivo y Consejo Directivo).
- Apoyar el diseño de proyectos y desarrollo de alianzas estratégicas para la movilización de recursos dirigidos a implantar la educación sobre inocuidad de los alimentos en la estrategia de entornos saludables (mercados, escuelas, alimentos callejeros, entre otros): a) recursos financieros extra presupuestarios; b) recursos humanos dentro de la Región y entre las regiones de la OMS; c) Recursos institucionales de la OPS/OMS y recursos de países; d) centros colaboradores e instituciones académicas y de investigación; e) Asociaciones estratégicas con otros organismos: FAO, IICA, USDA, FDA, USAID, OEA y OIRSA.
- Abogacía sobre inocuidad de los alimentos usando: a) foros técnicos y políticos como COPAIA, RIMSA, y b) los medios de comunicación.
- Proveer cooperación técnica para mantener las redes regionales y globales sobre vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles por los alimentos e inocuidad de alimentos mediante diseminación de información y capacitación en investigación de brotes y respuesta a emergencias sanitarias relacionadas con problemas de inocuidad de alimentos.
- Proveer apoyo técnico para facilitar la participación de los países de Latín América y el Caribe en el Codex Alimentarius a través del Fondo Fiduciario de la FAO/OMS.

- Apoyar la formulación de proyectos para la cooperación entre países que faciliten el intercambio de experiencias y experticia en el ámbito de la inocuidad de los alimentos.
- Apoyo técnico para el diseño de proyectos de investigación comunitarios sobre intervenciones en inocuidad de alimentos en grupos de población de alto riesgo y vulnerables.
- Cursos y talleres de capacitación en el uso de sistemas APPCC y la estrategia de sistemas de inspección “de la granja a la mesa”, en particular en industrias de pequeña y mediana escala.

RESULTADOS ESPERADOS A NIVEL DE TODA LA OPS	INDICADORES	NIVELES DE BASE	OBJETIVOS
1. Se habrán fortalecido los programas nacionales y regionales de vigilancia de las enfermedades transmitidas por alimentos, así como los de control y respuesta ante los peligros de origen alimentario.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países que participan en redes regionales sobre inocuidad de los alimentos (VETA, RILAA, PULSE NET) y globales (SALMSURV e INFOSAN de OMS) con apoyo de la OPS.</li> </ul>	20	25
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países que ponen en práctica planes de vigilancia de los riesgos de origen alimentario con apoyo de la OPS.</li> </ul>	6	10
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países que instrumentan planes de vigilancia para las enfermedades transmitidas por los alimentos con apoyo de la OPS.</li> </ul>	6	10
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países que han finalizado estudios sobre las cargas sanitaria y económica asociadas con las enfermedades transmitidas por los alimentos con apoyo de la OPS.</li> </ul>	2	4
2. Se habrán promovido una <b>política y sistemas multisectoriales e integrados para la inocuidad de los alimentos</b> centrados en el concepto de la salud de la granja hasta la mesa y se habrá afianzado la participación en el establecimiento de normas internacionales del Codex Alimentarius.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países que hayan establecido sistemas de inocuidad de los alimentos multisectoriales y que cuenten con planes en curso con apoyo de la OPS.</li> </ul>	2	4
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países que hayan establecido o enmendado políticas, planes de acción o legislación para la inocuidad de los alimentos con apoyo de la OPS.</li> </ul>	10	15
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países que hayan instrumentado los comités nacionales del Codex Alimentarius con las normas de la OPS/OMS</li> </ul>	5	8

3.	Se habrá fortalecido la capacidad nacional para aplicar <b>buenas prácticas agropecuarias (BPA), procedimientos estandarizados de las prácticas de limpieza y desinfección (PEPLD) y sistemas de análisis de peligros en puntos críticos de control (APPCC).</b>	. Número de países que aplican pautas de BPA, SSOP y ARPCC con enfoque en matrices de agentes patógenos de los alimentos y entéricos prevalentes e identificados, con énfasis en las industrias de pequeña y mediana escala con apoyo de la OPS.	0	4
		. Número de países con un plan de acción en inocuidad de los alimentos dentro de la estrategia de mercados saludables en el contexto de iniciativas para entornos saludables	5	8
4.	Se habrá consolidado la capacidad nacional en las áreas de <b>comunicación de riesgos y educación sobre inocuidad de los alimentos.</b>	. Número de países que hayan usado y evaluado material sobre inocuidad de los alimentos basado en las “cinco claves de la OMS para la inocuidad de los alimentos” en escuelas primarias	2	4
		. Número de países que hayan usado y evaluado el material sobre inocuidad de los alimentos en el programa de estudios de escuelas primarias en el contexto de las iniciativas para entornos saludables	2	4
		. Número de países que hayan utilizado y validado guías para la certificación de distribuidores de alimentos sobre la base de capacitación y educación	0	8

### RECURSOS (US\$)

	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Todos los fondos
2004-2005	4.519.500	2.858.000	7.377.500
2006-2007	3.929.000	3.851.000	7.780.000
<b>De los cuales:</b>			
País	785.100	1.700.000	2.485.100
Subregional	329.600	864.000	1.193.600
Regional	2.814.300	1.287.000	4.101.300

## 14. VIOLENCIA, TRAUMATISMOS Y DISCAPACIDADES

### TEMAS Y RETOS

La violencia de distintos tipos es un problema social y de salud pública en la Región de las Américas. La carga de homicidios, violencia intrafamiliar, violencia juvenil y comportamientos agresivos representa una de las principales causas de muerte y traumatismos en muchos países.

La seguridad vial es un problema importante en la Región, que da lugar a traumatismos, discapacidades y la muerte, en particular en grupos vulnerables de la población (peatones, ciclistas, motociclistas y conductores de vehículos comerciales). Es una causa principal de concurrencia a hospitales y otras instituciones gubernamentales y afecta a los jóvenes en la edad productiva.

El costo tanto de los accidentes de tránsito como de la violencia es sumamente elevado para las familias, el sistema sanitario y la sociedad en general. No obstante, es necesario analizar más específicamente el costo de la violencia y la seguridad vial para persuadir a los protagonistas pertinentes sobre la necesidad de acción.

En los últimos años ha habido un aumento de la concientización y la demanda de más proyectos de prevención para abordar los problemas de la violencia y la seguridad vial. Se exigen sistemas de información e investigación fiables y oportunos. Si bien se han realizado avances en los últimos años sobre las causas de la violencia y los accidentes de tránsito, se deberá realizar investigación adicional a fin de definir y evaluar las intervenciones preventivas.

En las Américas, alrededor de 85 millones de personas sufren algún tipo de discapacidad. Los principales factores que favorecen el aumento de las discapacidades en la Región son el envejecimiento de la población, la malnutrición, los accidentes de todo tipo, al abuso del alcohol y las drogas, la violencia social, las enfermedades transmisibles, las enfermedades crónicas, las enfermedades emergentes, los conflictos armados, los desplazamientos de grupos de población y los desastres naturales.

En nuestra región, entre 7% y 10% de la población general sufre algún tipo de discapacidad, lo que equivale a unos 40 a 60 millones de personas en América Latina y el Caribe. El aumento de la esperanza de vida, los adelantos en la atención perinatal, el incremento de las enfermedades crónicas, las enfermedades emergentes y reemergentes, la creciente violencia, los conflictos armados, el uso y abuso de alcohol, tabaco y sustancias ilícitas y los accidentes de todo tipo son algunas de las principales causas de discapacidad y, por lo tanto, no hay indicios de una tendencia descendente de su prevalencia en la población en general.

En la calidad de la vida de las personas con discapacidades y de sus familias influyen las condiciones de pobreza en las que vive la mayoría de esta población. Sólo 2% de las personas con discapacidades tienen acceso a los programas y servicios de rehabilitación. No se ha integrado la rehabilitación en el modelo de atención de salud y existe un déficit de servicios de ese tipo en los niveles primario e intermedio del sistema sanitario.

Las minas terrestres y otros explosivos sin detonar siguen siendo una amenaza silenciosa y mortal para la población civil en algunos países de la Región, como son Nicaragua, Guatemala, Colombia, Honduras, Ecuador y Perú. La mayoría de las víctimas son pobres y, en general, las medidas gubernamentales para prestarles asistencia médica y servicios de rehabilitación son deficientes; lo mismo puede decirse de su reintegración a la sociedad.

### META

Prevenir la violencia y las discapacidades, promover la seguridad vial y mejorar la calidad de la vida de las personas con discapacidades.

### OBJETIVO DE LA OPS

Fortalecer la capacidad nacional para la promoción de la coexistencia pacífica, la prevención de la violencia y las discapacidades, el fomento de la seguridad vial y la promoción y fortalecimiento de los servicios de rehabilitación.

### ENFOQUES ESTRATÉGICOS

- Trabajar con las autoridades nacionales y municipales, las ONG, el sector privado, sectores académicos y las comunidades mismas con el fin de definir programas y proyectos para la prevención de la violencia y las discapacidades y la promoción de la seguridad vial.

- Crear o fortalecer redes con diferentes sectores, como los sectores de educación, transporte, cumplimiento de la ley y justicia, para lograr los resultados esperados.
- Difundir publicaciones y documentos que muestren casos fructíferos de programas de prevención y proyectos relacionados con la violencia, las discapacidades y la seguridad vial.
- Suministrar apoyo técnico y de otro tipo con el fin de mejorar sistemas de información para el seguimiento y evaluación de la situación regional.
- Fortalecer la capacidad de las instituciones del sector de la salud para poner en práctica y mantener proyectos y programas orientados a la prevención de la violencia y las discapacidades y la promoción de la seguridad vial.
- Abogar por los derechos y la dignidad de las personas con discapacidades.
- Apoyar la formulación de políticas sobre servicios integrales de rehabilitación.

RESULTADOS ESPERADOS A NIVEL DE TODA LA OPS	INDICADORES	NIVELES DE BASE	OBJETIVOS
1. Se habrá prestado apoyo a los países clave para la puesta en práctica y la evaluación de <b>sistemas de vigilancia</b> de los principales factores determinantes, causas y resultados de la violencia, la discapacidad y la inseguridad vial.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países que recibieron apoyo para recopilar datos sobre los factores determinantes, las causas y los resultados de la inseguridad vial y la violencia</li> <li>• Sistemas de información sobre discapacidad en vigencia en los países destinatarios de la Región</li> </ul>	10    3	15    8
2. Se habrá prestado apoyo a algunos países en relación con la <b>investigación</b> encaminada a elaborar programas y políticas eficaces para prevenir la violencia, la discapacidad y promover la seguridad vial.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países destinatarios donde se han llevado a cabo investigaciones sobre políticas y programas con aportaciones de la OPS/OMS</li> </ul>	5	10
3. Se habrá proporcionado orientación para realizar <b>intervenciones multisectoriales</b> con el fin de prevenir la violencia, la discapacidad y promover la seguridad vial.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países destinatarios que tienen planes nacionales y mecanismos de aplicación para prevenir la violencia, la discapacidad y promover la seguridad vial, con el apoyo de la OPS</li> </ul>	10	13
4. Se habrá prestado apoyo a algunos países para la <b>formulación de políticas</b> concernientes a la atención <b>prehospitalaria y hospitalaria</b> de las víctimas de traumatismos causados por accidentes de tránsito y la violencia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países destinatarios que tienen políticas nacionales para la atención prehospitalaria y hospitalaria de víctimas de traumatismos causados por accidentes de tránsito y la violencia, con el apoyo de la OPS</li> </ul>	5	8

5.	Se habrán apoyado iniciativas regionales y nacionales para fortalecer la <b>colaboración entre el sector de la salud y otros sectores</b> que incluyen organismos del sistema de las Naciones Unidas, Estados Miembros, el sector privado y organizaciones no gubernamentales.	• Número de iniciativas multisectoriales regionales y nacionales vigentes para prevenir la violencia, la discapacidad y aumentar la seguridad vial, con el apoyo de la OPS	8	12
6.	Habrá en países de la Región <b>políticas intersectoriales y planes de atención</b> definidos a nivel nacional para la <b>prevención, la intervención temprana y el tratamiento de discapacidades.</b>	• Número de países destinatarios que tienen políticas, planes y programas sobre la prevención y el tratamiento de discapacidades	5	12
		• Los planes, las normas y programas para la prevención de discapacidad producida por minas terrestres y para la asistencia a víctimas, puesto en ejecución para los países en riesgo de la Región a fines del bienio.	2	3
7.	Se habrá prestado apoyo a los países para incorporar <b>servicios integrales de rehabilitación</b> en la atención primaria de salud y poner en práctica estrategias comunitarias de rehabilitación (ECR)	• Número de países destinatarios apoyados para implementar estrategias encaminadas a incorporar servicios de rehabilitación en la atención primaria de salud y ECR	5	12
8.	Se habrá brindado apoyo para la formulación de políticas en determinados países sobre producción, distribución y mantenimiento de dispositivos de asistencia técnica para las personas discapacitadas	• Número de países destinatarios respaldados para la aplicación de políticas nacionales sobre dispositivos de asistencia	5	8
9.	Se habrán definido las estrategias para promover la igualdad de oportunidades para las personas discapacitadas	• Número de iniciativas multisectoriales regionales y nacionales promovidas para la defensa y la protección de los derechos y la dignidad de las personas discapacitadas	5	12

**RECURSOS (US\$)**

	<b>Presupuesto ordinario</b>	<b>Otras fuentes</b>	<b>Todos los fondos</b>
2004-2005	675.800	0	675.800
2006-2007	1.141.700	903.000	2.044.700
<b>De los cuales:</b>			
País	170.600	355.000	525.600
Subregional	0	0	0
Regional	971.100	548.000	1.519.100

## 15. SALUD REPRODUCTIVA

### TEMAS Y RETOS

La salud sexual y reproductiva es esencial para los individuos, las parejas y las familias, y es también fundamental para el desarrollo social y económico de las comunidades y naciones. Sin embargo, millones de hombres y mujeres en el mundo no gozan de buena salud sexual y reproductiva. Conforme la Región se propone cumplir los ODM relacionados con la salud como un componente del desarrollo general, la salud reproductiva se vuelve muy importante y debe ser considerada un tema más amplio que no está vinculado únicamente con las mujeres. Es necesario el apoyo político para promover la salud sexual y reproductiva de ambos sexos. Muchos países carecen de un enfoque integrado sobre políticas, planes y programas para la atención de salud de la mujer, ofrecen poca información a los hombres y no les alientan a adoptar un criterio responsable en materia de salud sexual y reproductiva. Es necesario adaptar la promoción de la salud, la prevención y los servicios para abordar cuestiones relativas al género.

En los últimos decenios, a menudo se ha mencionado el acceso a los anticonceptivos y su empleo como ejemplos del éxito logrado, pero más de 120 millones de parejas de los países en desarrollo aún carecen de métodos seguros y eficaces de anticoncepción. Esta carencia provoca embarazos no deseados, algunos de los cuales son interrumpidos en condiciones de riesgo. En las Américas, 30% de esos casos corresponden a mujeres jóvenes (de 15 a 24 años de edad). Las complicaciones resultantes de los abortos en condiciones de riesgo causan 20% del total de defunciones maternas. Las tasas de empleo de anticonceptivos muestran una grave disparidad en el acceso a ellos entre las mujeres de zonas rurales y las de zonas urbanas, y las más pobres son las que tienen el menor acceso. Hay también una disparidad entre las poblaciones de adolescentes y las de mujeres adultas. Esta necesidad no atendida en la planificación familiar sigue representando un grave problema de salud pública.

Subsisten el problema del empleo inadecuado de métodos modernos de anticoncepción, la alta prevalencia de abortos peligrosos y los embarazos de adolescentes. Un nuevo problema para la Región es la escasez de anticonceptivos. A medida que la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) reducen gradualmente los subsidios para suministros de anticonceptivos, los países deben encontrar mecanismos nuevos para lograr la continuidad al respecto. Esto es importante porque las mujeres pobres no pueden darse el lujo de comprar estos productos a los precios comerciales. La OPS investigará la viabilidad de incluir esto en el mecanismo del Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública.

La morbilidad y la mortalidad maternas y perinatales, el cáncer, las enfermedades de transmisión sexual y la infección por el VIH/SIDA representan casi 20% de la carga mundial de enfermedades de las mujeres y 14% de las de los hombres. Más de un millón de hombres y mujeres mueren de cáncer del aparato reproductor; entre ellos 240.000 son mujeres, la mayoría de los países en desarrollo (38.000 en América Latina y el Caribe), afectadas por el cáncer cervicouterino. Además, hay más de 2,7 millones (250.0000 en América Latina y el Caribe) de mortinatos al año y consecuencias subestimadas para la salud sexual y reproductiva provocadas por la violencia sexual, anomalías menstruales y otros trastornos ginecológicos.

La labor de la OPS/OMS en relación con estos problemas se basa en los acuerdos establecidos en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) y los compromisos contraídos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas en 2000, confirmados por la Asamblea Mundial de la Salud. Todo esto es respaldado por instrumentos de derechos humanos acordados en el plano internacional y otras declaraciones mundiales de consenso, incluido el derecho básico de las parejas y los individuos a decidir libre y responsablemente la cantidad, el espaciamiento y el momento del nacimiento de sus hijos y a contar con la información y los medios necesarios para hacerlo; el derecho de las mujeres a tener el control y decidir libre y responsablemente en las cuestiones vinculadas con su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, sin sufrir coerción, discriminación ni violencia; el derecho al acceso a la información sanitaria pertinente; y el derecho de todos a gozar los beneficios del progreso científico y su aplicación.



Es preciso efectuar más intervenciones basadas en datos probatorios en los programas relacionados con la atención de salud. Además, subsiste la necesidad de fortalecer la vigilancia, haciendo hincapié en el empleo de información para la toma de decisiones. Se requieren más evaluaciones y otras investigaciones para orientar las prácticas en materia de salud reproductiva.

**META** Lograr que todos los hombres y mujeres alcancen el más alto grado posible de salud sexual y reproductiva.

**OBJETIVO DE LA OPS** Procurar que, para 2015, los sistemas sanitarios ofrezcan la gama más amplia posible de servicios de salud sexual y reproductiva seguros y eficaces y los integren en la atención primaria de salud.

**ENFOQUES ESTRATÉGICOS**

- Aumentar la calidad de la atención procurando que se apliquen prácticas actualizadas en todo el sistema de salud; suministrar datos científicos sobre las causas, los factores determinantes, la prevención y la gestión de la morbilidad y la mortalidad vinculadas con la mala salud sexual y reproductiva.
- Fortalecer los sistemas de vigilancia sanitaria y evaluación de la salud reproductiva y establecer indicadores para ayudar a los países a monitorear el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y colaborar con otros programas para fortalecer la salud maternoinfantil.
- Realizar investigaciones que respondan a las necesidades regionales y de los países en relación con la salud reproductiva. Fortalecer las alianzas con otros organismos y ONG que trabajan en el área de la salud reproductiva.
- Reorientar los servicios de salud para proporcionar atención de salud reproductiva en forma integrada y facultar a las comunidades y familias.
- Apoyar la capacitación de recursos humanos en la aplicación de prácticas basadas en datos probatorios.

<b>RESULTADOS ESPERADOS A NIVEL DE TODA LA OPS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>NIVELES DE BASE</b>	<b>OBJETIVOS</b>
1. Se habrán establecido a nivel nacional <b>políticas y planes públicos</b> en relación con la salud sexual y reproductiva, la participación masculina y la reducción de la mortalidad materna.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países que han elaborado políticas y planes para el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva integrada usando normas de la OPS/OMS</li> <li>• Número de países prioritarios que han elaborado un plan para lograr el abastecimiento de anticonceptivos</li> </ul>	5  0	8  4
2. <b>Se habrán formulado y difundido normas, pautas y directrices</b> basadas en datos probatorios en relación con algunos aspectos de la salud sexual y reproductiva.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de normas, pautas y directrices sobre salud sexual y reproductiva, incluida la tecnología y métodos anticonceptivos, adaptadas y difundidas en los países de la Región</li> </ul>	10	15

- |   |   |   |    |
|---|---|---|----|
| 3. Se habrán <b>apoyado las alianzas, las redes y la coordinación interinstitucional</b> a nivel regional y de país.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países que han establecido, comisiones nacionales con interesados directos para vigilar el progreso en la aplicación de políticas y programas públicos relacionados con la salud sexual y reproductiva</li> </ul>  | 3 | 5  |
| 4. Se habrá efectuado una <b>reorientación de los servicios</b> de salud sexual y reproductiva, incluida la participación masculina y el empoderamiento de las mujeres, las familias y las comunidades. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países que han elaborado un modelo de atención de la salud sexual y reproductiva que incluya la participación masculina</li> <li>• Número de países que han introducido servicios para hombres basados en la investigación</li> </ul>  | 0 | 2  |
| 5. Fortalecimiento de los sistemas de monitoreo, vigilancia y evaluación de los programas de salud de la mujer y seguimiento del progreso hacia los ODM   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países que han introducido instrumentos de vigilancia. Módulo Perinatal Integrado Simplificado.</li> <li>• Número de estudios encaminados a evaluar el impacto de la violencia vinculada con el género sobre la morbilidad y la mortalidad relacionadas con la salud sexual y reproductiva.</li> </ul> | 7 | 10 |
|   |   | 0 | 2  |

### RECURSOS (US\$)

	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Todos los fondos
2004-2005	701.200	1.000.000	1.701.200
2006-2007	968.100	1.219.000	2.187.100
<b>De los cuales:</b>			
País	164.900	925.000	1.089.900
Subregional	309.600	40.000	349.600
Regional	493.600	254.000	747.600

## 16. REDUCCIÓN DE LOS RIESGOS DEL EMBARAZO

### TEMAS Y RETOS

Algunos países han hecho grandes avances en la reducción de la mortalidad materna; sin embargo, en otros la situación ha permanecido estable o ha empeorado. Subsisten grandes disparidades entre los países y dentro de cada uno de ellos. El riesgo en toda la vida de mortalidad materna es de 1 en 160 en las mujeres de América Latina y el Caribe en general, pero llega a 1 en 16 en Haití, en contraste con 1 en 1.100 en Chile (OMS, 2003). Doce países tienen todavía más de 100 defunciones maternas por cada 100.000 niños nacidos vivos y la Oficina les asignará carácter prioritario. Aproximadamente 22.000 mujeres mueren cada año por causas relacionadas con el embarazo evitables; son aun más altas las cifras de las mujeres que sufren las secuelas a largo plazo de la morbilidad relacionada con el embarazo. Cuatro mil de las defunciones se producen en los cinco países clave de la OPS: Bolivia, Guyana, Honduras, Haití y Nicaragua.

La gran mayoría de las defunciones maternas obedecen a causas prevenibles e incluyen hemorragias, hipertensión provocada por el embarazo, septicemia, parto obstruido y prolongado y complicaciones relacionadas con el aborto. En algunos países, no se cuenta con servicios obstétricos y neonatales esenciales o estos son de calidad deficiente o están subutilizados debido a barreras físicas o culturales y la falta de personal capacitado, especialmente en las zonas remotas. Cuatro países realizaron recientemente evaluaciones de la disponibilidad de atención obstétrica y neonatal esencial (AONE) en los diferentes niveles de atención. Si bien más de 80% de los establecimientos sanitarios en El Salvador y Honduras proporcionan AONE integral, sólo 23,5% de los de Bolivia y un escaso 8,7% de los de Nicaragua prestan estos servicios. La violencia doméstica contribuye considerablemente a aumentar la morbilidad materna y perinatal y en algunos casos es una causa de defunciones maternas, con un número cada vez mayor de mujeres embarazadas víctimas de actos violentos. El estado de nutrición de las mujeres es un importante factor determinante en las mujeres embarazadas y los lactantes. La anemia está presente en 40% de las mujeres embarazadas en América Latina y el Caribe (ALC) y la mayoría de los casos son debidos a la carencia de hierro. La insuficiencia de folatos es un factor de riesgo de defectos del tubo neural en los recién nacidos, una malformación congénita devastadora que causa mortalidad o discapacidad durante toda la vida.

Durante los últimos treinta años se han realizado esfuerzos e inversiones considerables para mejorar la atención prenatal. Sin embargo, los niveles generales de atención prenatal en ALC han aumentado sólo 14% desde 1990 a 2000. Existen disparidades importantes según la zona geográfica y según los niveles educativos y de ingresos. Sólo 46% de las mujeres embarazadas de zonas rurales asisten a cuatro o más consultas prenatales, en comparación con 74% de las mujeres de zonas urbanas. Las diferencias según la situación económica también son grandes: 96% de las mujeres más ricas de la Región asisten a una o varias consultas de atención prenatal, en contraste con sólo 57% de las mujeres más pobres.

La atención calificada del parto y la remisión a hospitales para la atención de complicaciones relacionadas con el parto, que son cruciales para la supervivencia de las mujeres y sus hijos, varían ampliamente según los países y en un mismo país. Son particularmente escasas en entornos rurales. En Haití, sólo 11% de las mujeres de zonas rurales tienen acceso a servicios de parto en establecimientos sanitarios, y a nivel nacional el porcentaje total es de sólo 26%. En Bolivia, sólo 31% de las mujeres de zonas rurales tienen acceso a la atención capacitada y en Centroamérica no más de 55% de las mujeres embarazadas tienen acceso a esa atención.

La actual falta de datos fidedignos sobre salud materna y perinatal pone en peligro el monitoreo de las tendencias temporales. En muchos países, es incompleta la notificación de las defunciones maternas y neonatales o estas son clasificadas erróneamente y son todavía ineficientes los sistemas de registro civil. Los datos de gran calidad son importantes no solo para la medición sino también para la vigilancia, que incluye convertir los datos en información adecuada para una mejor toma de decisiones.

Las limitaciones en cuanto a recursos siguen siendo uno de los retos clave en la Región. Los esfuerzos por abordar este problema son fundamentales para lograr el éxito de las políticas, las intervenciones y sus respectivos resultados sanitarios.

La 26.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó la nueva Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna, que proporciona un conjunto de directrices estratégicas que se basan en las enseñanzas extraídas. Estas directrices incluyen promover políticas y normas públicas eficaces a nivel nacional y municipal, fortalecer la atención de salud materna y neonatal con servicios tales como atención obstétrica y neonatal esencial de gran calidad y atención calificada del parto, facultar a las mujeres, las familias y las comunidades, crear alianzas y coaliciones, fortalecer los sistemas de vigilancia de la morbilidad y la mortalidad maternas, establecer un proceso continuo y eficaz de atención para todas las mujeres embarazadas y sus hijos recién nacidos en todos los niveles del sistema sanitario y establecer vínculos entre los servicios maternos y neonatales y otros servicios de atención primaria de salud.

<b>META</b>	Lograr el Objetivo de Desarrollo del Milenio de mejorar la salud materna reduciendo la mortalidad materna un 75% para 2015, en comparación con los niveles de 1990; y contribuir a disminuir para 2015 la tasa de mortalidad infantil en todos los países a menos de 35 por cada 100.000 niños nacidos vivos, mediante una reducción de la mortalidad perinatal.
<b>OBJETIVO DE LA OPS</b>	Redoblar los esfuerzos nacionales para poner en práctica intervenciones y estrategias dirigidas y eficaces en función del costo con el fin de que los sistemas de salud proporcionen a todas las mujeres y recién nacidos una atención continua a lo largo del embarazo, el parto y el período posnatal.
<b>ENFOQUES ESTRATÉGICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abogar por el compromiso político y el respaldo financiero para asegurar la aplicación de políticas, planes, programas e intervenciones de atención de salud materna y perinatal.</li> <li>• Fortalecer la capacidad nacional en relación con los sistemas de vigilancia de la madre y el recién nacido y el empleo de la información para una mejor toma de decisiones encaminadas a apoyar la vigilancia de los logros de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).</li> <li>• Promover y fortalecer alianzas y asociaciones con otros colaboradores, como organismos, grupos de mujeres, ONG y otros interesados directos, para poner en práctica marcos comunes de trabajo y abogar por la maternidad sin riesgo y la salud del recién nacido a nivel regional, nacional y local.</li> <li>• Adoptar un enfoque de promoción de la salud que haga hincapié en el poder de decisión de las mujeres, las familias y las comunidades para lograr la disponibilidad y el empleo de servicios de atención obstétrica y neonatal esencial (AONE) de calidad e intervenciones basadas en datos probatorios, la atención calificada del parto y la capacitación de los individuos, las familias y las comunidades para tomar decisiones saludables.</li> </ul>

<b>RESULTADOS ESPERADOS A NIVEL DE TODA LA OPS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>NIVELES DE BASE</b>	<b>OBJETIVOS</b>
1. Se habrá suministrado orientación para la formulación de <b>políticas y planes públicos</b> para la maternidad sin riesgo y la salud del recién nacido.	• Número de países prioritarios que reciben apoyo para aplicar un marco conceptual regional común en relación con la maternidad sin riesgo y la salud del recién nacido	12	18
	• Publicación y difusión de estudios de casos relacionados con experiencias fructíferas de modelos interculturales de atención materna y neonatal en el nivel de atención primaria de salud	3	6
	• Países prioritarios respaldados para aplicar políticas y programas para mejorar la salud materna y neonatal	2	6

2. Formulación o actualización y difusión de <b>normas y pautas basadas en datos científicos</b> apropiadas sobre la salud materna y perinatal	• Número de normas y pautas sobre salud materna y perinatal adaptadas, actualizadas y difundidas en los países de la Región.	15	20
	• Número de países con tasas altas de mortalidad materna donde hay oportunidad de reformar las políticas que han recibido cooperación técnica para aplicar normas y directrices en relación con la mortalidad materna y del recién nacido.	11	15
	• Número de países prioritarios en los cuales los agentes sanitarios en entornos urbanos y rurales están capacitados como instructores para la prevención de la hemorragia puerperal	5	10
3. Se han fortalecido los <b>sistemas de monitoreo, vigilancia y evaluación</b> de los programas de salud materna y perinatal y se ha monitoreado el progreso de los países hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio conexos	• Número de países que han recibido asistencia para establecer sistemas de monitoreo de la salud materna y neonatal a nivel nacional e infranacional (entre estos los indicadores de los ODM)	2	6
	• Número de países que han sido apoyados para introducir instrumentos de vigilancia epidemiológica que incorporan el módulo perinatal simplificado integrado y evaluaciones de las defunciones maternas y neonatales	7	10
	• Publicación del informe de la OPS sobre el avance realizado por los países en relación con los ODM para la salud materna	0	1

4. **Fortalecimiento de** la prestación de atención obstétrica y neonatal de emergencia (AONE) de alta calidad en el primer nivel de remisión de pacientes, asegurando atención capacitada durante el embarazo y el parto
- Número de evaluaciones de la calidad de la AONE finalizadas en los países clave 5 10
  - Número de asociaciones profesionales, como la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), la Confederación Internacional de Matronas (ICM), la Federación de Profesionales de Enfermería (FEPPEN) y la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE), que firman un memorando de entendimiento en apoyo de la atención calificada durante el parto en la Región 0 1
  - Número de países prioritarios que han establecido comités nacionales intersectoriales, apoyados por la OPS , y con la participación de las partes interesadas para vigilar las actividades encaminadas a reducir la mortalidad materna 6 11

### RECURSOS (US\$)

	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Todos los fondos
2004-2005	4.060.000	2.100.000	6.160.000
2006-2007	4.558.900	2.798.000	7.356.900
<b>De los cuales:</b>			
País	2.403.100	1.323.900	3.727.000
Subregional	0	15.000	15.000
Regional	2.155.800	1.459.100	3.614.900

## 17. IGUALDAD DE GÉNERO, MUJER Y SALUD

### TEMAS Y RETOS

Numerosas resoluciones de la OMS y otros organismos del sistema de las Naciones Unidas, los Cuerpos Directivos de la OPS, en particular el Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, así como las Plataformas de Acción establecidas en las Conferencias de Cairo (1994) y Beijing (1995), han instado a una aceleración de esfuerzos para lograr equidad e igualdad entre las mujeres y los hombres, la integración efectiva de la perspectiva de género en las políticas y programas del sistema de las Naciones Unidas y la ampliación del plan mundial sobre salud de la mujer para abarcar todo su ciclo de vida. Más recientemente, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) confirmaron nuevamente estos compromisos e hicieron hincapié en la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres como uno de los ocho objetivos de desarrollo sostenible. El tercer ODM, “promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer”, ha sido subrayado como un fin en sí mismo y un medio para cumplir los otros siete ODM. No obstante, a pesar de estos esfuerzos y llamados a la equidad en salud, persisten las desigualdades de género en todos los países y grupos sociales. Resta mucho por aprender y se requieren más acciones para afrontar riesgos y vulnerabilidades específicos según el sexo y satisfacer las necesidades en materia de salud de las mujeres y los hombres.

La Conferencia de las Naciones Unidas contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia ha instado a la OMS a promover y realizar actividades para el reconocimiento de los orígenes étnicos y nacionales como importantes factores sociales determinantes del estado de salud física y mental y el acceso a la atención de salud. Los Cuerpos Directivos de la OPS examinaron la situación en la Región y recomendaron que se pusieran en práctica programas para promover la recopilación de datos desglosados, la identificación de las mejores prácticas, el fomento y la integración de la sensibilidad étnica en la formulación de políticas y proyectos para un conjunto amplio de grupos étnicos, incluidos los descendientes de africanos, las poblaciones desplazadas, los inmigrantes y las poblaciones indígenas.

Las diferencias entre los roles y las responsabilidades de los hombres y las de las mujeres, el poder desigual que tienen, la discriminación y la violación de los derechos humanos, son factores importantes que influyen en la salud y la carga de enfermedad las mujeres y los hombres. Los factores relacionados con el género interactúan con características biológicas y otras variables sociales y económicas y configuran patrones desiguales de exposición a riesgos para la salud, de acceso a la información y a los servicios de salud, de utilización de estos servicios, y de resultados de salud. Los factores de género también tienen una influencia decisiva en la distribución desigual de responsabilidades y poder en el desarrollo sanitario.

Las desigualdades por razón de género y etnia se han exacerbado en la Región debido a los procesos de reforma sectorial que han promovido la privatización, la reducción de los servicios públicos y sistemas regresivos de financiamiento de la atención. Dos formas extremas de inequidad de género en salud continúan imbatibles: la primera, la mortalidad materna, que a pesar de su naturaleza prevenible, continúa con niveles intolerablemente altos, particularmente entre grupos pobres y étnicamente excluidos; y la segunda, la violencia basada en género que afecta 1 de cada 3 mujeres, a pesar de los esfuerzos en términos de legislación y políticas para combatirla. Las mujeres ubicadas en el quintil más bajo de ingresos de algunos países de la Región con frecuencia utilizan menos servicios que los hombres, pese a su mayor necesidad de atención. En general, las mujeres tienen que pagar más que los hombres para proteger su salud. En varios países latinoamericanos, datos de las encuestas de hogares indican que el gasto de bolsillo en salud es de 16 a 60% más alto para las mujeres que para los hombres. En relación con la participación en el desarrollo de salud, las mujeres constituyen la mayoría de los trabajadores del sector salud, pero se concentran en los escalones más bajos del mismo en términos de remuneración y autonomía. Las mujeres están también subrepresentadas en todas las estructuras de poder local y nacional que definen prioridades y asignan recursos para salud. Adicionalmente, más, más de 80% de la atención de salud es prestada fuera de los centros de salud, por mujeres en sus hogares, sin apoyo, remuneración o siquiera reconocimiento.

Los datos revelan sistemáticamente que algunos grupos étnicos tienen una menor esperanza de vida, tasas de mortalidad infantil y de mortalidad general más elevadas, y afrontan otras barreras que impiden el acceso al sistema de atención de salud.

En línea con su compromiso de muchos años con la equidad en materia de salud, la OPS se ha empeñado en la formulación y aplicación de políticas de igualdad de género y de etnia a través del trabajo de la Organización. La Política de Igualdad de Género ya está en proceso de discusión y aprobación. Esta se aplicará a las políticas institucionales y de cooperación técnica y ayudará a los gobiernos a elaborar políticas y a dialogar con los colaboradores.

La OPS ha estado realizando esfuerzos sostenidos por introducir la perspectiva de género en la investigación, las políticas, los programas y los proyectos. Se ha prestado atención a la recolección, producción y difusión de datos que demuestren la repercusión del concepto de género en la salud, la creación de instrumentos y materiales para el análisis de problemas de género y la programación, seguimiento y evaluación sensibles a cuestiones de género, la promoción de la perspectiva de género y el apoyo a los países en estas áreas. La OPS está también prestando atención a la recopilación y el análisis de información sanitaria desglosada por grupos étnicos de distintos orígenes. Aunque varias unidades y oficinas de país de la OPS y algunos Estados Miembros han desarrollado políticas, programas y proyectos que integran consideraciones de género, estos esfuerzos no constituyen patrones caracterizadores enfoques institucionales. Todavía resta mucho por traducir el creciente conocimiento de los temas de desigualdad en programas más eficaces e institucionalizados que sean sensibles a las diferencias étnicas y de género. En la Región, subsisten los retos relacionados con la escasa información desglosada por sexo, etnia y otras variables relevantes, y la limitada investigación sobre desigualdades étnicas y de género en materia de salud; la elevada tasa de rotación de personal en los ministerios de salud, de la mujer y de asuntos étnicos; la capacidad incipiente, por parte de los grupos de mujeres para el cabildeo y monitoreo de la igualdad de género en las políticas públicas; la falta de canales institucionalizados de coordinación entre el estado y la sociedad civil; y los diversos grupos de presión con opiniones decididas y divergentes que están en juego.

Como las desigualdades en materia de salud y sus factores determinantes afectan en forma desproporcionada a las mujeres y las minorías étnicas, la OPS seguirá prestando atención especial a problemas que aquejan a estos grupos. En este contexto, el empoderamiento de las minorías étnicas y de las mujeres sigue siendo una prioridad. Con este fin, se fortalecerán las alianzas entre organismos, instituciones y sectores, haciendo hincapié en la participación de la sociedad civil.

También existen problemas especiales con respecto a la salud de la mujer. Uno muy importante es la feminización de la infección por VIH/SIDA, particularmente en los países del Caribe Inglés. El cáncer cervicouterino es un grave problema a través de la Región y la incidencia y las tasas de letalidad estandarizadas por edades de esta enfermedad son más de cinco veces mayores en las mujeres centroamericanas que en las de América del Norte. El envejecimiento de la población está afectando a las mujeres de manera específica y es mayor el número de mujeres de más edad que sufren las consecuencias de la mala salud reproductiva y de la morbilidad crónica asociada con la mayor longevidad. Menos de 20% de las mujeres de 60 y más años de edad se han tomado un mamograma, pese a la alta prevalencia del cáncer de mama. Estos problemas generan retos para las políticas de salud pública y los programas y sistemas de prestación de servicios de salud, que la OPS procurará abordar en forma interprogramática.

## **META**

Procurar que las políticas y programas de la OPS y de los Estados Miembros sean sensibles a las diferencias de género y étnicas y contribuyan a la reducción de tales brechas en cuanto al estado de salud, la atención de salud y la participación en el desarrollo sanitario, en todas las etapas del ciclo de vida y en todos los grupos socioeconómicos.



<b>OBJETIVO DE LA OPS</b>	<p>Fomentar el avance del conocimiento y la comprensión acerca de las desigualdades de género y étnicas en materia de salud.</p> <p>Promover y apoyar la integración de perspectivas de igualdad de género y étnica en la investigación, las políticas y programas, tanto en la OPS como en los Estados Miembros.</p> <p>Abordar inequidades críticas de género y etnia.</p>
<b>ENFOQUES ESTRATÉGICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyar la generación de evidencia en inequidades de género/etnia en salud y sus determinantes.</li> <li>• Desarrollar y aplicar instrumentos para fortalecer las capacidades de OPS, gobiernos y sociedad civil en el análisis, la planificación, el monitoreo y la abogacía con una perspectiva de equidad de género y etnia.</li> <li>• Construcción de redes intersectoriales, coaliciones y asociaciones, con la participación de OPS, gobiernos, sociedad civil, organismos de la Naciones Unidas, interamericanos y multilaterales.</li> <li>• Fomento del diálogo y la acción coordinada entre el gobierno y la sociedad civil.</li> <li>• Promoción de la participación social y empoderamiento de las mujeres y las minorías étnicas.</li> <li>• Institucionalización de mecanismos para la formulación, ejecución y monitoreo de políticas y programas sensibles a género y etnia.</li> </ul>

<b>RESULTADOS ESPERADOS A NIVEL DE TODA LA OPS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>NIVELES DE BASE</b>	<b>OBJETIVOS</b>
1. Se habrá establecido y compartido una <b>base de datos sobre desigualdades de género y étnicas en materia de salud y desarrollo</b> y se habrá fortalecido la capacidad técnica de la OPS y los Estados Miembros para incorporar una perspectiva de género y étnica en la producción y análisis de información sanitaria.	• Número de documentos metodológicos, perfiles regionales y de los países y folletos estadísticos sobre género, salud y desarrollo pertinentes para las políticas, producidos y difundidos por medios de comunicación electrónicos e impresos	7	13
	• Número de propuestas de investigación formuladas o realizadas, y mejores prácticas y lecciones aprendidas en el abordaje de las inequidades de género, documentadas	3	7
	• Base de datos estadísticos regional o nacional disponible por medios electrónicos y actualizada	2	4
	• Número de talleres nacionales para productores y usuarios de información con el fin de integrar el análisis de género en las estadísticas sanitarias	6	10

2. Se habrá elaborado y sometido a prueba un marco conceptual y metodológico para la <b>integración de una perspectiva de igualdad de género en las políticas</b> de reforma del sector de la salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de diagnósticos regional/países e instrumentos metodológicos producidos/actualizados y diseminados para integrar equidad de género en la Reforma del Sector Salud.</li> </ul>	7	14
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de actividades de fortalecimiento de capacidades (talleres, foros virtuales, redes de conocimiento) llevados a cabo en la sede y países para integrar género en el desarrollo de políticas y en la abogacía política.</li> </ul>	4	8
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de propuestas de políticas de salud para promover la equidad de género preparadas por redes intersectoriales – apoyadas por la OPS - para ser presentadas a autoridades nacionales.</li> </ul>	1	2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de informes nacionales de salud y políticas producidos por el mecanismo modelo de monitoreo apoyado por la OPS (Observatorio de la Igualdad de Género en Salud).</li> </ul>	1	3
3. Se habrá puesto en marcha el plan quinquenal de acción de la <b>política de la OPS sobre igualdad de género.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de unidades técnicas y administrativas de OPS que aplican sistemáticamente instrumentos y procesos de transversalización de la perspectiva de género en sus áreas de trabajo.</li> </ul>	0	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de instrumentos de desarrollo de políticas que integran el enfoque de género.</li> </ul>	4	8
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países que participan sistemáticamente en el proceso de integración de perspectiva de género</li> </ul>	0	3

4. Se habrán consolidado y ampliado modelos intersectoriales para abordar la <b>violencia de género</b> , en relación con la formulación y monitoreo de políticas y legislación, el establecimiento de normas y protocolos de atención, el fortalecimiento de la capacidad y la realización de investigaciones.	• Número de países que han integrado normas y protocolos de violencia sexual a nivel sectorial	1	4
	• Número de países que han integrado normas y protocolos de violencia sexual a nivel sectorial.	4	8
	• Número de redes contra la violencia de género, instaladas como puertas de entrada a la prevención y tratamiento(ART) de VIH/SIDA en Honduras, Nicaragua y Belice.	0	6
	• Se ha implantado un sistema de monitoreo regional (Observatorio) de políticas y programas sobre la violencia de género, implantado	0	1
	• Curso virtual sobre violencia intrafamiliar y sexual provisto a prestadores de servicios	2	4
	• Investigaciones sobre la violencia durante el embarazo realizadas en cuatro países y resultados traducidos en propuestas para modelos de atención.	0	4
	5. Se han elaborado e integrado <b>políticas y programas sensibles a aspectos étnicos</b> dentro de la OPS y los Estados Miembros con la participación de los interesados directos.	• Número de países con mecanismos para integrar el enfoque étnico en el análisis, la formulación y la evaluación de políticas, con participación de la sociedad civil.	13
• Número de unidades técnicas de OPS que sistemáticamente integran el enfoque étnico en el análisis, la formulación y la evaluación de mejores prácticas		0	3
• Número de países que producen información sobre grupos étnicos		13	18
• Número de redes regional países creadas para promover la equidad en materia de salud desde una perspectiva étnica		3	6

**RECURSOS (US\$)**

	<b>Presupuesto ordinario</b>	<b>Otras fuentes</b>	<b>Todos los fondos</b>
2004-2005	2.307.300	1.500.000	3.807.300
2006-2007	2.547.100	1.808.000	4.355.100
<b>De los cuales:</b>			
País	692.300	900.000	1.592.300
Subregional	0	0	0
Regional	1.854.800	888.500	2.743.300

## 18. SALUD DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

### TEMAS Y RETOS

Los recién nacidos, los niños y los adolescentes representan una porción grande de la población en las Américas y se encuentran entre los grupos más vulnerables, con problemas de salud y enfermedades. Los tres grupos de edad necesitan entornos seguros y propicios donde puedan crecer y desarrollarse. En la serie de artículos publicados recientemente en *The Lancet* se calcula que alrededor de dos tercios de las defunciones de recién nacidos y niños podrían evitarse mediante intervenciones existentes de bajo costo y tecnología sencilla.

Las principales causas de mortalidad en los niños menores de cinco años de edad (infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas, malnutrición, etc.) provocan casi 30% del total de defunciones en este grupo de edad y 38% de esas defunciones obedecen a causas perinatales. La mortalidad de los niños menores de 5 años de edad descendió de 32,5 por 1.000 nacidos vivos en 1998 a 27,8 por 1.000 niños nacidos vivos en 2000. A pesar de esta reducción, cada año mueren 450.000 niños en el continente americano. Once países (Haití, Bolivia, Guyana, Ecuador, Guatemala, República Dominicana, Perú, Honduras, Paraguay y Brasil) tenían en 2002 tasas de mortalidad infantil de 40 o más por 1.000 nacidos vivos, que representaban 60% de las defunciones de niños en la Región.

Las enfermedades que se originan durante las últimas semanas de gestación, el parto y las cuatro primeras semanas de vida provocan la mayoría de las defunciones en la niñez en la Región de las Américas. En promedio, esas enfermedades son responsables de más de 60% del total de defunciones durante el primer año de vida. Sin embargo, las enfermedades infecciosas y las infecciones respiratorias, junto con la desnutrición, siguen representando al menos 25% del total de defunciones de niños menores de 5 años. La proporción de defunciones en la niñez por esas causas varía según el país; los países con tasas de mortalidad en la niñez de alrededor de 50 o más por 1.000 niños nacidos vivos tienen más de 40% del total de estas defunciones (Haití, Bolivia, Guyana, Ecuador, Guatemala y República Dominicana).

Los adolescentes (de 10 a 19 años) constituyen 24% de la población en América Latina y el Caribe, donde ahora viven aproximadamente 152 millones de adolescentes. Las concentraciones más grandes de jóvenes se encuentran en los países más pobres (31% en el Caribe y 23% en Centroamérica) y los adolescentes más afectados por la pobreza viven en zonas rurales, en particular los adolescentes indígenas, cuya cantidad llega a casi cuatro millones en Guatemala, Bolivia y Perú

Anualmente, hay 40.000 partos en madres de menos de 15 años de edad y 2.200.000 partos en madres de 15 a 19 años. En los cinco países clave (Honduras, Guatemala, Guyana, Bolivia, Nicaragua y Haití) el porcentaje de madres adolescentes va de 17 a 36%. Las tasas de mortalidad materna son tres veces más altas entre las mujeres menores de 15 años que en el grupo de 20 a 24 años de edad y son causadas principalmente por hemorragias, abortos e infecciones. La tasa más elevada de mortalidad en madres adolescentes corresponde a Honduras y Ecuador (270 por 100.000, cifras de 1999). Es escaso el control prenatal entre las adolescentes y, en algunos países, 60% de las adolescentes padecen anemia. Es variable la atención capacitada del parto, que va de 99% en Uruguay a 44% en Guatemala, principalmente en adolescentes indígenas. También es muy bajo en la Región el empleo de métodos anticonceptivos en la población adolescente.

La violencia y los accidentes de tránsito, que siegan 25.000 vidas al año, son las principales causas de muerte en adolescentes de uno y otro sexo.

Del total de casos de infección por el VIH/SIDA notificados en la Región, 31% de ellos corresponden a jóvenes de 10 a 24 años de edad; el porcentaje es de 36% en Haití, 34% en Honduras y 31% en Bolivia y Guyana, con una elevada proporción de adolescentes menores de 15 años. En Brasil, se notificaron 16.000 casos en menores de 15 años y más de 24.000 casos en personas de 16 a 20 años de edad. Más recientemente, se estima que 200.000 huérfanos en Haití son el resultado del SIDA en menores de 15 años.

No se pueden lograr más reducciones de defunciones en la niñez y discapacidades a largo plazo sin convertir la salud de la madre, los recién nacidos y los adolescentes en una prioridad mayor. Afortunadamente, existen intervenciones preventivas eficaces y de bajo costo para reducir la

mortalidad infantil, la mortalidad materna y la infección por el VIH en los jóvenes. El reto principal es ampliar la aplicación de esas intervenciones y asignar especial prioridad a los países con mayor necesidad en esas áreas, en particular a los cinco países clave de la OPS.

**META**

En el contexto de los ODM, reducir la tasa de mortalidad infantil y en la niñez en dos terceras partes; contribuir a reducir un 25% la prevalencia de la infección por el VIH en los jóvenes de 15 a 24 años de edad; reducir en un 75% la mortalidad materna; y promover la salud física y mental de los niños y los adolescentes.

**OBJETIVO DE LA OPS**

Posibilitar que los países apliquen estrategias basadas en datos probatorios encaminadas a reducir los riesgos para la salud, la morbilidad y la mortalidad durante todo el ciclo biológico, promover la salud y el desarrollo de los recién nacidos, los niños y los adolescentes y crear mecanismos para evaluar las repercusiones de esas estrategias.

**ENFOQUES ESTRATÉGICOS**

- Colaborar con los países para elaborar, probar en el terreno, adaptar y poner en práctica plenamente estrategias integradas apropiadas de atención primaria de salud como la AIEPI (atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia) y la IMAN (integración del manejo del adolescente y sus necesidades). Combinación, ampliación e incremento de estas estrategias con el fin de incluir todas las intervenciones basadas en datos probatorios para la prevención y tratamiento de las enfermedades y riesgos con mayor prevalencia que afectan a los niños y los adolescentes. Promoción de prácticas familiares clave para el crecimiento y el desarrollo saludables durante la niñez, la adolescencia y la juventud para facultar a las comunidades, los trabajadores de salud y otras redes sociales locales.
- Aumento de la eficiencia y la capacidad de respuesta del sistema de salud para prestar servicios que satisfagan esas necesidades y mantener los niveles de cobertura
- Trabajo con socios clave para apoyar a los países a mejorar el entorno donde viven, crecen, aprenden y juegan los niños y los adolescentes. Se hará hincapié en la participación activa de los niños y los adolescentes, junto con sus padres y familias, en la promoción de entornos propicios, la adopción de comportamientos saludables, el fortalecimiento de la cooperación técnica en relación con la infección por el VIH/SIDA, los medicamentos esenciales, la nutrición, las enfermedades mentales, los sistemas de salud y otras áreas prioritarias, y la prestación de cooperación integral a los Estados Miembros.

**RESULTADOS ESPERADOS A NIVEL DE TODA LA OPS****INDICADORES****NIVELES DE BASE****OBJETIVOS**

1. Los países clave habrán aplicado intervenciones eficaces en función del costo y basadas en pruebas científicas, para reducir la mortalidad en los niños menores de 5 años y reducir la desnutrición.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países prioritarios y países con una tasa de mortalidad infantil superior a 30 por 1.000 niños nacidos vivos que están aplicando la estrategia de AIEPI con una ampliación de la cobertura a las poblaciones vulnerables de al menos 30%</li> </ul>	10	15
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países con tasas de mortalidad infantil superiores a 30 por 1.000 niños nacidos vivos que están aplicando el componente neonatal de AIEPI</li> </ul>	6	10

2.	Los países prioritarios habrán aplicado intervenciones eficaces en función del costo y basadas en pruebas para lograr la reducción de la mortalidad materna en las jóvenes.	• Número de países prioritarios que tienen programas para la prevención de embarazos y utilizan el enfoque de atención integrada a las enfermedades de los adolescentes y los adultos (IMAN/IMAI)	5	12 (de los cuales 5 son países clave)
		• Número de países prioritarios que incorporan el componente de la comunidad y prácticas clave para la familia de la estrategia de AIEPI en sus programas, estrategias y políticas	11	15 (de los cuales 5 son países clave)
3.	Los países clave habrán aplicado intervenciones eficaces en función del costo y basadas en datos probatorios para la prevención de la transmisión de la infección por el VIH/SIDA en la población de 0 a 24 años de edad.	• Número de países con alta prevalencia de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH/SIDA que están poniendo en práctica estrategias de prevención para apoyar la Iniciativa “tres millones para 2005” en grupos de alto riesgo	6	10
		• Número de países prioritarios que tienen en sus planes nacionales programas para la prevención de la infección por el VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual en las personas de 10 a 24 años de edad	5	10
		• Haití tiene en marcha un programa de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH/SIDA a nivel nacional, así como un programa de prevención de la infección por el VIH/SIDA para adolescentes y adultos jóvenes, aplicado a nivel de la sociedad civil	Programas en desarrollo	Programas que funcionan plenamente
4.	Los países prioritarios habrán establecido programas para la promoción del desarrollo de los niños y los adolescentes, la prevención de riesgos y el fortalecimiento de la familia y la comunidad en entornos sanos.	• Número de países prioritarios que han establecido planes nacionales de desarrollo del niño en la primera infancia	3	8
		• Número de países que han establecido planes nacionales y municipales de promoción del desarrollo juvenil y prevención de la violencia	0	5

**RECURSOS (US\$)**

	<b>Presupuesto ordinario</b>	<b>Otras fuentes</b>	<b>Todos los fondos</b>
2004-2005	4.560.900	8.102.000	12.662.900
2006-2007	4.413.800	10.130.000	14.543.800
<b>De los cuales:</b>			
País	1.477.900	3.897.000	5.374.900
Subregional	0	20.000	20.000
Regional	2.935.900	6.213.000	9.148.900



## 19. INMUNIZACIÓN Y DESARROLLO DE VACUNAS

### TEMAS Y RETOS

El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) ha alcanzado una cobertura de aproximadamente 90% con todas las vacunas incluidas en los programas nacionales de vacunación (PNV) de la Región y se esfuerza por lograr una cobertura de  $\geq 95\%$  en todos los municipios. Durante la Semana de Vacunación en las Américas (SVA) 2004, de los 15 millones de niños menores de 5 años vacunados, aproximadamente 23% fueron niños con dosis cero, es decir, niños que nunca habían recibido una vacuna anteriormente. A pesar de estos éxitos de erradicación de polio y eliminación del sarampión, persisten focos constituidos por personas susceptibles sin vacunar, lo que propicia brotes de enfermedades como la difteria y la tos ferina, que conllevan altas tasas de letalidad. Además, aproximadamente 47% de los municipios de la Región no han llegado a una cobertura con la vacunación antisarampionosa equivalente a  $\geq 95\%$ , el porcentaje requerido para mantener la interrupción de la transmisión autóctona del sarampión y prevenir brotes grandes después de la importación de casos. Por consiguiente, es preciso concentrar los esfuerzos en las intervenciones en estos municipios de alto riesgo. Esto es de especial interés en los cinco países clave (Bolivia, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua), donde el porcentaje de municipios con una cobertura de vacunación antisarampionosa inferior a 95% va de 29% (en Honduras) a 93% (en Haití).

El trabajo de la OPS está guiado por los principios de acceso a la equidad, control de enfermedades y desarrollo de infraestructura de salud pública. Uno de los hitos del PAI ha sido la erradicación de la poliomielitis de las Américas en 1991 y la notable reducción del tétanos neonatal (TNN), ambas enfermedades asociadas con elevadas tasas de letalidad, de 8 a 10% en el caso de la poliomielitis y de 50% en el del TNN. En 2003, el 44.º Consejo Directivo de la OPS adoptó una resolución encaminada a eliminar la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC) para 2010, e instó a los Estados Miembros a preparar planes nacionales de acción para apoyar ese objetivo. A pesar de que sólo 18 países y territorios de las Américas informaron sobre el SRC en 1998, para 2003 toda la Región estaba realizando la vigilancia del SRC. En total, se notificaron 44 casos en 1998, 63 en 1999, 90 en 2000, 41 en 2001, 24 en 2002 y 14 en 2003. Es necesario dedicar urgente atención a la sensibilidad de la vigilancia del SRC.

Desde hace mucho tiempo la OPS ha usado las estrategias de inmunización para encabezar la reducción de las desigualdades en materia de salud. La OPS promueve el acceso a los servicios existentes de inmunización y, al mismo tiempo, introduce en forma asequible y sostenible vacunas nuevas y subutilizadas. La enfermedad neumocócica mata a más niños que la infección por el VIH, la malaria y la tuberculosis en conjunto. No obstante, la vacuna, con un precio de más de 60 dólares por dosis y un régimen de 3 dosis, no permite a los países inmunizar a los niños que más necesitan esta vacuna. El rotavirus mata a aproximadamente 20 000 niños y causa más de 77 000 hospitalizaciones por año en la Región. El virus del papiloma humano es el agente causal del cáncer cervicouterino. En los países del Caribe se observan algunas de las tasas de cáncer cervicouterino más altas del mundo. Es preciso contar con una vacuna contra la influenza para proteger a los grupos subatendidos contra la pandemia inminente.

La mortalidad por enfermedades prevenibles por vacunación no se distribuye por igual en la Región y no todos los países han compartido en la misma forma los adelantos logrados a nivel regional. El número de casos de TNN se redujo 95% en la Región entre 1987 y 2002. Como la tasa de letalidad es de 50 a 70%, esto ha representado una reducción importante de la mortalidad infantil en la Región. Sin embargo, esa disminución no fue compartida por Haití, que en los últimos cuatro años ha notificado aproximadamente 50% del total de los casos de TNN comunicados en la Región. La introducción de vacunas nuevas ha contribuido a la reducción de la mortalidad infantil por varias enfermedades. Por ejemplo, la introducción de la vacuna contra *Haemophilus influenzae* de tipo b (Hib) dio lugar a una disminución improbable de los casos de neumonía y meningitis en varios países.

La vigilancia de gran calidad permitirá estar adecuadamente preparados para pandemias y medidas de prevención mediante la vacunación ante amenazas de alcance nacional e internacional. Es preciso mejorar urgentemente los sistemas de vigilancia de enfermedades prevenibles por vacunación, haciendo hincapié en el fortalecimiento de la capacidad. Otros retos se relacionan con la calidad de las vacunas, que debe ser garantizada por organismos nacionales de reglamentación competentes.

<b>META</b>	Proteger a todas las personas en riesgo contra enfermedades prevenibles mediante la vacunación.
<b>OBJETIVO DE LA OPS</b>	Promover la obtención de vacunas nuevas e innovaciones en los productos biológicos y las tecnologías relacionadas con la inmunización; acelerar el control de enfermedades de gran prioridad prevenibles por vacunación; y velar por que se concreten todos los beneficios humanitarios y económicos de tales iniciativas.
<b>ENFOQUES ESTRATÉGICOS</b>	Apoyo técnico y estratégico para fortalecer la capacidad nacional y regional, promoción de la causa, instauración de asociaciones y políticas, preparativos para las amenazas que representan las enfermedades emergentes y formulación de estrategias para la política de vacunación basadas en datos científicos.

<b>RESULTADOS ESPERADOS A NIVEL DE TODA LA OPS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>NIVELES DE BASE</b>	<b>OBJETIVOS</b>
1. Se apoya a los países para lograr y mantener una cobertura equitativa con todas las vacunas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los países donde se mantiene superior a 95% la cobertura de inmunización con la vacuna contra la difteria, la tos ferina y el tétanos (DPT3), la vacuna antipoliomielítica oral (OPV3), la vacuna triple contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis (MMR), la vacuna contra la hepatitis B (HepB), la vacuna contra Hib y la BCG</li> <li>• Porcentaje de municipios con una cobertura con DPT3 inferior a 95% en niños menores de un año de edad</li> </ul>	16 de 41 países y territorios con cobertura MMR por encima del 95%	22 de 41 países
2. Se progresa en la eliminación de Rubéola y SRC según lo previsto con la ayuda de OPS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países implementando las estrategias de eliminación</li> </ul>	45%	40%
3. Se apoya la capacidad de los países de introducir vacunas nuevas cuando se dispone de ellas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de países que agregan vacunas nuevas al programa existente de vacunación con el apoyo técnico de OPS.</li> </ul>	7	14
4. Mejor vigilancia e intercambio de conocimientos sobre inmunización y vacunas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de países que agregan vacunas nuevas al programa existente de vacunación con el apoyo técnico de OPS.</li> </ul>	0	30%
5. Mejor preparación para la acción en relación con amenazas de alcances nacionales e internacionales prevenibles mediante la vacunación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países que participan en un nuevo sistema de información de vigilancia integrada (ISIS).</li> <li>• Porcentaje de municipalidades con cobertura de sarampión de &lt;95% en niños de &lt;1 año de edad</li> </ul>	0	15
		42%	36%

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Países que están realizando campañas de vacunación en grupos de alto riesgo con vacuna estacional de Influenza o participando en el desarrollo de planes de acción en caso de Pandemia con el apoyo técnico de OPS.</li> </ul>	13	20	
6.	Se ha fortalecido la capacidad de los países de garantizar la calidad de las vacunas y los productos biológicos y de jeringas para sus poblaciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de países que han sido apoyados para que tengan organismos nacionales de reglamentación operativos, que cumplan funciones básicas de reglamentación conforme a las normas de la OPS/OMS</li> <li>Red de laboratorios de Control de Calidad establecido para asegurar la calidad de la compra de vacunas a través del Fondo Rotatorio PAI de la OPS.</li> </ul>	2	7
		0	1	

### RECURSOS (US\$)

	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Todos los fondos
2004-2005	3.671.600	19.365.000	23.036.600
2006-2007	3.271.800	20.555.000	23.826.800
<b>De los cuales:</b>			
País	955.500	4.905.700	5.861.200
Subregional	0	10.000	10.000
Regional	2.316.300	15.639.300	17.955.600

## 20. MEDICAMENTOS ESENCIALES

### TEMAS Y RETOS

Las desigualdades en cuanto a acceso a los medicamentos siguen muy generalizadas en las Américas. El acceso a todos los medicamentos necesarios continúa siendo el principal foco de interés de las políticas farmacéuticas y persiste para los países el reto de la actualización de las políticas en su búsqueda de marcos jurídicos y estrategias encaminadas a optimizar el acceso a medicamentos de calidad y su uso racional. Las estrategias eficaces para mejorar el acceso a los medicamentos exigen tener en cuenta todos los recursos disponibles e incluyen el análisis de la aplicación del acuerdo sobre Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC), la formulación de políticas concernientes a los productos farmacéuticos genéricos, la búsqueda de estrategias de financiación de los medicamentos y la realización de evaluaciones de criterios acerca de los precios. Además, el suministro de medicamentos en el sistema de salud pública sigue siendo afectado por los procesos de reforma, especialmente la privatización y la descentralización. Los gobiernos centrales y locales siguen discutiendo estrategias financieras y de gestión para garantizar el sistema de suministro de medicamentos y estrategias eficaces en función de los costos en los servicios de salud pública.

La armonización de la reglamentación farmacéutica, basada en normas y pautas de calidad internacionalmente aceptadas y adaptadas a la Región, así como el combate a los medicamentos falsificados, son retos importantes si se pretenden mejorar las estrategias eficaces en función de los costos para facilitar el acceso a los medicamentos, aumentar la calidad del mercado farmacéutico en la Región, establecer una reglamentación común y acordar estrategias con el fin de promover el uso racional de los medicamentos.

Los esfuerzos de integración económica por conducto de organismos subregionales y relaciones bilaterales y multilaterales brindan oportunidades para el intercambio de información y el apoyo entre las subregiones del continente americano.

### META

Ayudar a salvar vidas y mejorar la salud de la población de la Región de las Américas al velar por la calidad, la eficacia, la seguridad y el uso racional de los medicamentos mediante estrategias equitativas, eficientes y económicamente sostenibles que faciliten el acceso a los medicamentos.

### OBJETIVO DE LA OPS

Vigilar la política nacional sobre medicamentos y formular estrategias para a) aumentar el acceso a los medicamentos; b) perfeccionar el marco normativo y adoptar normas y pautas internacionales; y c) mejorar el uso racional de los medicamentos.

### ENFOQUES ESTRATÉGICOS

- Fortalecer y establecer asociaciones estratégicas, intensificar la movilización institucional con organismos internacionales, las autoridades normativas, los centros colaboradores y las instituciones regionales, la industria farmacéutica, la comunidad académica y las organizaciones de la sociedad civil.
- Fortalecer la capacidad institucional, incluida la promoción de una red de intercambio de información entre las instituciones nacionales.
- Promover y difundir conocimientos acerca de los medicamentos y temas relacionados con la salud.

RESULTADOS ESPERADOS A NIVEL DE TODA LA OPS	INDICADORES	NIVELES DE BASE	OBJETIVOS
1. <b>Se habrá apoyado a los Estados Miembros en la formulación, aplicación y monitoreo de</b> políticas nacionales sobre los medicamentos que faciliten la accesibilidad y asequibilidad de estos	• Número de países que han recibido apoyo para formular, ejecutar y evaluar políticas nacionales sobre los medicamentos	12	15

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de evaluaciones realizadas en los países sobre las estrategias de acceso a los medicamentos, incluidos los medicamentos genéricos</li> </ul>	4	10	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países que participan en actividades de adiestramiento en relación con el acceso a los medicamentos y aspectos económicos conexos</li> </ul>	3	10	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países que participan en el centro de intercambio de información farmacéutica</li> </ul>	2	8	
2.	Se habrá prestado apoyo a los Estados Miembros y las iniciativas subregionales de integración en sus esfuerzos por impulsar la armonización de la reglamentación farmacéutica mediante el fortalecimiento de la Red Panamericana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica (RPARF).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países que han concretado propuestas regionales armonizadas sobre reglamentación farmacéutica en el marco de la RPARF, en relación con: las buenas prácticas de fabricación, la bioequivalencia, las buenas prácticas clínicas, el registro de los medicamentos, la clasificación de los medicamentos y el combate a la falsificación de medicamentos</li> </ul>	0	4
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países con reglamentación actualizada sobre plantas medicinales</li> </ul>	4	6	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países que participan en un plan regional para la vigilancia de los medicamentos</li> </ul>	6	9	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países en los cuales el laboratorio oficial de control de calidad de los medicamentos participa en una red para el programa de control externo de la calidad</li> </ul>	21	21	
3.	Se habrá apoyado a los Estados Miembros en relación con el uso racional de los medicamentos y habrá aumentado la concientización acerca de este tema.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países con lista nacional de medicamentos esenciales actualizada durante el bienio</li> </ul>	0	6
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de seminarios impartidos en los países para la incorporación de métodos nuevos en la enseñanza de la farmacoterapia en las facultades de medicina.</li> </ul>	3	7	

4.	Se habrá apoyado a los Estados Miembros en el mejoramiento de sus <b>sistemas de suministro de medicamentos</b> , haciendo hincapié en los servicios de salud pública, las poblaciones destinatarias y la eficiencia en función de los costos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países en los cuales se ha aplicado el modelo para el análisis del sistema de suministro</li> <li>• Norma regional actualizada para la gestión del suministro de medicamentos en el sistema de distribución de medicamentos a los hospitales</li> <li>• Evaluaciones subregionales del sistema nacional de suministro de medicamentos, incluidos el sector público y el privado</li> </ul>	3	10
			Se está actualizando la norma regional	Se ha actualizado y difundido la norma regional
			0	3
5.	Se fortalecerá el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública (Fondo Estratégico) por conducto de la OPS para velar por la disponibilidad continua de productos de calidad de bajo costo para los programas prioritarios de salud pública.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países en los cuales se han aplicado procedimientos operativos y manuales técnicos para la utilización del Fondo Estratégico</li> <li>• Número de países que participan en el Fondo Estratégico y lo usan como mecanismo de adquisición de suministros esenciales de salud pública</li> <li>• Se ha implantado el sistema de preselección de proveedores de la OPS (SPP) y se ha actualizado la base de datos disponible en la página web</li> </ul>	4	10
			4	10
			Se está actualizando el SPP	Se ha implantado y actualizado el SPP

### RECURSOS (US\$)

	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Todos los fondos
2004-2005	2.692.800	6.717.000	9.409.800
2006-2007	3.150.700	7.762.000	10.912.700
<b>De los cuales:</b>			
País	1.189.400	3.658.900	4.848.300
Subregional	0	0	0
Regional	1.961.300	4.073.100	6.034.400

## 21. TECNOLOGÍAS SANITARIAS ESENCIALES

### TEMAS Y RETOS

Los laboratorios de salud pública no pueden cumplir su función en los sistemas de salud porque es limitada la integración entre los servicios de laboratorio y los de epidemiología. La información generada no es completa ni oportuna, lo cual restringe la aplicación de intervenciones de salud pública, una situación que se vuelve crítica cuando surgen emergencias o sucesos inesperados.

Para mejorar la calidad en los laboratorios clínicos y optimizar la complementación intersectorial de manera integrada, es esencial oficializar procesos de acreditación y poner en marcha y ampliar estos procesos a los hospitales y el sector de salud pública; esto incluiría la certificación del personal y equipo técnicos.

La obtención y el procesamiento de la sangre y los centros de transfusión no están coordinados. Esto da lugar a que no se cuente con sangre suficiente para transfusiones y los servicios sean poco oportunos y las pruebas, ineficientes. A pesar de que ha aumentado la cobertura de las pruebas de detección del VIH, el VHB, el VHC y los marcadores de *Trypanosoma cruzi* en la sangre, la cobertura todavía no ha llegado a 100%. Además, un porcentaje alto de la sangre usada todavía proviene de donantes de reposición, cuando debería provenir de voluntarios.

Con los cambios que se producen en la población, está creciendo la incidencia de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, lo cual provoca un aumento de la demanda de servicios de diagnóstico y de radioterapia.

La mayoría de las autoridades normativas en el área de la seguridad radiológica son organismos de energía atómica o nuclear cuyo objetivo es reducir al mínimo la exposición a las radiaciones, más que velar por la aplicación adecuada de radiaciones ionizantes en procedimientos médicos.

Los principales problemas detectados en cuanto a infraestructura física y tecnología en los servicios de salud provienen de la falta de desarrollo institucional para lograr la planificación, las adquisiciones, el funcionamiento, el mantenimiento, la evaluación, la jubilación y el reemplazo de equipo y el considerable déficit de personal en cuanto a recursos disponibles y el adiestramiento requerido para la administración, la gestión de los programas y el apoyo técnico.

### META

La población de la Región de las Américas tendrá un acceso equitativo, eficaz, eficiente y sostenible a laboratorios, bancos de sangre, servicios de transfusión y tecnología médica apropiada

### OBJETIVO DE LA OPS

Fortalecimiento de la capacidad nacional y subregional de formular políticas y garantizar la calidad en los laboratorios clínicos y de salud pública, los bancos de sangre y los servicios de transfusión y en la reglamentación y empleo de tecnología médica.

### ENFOQUES ESTRATÉGICOS

- Fomento de la formación de recursos humanos
- Establecimiento de programas nacionales de garantía de la calidad
- Fortalecimiento y creación de asociaciones estratégicas y coordinación interinstitucional
- Aplicación de normas y pautas
- Apoyo a estudios de la oferta, la demanda y los costos de los servicios
- Promoción y coordinación de proyectos en colaboración entre los Estados Miembros
- Colaboración con centros colaboradores, asociaciones profesionales, asociaciones científicas y la comunidad académica
- Generación y difusión de información y conocimientos.

RESULTADOS ESPERADOS A NIVEL DE TODA LA OPS	INDICADORES	NIVELES DE BASE	OBJETIVOS
1. Mejor calidad de las operaciones de los laboratorios clínicos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países que reciben asistencia para la ejecución de los sistemas operativos oficiales de acreditación</li> </ul>	3	10
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países en los que se actualizan y aplican procedimientos normalizados de trabajo para el diagnóstico de 10 enfermedades prioritarias, conforme a los requisitos mínimos establecidos y promovidos por la OPS</li> </ul>		20
2. Fortalecimiento de las redes de laboratorios y los Institutos Nacionales de Salud Pública	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo a las redes regionales de laboratorios para capacitación, garantía de la calidad y derivación</li> </ul>	2	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecimiento de una red de Institutos de Salud Pública</li> </ul>	0	1
3. Mayor disponibilidad de sangre de calidad y aumento de la capacidad de poner en práctica programas de garantía de la calidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los países de la Región tienen tasas de donantes superiores a 3 por 1,000 habitantes</li> </ul>	40	41
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países con tasas de donantes superiores a 10 por 1,000 habitantes</li> </ul>	18	23
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En todos los países de la Región, 100% de la sangre transfundida es sometida a pruebas de detección del VIH, el VHC, el VHV y la sífilis y, en la parte continental latinoamericana, <i>T. cruzi</i></li> </ul>	17	41
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países en los cuales los programas nacionales se aseguran de que al menos 50% de la sangre provenga de voluntarios, no de donantes remunerados</li> </ul>	8	20
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países en los cuales se diseñan y ponen en práctica programas de educación a distancia sobre la calidad y se apoya el establecimiento de comisiones nacionales</li> </ul>	0	15
4. Fortalecimiento de los servicios de imaginología y radioterapia, aplicación de reglamentos para proteger contra las radiaciones ionizantes y no ionizantes y capacidad para responder a emergencias radiológicas o nucleares.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países donde se efectúa una evaluación de los servicios de radioterapia</li> </ul>	5	7



	• Número de países a los que se apoya para aplicar políticas que protejan a los pacientes sometidos a procedimientos médicos que incluyen la radiación	2	4
	• Educación y adiestramiento en procedimientos de diagnóstico y terapéuticos de calidad, la protección contra las radiaciones y emergencias radiológicas	2	4
5.	Fortalecimiento de la capacidad para operar y mantener las instalaciones físicas y el equipo de la red de servicios de salud en los países de la Región y apoyo a los ministerios de salud en la reglamentación y operación de dispositivos de uso médico.		
	• Número de países con políticas, normas y procedimientos revisados y actualizados en relación con el manejo y evaluación de tecnologías, la reglamentación acerca de los dispositivos de uso médico, el diseño y mantenimiento de establecimientos de salud y la calidad de las jeringas	5	10
	• Número de metodologías e instrumentos para evaluar los programas, procesos de toma de decisiones y asignación de recursos para la infraestructura física y la tecnología de los servicios de salud, incluida la reglamentación, la seguridad de los pacientes, la telemedicina y la calidad	0	3
	• Número de convenios con centros académicos para adiestrar en ingeniería clínica y biomédica, manejo de la tecnología en hospitales y mantenimiento del equipo biomédico y de hospital.	0	2
	• Número de redes en plena operación para la comunicación e intercambio de información sobre tecnología y reglamentación de la atención de salud en la Región	3	4

**RECURSOS (US\$)**

	<b>Presupuesto ordinario</b>	<b>Otras fuentes</b>	<b>Todos los fondos</b>
2004-2005	2.369.000	1.764.000	4.133.000
2006-2007	2.460.100	2.002.000	4.462.100
<b>De los cuales:</b>			
País	173.100	273.900	447.000
Subregional	292.800	1.373.500	1.666.300
Regional	1.994.200	354.600	2.348.800

## 22. FORMULACIÓN DE POLÍTICAS PARA LA SALUD EN EL DESARROLLO

### TEMAS Y RETOS

En la actualidad resulta evidente que una buena situación sanitaria es importante no sólo como un fin en sí mismo y para el desarrollo humano sostenible sino también como un contribuyente decisivo para la reducción de la pobreza. Algunas conferencias mundiales e internacionales recientes, preocupadas por la salud y el desarrollo, han reiterado la importancia de aumentar el nivel y la eficiencia de la inversión en salud y del fortalecimiento del desempeño de los sistemas de salud para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Por otra parte, a fin de reducir las inequidades en salud, se deberán transformar los sistemas de manera que los beneficios alcancen a los grupos de la población excluidos actualmente.

La inversión en salud constituye un elemento clave para la seguridad y el desarrollo humano. Sin embargo, es necesario abogar por esta dimensión de la política social entre los encargados de adoptar las decisiones mundiales y nacionales, y fortalecer la voluntad, las capacidades y las iniciativas nacionales relacionadas con objetivos de justicia social y equidad.

El consenso mundial en torno a la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas y los Objetivos de Desarrollo del Milenio representa una oportunidad importante de promover la incorporación de prioridades de salud en los programas nacionales e internacionales relacionados con la reducción de la pobreza, en especial para reducir las disparidades sanitarias y superar la situación de los grupos socialmente excluidos. Los temas sanitarios deben colocarse en el centro de las políticas de mitigación de la pobreza impulsadas para los Estados Miembros y desde muchos organismos de cooperación internacional.

La OPS/OMS se enfrenta con grandes retos para encontrar maneras eficaces, asequibles y prácticas de traducir los compromisos internacionales en acciones que influyan de manera positiva en la vida de las personas. Estos retos requieren el aumento de la capacidad nacional para formular políticas y estrategias procedentes y para aprovechar las oportunidades mediante el alivio de la deuda y otras estrategias de reducción de la pobreza. Los países también necesitan asistencia para acceder a la financiación internacional de las iniciativas relacionadas con la salud y aumentar al máximo el potencial derivado de los procesos de integración mundiales, regionales y subregionales.

El análisis de los aspectos éticos de la salud y la investigación requiere apoyo. Más concretamente, los países necesitan comprender y prepararse para los desafíos éticos en relación con los acontecimientos nuevos en tecnología y la investigación creciente en seres humanos en los países en desarrollo, en especial a nivel de la comunidad. En estos países son escasos los expertos necesarios en este ámbito.

### META

Maximizar el impacto de mejorías en salud para el desarrollo socioeconómico en general, y para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en particular.


### OBJETIVO DE LA OPS


Mantener y asegurar aún más el carácter central de la salud en una amplia gama de programas de desarrollo y promover el enfoque de los derechos humanos para el logro de políticas justas y coherentes a escala nacional, subregional y regional, con el propósito de eliminar la exclusión social, de género y étnica en los sistemas de salud.

### ENFOQUES ESTRATÉGICOS

- . Brindar apoyo y abogar por políticas y legislación mundiales, regionales y nacionales que promuevan la salud como un derecho humano.
- . Identificar y respaldar políticas públicas e intervenciones intersectoriales instrumentales eficaces para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud.
- . Promover oportunidades de impulsar el desarrollo y la accesibilidad de los bienes de salud pública nacionales regionales y mundiales, y el fortalecimiento de los componentes sanitarios en los procesos de integración.
- . Fomentar el análisis y la identificación de oportunidades y fuentes de inversión en salud a escala nacional, regional y mundial, teniendo en cuenta el marco institucional y las posibilidades de la Iniciativa sobre Macroeconomía y Salud.

- Promover y apoyar la participación de los Estados Miembros, cuando sea necesario, en las estrategias de lucha contra la pobreza (ELP), en especial para los países pobres muy endeudados (PPME).
- Considerar las recomendaciones de la Comisión sobre Determinantes Sociales de Salud para la formulación de políticas públicas que contribuyan a la reducción de las desigualdades de salud, la exclusión social y la pobreza.
- Propugnar y fortalecer la capacidad para incorporar la dimensión ética en la investigación y la formulación de políticas sanitarias.

RESULTADOS ESPERADOS A NIVEL DE TODA LA OPS	INDICADORES	NIVELES DE BASE	OBJETIVOS
1.  Los países habrán recibido asistencia a los niveles nacional y subregional para elevar la prioridad de la salud en el programa para el desarrollo y aumentar la inversión en salud	• Número de estudios de investigación epidemiológica, socioeconómica o sanitaria llevados a cabo en apoyo de las iniciativas nacionales y subregionales sobre macroeconomía y salud	2	6
	• Número de grupos de trabajo o comisiones sobre macroeconomía y salud en las cuales participaron como miembros o suministraron función de la Secretaria.	2 iniciativas subregiona les	Recomendaciones de 4 iniciativas subregionales presentadas a las autoridades pertinentes
	• Cantidad de planes maestros de inversión en salud nacionales y subregionales, basados en el marco de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud, elaborados en colaboración con la OPS	2	6
2. Aplicación mejorada de información, conocimiento y herramientas en ámbitos técnicos y políticos fundamentales de la relación entre salud y desarrollo humano	• Número de países que aplican una de las herramientas analíticas del sector de la salud o marcos para la planificación en pos del desarrollo de la salud a nivel nacional	7	5
	• Número de países respaldados para aplicar enfoques de amplitud sectorial para el desarrollo del sector de la salud	2	5
3. Vigilancia y apoyo de los componentes de salud de las iniciativas dirigidas a reducir la pobreza y cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio por los niveles nacional, subregional y regional, a fin de mejorar la capacidad institucional para crear y aplicar políticas e intervenciones públicas	• Capacitación de los ciudadanos para formular y evaluar políticas públicas instrumentales para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio	0	30
	• Preparación de informes anuales sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud en	1	10

orientadas a los Objetivos de Desarrollo del Milenio	los niveles nacional, subregional y regional por parte de la OPS exclusivamente o en colaboración con otros organismos.		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes anuales sobre la salud y la lucha contra la pobreza en los niveles nacional, subregional y regional</li> </ul>	1	10
4. Capacidad institucional fortalecida en los niveles nacional y subregional y dentro de la Secretaría para integrar el enfoque de derechos humanos al desarrollo de la salud y las políticas y la legislación de lucha contra la pobreza, inclusión social y seguridad humana	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de miembros del personal de la OPS a nivel regional y nacional capacitados en el uso de la herramienta para la integración de los derechos humanos en la planificación del desarrollo</li> <li>• Enfoque de derechos humanos integrado a los programas regionales nuevos de la OPS o la iniciativa para la salud y lucha contra la pobreza y la extensión de la protección social en salud y en la estrategia de cooperación en los países</li> </ul>	0	40
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes de seguimiento sobre la aplicación en los países de los compromisos en salud de la Conferencia de las Naciones Unidas contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de intolerancia</li> </ul>	Ningún programa regional nuevo	3 programas regionales nuevos
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de la legislación nacional de salud pertinente y formulación de recomendaciones para la promoción de la equidad entre los sexos y los grupos étnicos</li> </ul>	Ninguna estrategia de cooperación en los países usa el enfoque de derechos humanos a finales de 2005	50% de la estrategia de cooperación en los países llevada a cabo en 2006-2007 aplica el enfoque de derechos humanos
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de foros regionales de la OPS convocados y sus informes diseminados de manera generalizada</li> </ul>	0	1 informe publicado en la página web de la OPS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de juntas de expertos en planificación que están en funcionamiento</li> </ul>	No hay datos actualmente	4
5.  Elaboración y aplicación de plataformas para la formación de consenso que captan las distintas perspectivas y propician procesos entre los protagonistas clave de los ámbitos científico, académico, privado y de la sociedad civil, además de los protagonistas sociales y políticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El sitio Active SharePoint permite que los miembros del foro compartan información y colaboren virtualmente</li> </ul>	0	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Al menos 75% de los países tienen comisiones o comités nacionales de bioética</li> </ul>	0	2
6. Aumento de la capacidad para integrar la bioética en las políticas y programas de salud a nivel nacional		0	1
		Número de comités en 2005	Al menos 27 países

- |  |  |     |   |
|--|--|-----|---|
| 7. La Comisión procura generar y divulgar el conocimiento y la información a fin de mejorar las políticas públicas intersectoriales vigentes en salud, según las recomendaciones de la OMS | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Países con apoyo para usar las herramientas, normas y directrices a fin de incorporar la ética a sus planes e investigación</li> <li>• Creación y funcionamiento de la Comisión sobre Determinantes Sociales de Salud en la Región de las Américas y publicación de los informes y estudios de la Comisión</li> </ul> | n/d | 8 |
|  |  | -   | 4 |

### RECURSOS (US\$)

	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Todos los fondos
2004-2005	11.192.100	8.758.000	19.950.100
2006-2007	3.917.400	10.602.000	14.519.400
<b>De los cuales:</b>			
País	1.082.100	1.645.300	2.727.400
Subregional	0	15.000	15.000
Regional	2.835.300	8.941.700	11.777.000

## 23. POLÍTICAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD Y LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

### TEMAS Y RETOS

Resulta cada vez más evidente que en muchos países no se ofrece ni presta una gran variedad de intervenciones eficaces como consecuencia de problemas relacionados tanto con el acceso como con la calidad de la atención y las características específicas de la organización y la gestión de los sistemas de salud. El impulso dado por los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el interés creciente en el sector de la salud en general han generado un aumento notable de los programas específicos para ciertas enfermedades ejecutados tanto por organizaciones internacionales como por organismos nacionales.

Esta tendencia plantea nuevos desafíos complejos que sobrecargan los sistemas de salud ya debilitados. Aunque estos programas están impulsando una importante innovación y experimentación en estrategias que permitan aumentar la cobertura de enfermedades específicas, no se están reforzando las instituciones gubernamentales responsables de la organización general del sector de la salud. En consecuencia, es necesario comprender, integrar y armonizar la mejor planificación del sistema sanitario con iniciativas específicas para ciertas enfermedades en los países. Además, resulta imperativo que las instituciones gubernamentales ejerzan su función rectora y velen por la coherencia general de sus sistemas de salud sobre la base de los principios de la atención primaria de salud y la priorización de las funciones esenciales de salud pública.

Este refuerzo es necesario en varios niveles. En el ámbito de las políticas, debe existir capacidad de liderazgo y de reglamentación suficiente para que los gobiernos puedan ejercer con eficacia su función rectora en el contexto cada vez más heterogéneo de la mayoría de los sistemas de salud. Necesitan desempeñar su función como líderes y conductores así como mantener una visión general del sistema de salud en su totalidad. Además, también deben planificar y reglamentar de manera sistemática y con el establecimiento de sinergias la prestación pública, por el seguro social y privada de los servicios sanitarios, procurar que la infraestructura y la práctica de salud pública sean fortalecidas al igual que los servicios sanitarios, y detectar y contrarrestar los acontecimientos que podrían repercutir negativamente en los grupos más vulnerables.

En el ámbito de la gestión, a escala subnacional, distrital e institucional, se necesita un refuerzo masivo de la capacidad institucional y humana a fin de manejar la complejidad cada vez mayor de la prestación de la atención médica. Se deben impulsar iniciativas que promuevan la salud, prevengan las enfermedades, garanticen el acceso y mejoren la calidad de la atención. El acceso a los servicios sanitarios es limitado o, en algunos casos, inexistente, para segmentos grandes de la población. La prestación de los servicios sanitarios no siempre obedece a las expectativas, los valores sociales y las preferencias culturales de la población. Las redes de atención sanitaria no están integradas y no hay sinergias entre los diferentes prestadores. La prestación de los servicios con frecuencia es de calidad deficiente e ineficaz. Los recursos para la prestación de servicios suelen ser ineficientes, asignados y empleados de manera inadecuada. Los pobres tienen menos acceso a servicios de salud y reciben peor calidad de atención, lo que también sucede con otros grupos como mujeres, poblaciones rurales, grupos étnicos socialmente excluidos y, en especial, poblaciones indígenas. La falta de información organizada impide que se definan prioridades y que la creación de sistemas de prestación de servicios sanitarios se oriente en una dirección en particular.

La cooperación técnica en esta área de trabajo responde a las resoluciones de la OPS sobre la función rectora de los ministerios de salud y su fortalecimiento institucional; la vigilancia y la evaluación de los procesos de reforma del sector de la salud, las funciones esenciales de la salud pública, la estrategia renovada para la atención primaria de salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La OPS deberá optimizar sus alianzas estratégicas con una gama amplia de socios a fin de abordar la demanda muy alta de los países en relación con la cooperación técnica en el área.

### META

Mejorar la disponibilidad, el acceso, la equidad, la calidad y la eficiencia de los servicios sanitarios de atención primaria de salud (APS) y fortalecer los vínculos con las funciones esenciales de la salud pública en los países.

- OBJETIVO DE LA OPS** Fortalecer el liderazgo y la función rectora de los ministerios de salud para el desempeño mejorado del sistema en su conjunto, mejorar la planificación y la gestión de las funciones esenciales de salud pública y una gama amplia de los servicios de salud así como crear redes integradas para la prestación de los servicios de salud.
- ENFOQUES ESTRATÉGICOS**
- Reorganización de las estrategias de cooperación técnica con el fin de tener presencia activa en todos los países, priorizando los Estados Miembros clave y más pobres de la Región, promover un programa temático central sobre el desarrollo de sistemas de salud y responder a las exigencias específicas de cada país
  - Fortalecimiento de las capacidades institucionales, orgánicas y humanas a todos los niveles del sistema de salud mediante la formación y el respaldo de asociaciones, alianzas y el establecimiento de redes para compartir conocimientos, capacitar y crear marcos, instrumentos, herramientas y normas, y mediante la movilización de entidades internacionales y bilaterales, asociaciones profesionales, académicas y científicas, las ONG y organismos de servicio, educación e investigación, entre otros
  - Combinación de las estrategias centradas en los países para fortalecer el intercambio entre los países y los proyectos en colaboración con la promoción de sistemas regionales y subregionales para la cooperación horizontal
  - Énfasis en el liderazgo y el fortalecimiento de la capacidad de las organizaciones gubernamentales, en especial en los ministerios de salud
  - Promoción y respaldo para la preparación de proyectos y propuestas de los Estados Miembros y su participación en las negociaciones con iniciativas mundiales que brindan oportunidades para hacer crecer los sistemas de salud con el propósito de cumplir los ODM e incorporar los programas verticales en las redes integradas de prestación de servicios
  - Recopilación, organización y difusión de documentación, conocimientos e información pertinentes e intensificación del uso de nuevas tecnologías de información y comunicación.

<b>RESULTADOS ESPERADOS A NIVEL DE TODA LA OPS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>NIVELES DE BASE</b>	<b>OBJETIVOS</b>
1. Se habrán recabado, organizado activamente y difundido de manera generalizada documentación, conocimientos e información a las autoridades nacionales, los organismos internacionales de cooperación, los proveedores de servicios de salud, las asociaciones profesionales, el mundo académico y la sociedad civil	• Número de países en los cuales se ha finalizado (acumulado) el análisis del sector de la salud	7	11
	• Número de países en los cuales el perfil de los sistemas de salud se ha actualizado al período 2005-2007 (acumulado)	8	24
	• Número de visitas anuales a la página web de LACHSR	450.000	520.000
	• Profesionales en ejercicio inscritos en la red de contactos del centro de distribución de información de LACHSR (acumulado)	850	1.000
	• Número de materiales técnicos, sinopsis sobre política, herramientas y documentos sobre las evaluaciones aplicados y enseñanzas extraídas concluidas y difundidas (por bienio)	30	40



		30	50
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de profesionales de los países y asesores de la OPS y de otros organismos internacionales de cooperación capacitados en los métodos para formular el análisis del sector de la salud o los perfiles de los sistemas de salud (por bienio)</li> </ul>	2	6
2. Fortalecimiento de la función rectora y el liderazgo de las autoridades sanitarias, y creación de la capacidad institucional, orgánica y humana, para mejorar el desempeño general de los sistemas, planificar y administrar la coordinación e integración de las redes de prestación de servicios, y aumentar las intervenciones para cumplir los ODM y otras metas prioritarias	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de países que han aplicado las normas para la evaluación del desempeño de la función rectora y generado intervenciones para fortalecer las dimensiones de conducción y liderazgo (acumulado)</li> </ul>	55	80
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de profesionales en los países y asesores de la OPS y otros organismos internacionales de cooperación capacitados en planificación y gestión de mecanismos para la coordinación de sistemas e integración de las redes para la prestación de servicios (por bienio)</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponibilidad y difusión a los países del marco conceptual sobre el crecimiento de los sistemas de salud mediante la incorporación de estrategias de APS y programas verticales específicos para las enfermedades en las redes integradas de prestación cuyo objetivo es cumplir los ODM y otras metas prioritarias</li> </ul>	Marco conceptual formulado y convenido por los expertos	Marco conceptual diseminado a 8 países como mínimo
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de profesionales de los países y asesores de la OPS y otros organismos internacionales de cooperación capacitados en la planificación y la gestión para el afianzamiento de los sistemas de salud mediante la incorporación de estrategias de APS y programas verticales específicos para la enfermedad en las redes integradas de prestación (por bienio)</li> </ul>	0	70
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de profesionales de los países y asesores de la OPS y otros organismos internacionales de cooperación capacitados en la planificación y la gestión para el afianzamiento de los sistemas de salud mediante la incorporación de estrategias de APS y programas verticales específicos para la enfermedad en las redes integradas de prestación (por bienio)</li> </ul>	28	37
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de países y territorios en los cuales se ha prestado cooperación técnica directa para mejorar el desempeño general del sistema y de las redes de prestación de servicios de salud</li> </ul>		

3. Fortalecimiento del liderazgo, la infraestructura y la práctica en salud pública a nivel nacional y subnacional con el mejoramiento de las competencias de los recursos humanos en salud pública	• Número de países en los cuales los informes nacionales y subregionales revelan mejoras en el desempeño de las funciones esenciales de salud pública números 5, 6 y 8	0	6
	• Número de países que han formulado y aplicado planes de acción para mejorar la capacidad, la infraestructura y la práctica de los sistemas de salud pública con énfasis especial en las funciones esenciales de salud pública números 5, 6 y 8 (acumulados)	3	8
	• Número de países en los cuales se ha llevado a cabo una segunda evaluación de las funciones esenciales de salud pública a nivel nacional o subnacional (acumulados)	5	10
	• Disponibilidad de la metodología para calcular los gastos en salud pública y diseminación a los países	Elaborada y prueba piloto en 2 países	Difundida a 10 países como mínimo
	• Número de profesionales de los países y asesores de la OPS y otros organismos internacionales de cooperación capacitados en la metodología para calcular los gastos en salud pública	0	20
	• Formulación y aplicación de planes subregionales para fortalecer la FESP n° 10, investigación en salud pública	0	2 subregiones
	• Número de países y territorios en los cuales se ha prestado cooperación técnica directa para fortalecer las funciones esenciales de salud pública (acumulado)	7	14
4. Respaldo a algunos países para mejorar el acceso, la eficacia, la eficiencia, la seguridad y la satisfacción de los usuarios en relación con la atención suministrada por la red de servicios integrados de salud	• Prueba piloto de maneras innovadoras para proporcionar servicios de salud en lugares distantes o difíciles en los países clave de la OPS	0	3
	• Número de países en los cuales se habrá probado un sistema nuevo de acreditación para la atención primaria	0	3
	• Número de hospitales públicos en la Región que recibieron asistencia para la prueba piloto de estrategias para la seguridad de los pacientes	0	12
	• Número de países que recibieron asistencia en la formulación, la prueba y la validación de herramientas para integrar las redes de prestación de	0	3

## servicios sanitarios

5.	Fortalecimiento de las capacidades de gestión de los establecimientos de salud y las redes de prestación de servicios sanitarios mediante la difusión de información y conocimientos, como las herramientas, los métodos y las normas apropiadas y pertinentes para aplicar las prácticas basadas en datos probatorios que mejoran el acceso, la calidad y la equidad en la prestación de servicios de salud, especialmente para las poblaciones vulnerables	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de perfiles de los servicios de salud formulados</li> <li>• Número de indicadores básicos de los servicios de salud elaborados y difundidos</li> <li>• Número de países que utilizan las herramientas de apoyo, los métodos, las prácticas óptimas y las normas identificadas y difundidas para la adopción de decisiones en la organización y gestión de los servicios de salud, con el apoyo de la OPS</li> </ul>	0	15
6.	Formación de capacidad técnica para definir y abordar las desigualdades que afectan a los resultados de salud y las necesidades de los pueblos indígenas con énfasis particular en el acceso a servicios de salud de buena calidad, culturalmente apropiados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo a las redes de cooperación intrasectoriales e intersectoriales de salud de los pueblos indígenas a nivel local, nacional y regional</li> <li>• Número de países que incorporan la situación sanitaria de sus pueblos indígenas en los sistemas de información sanitaria y análisis con el apoyo de la OPS.</li> </ul>	7 locales 0 nacional 0 regional	30 locales 7 nacionales 1 subregional 2

**RECURSOS (US\$)**

	<b>Presupuesto ordinario</b>	<b>Otras fuentes</b>	<b>Todos los fondos</b>
2004-2005	11.231.600	16.380.000	27.611.600
2006-2007	15.910.400	19.648.000	35.558.400
<b>De los cuales:</b>			
País	11.765.700	10.167.900	21.933.600
Subregional	0	74.000	74.000
Regional	4.144.700	9.406.100	13.550.800

## 24. RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

### TEMAS Y RETOS

Si bien la situación de los recursos humanos en el sector de la salud varía entre los países de la Región de las Américas, todos afrontan desequilibrios profundos en la disponibilidad, composición y distribución de la fuerza laboral. Estos desequilibrios se manifiestan como escasez aguda de personal sanitario, problemas crónicos y persistentes de inequidades en la distribución de los recursos humanos en el sector de la salud en relación con las necesidades o la composición inapropiada de la fuerza laboral en virtud de las características de las poblaciones atendidas. La estructura de los sistemas de incentivos es deficiente para atraer y retener al personal sanitario con las características deseadas donde se los necesita seriamente, lo cual agrava las tendencias alarmantes observadas en la movilidad y la migración de los recursos fundamentales.

Las condiciones laborales en el sector de la salud son precarias, con implicaciones inmediatas para la motivación y el desempeño de la fuerza laboral, lo cual repercute gravemente en la calidad de los servicios y la gobernanza general del sector. Surgen brechas importantes en las capacidades de los sistemas de salud y sus recursos humanos para acompañar la evolución demográfica y epidemiológica de su población. El entrelazamiento creciente de los problemas sociales y de salud y el envejecimiento de la población requieren perfiles nuevos y relaciones laborales diferentes entre los profesionales de la salud, los técnicos, los agentes sociales y la comunidad en la atención primaria de salud, con un enfoque de equipo multiprofesional.

La formación de la fuerza laboral en salud pública para mantener sistemas eficaces y velar por un desempeño adecuado de sus funciones esenciales es una inversión perentoria en los próximos años. Se necesitan estrategias y métodos innovadores para aumentar la escala de los recursos humanos en apoyo de programas prioritarios y países clave. Se deberán fortalecer las competencias individuales e institucionales para comprender y abordar las dimensiones internacionales de la salud, en una economía cada vez más integrada y globalizada.

La educación en las ciencias de la salud es todavía dominada en gran parte por el modelo de especialidad médica hospitalaria, a menudo a expensas de otras profesiones sanitarias. Por lo general, los programas y sistemas de educación continua son débiles y están organizados en torno a las profesiones de salud dominantes, en lugar de estar diseñados en respaldo de los cambios deseados y el desempeño de los sistemas y servicios de salud.

Los datos limitados y los sistemas de información deficientes en el ámbito de los recursos humanos minan los esfuerzos para abordar estos temas. Se necesitan acciones importantes para organizar y mantener series de datos básicos a fin de calcular las necesidades presentes y futuras, tanto cuantitativas como cualitativas no solo a nivel nacional, sino también a nivel regional y local, o para grupos de población específicos.

Los retos fundamentales a los que se enfrentan los sistemas nacionales de salud con respecto a sus recursos humanos requieren la intensidad y el liderazgo renovados de los ministerios de salud y otras autoridades estatales para la formulación de políticas y planes eficaces. Se deben diseñar los mecanismos participativos para lograr una mejor armonización de los sectores y los interesados directos pertinentes en torno a las intervenciones de políticas estratégicas. Se impone la necesidad también de fortalecer el intercambio de los enfoques de política y las prácticas óptimas en los países, dado que muchos países afrontan problemas similares, algunos de los cuales tienen naturaleza internacional o dimensiones internacionales y los procesos subregionales de integración ejercen una influencia importante en la configuración de las discusiones sobre política.

Por último, falta pericia en la Región para la gestión de los recursos humanos en salud, y los profesionales con responsabilidades de liderazgo en este ámbito se beneficiarían de los intercambios organizados con homólogos, con lo cual formarían una comunidad de aprendizaje y práctica.

### META

Formación de servicios de salud equitativos eficaces y eficientes por medio de una fuerza laboral equilibrada, mejor distribuida, competente y motivada.

<b>OBJETIVO DE LA OPS</b>	Respaldar la formulación y la ejecución participativa de políticas eficaces de recursos humanos en el sector de la salud y la gestión óptima de la educación y el trabajo a los niveles regional, subregional y nacional
<b>ENFOQUES ESTRATÉGICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reorganizar el modelo de cooperación técnica en torno a las subregiones a fin de tener una presencia activa en todos los países, promover un programa temático central, fortalecer el intercambio entre países y brindar apoyo a los programas de integración</li> <li>• Combinar estrategias de atención centradas en los países, colaborar con los países clave y promover enfoques subregionales para la cooperación horizontal</li> <li>• Centrarse en el fortalecimiento de la función de liderazgo y la capacidad de las instituciones gubernamentales, en especial de los ministerios de salud en el campo de los recursos humanos, prestando especial atención a la institucionalización mayor de los procesos de recursos humanos</li> <li>• Impulsar y brindar apoyo a las asociaciones, alianzas y formación de redes a fin de compartir conocimientos y formación</li> <li>• Mejorar el acceso a la información y documentación pertinentes, al igual que a otros recursos</li> <li>• Encabezar la formulación en colaboración de documentos de política y marcos de referencia sobre temas clave de recursos humanos</li> <li>• Elaborar instrumentos, herramientas y normas</li> <li>• Intensificar el uso de las nuevas tecnologías de comunicación e información</li> </ul>

<b>RESULTADOS ESPERADOS A NIVEL DE TODA LA OPS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>NIVELES DE BASE</b>	<b>OBJETIVOS</b>
1. Lanzamiento de la Década de los Recursos Humanos en Salud y aprovechamiento de la oportunidad para concentrar la atención en dichos recursos en el sector de la salud en las Américas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulación de un marco regional para abordar los desafíos de los recursos humanos en el sector de la salud en las Américas y celebración del Día Mundial de la Salud (MDS)</li> </ul>	No hay marco; ideas preliminares para el DMS	Marco regional aprobado y programa de actividades ejecutado
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de documentos de política y técnicos producidos por grupos regionales de consulta en relación con los retos fundamentales para una Década de los Recursos Humanos en Salud</li> </ul>	0	5
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan regional de acción formulado en consulta con países, asociaciones profesionales regionales, subregionales y nacionales y comisiones especializadas; actividades iniciadas en los países</li> </ul>	0	Plan de acción y actividades conexas aprobados en 9 países

2. Respaldo a los países para usar las normas, las directrices y los métodos para la formación de series de datos básicos y creación de sistemas de información sobre recursos humanos por la OPS	• Número de países que han creado una serie de datos básicos sobre los recursos humanos en el sector de la salud según las directrices recomendadas	6	12
	• Creación del proceso para el reconocimiento formal por la OPS/OMS de los observatorios de Recursos humanos en salud o entidades equivalentes que han contribuido a la producción de la información para la formulación de políticas	0	Criterios formulados y proceso establecido y difundido
3. Modelos y métodos nuevos para la gestión de los recursos humanos en salud creados en colaboración con instituciones, programas y servicios de salud e instituciones académicas	• Se diseñará y aplicará un programa de educación continua a nivel subregional en respaldo de la práctica de los profesionales con posiciones de liderazgo en la gestión de los recursos humanos en el sector de la salud.	0	2 subregiones
	• Número de programas de capacitación en administración sanitaria en los que se revisa el plan de estudios para la gestión de los recursos humanos en salud y participan con la OPS en el programa de educación continua	0	6
	• Diálogos y documentos técnicos producidos en relación con los problemas principales a los que se enfrenta la gestión de los recursos humanos en salud en un entorno laboral en transición y globalizado (dotación de personal, relaciones laborales, retención, etc.)	0	4
4. Formulación, divulgación y aplicación en colaboración de políticas, modelos, sistemas y programas educativos innovadores encaminados a mejorar el desempeño de los profesionales y técnicos de la salud en servicio	• Número de países que han creado una red de aprendizaje para fortalecer las competencias de la fuerza laboral en salud pública, la divulgación de las prácticas óptimas y los recursos mediante un modelo y estructura comunes	0	5
	• Número de profesionales capacitados en un programa internacional de liderazgo en salud de la OPS	0	10
	• Número de profesionales capacitados mediante programas de becas y pasantías de la OPS	0	60

5. Formulación, documentación y aplicación de políticas, modelos, métodos y directrices educativas innovadoras para mejorar la calidad de la educación en las ciencias de la salud a los niveles de pregrado y posgrado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de facultades de medicina que colaboran formalmente con la OPS a fin de identificar y analizar las prácticas óptimas para capacitar a médicos receptivos a las necesidades y características de la comunidad</li> <li>• Número de países que han elaborado y ejecutado planes para la profesionalización de la enfermería</li> <li>• Número de diálogos y documentos técnicos producidos sobre el refuerzo de la salud pública y la APS en los planes de estudio de enfermería</li> <li>• Programas y directrices formulados para mejorar la calidad de la educación de posgrado y los programas de educación continua en medicina familiar y comunitaria</li> <li>• Número de países que han adoptado y han iniciado la puesta en práctica de un plan estratégico liderado por la OPS para reorientar la educación dirigida a técnicos en salud y agentes sanitarios de la comunidad</li> </ul>	<p>2</p> <p>4</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>0</p>	<p>7</p> <p>12</p> <p>5</p> <p>7</p> <p>5</p>
---	--	--	---

### RECURSOS (US\$)

	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Todos los fondos
2004-2005	9.266.600	3.474.000	12.740.600
2006-2007	8.226.400	4.934.000	13.160.400
<b>De los cuales:</b>			
País	1.590.000	2.000.000	3.590.000
Subregional	1.290.800	1.119.000	2.409.800
Regional	5.345.600	1.815.000	7.160.600

## 25. FINANCIACIÓN DE LA SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

### TEMAS Y RETOS

La manera en que el sistema de salud se financia y organiza constituye un factor determinante fundamental de la salud y el bienestar de la población. La financiación sanitaria se ha tornado un tema central para muchos gobiernos a medida que procuran acercarse a la cobertura universal o mejorar sus sistemas de salud. Los debates de políticas abordan cuestiones relacionadas con la manera en que se deben recaudar los fondos y mancomunarse para diversificar los riesgos, y utilizarse para adquirir o prestar los servicios y programas que necesitan sus poblaciones, al igual que el equilibrio apropiado entre el sector público y el privado. En algunos países, el nivel del gasto todavía resulta insuficiente para garantizar el acceso universal a intervenciones y servicios de salud esenciales, de manera que una de las principales inquietudes consiste en procurar una movilización de recursos adecuada y equitativa para la salud. La segmentación representa una limitación del potencial de subsidiar de manera cruzada del rico al pobre, de los trabajadores activos a los jubilados, de las generaciones jóvenes a las viejas y del sano al enfermo, y muchos sistemas financieros no proporcionan suficiente protección social.

En muchos países, los costos sanitarios aumentan con rapidez y una inquietud dominante es reducir la tasa de crecimiento del gasto sanitario y mantener al mismo tiempo la calidad y el acceso al sistema de salud. Todos los países procuran que los recursos disponibles para la salud se usen de manera eficiente y se distribuyan de manera equitativa. No obstante, las disparidades subsisten en el acceso a los servicios entre las zonas rurales y urbanas, entre los sexos y entre los diversos grupos étnicos. En todos los países excepto unos pocos, la financiación sanitaria depende en gran medida de pagos directos, lo que muchas veces implica grandes cargas financieras, a menudo catastróficas, para los hogares que pueden verse en consecuencia empujados a la pobreza o al empeoramiento de esta. Por otra parte, la necesidad de efectuar tales pagos evita que las personas, en especial las que son pobres, obtengan la atención necesaria. Cada uno de estos temas repercute sobre la capacidad de los países de cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio y amenaza con menguar o detener el progreso hacia indicadores de salud positivos.

La información sobre las desigualdades, las inequidades y la exclusión social en materia de salud, basadas en la clase social, el ingreso, el sexo, la edad, el grupo étnico y la región geográfica, no se encuentra lo suficientemente disponible a fin de informar y mejorar las políticas, la formación, la promoción de la causa y la investigación. Esta situación es especialmente cierta en el caso de los programas centrados en grupos de alto riesgo, los indígenas y otras poblaciones excluidas, y las zonas geográficas descuidadas.

Las reformas del sector sanitario realizadas en los decenios de 1980 y 1990 no han logrado superar la segmentación, la fragmentación y la inequidad de los sistemas de salud, y han tenido una baja repercusión sobre las diferencias significativas en los derechos asegurados, los niveles de gasto y el grado de acceso a los servicios entre los distintos grupos de la población. Por lo tanto, los países no han tenido éxito en garantizar un nivel universal de protección social con relación a la salud o en lograr mejores resultados de salud para las poblaciones vulnerables.

En el contexto actual, resulta importante más que nunca afrontar el desafío de garantizar la protección universal social y financiera en torno a la salud. Resulta fundamental eliminar o reducir las inequidades evitables en la financiación, la cobertura, el acceso y la utilización de los servicios, así como superar las barreras económicas, geográficas y por razón de sexo y edad que impiden el acceso a la asistencia sanitaria. En concordancia con esto, es importante lograr que todos reciban atención de acuerdo con sus necesidades y contribuyan a la financiación del sistema de acuerdo con su capacidad para pagar. El compromiso de los países y la comunidad cooperativa en pos del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio proporciona una oportunidad única de afrontar este desafío. Casi dos terceras partes de los países quieren cooperar con la OPS en esta esfera durante el bienio.



La cooperación técnica comprendida en la presente área de trabajo responde a las últimas resoluciones adoptadas por la OMS y la OPS sobre la ampliación de la protección social en materia de salud, el financiamiento sostenible de la salud, la cobertura universal y el seguro de enfermedad. El trabajo realizado en esta área se vincula con el que se lleva a cabo en el área de Información Sanitaria, Pruebas Científicas y Políticas de Investigación para la construcción de puentes entre la investigación y la formulación de políticas. La OPS colaborará estrechamente con la amplia gama de socios internacionales y multisectoriales interesados en el área, incluida la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y los organismos de desarrollo e investigación de los Estados Unidos, Noruega, España, Suecia y Canadá.

**META** Lograr el acceso equitativo a los servicios sanitarios y una mejor protección social en materia de salud mediante los mecanismos de financiamiento sostenible de la salud.

**OBJETIVO DE LA OPS** Prestar apoyo a los Estados Miembros para que analicen, conciben y ejecuten políticas y estrategias para el financiamiento sostenible y equitativo de la salud que velen por que se utilicen prácticas económicas para la asignación de los recursos, se extienda la protección social en materia de salud y se mejore el acceso a los servicios sanitarios de calidad.

**ENFOQUES ESTRATÉGICOS**

- Centrarse en el liderazgo y el fortalecimiento de la capacidad de las organizaciones gubernamentales, en especial de los ministerios de salud y las organizaciones de seguridad social, a fin de que conduzcan el diálogo y construyan acuerdos con la sociedad civil y otros interesados directos.
- Cooperar de manera directa a fin de elaborar y aplicar políticas y estrategias para aquellos procesos nacionales de desarrollo sanitario que procuren extender la protección social y financiera, con miras a alcanzar la meta de cobertura universal, dando prioridad a los países clave y a los Estados Miembros más pobres de la Región.
- Generar información especial estratégica mediante estudios de investigación aplicada, innovadores o comparativos, y métodos analíticos.
- Elaborar métodos y promover su uso en los países para el análisis de las situaciones de exclusión social en relación con la salud, y las inequidades en torno a la financiación, el acceso, la cobertura y la utilización de los servicios, prestando atención especial a las mujeres, los niños, las poblaciones indígenas y rurales, y los grupos étnicos.
- Promover el diálogo social y en torno a las políticas, y la formulación de políticas públicas y planes sectoriales.
- Intercambiar conocimiento mediante los centros de distribución de información sobre las innovaciones técnicas y las enseñanzas extraídas, y mediante intercambios entre los países y proyectos en colaboración entre las subregiones.
- Establecer y brindar apoyo a las asociaciones, alianzas y redes formales e informales a fin de promover el intercambio de conocimiento y adiestramiento, así como la producción de innovaciones conceptuales, analíticas, técnicas, administrativas e institucionales.

<b>RESULTADOS ESPERADOS A NIVEL DE TODA LA OPS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>NIVELES DE BASE</b>	<b>OBJETIVOS</b>
1. Apoyo a los países para que comprendan la situación respecto de la exclusión social y las desigualdades, así como los aspectos económicos, financieros y relativos a los gastos en materia de salud.	Número de países que han completado estudios con el apoyo de la OPS para analizar aspectos clave de la exclusión social en materia de salud	9	15

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países que han institucionalizado el análisis de los indicadores o datos económicos o financieros relativos a la salud y la protección social</li> </ul>	20	30
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de materiales técnicos, sinopsis de políticas, estudios de casos y documentos técnicos sobre la exclusión social, las desigualdades, los gastos y otras cuestiones económicas en materia de salud finalizados y distribuidos</li> </ul>	30	35
2. Apoyo a las autoridades nacionales, la sociedad civil y otros interesados directos en la promoción del diálogo político y social para determinar las opciones normativas y mejorar el proceso decisorio con el fin de ampliar la protección social y financiera en materia de salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países en los que se ha prestado cooperación técnica directa para promover y organizar el diálogo político y social en materia de salud</li> </ul>	4	10
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marco conceptual y directrices para organizar el diálogo político y social disponible y difundirlo en los países</li> </ul>	Marco conceptual y directrices formulados y sometidos a prueba con carácter experimental en 2 países	Marco conceptual y directrices difundidos en al menos 10 países
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de entidades y foros para el diálogo político y social que funcionan a nivel de país con el apoyo técnico de la OPS</li> </ul>	6	12
3. Apoyo a las autoridades gubernamentales y fortalecimiento de sus capacidades institucionales, de organización y humanas para la formulación y ejecución de políticas públicas, planes, estrategias e intervenciones, con miras a mejorar el acceso universal y equitativo o ampliar la cobertura a los grupos de población prioritarios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países en los que se ha institucionalizado el proceso de armonizar los conceptos, métodos y datos relativos a los gastos de salud entre los ministerios de salud, la seguridad social, los bancos centrales, los ministerios de planificación y finanzas, y los institutos nacionales de estadística</li> </ul>	13	23
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marco conceptual y directrices para producir cuentas de salud vía satélite que coincidan con la contabilidad nacional (SNA93) y sean difundidos en los países</li> </ul>	Marco conceptual y directrices formulados y acordados por expertos	Marco conceptual y directrices difundidos en al menos 10 países

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países en los que se ha prestado cooperación técnica directa para mejorar la capacidad de analizar y utilizar la información sobre la economía, las finanzas y los gastos en relación con la salud en el proceso decisorio (acumulado)</li> </ul>	8	16	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países y territorios en los que se ha prestado cooperación técnica directa para formular y ejecutar las políticas públicas, los planes, las estrategias e intervenciones para ampliar la protección social y financiera en materia de salud</li> </ul>	16	24	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de las ventajas y desventajas de las estrategias, los esquemas y las modalidades alternativas para extender la protección social en materia de salud a la población maternoinfantil, y su difusión en los países</li> </ul>	Marco conceptual formulado y acordado por expertos	Análisis finalizado y difundido en al menos 20 países	
4.	Apoyo a la reorganización de las organizaciones de la seguridad social, y mejoramiento de sus capacidades institucionales, de organización y humanas para determinar, concebir y ejecutar esquemas, programas y mecanismos encaminados a extender las prestaciones e integrar las actividades con otras entidades públicas, en particular, el ministerio de salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países en los que las organizaciones de la seguridad social se han reorganizado, ampliado su cobertura e integrado sus actividades con otras entidades públicas</li> </ul>	2	5
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumento de planificación para apoyar la incorporación de programas prioritarios específicos para enfermedades (como la infección por el HIV, la tuberculosis y las vacunaciones) a las carteras de derechos de las organizaciones de la seguridad social asequible y difundido en los países</li> </ul>	1	2	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de entidades subregionales que integran las organizaciones de seguridad social apoyadas para definir y poner en práctica las estrategias de cooperación horizontal</li> </ul>	1	2	

5. Concepción y puesta en práctica de las carteras garantizadas de derechos, elaboradas y promovidas en el marco de la protección social y financiera en torno a la salud	• Número de profesionales y consultores de la OPS y otros organismos internacionales de cooperación adiestrados a fin de diseñar y ejecutar las carteras garantizadas de derechos	15	60
	• Número de países y territorios en los que se ha prestado cooperación técnica directa para formular y ejecutar las carteras garantizadas de derechos	3	7
	• Número de países que han ejecutado carteras de derechos nuevas o mejoradas	3	8
6. Asociaciones y alianzas establecidas para fortalecer las actividades nacionales y subregionales encaminadas a construir puentes entre la investigación y la formulación de políticas para extender la protección social en salud.	• Número de proyectos de investigación revisados por expertos y coordinados conjuntamente por investigadores e instancias normativas que han recibido apoyo de la OPS y los socios, y la difusión de sus resultados	5 en curso	5 finalizados
	• Número de estrategias e intervenciones para extender la protección social en salud ejecutadas con base en los resultados de las investigaciones apoyadas por la OPS y los socios	0	12
	• Marco conceptual, protocolo de investigación y estudios comparativos finalizados para determinar la gama amplia de estrategias y esquemas (incluidas sus ventajas y desventajas) encaminados a extender la protección social en salud que existe en América Latina y el Caribe	Marco conceptual y protocolo de investigación formulados	5 estudios comparativos finalizados y difundidos en al menos 20 países

**RECURSOS (US\$)**

	<b>Presupuesto ordinario</b>	<b>Otras fuentes</b>	<b>Todos los fondos</b>
2004-2005	3.760.700	3.462.000	7.222.700
2006-2007	3.677.800	3.847.000	7.524.800
<b>De los cuales:</b>			
País	1.325.600	1.923.500	3.249.100
Subregional	309.600	0	309.600
Regional	2.042.600	1.923.500	3.966.100

## 26. INFORMACIÓN SANITARIA, PRUEBAS CIENTÍFICAS Y POLÍTICAS DE INVESTIGACIÓN

### TEMAS Y RETOS

La información sanitaria bien cimentada es la base fundamental de la programación en salud pública, cuyo objetivo consiste en propiciar mayor equidad entre las poblaciones y en estas. Sin embargo, en muchos países de América Latina y el Caribe no se han puesto en práctica sistemas básicos que permitan registrar el número de nacimientos y defunciones, determinar la causa de muerte, vigilar el estado de salud o hacer el seguimiento del uso y la eficacia de los programas. Los planificadores y gerentes de programas no cuentan con la información que necesitan a fin de utilizar los recursos de manera eficaz y, al mismo tiempo, se ven acosados por las exigencias de proporcionar datos que permitan vigilar el uso de los fondos por parte de muchos organismos externos.

Es importante poner en marcha en los países el fortalecimiento de la capacidad a fin de robustecer los equipos de salud para ejecutar procesos analíticos epidemiológicos que generen datos científicos para la planificación sanitaria y la vigilancia y evaluación de intervenciones.

Existe una necesidad urgente de realizar un esfuerzo conjunto entre los organismos responsables de la salud y de las estadísticas oficiales con el fin de reformar y fortalecer los componentes de los sistemas de información sanitaria, entre estos encuestas.

Registros Vitales, estadísticas de vigilancia y servicios que permitan satisfacer las necesidades de los planificadores, los gerentes y los donantes a escala nacional e internacional. La experiencia demuestra que los sistemas de sostenibilidad tienen que ser adecuadamente sencillos y no deben depender necesariamente de la tecnología electrónica más compleja. En este proceso, la OPS desempeñará una función coordinadora, operativa y técnica clave.

La OPS/OMS desempeña una función única en el ámbito de generación y unificación de conocimientos y datos científicos sobre temas de salud pública. Todos los países de la Región proporcionan actualizaciones de los indicadores básicos de salud y muchos países en la actualidad publican sus datos nacionales, desglosados por región geográfica, y parámetros socioeconómicos fundamentales para vigilar la situación de la equidad entre las poblaciones. A pesar de que la calidad y el carácter oportuno de los datos de los indicadores básicos de salud han mejorado en términos generales, estas mejoras han sido menos evidentes en el Caribe de habla inglesa. Será importante que los países de la Región participen plenamente en la Red de Sanimetría de la OMS, a fin de aprovechar la pericia y los recursos que estarán disponibles para mejorar los sistemas de información sanitaria de los países y fortalecer la capacidad de informar sobre el avance en relación con el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, entre otras cosas.

*Salud en las Américas* sigue siendo la publicación emblemática de la Organización y, en la actualidad, se la utiliza ampliamente a escala nacional e internacional, y, cada vez más, en las escuelas de salud pública de la Región. Este informe que evalúa la salud en la Región está establecido en la Constitución y su próxima publicación será en 2007.

La aplicación de la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* y de la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* es casi universal en los países de las Américas. Sin embargo, la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión (CID X) actual, se utiliza de manera más generalizada para la codificación de datos de mortalidad que para los de morbilidad. La OPS debe promover el establecimiento de centros colaboradores de la OMS adicionales en esta área técnica en la Región.

Se deberá facilitar y promover el fortalecimiento de la capacidad, diseminar y usar métodos cualitativos y cuantitativos con el sector académico y otros centros de excelencia a fin de obtener datos científicos sobre los procesos sanitarios, con énfasis en los determinantes sociales y económicos.

La investigación dirigida a mejorar los enfoques de salud pública y los sistemas de salud constituye un área relativamente descuidada por comparación con las grandes inversiones realizadas en las ciencias biomédicas y clínicas. En la Cumbre Ministerial sobre investigaciones Sanitarias, celebrada en México,

D.F., del 16 al 20 de noviembre de 2004, se destacó este desequilibrio, que debe ser corregido a fin de utilizar de manera eficaz el conocimiento científico para fundamentar políticas que permitan mejorar la salud y la equidad sanitaria. Los sistemas nacionales de investigación sanitaria son débiles en muchos países de América Latina y el Caribe, y el apoyo de las redes regionales y mundiales resulta insuficiente. La colaboración entre los investigadores y entre los encargados de elaborar políticas o los profesionales es limitada para establecer el temario de las investigaciones. Uno de los desafíos clave para la comunidad de investigación sanitaria es la falta de una puesta en práctica rápida de los conocimientos existentes y nuevos. La respuesta insta a abordar la inequidad existente en el acceso a la información y el conocimiento sanitarios, y procurar que los conocimientos derivados de la investigación sean accesibles, difundidos e intercambiados entre los productores y los usuarios de la investigación.

A esto se relaciona la necesidad de que los países comprendan y se preparen para los desafíos éticos en relación con los nuevos adelantos tecnológicos y con la investigación en seres humanos, en especial a nivel comunitario. En los países en desarrollo escasean los expertos necesarios en esta área.

**META**

Aumentar al máximo el potencial que tienen los sistemas de salud para mejorar la salud y responder a las necesidades sanitarias de una manera que sea equitativa, eficaz y eficiente, sobre la base de información y conocimientos científicos sólidos en materia de salud.

**OBJETIVO DE LA OPS**

Mejorar la disponibilidad, la calidad, el análisis oportuno y el uso de la información sanitaria a nivel de los países; fortalecer la base de datos científicos y la capacidad analítica a nivel nacional, regional y mundial a fin de vigilar y reducir las desigualdades en materia de salud; elaborar sistemas de investigación sanitaria que permitan fortalecer la capacidad de investigación; y utilizar las conclusiones de las investigaciones para fortalecer los sistemas nacionales de salud.

**ENFOQUES ESTRATÉGICOS**

Establecimiento de redes y grupos de trabajo para reorganizar y reformar los sistemas de información sanitaria de los países, entre estos los servicios epidemiológicos y las estadísticas vitales y sanitarias; vigilancia de la situación sanitaria y evaluación del impacto de las intervenciones sanitarias en la Región en todos los niveles; elaboración y afianzamiento de la base de datos científicos para los sistemas sanitarios, mediante la unificación y la publicación de los datos científicos existentes y la facilitación de la generación y el uso de conocimientos en las áreas prioritarias; defensa y promoción de la investigación sanitaria que permita establecer sistemas sanitarios mejores y el fortalecimiento de su punto de contacto con los sistemas de salud a nivel nacional y subnacional; consolidación de la capacidad de los recursos humanos locales y nacionales para generar, analizar y usar la información sobre salud; creación de métodos, instrumentos, herramientas para robustecer las capacidades analíticas; promoción del diálogo y la coordinación con socios interesados a nivel local, nacional y regional; realización de actividades de políticas, técnicas y analíticas en los países para fortalecer la investigación sobre servicios de salud; promoción y fortalecimiento de la capacidad para incorporar la dimensión ética en la investigación sanitaria y la formulación de políticas.

**RESULTADOS ESPERADOS****A NIVEL DE TODA LA OPS****INDICADORES****NIVELES DE BASE****OBJETIVOS**

- |   |   |   |                               |
|---|---|---|-------------------------------|
| 1. Sistemas de información sanitaria de los países fortalecidos y reformados, que proporcionen y utilicen información oportuna y de calidad en la programación sanitaria local y en el seguimiento de las principales metas internacionales | • Número de países con sistemas adecuados de información sanitaria conforme con las normas internacionales recomendadas por la OPS. Esto comprende el perfeccionamiento de los sistemas de registro y estadísticas vitales. | Número de países que actualmente cumplen la norma | 5 países más cumplen la norma |
|---|---|---|-------------------------------|

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de países que utilizan datos que no superan los tres años de antigüedad para vigilar los indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud</li> <li>Número de países que usan información desglosada a nivel subnacional.</li> </ul>	<p>Número de países que satisfacen el criterio para la publicación de la OPS en 2005</p> <p>Número de países que usan datos al primer nivel de desglose (estado, provincia)</p>	<p>Al menos 10 países más satisfacen el criterio para la publicación en 2007</p> <p>Al menos 60% de los países usan datos al primer nivel de desglose</p> <p>Al menos cinco países usan datos al segundo nivel de desglose</p>
2. Disponibilidad de conocimientos y datos científicos en los países y la Secretaría, mediante el análisis, la concentración y la publicación de los datos científicos existentes y la facilitación de la generación de conocimiento en las áreas prioritarias para el proceso decisorio en el ámbito de la salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actualización anual de los datos de salud centrales de la OPS y los países y divulgación amplia del análisis de la situación sanitaria</li> <li>El uso de los métodos y las herramientas propuestas por la OPS se pone de manifiesto en el número de informes de la OPS y los países en los cuales se publican datos científicos inéditos que permiten reorientar los programas sanitarios o reforzar las prioridades existentes</li> <li>Publicación impresa y en internet de <i>Salud en las Américas</i></li> </ul>	<p>Publicación a tiempo para cada reunión del Consejo Directivo</p> <p>Número de publicaciones que satisfacen este criterio en el bienio 2004-2005</p> <p>Publicación más reciente aprobada por el Consejo Directivo en 2002</p>	<p>Publicación a tiempo para cada reunión anual del Consejo Directivo</p> <p>Número de publicaciones en el bienio 2006-2007</p> <p>Publicación nueva aprobada por el Consejo Directivo en 2007</p>
3. Fortalecimiento de la gobernanza y de las funciones de los sistemas nacionales de investigación sanitaria a fin de responder al desarrollo del sistema de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa regional de investigación elaborado en cooperación con los centros colaboradores de la OPS/OMS aprobado por el Comité Asesor de Investigaciones y los Cuerpos Directivos</li> </ul>	<p>Programa con las prioridades de investigación disponible en la OPS (1997-2000)</p>	<p>Programa regional de investigación vigente para 2006-07</p> <p>Al menos 5 países usan el Programa como marco para producir sus Programas Nacionales de Investigación</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>Al menos un proyecto en colaboración aprobado por año, que incluye a los países de cada una de las 4 subregiones y al menos un país clave</li> </ul>	Proyectos en centros múltiples financiados en 2005	Un proyecto de investigación en colaboración financiado cada año
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Al menos dos redes de investigación de expertos organizadas y en funcionamiento</li> </ul>	- 0 -	Dos redes de investigación de expertos financiadas y en funcionamiento
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Centros colaboradores de la OPS/OMS participan en la elaboración y la aplicación de los programas nacionales de investigación sanitaria.</li> </ul>	Números en operación al final de 2005	Cuatro centros colaboradores más trabajan con los países en el programa de investigación. Al menos 8 países participan en la red
4. Establecimiento o fortalecimiento de redes y alianzas que mejoran la cooperación internacional para la investigación sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>Red de Indicadores de Ciencia y Tecnología en Salud (RICTSAL) organizada y en funcionamiento</li> </ul>	Carta de acuerdo con la Red de Indicadores de Ciencia y Tecnología firmada en 2003 y 2005  Establecimiento de las redes de ciencia y tecnología en cinco (5) países en 2004	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Información sobre las redes de investigadores nacionales en operación disponibles</li> </ul>	Número de grupos de estudio nacionales en funcionamiento a finales de 2005	5 redes nuevas de colaboradores de investigación
5. Mayor capacidad de integrar la bioética en las políticas y programas de salud a nivel nacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existen comisiones o comités nacionales de bioética en al menos 75% de los países.</li> </ul>	Número de comités en 2005	En número de Comités

**RECURSOS (US\$)**

	<b>Presupuesto ordinario</b>	<b>Otras fuentes</b>	<b>Todos los fondos</b>
2004-2005	14.675.900	4.985.000	19.660.900
2006-2007	14.457.500	6.087.000	20.544.500
<b>De los cuales:</b>			
País	6.322.700	3.043.500	9.366.200
Subregional	964.200	0	0
Regional	7.170.600	3.043.500	10.214.100

## 27. PREPARACIÓN Y RESPUESTA FRENTE A EMERGENCIAS

### TEMAS Y RETOS

Además de la bien conocida vulnerabilidad de la Región a los desastres naturales, en los últimos años han surgido nuevos retos con la aparición de emergencias complejas como las de Colombia y Haití. La OPS y su personal deben adaptar su trabajo a estas nuevas situaciones. El bioterrorismo continúa representando una preocupación.

El costo económico y social de los desastres es significativo, y la fase de recuperación puede ser extensa, retrasa las metas de desarrollo. La inequidad económica en la Región agrava aún más las consecuencias naturales y las emergencias complejas.

Aunque ha mejorado la capacidad de respuesta ante desastres de cada país, el alto nivel de recambio de personal hace que resulte difícil y costoso mantener grupos adiestrados de gestores de situaciones de desastre en la Región.

La mitigación de los desastres continúa representando un reto. Por ejemplo, debido a factores económicos y políticos, las medidas de mitigación aún no han sido incorporadas en los nuevos sistemas de agua ni en la infraestructura sanitaria.

Se necesita un esfuerzo coordinado entre las distintas organizaciones internacionales, entidades financieras y gobiernos, pero resulta difícil lograrlo.

### META

Reducir la repercusión de los desastres sobre la salud y los sistemas sanitarios en América Latina y el Caribe.

### OBJETIVO DE LA PAHO

Fortalecer la capacidad que tienen los países de América Latina y el Caribe de prepararse para situaciones de desastre, mejorar su conocimiento de los efectos de los desastres naturales sobre los establecimientos sanitarios y los sistemas de agua, mejorar su capacidad de evaluar las necesidades sanitarias posteriores al desastre, y manejar sus consecuencias de manera eficiente.

### ENFOQUES ESTRATÉGICOS

- Resulta necesario promover la causa de la salud entre la comunidad general del desarrollo y la de respuesta ante desastres, a fin de contrarrestar la tendencia a reducir el tema de los desastres a una ecuación económica o de costo-beneficio desprovista de cualquier contenido social o humano.
- Asistencia técnica sobre preparación y mitigación ante casos de desastre, centrándose principalmente en el sector de la salud.
- Servicios de información, incluida la producción y distribución de manuales científicos y técnicos y material audiovisual, y la difusión rápida de información a través de los medios electrónicos.
- Actividades de adiestramiento a escala nacional y subregional a fin de aumentar el nivel de preparación y mitigación para casos de desastre, haciendo hincapié en los encargados de adoptar decisiones y las áreas innovadoras del conocimiento.
- Colaboración entre y dentro de las instituciones, y participación en iniciativas de preparación y mitigación de desastres a fin de fortalecer la capacidad de respuesta posterior al desastre de la Región.

RESULTADOS ESPERADOS A NIVEL DE TODA LA OPS	INDICADORES	NIVELES DE BASE	OBJETIVOS
1. Mejor <b>preparación para casos de desastre</b> a nivel de país	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Recursos humanos adiestrados en la preparación para casos de desastre</li> <li>. Material técnico y audiovisual, incluidos recursos impresos y electrónicos, preparado, actualizado y distribuido</li> <li>. Varios sitios web mantenidos, mejorados y actualizados, que reflejen la información más actual sobre las actividades que apuntan a reducir la vulnerabilidad en la Región</li> <li>. Mejora o aumento de las asociaciones y alianzas con otras organizaciones e instituciones que trabajan en la preparación para casos de desastre</li> </ul>	<p>Capacitación en seis países</p> <p>Una publicación nueva todos los años</p> <p>Un sitio web nuevo para el equipo de respuesta regional</p> <p>Tres memorandos de entendimiento con las instituciones de capacitación</p>	<p>Capacitación en diez países</p> <p>Cuatro publicaciones nuevas</p> <p>Dos sitios web nuevos para el equipo de respuesta y otro para el de mitigación</p> <p>Cinco memorandos de entendimiento con las instituciones académicas</p>
2. Mayor nivel de concientización sobre cuestiones relacionadas con la <b>mitigación de desastres</b> y su relación con el desarrollo por parte de establecimientos de salud y sistemas de agua.	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Materiales técnicos sobre mitigación de desastres preparados y distribuidos (de manera impresa y electrónica)</li> <li>. Medidas de mitigación de desastres incorporadas en los códigos de construcción de la Región.</li> <li>. Promoción del análisis de vulnerabilidades de los principales establecimientos de salud y sistemas de agua</li> <li>. Participación del país en actividades regionales y subregionales</li> </ul>	<p>Dos manuales sobre mitigación</p> <p>No hay mecanismo para hacer cumplir las medidas de mitigación</p> <p>Publicación de un manual</p> <p>Diez miembros del Grupo Consultivo para la Mitigación de Desastres</p>	<p>Un manual nuevo sobre mitigación funcional</p> <p>Dos hospitales nuevos contarán con consultores para la verificación a fin de garantizar la inclusión de las medidas de mitigación</p> <p>Realización de dos evaluaciones de vulnerabilidad</p> <p>Veinte miembros del Grupo Consultivo para la Mitigación de Desastres</p>
3. Que los países de la Región <b>administren</b> de manera eficiente las <b>consecuencias</b> de los desastres	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Difusión del nuevo software del sistema de apoyo logístico y adiestramiento con respecto a él. Que este software sea adoptado por un número creciente de organismos humanitarios y países</li> </ul>	<p>Tres países aprobaron SUMA como política nacional</p>	<p>Un organismo de la ONU usará LSS/SUMA</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apoyo prestado al diseño y la ejecución de proyectos de salud de urgencia junto con la movilización oportuna de recursos financieros y humanos</li> </ul>	Tres países recibieron asistencia del Equipo de Respuesta a Desastres	Cinco países recibirán asistencia del Equipo de Respuesta a Desastres
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mejora de la coordinación entre los organismos y las instituciones gubernamentales</li> </ul>	Un memorando de entendimiento con CDERA	Dos memorandos de entendimiento con otros organismos regionales y Naciones Unidas
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Despliegue oportuno de recursos humanos en caso de emergencias</li> </ul>	Despliegue del Equipo en el lapso de tres días posteriores a un desastre	Colocación de los equipos en los países antes de un huracán
4. Mejores <b>asociaciones</b> con otras organizaciones y <b>mayor concientización</b> dentro de la OPS acerca de la preparación sanitaria ante casos de desastre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mejora en la respuesta de la OPS ante desastres</li> </ul>	Sala de control para emergencias en la OPS	Tres países tendrán una sala de control para emergencias
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medidas de mitigación de desastres incorporadas en proyectos de otras unidades o divisiones</li> </ul>	Ninguno	Cuatro trabajos con tres divisiones
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Material de adiestramiento y publicaciones producidos conjuntamente con otras divisiones o unidades</li> </ul>	Ninguno	Se producirán dos manuales con otras dos divisiones
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oficinas de país de la OPS fortalecidas con respecto a la gestión de desastres</li> </ul>	Ocho oficinas	Quince oficinas realizarán asignaciones presupuestarias a preparativos para desastres
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mejores asociaciones con otras instituciones relacionadas con los desastres en todos los niveles</li> </ul>	Participación en tres reuniones regionales	Participación en seis reuniones regionales y subregionales

**RECURSOS (US\$)**

	<b>Presupuesto ordinario</b>	<b>Otras fuentes</b>	<b>Todos los fondos</b>
2004-2005	1.435.200	31.619.000	33.054.200
2006-2007	1.597.600	27.175.000	28.772.600
<b>De los cuales:</b>			
País	573.600	11.175.000	11.748.600
Subregional	68.200	11.000.000	11.068.200
Regional	955.800	5.000.000	5.955.800

## 28. LIDERAZGO Y COORDINACIÓN DE LA COOPERACIÓN EN LOS PAÍSES

### TEMAS Y RETOS

El proceso nacional de desarrollo sanitario se enfrenta al desafío de mayores desigualdades en la situación sanitaria; un perfil epidemiológico mixto y complejo; etapas transitorias de la reforma del sector de la salud y funciones poco claras de distintas instituciones como resultado de la descentralización; proliferación de actores e interesados directos; reducción de recursos; y repercusión de los procesos de integración. Muchos compromisos y mandatos internacionales guardan relación con la salud a nivel mundial (por ejemplo, los Objetivos de Desarrollo del Milenio), regional (por ejemplo, los acuerdos de las Cumbres de las Américas) y subregional (por ejemplo, iniciativas como parte de RESSCAD, REMSA; MERCOSUR y SICA). La OPS/OMS debe asistir a las autoridades sanitarias nacionales de manera que permanezcan informadas sobre los acontecimientos, cumplan los compromisos y mandatos y apliquen diversos marcos de desarrollo, entre ellos el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el Fondo de Defensa del Niño, los documentos de la estrategia de reducción de la pobreza, la estrategia de cooperación en los países, el enfoque de alcance sectorial, según sean pertinentes para sus necesidades, así como iniciativas mundiales (el Fondo Mundial, GAVI, Sanimetría, etc.). Por otra parte, las autoridades nacionales de otros sectores externos a la salud deben ser sensibilizadas con respecto a su importante papel en torno al abordaje de temas que van más allá del sector de la salud.

Varios procesos de reforma que tienen lugar complican la planificación y la ejecución de la cooperación técnica: *a)* la reforma de las Naciones Unidas, que procura una mayor coordinación e integración de todos los programas de país de los organismos de las Naciones Unidas; *b)* la reforma de la OMS, que procura fortalecer la presencia de la Organización y el desempeño a nivel de país; y *c)* las reformas del Estado y de los sistemas de salud, que impulsan la descentralización y reconocen la multiplicidad de los actores, entre ellos la sociedad civil y el sector privado.

La Organización también debe ayudar a los países a participar en las negociaciones complejas con socios financieros que repercuten en la salud y tomar la delantera para ayudar a los países a establecer coherencia en las políticas de salud, crear mecanismos de colaboración y cooperación, y mantener asociaciones útiles con otros organismos de las Naciones Unidas, organismos bilaterales y multilaterales, así como también con organizaciones no gubernamentales. Esto es particularmente importante para los cinco países clave de la Región: Bolivia, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua.

Es esencial aumentar el conocimiento y la identificación de los ministerios de salud con respecto a la OPS/ OMS para que participen eficazmente en las funciones rectoras y normativas de la misma. La función y la capacidad de las oficinas de relaciones internacionales de los ministerios de salud de América Latina varían considerablemente y, en el Caribe, los ministerios de asuntos exteriores, en lugar de los ministerios de salud, suelen estar a cargo de estas funciones de enlace, las cuales tienden a ser más débiles en los países clave.

Los menores recursos financieros para la cooperación técnica (limitaciones presupuestarias de la OPS y la OMS, cambio de foco de interés en la cooperación externa, condiciones y políticas de las instituciones financieras internacionales) exigen que la cooperación de la OPS se defina de manera más estratégica, mediante la formulación de la estrategia de cooperación en los países en los países restantes, y que las oficinas de país aumenten el apoyo a las iniciativas que apuntan a movilizar recursos externos e internos a favor de la salud, en particular en los países clave.

El mayor impulso de los procesos de integración subregional brinda la oportunidad de abordar problemas sanitarios comunes, como la armonización de normas y procedimientos con el fin de disminuir las barreras que se oponen al comercio, fortalecer la colaboración con socios para el desarrollo y movilizar recursos. Se necesitan estrategias para que cada subregión determine la manera más eficaz en que la OPS puede apoyar a los Estados Miembros en el fomento de sus programas de desarrollo sanitario comunes mediante estos procesos de integración.

- META** Colocar los temas relacionados con la salud en el centro de los programas nacionales en pos del desarrollo y lograr una coordinación eficaz de los esfuerzos nacionales, subregionales, regionales e internacionales a fin de cumplir con los objetivos del desarrollo sanitario nacional.
- OBJETIVO DE LA OPS** Aumentar la capacidad del sector sanitario en su función rectora de abordar prioridades de salud nacional en el marco de convenios colectivos subregionales, regionales y mundiales.
- ENFOQUES ESTRATÉGICOS**
- Brindar apoyo a los ministerios de salud a fin de que desempeñen nuevas funciones, en especial la función principal de coordinar la cooperación internacional a favor de la salud.
  - Promover y fortalecer el logro del consenso entre los socios nacionales, subregionales e internacionales para abordar las prioridades de salud, en particular para los países clave.
  - Alentar y habilitar a los representantes de la OPS/OMS a que negocien y cultiven el apoyo a los países desde los niveles mundial, regional y subregional, entre las oficinas de país y los centros especializados, a fin de promover la especificidad y la sensibilidad en la formulación de programas de cooperación técnica receptivos.
  - Elaborar estrategias de cooperación en los países, que permitan definir la cooperación estratégica de la OPS/OMS y vincular estas estrategias con planes operativos en toda la Organización a fin de procurar lograr un apoyo óptimo al proceso de desarrollo sanitario nacional.

<b>RESULTADOS ESPERADOS A NIVEL DE TODA LA OPS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>NIVELES DE BASE</b>	<b>OBJETIVOS</b>
1. Ejecución de estrategias para lograr mayor capacidad nacional de administrar y coordinar la cooperación nacional e internacional a fin de impulsar el desarrollo sanitario nacional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Foros nacionales regulares establecidos o fortalecidos que convoquen a los ministros de salud, incluido su personal, y otros sectores nacionales, los niveles subnacionales y los socios, a fin de analizar y llegar a un acuerdo con respecto a la cooperación internacional a favor del desarrollo sanitario nacional.</li> <li>• Número de países que aplican nuevos programas de apoyo a la función rectora de los ministerios de salud de coordinar y vigilar el trabajo con socios y recursos externos en pos de la cooperación internacional en materia de salud.</li> <li>• Número de países con nuevos ministros y algunas autoridades sanitarias nacionales y subregionales que son informados sobre las políticas y los procedimientos actuales de la OPS dentro de los seis meses posteriores al comienzo de sus funciones.</li> </ul>	5  8  20	21  21  35



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de representaciones de la OPS/OMS que participan en programas de formación de personal para fortalecer su apoyo a las autoridades nacionales en la coordinación de la cooperación internacional.</li> </ul>	8	21
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países con personal nacional capacitado por la OPS en la gestión de la cooperación y la negociación internacionales</li> </ul>	8	21
2.  Enfoque estratégico fortalecido para los programas de cooperación técnica de la OPS/OMS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Políticas para la implementación de toda la secretaría de Cooperación enfocada en el país (CEP) difundida a todo el personal</li> </ul>	0	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las mejores prácticas de cooperación enfocada en el país compartidas en Intranet</li> </ul>	0	8
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de Estados Miembros para los cuales se ha formulado una estrategia de cooperación en el país.</li> </ul>	14	28
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países con presupuestos bienales por programas que reflejan las prioridades de la estrategia de cooperación en los países, con asignación apropiada de recursos técnicos y financieros.</li> </ul>	5	28
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de países cuyo apoyo a las prioridades de la estrategia de cooperación de países está explícitamente incluida y presupuestada en los BPB regionales.</li> </ul>	0	20
3.  Apoyo fortalecido prestado a oficinas de país (en los países clave) para la movilización de recursos y la ejecución de la estrategia de cooperación en los países.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de áreas técnicas regionales que hacen trabajo interprogramático con los países clave</li> </ul>	50%	100%
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de propuestas para la movilización de recursos formuladas durante el bienio que comprenden uno o varios países clave</li> </ul>	8	16
4. Ejecución de estrategias para fortalecer los componentes de salud y conexos dentro de los procesos de integración subregionales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de estrategias subregionales de cooperación formuladas, implementadas y evaluadas</li> </ul>	1	4
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de foros intersectoriales subregionales en los cuales la OPS promueve la causa de la salud o las cuestiones relacionadas con la salud</li> </ul>	0	4

**RECURSOS (US\$)**

	<b>Presupuesto ordinario</b>	<b>Otras fuentes</b>	<b>Todos los fondos</b>
2004-2005	19.154.900	5.018.000	24.172.900
2006-2007	22.696.100	4.010.000	26.706.100
<b>De los cuales:</b>			
País	16.625.400	3.010.000	19.635.400
Subregional	3.621.300	1.000.000	4.621.300
Regional	2.449.400	0	2.449.400

## 29. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN

### TEMAS Y RETOS

El principio del panamericanismo implica aprender de los demás, determinar las necesidades de información y conocimiento y compartir respuestas eficaces a esas necesidades. Sin embargo, muchas prácticas óptimas de salud pública en los Estados Miembros no se comparten y se repiten muchas consultorías onerosas que abordan problemas similares. Faltan procesos definidos por consenso que permitan la definición de una práctica óptima. La OPS desempeña una función central como fuente fidedigna y “orquestadora” de información y conocimiento en el ámbito de la salud. Las iniciativas para la gestión del conocimiento, como se describen aquí, permitirán y promoverán el avance en estos ámbitos.

La gestión del conocimiento comprende el fortalecimiento de la capacidad de las personas y de las organizaciones para crear, compartir y aplicar el conocimiento a la solución de problemas. Esto requiere coordinación entre las personas, los procesos y las tecnologías instrumentales para propiciar el aprendizaje constante, el establecimiento más generalizado de redes y la colaboración de las comunidades de homólogos y los socios, así como las innovaciones en cooperación técnica para la salud pública con los Estados Miembros y entre ellos. Aplicados a la OPS, esos cambios determinan un desplazamiento cultural hacia un mayor grado de conocimiento compartido dentro de la Secretaría, entre los Estados Miembros y con los centros colaboradores y los socios. La estrategia de comunicación externa de la OPS con la Hoja de ruta constituirá un emprendimiento fundamental para tal fin. Como resultado, la OPS se ubicará más ampliamente como una fuente fidedigna de conocimiento sobre salud pública para un espectro amplio de comunidades (personas responsables de adoptar decisiones, trabajadores de la salud, el público en general, etc.), se garantizará el acceso equitativo a dicho contenido y se fortalecerá la cooperación técnica en la gestión del conocimiento sobre salud pública.


Al nivel de los Estados Miembros, el acceso a información y conocimiento se abordará mediante una metodología en red que será propiedad de los Estados Miembros, los cuales estarán a cargo de su sostenimiento también. Por ejemplo, se fortalecerán las capacidades y se introducirán métodos para apoyar las bibliotecas virtuales de salud nacionales. A nivel de las oficinas de país, se mejorará el acceso mediante la transformación de los centros de documentación en centros de conocimiento dinámicos, con lo cual se contribuirá a las funciones de la Organización como fuente fidedigna de conocimiento sobre salud pública, agente de colaboración y facilitadora del establecimiento de redes y alianzas.



Las tecnologías de la información son cruciales para esta estrategia de gestión del conocimiento. No obstante, las inversiones anteriores en este tipo de tecnología siguen envejeciendo al tiempo que evolucionan las necesidades. A fin de preservar el funcionamiento de la Organización, ciertas funciones de tecnología de la información obligatorias, no discrecionales, deben ser mantenidas con financiamiento y personal capacitado en todas las oficinas de la OPS en la Región. Entre estas se encuentran las licencias de programas informáticos, el servicio telefónico, las comunicaciones en red en la Sede y las oficinas de campo como equipos para redes y servidores, operaciones de las unidades centrales, centros de asistencia y mantenimiento de sistemas con aplicaciones críticas como finanzas, presupuesto, planificación de programas, compras, recursos humanos o nómina de sueldos. A su vez, los gastos discrecionales en la tecnología de la información conllevan el reemplazo de sistemas antiguos para aprovechar la tecnología nueva y satisfacer las necesidades en evolución de la Organización, en especial para la mayor interoperabilidad de las bases de datos dentro de la Secretaría. Los sistemas nuevos necesitan equipos de desarrolladores de programas informáticos capacitados, con conocimiento en tecnologías actuales y las actividades técnicas de la OPS.



Estas actividades e inversiones son decisivas para permitir a la Organización el cumplimiento de su misión y mejorar su eficacia como un actor fundamental en la salud pública internacional. La institución de una estrategia de tecnología de la información y un cuerpo de gobernanza internos armonizará estos recursos con los determinantes del trabajo principal de la OPS. Aumentará a un máximo el rendimiento de las inversiones, aprovechará las innovaciones y evitará la redundancia y la incompatibilidad.

Si bien las estrategias para gestión del conocimiento y la tecnología de la información de la OPS fueron formuladas con anterioridad a las de la OMS, ambas estrategias se han armonizado con el fin de optimizar las respuestas de la Sede en Ginebra y las oficinas regionales a las metas comunes. La OMS tiene dos esfuerzos importantes en marcha en los cuales participará la OPS y exigirán un compromiso importante de recursos informáticos: el Sistema de Gestión Mundialal y la armonización de las comunicaciones y la seguridad mundiales en un solo ámbito. Ambas tentativas prometen acercar a la OPS y la OMS y mejorar la eficacia y la eficiencia de la base de recursos informáticos mundiales de la OMS. La OPS influirá en el nivel de recursos necesarios según su grado de participación, y deberá adaptar sus sistemas transitoriamente para que se interconecten con los sistemas nuevos y las reglas de funcionamiento de la OMS.

<b>META</b>	Superar la brecha entre el conocimiento y la acción en la información y el conocimiento sobre la salud pública en las Américas.
<b>OBJETIVO DE LA OPS</b>	Mantener y fortalecer la capacidad y la tecnología de la información instrumental de la OPS para crear conocimiento, compartirlo mediante el establecimiento de redes y alianzas y aplicarlo para el mejoramiento de la cooperación técnica en salud pública.
<b>ENFOQUES ESTRATÉGICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer gobernanza para la gestión del conocimiento y la capacidad con estrategias y directrices para la gestión del conocimiento, la tecnología de la información y la comunicación externa, la junta de gobernanza para la tecnología de la información, capacitación del personal y modalidades de cooperación técnica en relación con la gestión del conocimiento.</li> <li>• Poner en marcha procesos para la gestión del conocimiento que creen conocimiento (mediante la captación, creación y codificación de productos), compartan conocimientos (mediante comunidades de prácticas y herramientas para la colaboración) y apliquen el conocimiento (mediante las herramientas de prácticas óptimas, la localización de conocimientos especializados, etc.).</li> <li>• Mantener y crear tecnologías de la información a fin de garantizar sistemas fiables y que ofrezcan respuestas en la Sede y las oficinas de campo.</li> </ul>

<b>RESULTADOS ESPERADOS A NIVEL DE TODA LA OPS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>NIVELES DE BASE</b>	<b>OBJETIVOS</b>
1.  Mejoramiento de las políticas, estructuras, cultura y aptitudes del personal de la Organización a fin de perfeccionar la colaboración, la participación, el aprendizaje y la formación de redes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulación y aplicación de las estrategias para la gestión del conocimiento, la tecnología de la información y la comunicación interna y externa en toda la OPS para fines de 2006</li> <li>• Creación y mantenimiento del observatorio de gestión del conocimiento centrado en los países, realización de investigación de mercado sobre estados actuales y previstos de conocimiento sobre salud pública y la función de la Oficina para superar la brecha entre esos dos estados</li> </ul>	1	3
		0	1

	• Junta de gobernanza para la tecnología de la información y junta consultiva de gestión del conocimiento establecidas hacia fines de 2006	0	1
	• Capacitación de personal en gestión del conocimiento finalizada para fines de 2007	10%	70%
	• Servicios de cooperación técnica para la gestión del conocimiento para los Estados Miembros y entre estos definidos para marzo de 2006	0	1
2.  Mejoramiento de los procesos para la creación, captura y codificación del conocimiento	• Información de vanguardia formulada sobre temas prioritarios de la salud pública internacional	6	8
	• Taxonomía para la clasificación del contenido definida y en uso para fines de 2006	0	1
	• Establecimiento del sistema de enseñanzas aprendidas para captar conocimiento especializado para fines de 2006	0	1
	• Sistema para la definición y la diseminación de prácticas óptimas listo para fines de 2007	0	1
3.  Proyección y apoyo del intercambio de información y los productos y servicios de conocimiento según las prioridades de la Organización y las necesidades y preferencias de los diversos clientes de la OPS	• Comunidades de práctica en varias áreas técnicas en funcionamiento y vinculadas a la ECP y los ODM para fines de 2006	3	20
	• Despliegue pleno de herramientas para la colaboración, como espacios de trabajo virtuales y foros electrónicos entre los Estados Miembros para fines de 2007	1	4
	• Definición y vigencia de los procesos y tecnología para mejorar la interoperabilidad del centro de información para fines de 2007	0	1
	• Proyección estructurada de información y conocimiento de la OPS hacia audiencias temáticas, geográficas y según las funciones en los Estados Miembros para fines de 2007	0	1

4.  Fortalecimiento de mecanismos de aplicación eficaz del conocimiento	• Centros de documentación en las representaciones modificados a centros de conocimiento para fines de 2006	0	10
	• Biblioteca Virtual en Salud (BVS) en marcha con 4 áreas temáticas y en los países para fines del bienio	10	15
	• Proceso de gestión del contenido definido y ejecutado para fines de 2006	0	1
	• Sistema de localizador de expertos implantado para fines de 2006	0	1
	• Sistema de informes de viajes y misiones implantado para fines de 2006	0	1
	• Finalización del plan para la comercialización de productos de conocimiento de la OPS/OMS y disponibilidad de productos en internet y en otras fuentes tradicionales	0	1
	• Disponibilidad y divulgación de series de información sobre ciertos temas prioritarios de salud pública para fines de 2007	6	8
	• Información de vanguardia envasada, planeada, promovida y entregada según las prioridades de la Organización y las necesidades de sus clientelas (es decir, encargados de adoptar las decisiones, personal sanitario, donantes, estudiosos, público en general, entre otros)	0	18
5.  Mantenimiento y perfeccionamiento de las tecnologías de la información	• Mantenimiento del porcentaje de infraestructura para la tecnología durante las horas hábiles centrales en la Sede y las oficinas de país	98%	98%
	• Mantenimiento de los sistemas existentes de tecnología de la información	25	25
	• Número de oficinas de campo en las que se mejora la anchura de banda para las comunicaciones en respuesta a las necesidades previstas para fines de 2007	18	36
	• Establecimiento del marco para descubrir y reducir el grado de redundancia en los productos y servicios de la tecnología de la información en toda la Organización	0	1

- Conclusión de la definición de modelos de prestación de tecnología de la información con acuerdos sobre niveles de servicio apropiados regional y subregionalmente 0 1

### RECURSOS (US\$)

	<b>Presupuesto ordinario</b>	<b>Otras fuentes</b>	<b>Todos los fondos</b>
2004-2005	18.998.200	5.000.000	23.998.200
2006-2007	19.072.100	9.896.000	28.968.100
<b>De los cuales:</b>			
País	1.220.900	2.138.000	3.358.900
Subregional	0	0	0
Regional	17.851.200	7.753.000	25.604.200

## 30. PLANIFICACIÓN, COORDINACIÓN DE RECURSOS Y SUPERVISIÓN

### TEMAS Y RETOS

Dado el ambiente de cambio constante y los mandatos cada vez mayores en torno a la salud y el desarrollo a escala mundial, regional y subregional, resulta importante que la Secretaría utilice un proceso de gestión de programas que sea sólido y a la vez flexible, mediante la formulación y vigilancia de su plan estratégico quinquenal y presupuesto bienal por programas. Impulsada por la urgencia de brindar ayuda a los países para que cumplan determinados Objetivos de Desarrollo del Milenio, la Secretaría deberá intensificar el trabajo interprogramático e interinstitucional que comenzó en el bienio 2004-2005.

La OPS tiene un enfoque y un ciclo de planificación distintos de los que se emplean en la OMS. A medida que la OPS fortalece su planificación y gestión orientadas a la consecución de resultados, podrá alinear en la medida posible su proceso de gestión y su contenido y sistemas de información de gestión asociados con los de la OMS. Para ello será importante procurar que los objetivos de la alineación se comprendan tanto de manera interna como externa. El desafío será sincronizar e integrar los procesos de planificación y presentación de informes, y procurar que el proceso mejore la calidad del trabajo técnico en los países. Además, las estrategias de cooperación en los países deben incorporarse en el proceso de planificación de la OPS.

Como el 2006-2007 será el último bienio completo dentro del período del Plan Estratégico actual, será importante evaluar el grado de logro de los objetivos definidos dentro de dicho plan y la estrategia de gestión conexas. Al diseñar el próximo proceso de planificación estratégica, la Secretaría deberá tener en cuenta, entre otras cosas, el nuevo proceso de planificación a escala mundial en el que habrá por primera vez un plan estratégico, así como también los mandatos que emanen del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI.

La tendencia de la comunidad donante hacia el apoyo de programas en contraposición al apoyo de proyectos individuales y a corto plazo representa un cambio importante en el paradigma y requerirá algún tipo de reingeniería del enfoque para planificar y gestionar la cooperación técnica. La elaboración de “un” presupuesto por programas para el bienio 2006-2007 que refleje todas las necesidades que tiene la OPS para abordar las prioridades de los países, es un primer paso significativo. Se deberán introducir de manera urgente algunas nuevas aptitudes, como la planificación para la ampliación de iniciativas y la presentación de informes para una audiencia amplia.

El AMPES y su sistema de información electrónica para monitoreo e información tendrán que mejorarse y adaptarse a la gestión de programas al igual que a la gestión de proyectos. Al mismo tiempo, conseguir que los gerentes utilicen de manera sistemática la información disponible en el sistema AMPES que permite lograr una gestión más eficaz de nuestros programas de cooperación técnica sigue siendo un reto, en especial en la Sede. El apoyo de esta información resulta fundamental para la ejecución eficaz de la gestión orientada a la consecución de resultados.

La cultura y la capacidad de evaluación siguen siendo limitadas, y las iniciativas de la OPS orientadas a fortalecer el uso de la evaluación dentro de su trabajo estratégico y en su gestión orientada a la consecución de resultados deben consolidarse aún más mediante el incremento del aprendizaje institucional por medio de la realización regular de una amplia gama de evaluaciones que puedan orientar la toma de decisiones estratégicas.

El trabajo de la OPS se financia mediante las cuotas de los Estados Miembros, directamente a la OPS e indirectamente a través de la OMS, y mediante contribuciones voluntarias de diversas fuentes. A pesar de que se espera que la asistencia oficial para el desarrollo relacionada con la salud aumente en términos generales, si los compromisos contraídos en la Conferencia de las Naciones Unidas de 2002 sobre Financiación para el Desarrollo se materializan y si los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio se cumplen, la OPS tendrá que concebir estrategias para contrarrestar la tendencia entre las instituciones bilaterales y multilaterales de disminuir el financiamiento regional. En el caso de la OMS, a pesar de que se recibieron más contribuciones voluntarias de dicha institución en el bienio 2004-2005, la Región todavía recibe el nivel más bajo de contribuciones voluntarias de la OMS de todas las regiones, y la




política de la OMS de descentralizar recursos, en particular a nivel de los países, no resulta evidente. En el bienio 2004-2005, a pesar del aumento del financiamiento voluntario de la OMS en la Región, la OPS/Región de las Américas todavía recibe cuatro veces menos recursos voluntarios que cualquier otra región de la OMS y sólo 1% de financiamiento voluntario total de la OMS.




Sigue habiendo un aumento en la cantidad y el tipo de socios de desarrollo sanitario y de financiamiento. El sector privado y las organizaciones de la sociedad civil son ahora socios reconocidos en el desarrollo y se espera que aumenten los mecanismos como la Alianza Mundial para las Vacunas y la Inmunización, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, y la Alianza Mundial para Mejorar la Nutrición.

Entre los desafíos se encuentra la necesidad de sensibilizar a la OMS y a otros socios con respecto a la realidad de que las Américas es la Región con el mayor grado de desigualdad. Es necesario aumentar los recursos movilizados para grupos especiales y países clave a fin de reducir las inequidades entre los países y en los países mismos. Además, la OPS debe garantizar que el proceso de movilización de recursos sea eficaz, y que la ejecución programática y financiera de las contribuciones voluntarias sea eficiente. La OPS también debe ayudar a los países a que comprendan los nuevos tipos de gobernanza y la lógica de funcionamiento de los nuevos mecanismos de financiamiento.

<b>META</b>	Cumplir con los objetivos de desarrollo sanitario nacional, subregional y regional con el apoyo de la cooperación técnica eficaz.
<b>OBJETIVO DE LA OPS</b>	Que los recursos para la cooperación en materia de salud sean movilizados y planificados de manera eficaz dentro de un programa integrado y ejecutado eficientemente.
<b>ENFOQUES ESTRATÉGICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Alinear aún más nuestros procesos de programación y presupuestación con los de la OMS</li> <li>. Adoptar al contexto de la OPS las prácticas óptimas para las políticas orientadas a la consecución de resultados y para la planificación, gestión y evaluación de programas y proyectos.</li> <li>. Fortalecer la capacidad de gestión de programas y proyectos en los países así como también en la Secretaría.</li> <li>. Promover el AMPES/OMIS/FAMIS como sistema que integra la mayor parte de las necesidades de monitoreo e información de todos los miembros.</li> <li>. Colocar a la Organización como un socio de valor agregado dentro de los nuevos mecanismos de financiación y gestión de proyectos.</li> <li>. Suministrar información oportuna sobre la base de recursos de la OPS y el estado de los programas de manera interna y externa.</li> <li>. Mejorar la gestión de programas y proyectos</li> <li>. Fortalecer la capacidad de planificación y las técnicas de evaluación.</li> </ul>

<b>RESULTADOS ESPERADOS A NIVEL DE TODA LA OPS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>NIVELES DE BASE</b>	<b>OBJETIVOS</b>
1. Dirección estratégica de la OPS monitoreada, evaluada e integrada dentro del ciclo de gestión bienal de los programas.	. Evaluación final del Plan estratégico para el período 2003-2007 por parte de los Cuerpos Directivos.	0	1

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proyecto de plan estratégico para el período 2008-2012 que refleje la experiencia adquirida, los mandatos del nuevo plan estratégico de la OMS y del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI, aprobado por la Conferencia Sanitaria Panamericana.</li> </ul>	0	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proyecto de presupuesto bienal por programas para 2008-2009 que refleje el nuevo Plan estratégico de la OPS aprobado por la Conferencia Sanitaria Panamericana .</li> </ul>	0	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Que los informes anuales del Director, los exámenes de mitad de período y las evaluaciones de desempeño de final del bienio 2006-7 (mundial y regional) revelen un alto nivel de armonización con el Plan Estratégico y logro de los resultados regionales esperados.</li> </ul>	0	1
2.  Capacidad fortalecida para la planificación y gestión de ciclos de programas y proyectos entre los gerentes en todos los niveles tanto internos como externos a la OSP	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normas, manuales y herramientas actualizados para la elaboración y la gestión del ciclo del proyecto, y para las iniciativas programáticas, disponibles en la página web de la OPS.</li> </ul>	Directrices publicadas para finales de 2005	Aumento de 50% en cantidad
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programas de adiestramiento sobre el análisis de la situación, la planificación estratégica, el la elaboración de programas y proyectos, y sobre gestión orientada a la obtención de resultados, realizados por ciertos miembros del personal en todos los niveles.</li> </ul>	Casi 10% del personal capacitado en los sistemas actuales	50% del personal capacitado
3. Planificación y ejecución más eficaces de las iniciativas extrapresupuestarias	<ul style="list-style-type: none"> <li>Que las iniciativas extrapresupuestarias nuevas aprobadas se encuentren alineadas con el presupuesto bienal por programas aprobado</li> </ul>	Se respondió a todas las solicitudes financiadas de los países	Se mantuvo el punto de referencia
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumento en el número de iniciativas programáticas</li> </ul>	100% de las iniciativas extrapresupuestarias nuevas se revisan para su armonización	Mantenimiento de la revisión del 100% de las iniciativas nuevas
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disminución en los fondos devueltos a los donantes anualmente</li> </ul>	Número al 31/12/05 (4 en julio de 2005)	Aumento de 50% en la cantidad
		Devoluciones al 31/12/05	Disminución de 30% por año

<p>4.  Programa de evaluación ejecutado y mayor fortalecimiento de la capacidad de evaluación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación incrementada de las iniciativas extrapresupuestarias</li> <li>• Herramienta y métodos de evaluación adoptados y difundidos.</li> </ul>	<p>Número de iniciativas extrapresupuestarias evaluadas al 31/12/05</p> <p>0</p>	<p>Aumento de 50%</p> <p>1</p>
<p>5.  Nueva estrategia de movilización de recursos definida y aplicada</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal del país y de la Oficina Sanitaria Panamericana adiestrado para realizar o administrar evaluaciones</li> <li>• Intercambio de diseños de evaluaciones y resultados por intranet e Internet</li> <li>• Estrategia de movilización de recursos aprobada, diseminada y planes de acción desarrollados para todos los niveles de la secretaría</li> <li>• Aumento del número de acuerdos institucionales o globales</li> <li>• Aumento de 50% en el monto de financiamiento extrapresupuestario de la OMS para el bienio 2004-2005</li> <li>• Incorporación de socios nuevos a los acuerdos con la OPS</li> </ul>	<p>No hay un plan sistemático vigente</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>Cantidad de acuerdos pertinentes al 31/12/05</p> <p>Recibido al 31/12/05</p> <p>Cantidad de socios al 12/05</p>	<p>Programa elaborado y en curso</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>Aumento de 50%</p> <p>Aumento de 50%</p> <p>Al menos tres socios adicionales firmaron acuerdos con la OPS</p>
<p>6.  Riesgos de la Organización identificados y mitigados por medio de controles diseñados para velar por una buena gobernanza institucional</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las recomendaciones de las auditorías son analizadas por la Secretaría</li> </ul>	<p>0%</p>	<p>90%</p>

**RECURSOS (US\$)**

	<b>Presupuesto ordinario</b>	<b>Otras fuentes</b>	<b>Todos los fondos</b>
2004-2005	4.551.100	500.000	5.051.100
2006-2007	4.529.400	1.045.000	5.574.400
<b>De los cuales:</b>			
País	0	0	0
Subregional	0	0	0
Regional	4.529.400	1.045.000	5.574.400

## 31. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

### TEMAS Y RETOS

En el bienio 2006-2007, la OPS consolidará su transformación institucional, por lo que resulta imperativo que los cambios necesarios relacionados con la gestión de recursos humanos se encuentren en funcionamiento. Uno de los desafíos estriba en atraer y retener a los hombres y las mujeres más talentosos y mejor adiestrados de los Estados Miembros, que estén comprometidos con la misión de la Organización y puedan trabajar eficazmente en el nuevo entorno de prestación de la cooperación técnica. La reorientación profesional del personal actual también será importante para apoyar las metas del cambio.

Una buena planificación de los recursos humanos, basada en las necesidades reales y proyectadas, resulta esencial para la gestión eficaz del personal. Los gerentes deben tener paquetes laborales que se encuentren estrechamente alineados con el tipo y la duración de la función que desempeñan. La ejecución de la Política del Presupuesto Regional por Programas plantea una serie de desafíos para la gestión de recursos humanos tanto en los países, donde los recursos quizá se hayan visto reducidos o aumentados, como a escala regional, donde los niveles de financiamiento han disminuido.

A fin de brindar apoyo a la estrategia de atención centrada en los países, se prevé una mayor descentralización del personal y las unidades. La Secretaría examinará los mecanismos contractuales, de supervisión y de notificación con el propósito de procurar que se adecuen a las necesidades en transición.

La OPS seguirá promoviendo una cultura institucional en la cual el personal pueda lograr altos niveles de desempeño a través de una gestión y un desarrollo sólidos. El Sistema de Planificación y Evaluación del Desempeño (SPED) se evaluará y se modificará aún más para que se adapte a la nueva manera de trabajar en equipo y mejore las competencias del personal.

La OPS también seguirá promoviendo una cultura de tratamiento justo mediante el fortalecimiento de las relaciones entre el personal y la administración, sobre la base de la confianza mutua y el respeto. Se ampliarán las iniciativas para crear un ambiente de trabajo sano y propicio.

Otro desafío importante consistirá en procurar que la gestión de recursos humanos asimile plenamente las competencias y los comportamientos de la nueva cultura de gestión. La OPS ha enfatizado el desarrollo del personal a lo largo de los años y se podrán realizar inversiones adicionales mediante la participación en el nuevo programa mundial de liderazgo y gestión de la OMS. La OPS ejecutará un componente de liderazgo y desarrollo encaminado a crear las competencias consideradas fundamentales para su transformación.

Se necesita una participación mayor en las iniciativas comunes del Sistema de las Naciones Unidas, como el examen de las reformas del sistema de remuneraciones y prestaciones, con miras a lograr que el paquete remuneratorio sea más receptivo y propicio para las necesidades actuales de los Estados Miembros, las organizaciones de las Naciones Unidas y el personal. Las reformas propuestas incluyen la introducción del pago relacionado con el desempeño, el agrupamiento de los niveles de grado y el establecimiento de un servicio ejecutivo superior.

Se pondrá en marcha una estrategia de contratación concebida con el fin de ampliar la diversidad y el talento de la fuerza laboral de la OMS. Se está introduciendo un proceso de selección más riguroso, que incluirá entrevistas basadas en las competencias, y la evaluación técnica y psicológica de los candidatos. Además, habrá campañas de contratación más activas que permitan aumentar el número de candidatos y mejorar la representación de los Estados que cuentan con una representación insuficiente.


Varias iniciativas se encuentran en curso, pero no hay una estrategia integral de recursos humanos. Es necesario elaborar dicha estrategia y que los gerentes comprendan su propósito al objeto de que acepten la responsabilidad de planificar y administrar los recursos humanos como se establece dentro de la gestión orientada a la consecución de resultados.



### META


Aplicar las prácticas óptimas en todos los aspectos de la gestión de recursos humanos y en todos los niveles de la organización a fin de apoyar la función de liderazgo de la OPS en el ámbito de la salud internacional y la meta de lograr un desempeño alto.

**OBJETIVO DE LA OPS** Proporcionar la dirección estratégica, las políticas y los procedimientos necesarios con el fin de que se cuente con los mejores recursos humanos de manera oportuna y que se apoyen sus esfuerzos por promover y proteger la salud.

**ENFOQUES ESTRATÉGICOS** Elaboración de una estrategia integral de recursos humanos y actualización de las políticas; rediseño de los sistemas, devolución de la responsabilidad de ciertos procesos a los supervisores directos, automatización de los procesos de trabajo y uso del apoyo basado en la web a fin de mejorar la eficiencia de los servicios de recursos humanos; mejoramiento continuo de las capacidades, los procesos y los sistemas técnicos y de gestión de personal.

RESULTADOS ESPERADOS A NIVEL DE TODA LA OPS	INDICADORES	NIVELES DE BASE	OBJETIVOS
1.  Nueva estrategia de <b>gestión de recursos humanos</b> , desarrollada y su implementación iniciada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Estrategia de Recursos Humanos alineadas con la estructura organizacional, y todos los aspectos del proceso de la gestión de recursos humanos con la Misión de OPS, las prioridades programáticas y la estrategia de gestión disponible y la sensibilización iniciada..</li> <li>. Las Unidades Orgánicas se han perfilado en línea con las direcciones estratégicas de los programas y la estrategia gerencial, y los planes de acción desarrollados para abordar el vacío entre las aptitudes y competencias requeridas y disponibles a todos los niveles..</li> <li>. La rendición de cuentas para la gestión de los recursos humanos claramente articulada a todos los niveles de la Secretaría, establecidos y disponibles para los gerentes..</li> <li>. Modelo de competencias estratégicamente validado e implementado..</li> </ul>	<p>No hay una nueva Estrategia de Recursos Humanos.</p> <p>Número de unidades orgánicas regionales que realizaron el ejercicio de perfilarse nuevamente a fines de 2005.</p> <p>No se dispone de tabla de rendición de cuentas. .</p> <p>Modelo de competencias en las primeras etapas de ejecución para la contratación.</p>	<p>Estrategia de Recursos Humanos aprobada, comunicada a todo el personal y todos los gerentes instruidos acerca de los principios fundamentales..</p> <p>Que todas las unidades orgánicas regionales completen el proceso de perfilamiento y que se elabore un plan de acción para resolver las carencias.</p> <p>Tabla de rendición de cuentas para la gestión de Recursos Humanos aprobada y diseminada a todos los gerentes</p> <p>100% de uso en la contratación, la evaluación y el aprendizaje.</p>

<p>2.  Racionalización de los procedimientos de recursos humanos, y mejora de los sistemas de información y la gestión de recursos humanos en general.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado en el que se utilizan los sistemas basados en la web para la contratación de personal de las Naciones Unidas.</li> <li>• Grado en que se utiliza el sistema automatizado de evaluación del desempeño (SPED en línea).</li> <li>• Grado en que se encuentran completos otros procesos automatizados a definirse (por ejemplo, clasificaciones, contrataciones, gestión de documentos).</li> <li>• Grado en que se identifican, se hace un seguimiento y se cierran eficientemente los pedidos de medidas determinadas.</li> </ul>	<p>Todos los puestos con nombramiento de plazo fijo se publican en línea, lo que no sucede con los de corto plazo.</p> <p>0% en la actualidad: el SPED en línea se pondrá en marcha en enero de 2006.</p> <p>0% en la actualidad.</p> <p>No se dispone de un mecanismo de seguimiento en la actualidad.</p>	<p>Aumento a 100% de uso del sistema basado en la web para la contratación de personal de las Naciones Unidas.</p> <p>100%, todas las oficinas de la OPS.</p> <p>100%, todas las oficinas de la OPS.</p> <p>Todos los pedidos entrantes se supervisan y se les realiza un seguimiento, y se adoptan medidas oportunas.</p>
<p>3. Programas eficaces de aprendizaje que satisfagan las necesidades del personal y de la Organización.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de satisfacción del personal con respecto a las oportunidades de desarrollo que se ofrecen dentro de la OPS.</li> <li>• Nivel de satisfacción con la gestión y la capacidad de liderazgo de la OPS informado por el personal.</li> <li>• Caminos de aprendizaje determinados para alcanzar las competencias.</li> </ul>	<p>Cantidad limitada de oportunidades de desarrollo.</p> <p>Disponibilidad limitada de programas de aprendizaje de liderazgo y gestión.</p> <p>No existe en la actualidad debido a que el modelo de competencias se encuentra en las primeras etapas de ejecución.</p>	<p>Disponibilidad mayor de programas de aprendizaje sobre la base de la demanda evaluada.</p> <p>Programas de aprendizaje de liderazgo y gestión para todos los gerentes superiores y medios.</p> <p>Opciones, cursos y actividades de aprendizaje específicas con las referencias pertinentes a las competencias de la OPS.</p>
<p>4.  Mejores condiciones laborales y de vida, y promoción de la salud del personal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejecución de nuevas políticas, programas o condiciones adicionales que promuevan o permitan estilos de vida sanos entre el personal, incluido el equilibrio entre el trabajo y la vida personal.</li> </ul>	<p>La política principal de equilibrio entre el trabajo y la vida personal vigente es por medio de los horarios flexibles.</p>	<p>Número de nuevas políticas introducidas y vigentes en el bienio.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Salud del personal vigilada.</li> </ul>	No se la vigila de manera sistemática.	Las licencias por enfermedad de todo el personal y todas las unidades vigiladas de manera sistemática.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grado en el cual el personal es consciente de la existencia de políticas favorables para el personal y sus familias.</li> </ul>	Desconocido. El indicador que existe en la actualidad es que las preguntas planteadas por el personal ya se encuentran cubiertas por las políticas emitidas.	Todo el personal conoce y es consciente de estas políticas. Las preguntas son solo para aclaración.
5. Procedimientos y sistemas contractuales que permiten a la Organización ofrecer contratos que cumplan con las necesidades respectivas de la Organización y de las personas empleadas a través de ellos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nuevos tipos de mecanismos contractuales elaborados y la información pertinente comunicada a la administración y el personal.</li> </ul>	Los mecanismos contractuales actuales se encuentran en proceso de revisión.	Unificación y simplificación de los distintos mecanismos de contratación.
6. Sistemas y procedimientos fiables de seguridad del personal que permitan la realización eficaz y eficiente de las actividades, y garanticen al mismo tiempo la seguridad y el bienestar del personal.	Porcentaje de personal a nivel regional y de país que se encuentra adiestrado adecuadamente en los procedimientos de gestión de la seguridad de las Naciones Unidas y seguridad personal.	Determinar mediante una encuesta y la documentación existente el personal que se encuentra adiestrado en la actualidad.	Lograr 100% de adiestramiento y demostración de los conocimientos requeridos.
7.  Los recursos humanos de la OPS se encuentran equilibrados en cuanto al sexo y la nacionalidad.	Estadísticas oficiales de empleo.	Estadísticas a principios del bienio.	Mejora en la representación de sexos y nacionalidad.

### RECURSOS (EUA\$)

	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Total
2004-2005	6.630.200	1.000.000	7.630.200
2006-2007	7.068.800	4.295.000	11.363.800
<b>De los cuales:</b>			
País	0	0	0
Subregional	0	0	0
Regional	7.068.800	4.295.000	11.363.800



## 32. GESTIÓN PRESUPUESTARIA FINANCIERA

### TEMAS Y DESAFIOS

La gestión presupuestaria y financiera son funciones reglamentarias que deben ser eficaces y garantizar controles internos rigurosos con miras a apoyar la labor de la Organización en todos los niveles. En un entorno descentralizado, hace falta analizar las circunstancias específicas y considerar las necesidades de cada lugar a fin de lograr coherencia que garantice un equilibrio adecuado entre la prestación de servicios y las actividades de control.

El clima económico y de las inversiones a nivel internacional repercute en el rendimiento de la cartera de inversiones de la Organización, la cual financia parcialmente el presupuesto ordinario y presenta un reto fiscal constante. Al interés y el deseo incrementados por planificar y ejecutar un “presupuesto de un solo programa” con todas las fuentes de fondos se suma la necesidad de estrategias apropiadas a fin de garantizar el financiamiento racional y sostenible del presupuesto integrado por programas. La situación se complica aún más dado que los Estados Miembros mantienen una política de crecimiento nominal cero para el presupuesto ordinario de la OPS, el cual a la luz de los aumentos considerables de costos a los que se enfrenta la Organización, presenta un desafío importante para la presupuestación racional y de acuerdo con las prioridades.

La gestión de un nivel significativo de contribuciones voluntarias comprometidas con la Organización requiere personal con aptitudes, pericia y capacidad acordes para manejar el volumen de recursos y las condiciones relacionadas para la presupuestación y la notificación. La complejidad de los convenios de donantes pone a prueba la capacidad de revisión, supervisión y cumplimiento de la Organización.

La información oportuna, precisa y pertinente de la gestión es vital para apoyar las actividades de los programas de la Organización. La notificación integrada es necesaria para mejorar los procesos de planificación y vigilancia de la Organización, con satisfacción de las necesidades de los gerentes así como las condiciones estatutarias y de otro tipo de los Estados Miembros. Como resultado, existe un reto continuo para crear y mantener sistemas de tecnología de la información de avanzada, eficientes y agilizados que respondan eficazmente tanto a las necesidades cambiantes del programa como a las inquietudes de los Cuerpos Directivos y la comunidad de donantes.

### META

Mantener la viabilidad financiera de la Organización a fin de asegurar que la Secretaría contribuya satisfactoriamente a los objetivos nacionales, regionales y mundiales para la cooperación técnica, sin dejar de garantizar la aplicación de prácticas óptimas en todos los aspectos de gestión presupuestaria y financiera.

### OBJETIVOS DE LA OPS


Garantizar la gestión eficiente y eficaz de recursos financieros encomendados a la Organización y la aplicación de prácticas óptimas para contribuir a la función de liderazgo de la Organización en el ámbito de la salud internacional y asegurar un marco interno sólido.

### ENFOQUES ESTRATÉGICOS

- Focalización en los clientes: Prestación del servicio esperado de una manera eficiente, sistemática y de cooperación entre colegas.
- Orientación hacia la obtención de resultados: Logro de resultados identificados mediante el establecimiento de objetivos claros y niveles de desempeño, con vigilancia del desempeño y adaptación de las estrategias a partir del análisis de los resultados.
- Autoridad con responsabilidad: Proporcionar a los funcionarios la autoridad para tomar y ejecutar decisiones compatibles con el plan estratégico de la Organización. A su vez, los funcionarios son responsables de los resultados y de actuar en el marco de parámetros legales y éticos establecidos por la Organización.
- Trabajo en equipo: Establecimiento de relaciones de trabajo colaborativas y de camaradería entre funcionarios y unidades, con respeto mutuo y un entorno de trabajo cómodo garantizado para todos los funcionarios.

- Colaboración: Proporcionar atención especial a funcionarios administrativos y de finanzas en el extranjero con el propósito de garantizar que las actividades de gestión financiera de sus oficinas se realicen eficazmente y que se imparta la capacitación necesaria para alcanzar los objetivos y ejecutar iniciativas específicas durante el bienio.

<b>RESULTADOS ESPERADOS A NIVEL DE TODA LA OPS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>NIVELES DE BASE</b>	<b>OBJETIVOS</b>
1. Se habrán formulado políticas y directrices para la planificación y la ejecución integrada del presupuesto de acuerdo con un enfoque de gestión orientada a la obtención de resultados.	· Adherencia a políticas y directrices nuevas observadas en los planes de trabajo institucionales para 2008-2009	0	Al menos 75% de los planes de trabajo son congruentes con las políticas y las directrices nuevas
2. Se habrá logrado la gestión eficiente y eficaz de los recursos financieros de la Organización en un esfuerzo por maximizar los ingresos dentro de parámetros aceptables de liquidez y riesgos.	· Los registros financieros y la opinión de auditoría confirman una situación financiera equilibrada en cuanto a ingresos y gastos, y el rendimiento de las inversiones se ajusta al punto de referencia establecido por la Organización	Informes financieros provisionales y bienales finalizados para el 15 de marzo; estados financieros bienales reciben un dictamen sin reservas de la auditoría.	Informes financieros provisionales y bienales finalizados para el 28 de febrero; estados financieros bienales reciben un dictamen sin reservas de la auditoría
		El rendimiento de la cartera en 2006-2007 es igual al rendimiento en 2004-2005 según la comparación con puntos de referencia por segmentos.	El rendimiento de la cartera en 2006-2007 supera los puntos de referencia por segmentos, monto bruto de aranceles.

<p>3.  Se habrá garantizado el cumplimiento de normas establecidas de contabilidad financiera, reglamentos y reglas en un marco de control interno sólido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El Reglamento Financiero y las Reglas Financieras de la Organización se mantienen actualizados y de acuerdo con las normas de las Naciones Unidas; se aplican en todas las transacciones de gestión y contabilidad.</li> </ul>	<p>Se actualiza el Manual para las operaciones de campo de la OPS (Sección Finanzas).</p>	<p>Las normas y procedimientos financieros revisados que reflejan prácticas óptimas se integran en el Manual para las operaciones de campo de la OPS (Sección Finanzas) y en los programas de capacitación para el personal de las oficinas de país y la Sede</p>
<p>4. Sistemas de información eficaces para administrar los recursos financieros de la Organización y proporcionar la información deseada sobre gestión financiera.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se mejoran los sistemas informáticos y se proporcionan los equipos de conformidad con las necesidades de la gestión financiera y de notificación</li> </ul>	<p>Se realizan visitas bienales a las oficinas de país para la revisión de procedimientos y documentación de referencia</p>	<p>Se realizan visitas anuales a las oficinas de país para el examen de procedimientos y documentación de referencia</p>
<p>5. Se habrá realizado la administración financiera eficaz y atenta a los contratos de proveedores, reclamos, sueldos y derechos de los funcionarios y las prestaciones para miembros del personal y jubilados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los pagos a vendedores, funcionarios y jubilados se procesan en conformidad con el Reglamento Financiero y las Reglas Financieras de la Organización, de manera oportuna y exacta</li> </ul>	<p>Se actualizan y mejoran los sistemas de contabilidad financiera y pensiones del personal, según las necesidades</p>	<p>Se actualizan y mejoran sistemáticamente los sistemas de contabilidad financiera y pensiones del personal</p>
		<p>Se tramitan los pagos de contratos y reclamaciones dentro de los términos de los contratos</p>	<p>Se tramitan los pagos de contratos y reclamaciones a fin de aumentar al máximo la corriente de efectivo y garantizar el cumplimiento de las obligaciones legales</p>

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <p>6. Se habrá administrado el presupuesto por programas 2006-2007 de una manera oportuna y apropiada.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se mantienen los niveles de asignaciones y consignaciones dentro de los montos autorizados durante el curso del bienio</li> </ul>  | <p>Todos los niveles están fijados en 0</p>  | <p>Las asignaciones establecidas no superan el presupuesto aprobado de \$265.568.000; los niveles de las asignaciones y las consignaciones no superan los montos establecidos en el presupuesto efectivo de trabajo por la Directora</p> |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Información y informes presupuestarios requeridos presentados a los Cuerpos Directivos, la Gestión Ejecutiva y socios financieros dentro de los plazos establecidos</li> </ul> | <p>Observancia de los plazos equivale a la tasa de cumplimiento a final de 2004-2005</p> | <p>Aumento de al menos 20% en puntualidad en comparación con la tasa de cumplimiento para 2004-2005</p>  |

**RECURSOS (US\$)**

	<b>Presupuesto ordinario</b>	<b>Otras fuentes</b>	<b>Todos los fondos</b>
2004-2005	9.078.700	0	9.078.700
2006-2007	8.887.100	1.874.000	10.761.100
<b>De los cuales:</b>			
País	0	0	0
Subregional	0	0	0
Regional	8.887.100	1.874.000	10.761.100

### 33. INFRAESTRUCTURA Y LOGÍSTICA

**TEMAS Y  
RETOS**

Un componente clave de la capacidad de la OPS/OMS para ejecutar sus programas de salud de manera descentralizada es disponer de espacio de oficina seguro y adecuado para su fuerza laboral en todos los países de la Región. En esta era de intensificación del terrorismo, los locales de las Naciones Unidas son blancos potenciales para los ataques y la Organización debe tomar todas las medidas razonables para garantizar la seguridad de todo el personal. Esta es una necesidad constante, en la cual algunos componentes pueden resultar muy costosos. Los empleados de la OPS/OMS también requieren innumerables servicios de apoyo para realizar con éxito su trabajo. El reto es contar con seguridad y apoyo administrativo adecuados, pero económicos, y no desviar innecesariamente recursos de las actividades de los programas.

Los servicios de infraestructura cubren diversas funciones internas y de apoyo logístico, como espacio de trabajo, materiales de oficina y todas las cuestiones relacionadas con servicios de oficina y concesiones; administración general y mantenimiento de edificios, incluidos los servicios públicos; servicios de conferencias y reuniones; la producción, impresión y distribución de publicaciones, documentos administrativos, técnicos y de conferencias; el manejo de registros y archivos; servicios de correo; la vigilancia y seguridad de recintos y locales; la información sobre viajes y política de viajes; y la contratación y compras.

Conforme la Organización procure conectarse más y ampliar el número de sus interesados directos, el reto será facilitar la participación amplia entre nuestros colaboradores y clientes mediante un equilibrio en el empleo de la comunicación electrónica con servicios de conferencia eficaces en función del costo. Por otra parte, ciertos servicios ordinarios, como el almacenamiento de los registros históricos, tienen costos intrínsecos elevados.

Además de la compra de materiales y equipo de oficina para sus operaciones, la compra de medicamentos, vacunas y otros suministros médicos y de salud pública es una parte esencial del programa de cooperación técnica de la OPS/OMS en muchas áreas. La unidad de compras de la OPS/OMS procesó más de \$191 millones durante el año civil de 2004. El reto es adquirir estos elementos al precio más económico y asegurar que se entregan a tiempo a los adjudicatarios que los necesitan.

**META**

Aplicar las mejores prácticas en todos los aspectos de apoyo de infraestructura en todos los niveles de la Organización con el fin de apuntalar la función de liderazgo de la OMS en la salud internacional.

**OBJETIVO  
DE LA OPS**

Garantizar el acceso oportuno a infraestructura, suministros y servicios logísticos eficaces, para facilitar la ejecución de programas técnicos en todos los niveles de la Organización.

**ENFOQUES  
ESTRATÉGICOS**

Planificación a largo plazo para reducir al mínimo los costos anuales de los locales; aplicación de las mejores prácticas identificadas en la Organización y en el ámbito más amplio de las Naciones Unidas; compartir los servicios con otras organizaciones; monitoreo constante de los costos unitarios; maximización del empleo de acuerdos globales e instalaciones de comercio electrónico; velar por la flexibilidad para aumentar la capacidad de respuesta a las necesidades específicas de los países y demandas no previstas.

**RESULTADOS ESPERADOS  
A NIVEL DE TODA LA OPS**

**INDICADORES**

**NIVELES DE  
BASE**

**OBJETIVOS**

1. Los servicios de <b>apoyo de infraestructura</b> operarán de manera eficiente y eficaz en función de los recursos.	. Costo promedio de algunas transacciones operativas para servicios generales de administración de edificios y oficinas	Costo promedio al final de bienio 2004-2005	Aumento no debe exceder al 10% del costo promedio del 2004-2005
---	---	---	---

2.	Las <b>funciones de apoyo logístico</b> se cumplirán de manera eficiente y eficaz según los recursos.	. El costo promedio del apoyo logístico de funciones seleccionadas para imprenta y distribución, viajes y comunicaciones.	Costo promedio al final de 2004-2005	No debe excederse al costo promedio del 2004-2005
3.	Se habrá prestado <b>apoyo continuo a las reuniones regionales de los Cuerpos Directivos</b> y técnicas en forma de preparación y apoyo logístico eficientes.	. Satisfacción de los Estados Miembros por el apoyo eficiente y efectivo en las reuniones.	ND	90%
4.	Se habrán adquirido <b>suministros</b> generales y de salud pública de la más alta calidad al <b>mejor</b> precio y de la manera más eficiente para los programas técnicos y los Estados Miembros.	. Se llevará a cabo el volumen de la compras en representación de las oficinas de la OPS, basada en contratos negociados centralmente, para obtener bajos precios.  . El porcentaje del volumen de los pedidos puestos por medio de cibercomercio.	Porcentaje de adquisiciones al final de 2005  0%	Aumento de 10% en la adquisición directa  15%
5.	Habrán mejorado la <b>vigilancia y seguridad</b> de recintos y locales.	. Número de sitios de la OPS/OMS que cumplen con normas operativas mínimas de seguridad	Sitios que cumplen las normas al final de 2005	Todos los sitios
6.	Habrá mejorado la administración de los <b>bienes inmuebles</b> e instalaciones.	. Disponibilidad de un plan básico renovable y actualizado por 10 años para proyectos de bienes inmuebles  . Proporción de proyectos ejecutados con el financiamiento del Fondo de Bienes Inmuebles que se desvían de las mejores prácticas reconocidas en las normas de construcción local y ambiental	Plan maestro del bienio anterior  Porcentaje de proyectos puestos en práctica que se apartaban de la mejor práctica al final de 2005	Se ha adoptado un plan maestro decenal renovable  0 proyectos que se apartan de la mejor práctica

### RECURSOS (US\$)

	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Todos los fondos
2004-2005	12.288.200	0	12.288.200
2006-2007	12.661.200	4.332.000	16.993.200
<b>De los cuales:</b>			
País	0	0	0
Subregional	0	0	0
Regional	12.661.200	4.332.000	16.993.200

## 34. CUERPOS DIRECTIVOS

### TEMAS Y RETOS

La contribución oficial de los Estados Miembros de la OPS/OMS a la labor de la Organización se lleva a cabo en el marco de una serie de cuerpos directivos a nivel mundial y regional. El trabajo de la OPS/OMS también contribuye al sistema de las Naciones Unidas en su conjunto y está bajo la influencia de este, y contribuye también al sistema interamericano, la Organización de los Estados Americanos (OEA) y sus organismos especializados. Por medio de diferentes mecanismos la OPS/OMS se vincula con las partes pertinentes de esos sistemas más amplios.

A medida que se torna más compleja y crucial la formulación de políticas apropiadas de salud pública, los Cuerpos Directivos de la OPS/OMS deben ser provistos, de la manera más eficiente y eficaz, del material y el entorno necesarios para que puedan adoptar decisiones fundamentadas de alcance mundial y regional. La selección cuidadosa y deliberada de los temas más pertinentes y la mayor participación y transparencia son esenciales para concentrar el debate en temas específicos durante las sesiones de los Cuerpos Directivos. Al elaborar temarios y determinar la prioridad de los asuntos que se considerarán, el diálogo entre los Estados Miembros debe ser complementado por un flujo adecuado de información entre los Cuerpos Directivos a nivel regional y mundial. El consenso acerca de los asuntos técnicos y de políticas sigue siendo el resultado clave buscado en las reuniones de los Cuerpos Directivos.

Debido al número y diversidad de las reuniones de los Cuerpos Directivos, incluidos los grupos especiales de trabajo y las conferencias, se han tornado más complejas las exigencias para la preparación, el apoyo logístico, la documentación y la información, y es mayor la presión para los servicios limitados de los Cuerpos Directivos. A pesar de que las nuevas tecnologías han facilitado la difusión de la documentación y permiten, por ejemplo, ofrecer documentación para las sesiones de los Cuerpos Directivos mediante la internet, se debe hacer más uso de otras tecnologías electrónicas para las reuniones.

El aumento de los costos de las sesiones de los Cuerpos Directivos se ha mantenido al mínimo a pesar del incremento en esta área de trabajo. De conformidad con las deliberaciones del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI y la evaluación de la Dependencia Común de Inspección de las Naciones Unidas, la OPS tiene que simplificar los Cuerpos Directivos y examinar sus funciones, periodicidad y complementariedad.

En esta área de trabajo se incluyen los servicios de traducción a los cuatro idiomas oficiales de la OPS en la Oficina Regional

### META

Velar por la formulación de políticas sólidas de salud pública a escalas nacional, regional e internacional que respondan a las necesidades de los Estados Miembros.

### OBJETIVO DE LA OPS

Asegurar la buena gobernanza de la OPS mediante una preparación y dirección eficientes de las sesiones de los Cuerpos Directivos y la aplicación eficaz de las decisiones de estos.

### ENFOQUES ESTRATÉGICOS

Ampliación y mejora de la comunicación y coordinación entre los Estados Miembros y entre esos y la Oficina; mayor aprovechamiento de la tecnología y mejor control en todo el proceso de preparación para acelerar el suministro de documentación concisa y exacta; examen detenido de los temarios de las reuniones de los Cuerpos Directivos con el propósito de lograr que sean pertinentes para la formulación de políticas de la OPS/OMS; elaboración de métodos para fomentar la participación de los Estados Miembros y la correspondiente contribución de organizaciones acreditadas.

RESULTADOS ESPERADOS A NIVEL DE TODA LA OPS	INDICADORES	NIVELES DE BASE	OBJETIVOS
1. Los Cuerpos Directivos habrán adoptado resoluciones, en particular sobre políticas y estrategias, que proporcionen a la Organización orientaciones claras para su aplicación.	. Proporción de resoluciones adoptadas que se aplican a nivel regional y nacional	85%	90%
2. Las resoluciones y mandatos de los Cuerpos Directivos de la OPS se comparten con las instituciones regionales del Sistema de las Naciones Unidas y del sistema interamericano y se incluyen en la agenda de estas si corresponde.	. Los temas abordados en las resoluciones de la OPS se incluyen en la agenda de otros órganos regionales del sistema de las Naciones Unidas o el sistema interamericano	Ninguno	Al menos un área de interés para la salud ha sido incluida por año en las reuniones de los organismos regionales del Sistema de las Naciones Unidas o de la OEA
3. Habrá mejorado la comunicación entre los Estados Miembros y la Oficina.	. Uso eficaz de los instrumentos modernos de comunicación electrónica entre los Estados Miembros y la Oficina en relación con los asuntos de los Cuerpos Directivos de la OPS/OMS.	Una conferencia regional importante por bienio por medios electrónicos	Dos conferencias regionales importantes por bienio usando medios electrónicos
	. Mejoras en la publicación puntual de la documentación de los Cuerpos Directivos en los idiomas oficiales, de conformidad con el Reglamento Interno.	90%	95%
4. Habrá una mejor coordinación en el establecimiento de los programas de trabajo de los Cuerpos Directivos y mejoras en las sesiones.	. Grado de coherencia entre los órdenes del día y las resoluciones de los cuerpos directivos regionales y los Órganos Deliberantes (OMS).	Ninguno	El Consejo Ejecutivo considera el orden del día y las resoluciones de los Órganos Deliberantes de la OMS cuando se planifica el orden del día del Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana.



- . Evaluación de la eficiencia de los subcomités con respecto a las directivas de los Cuerpos Directivos Ninguna Evaluación de la función de los subcomités por el Comité Ejecutivo

**RECURSOS (US\$)**

	<b>Presupuesto ordinario</b>	<b>Otras fuentes</b>	<b>Todos los fondos</b>
2004-2005	4.315.000	0	4.315.000
2006-2007	4.629.300	1.583.000	6.212.300
<b>De los cuales:</b>			
País	0	0	0
Subregional	0	0	0
Regional	4.629.300	1.583.000	6.212.300

## 35. RELACIONES EXTERNAS

### TEMAS Y RETOS

Al promover la integración de una dimensión de salud en el desarrollo social, económico y ambiental, la OPS/AMRO busca apoyar a sus Estados Miembros, así como unir esfuerzos con otros organismos de las Naciones Unidas y sistemas interamericanos y una variedad de instituciones que ofrecen sus conocimientos y experiencia en otros campos. El enfoque institucional de la OPS/AMRO sobre la cooperación con asociados actuales y futuros se realiza mediante sus relaciones externas.

Con ese fin, la OPS/AMRO mantiene nexos con un conjunto cada vez más diverso de asociados intergubernamentales, gubernamentales y organizaciones no gubernamentales, órganos políticos regionales y subregionales y distintas instituciones y redes en el plano nacional. Ha crecido la cooperación con bancos de desarrollo subregionales y regionales conforme éstos hacen más hincapié en el desarrollo social. La OPS/AMRO tiene una larga historia de colaboración con instituciones bilaterales y la Unión Europea, y fortalecerá estas asociaciones. La Organización también sigue desarrollando y reforzando sus alianzas con otras agencias de las Naciones Unidas. Por ejemplo, el Grupo de Directores Regionales de las Agencias Co-Patrocinadoras de ONUSIDA tiene la capacidad de lograr un alto nivel de coordinación de las Naciones Unidas en la lucha contra el VIH/SIDA a nivel regional y servir como catalizador para una amplia armonización en este campo con otros socios de la comunidad internacional.

La OPS/AMRO se ha esforzado por incorporar de manera prominente el tema de la salud en la agenda política de la Región. Foros regionales de alto nivel como las Cumbres de las Américas brindan una oportunidad importante de destacar y fomentar los temas de la salud y la equidad en la Región. Estas reuniones también acentúan el perfil de la Oficina Regional mediante su participación, lo cual a su vez aumenta su eficacia en alcanzar las metas de los Estados Miembros. Otras cumbres regionales como las Cumbres Iberoamericanas y las Cumbres de Primeras Damas también han abordado temas de salud y equidad y la OPS/AMRO ha participado en la planificación de las mismas.

Los Estados Miembros proporcionan los recursos básicos de la Organización mediante contribuciones asignadas, pero las contribuciones voluntarias desempeñan un papel igualmente importante en los esfuerzos de la Oficina por apoyar el desarrollo sanitario en los países. La introducción de un presupuesto por programas de la OPS/AMRO, que refleja la totalidad del trabajo que emprenderá la Oficina, le permite a la OPS/AMRO armonizar mejor las contribuciones voluntarias con el trabajo esencial de la OPS/AMRO. Uno de los retos en este campo es la negociación de apoyo de tipo programático, que se concentre en apoyar los resultados esperados del presupuesto aprobado para un programa y la aceptación por los asociados de la planificación y sistemas de notificación de la OPS/AMRO.

La OPS/AMRO también tiene que buscar beneficiarse en una justa proporción de las contribuciones voluntarias que recibe la OMS, ya que esta Región sigue siendo la más desigual con respecto a la salud. Es igualmente necesario forjar alianzas específicas con Fundaciones y con las nuevas iniciativas mundiales en materia de salud para generar un aumento importante en el apoyo brindado por este tipo de fuente.

El octavo Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) insta a establecer “una asociación mundial para el desarrollo”, que incluye incrementar la asistencia oficial para el desarrollo con el fin de alcanzar los otros objetivos. En este sentido, el sector privado y las organizaciones de la sociedad civil se están convirtiendo en socios cada vez más importantes en el desarrollo al mismo tiempo que está ocurriendo un aumento de la fuente tradicional de financiamiento para el desarrollo, conocida como asistencia oficial para el desarrollo (AOD). Sobre la base de los compromisos contraídos en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Financiamiento para el Desarrollo, celebrada en Monterrey (México) en 2002, estos nuevos recursos, y algunos de los liberados mediante la iniciativa para los países pobres muy endeudados (PPME), se destinarán a apoyar el cumplimiento de los ODM relacionados con la salud y con otros campos.

En este contexto, el reto para nuestra región es aumentar, o al menos mantener, su proporción de aproximadamente 14% de la AOD relacionada con la salud en un momento en el que varios factores convergen a canalizar los fondos hacia otras regiones necesitadas. Uno de estos factores es la tendencia de fuentes tanto públicas como privadas a dar la mayor parte de su ayuda a nuevos mecanismos para el

financiamiento mundial, como el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM), que a su vez financia principalmente a países de África. Otro factor es que sólo un número pequeño de países de América Latina y el Caribe (4 ó 5, a lo sumo) reúnen los requisitos para recibir la asistencia de muchos de los organismos de cooperación bilateral. Afortunadamente, esos países coinciden generalmente con la mayoría de los países clave de la OPS/AMRO. Por ello, la Organización debe destacar el grado en que este enfoque desatiende las desigualdades y la pobreza todavía presentes dentro de muchos países y abogar contra el uso de promedios nacionales al determinar la admisibilidad para recibir asistencia bilateral. Al mismo tiempo, conforme los asociados bilaterales descentralicen la toma de decisiones acerca de su cooperación para la salud, se torna imperativo que la Oficina Regional y las oficinas de país tengan la necesaria capacidad en cuanto a relaciones externas para forjar alianzas estratégicas a nivel de país que les permitan apoyar los esfuerzos de movilización de recursos de los Estados Miembros y de la Organización como tal.

Con el fin de establecer y mejorar las alianzas estratégicas con nuestros asociados, es preciso que la OPS/AMRO simplifique sus sistemas para analizar y llevar a cabo sus actividades de salud pública e informar sobre ellas, así como convertir las tendencias de apoyo a proyectos en apoyo a programas.



El crecimiento de las interacciones con los asociados en toda la Organización plantea el asunto de la gestión estratégica para lograr un enfoque institucional y el creciente riesgo de un conflicto de intereses. Es necesario perfeccionar las reglas y métodos existentes para el establecimiento de asociaciones, especialmente en cuanto a la gobernanza, el respeto al mandato de la OPS/OMS y la promoción de la salud pública.

La OPS/AMRO también colaborará con organizaciones no gubernamentales y del sector privado, con el fin de mejorar el apoyo a la salud pública de la comunidad, promover la abogacía y obtener una visión amplia de las actividades de asociados externos a nivel de país.

La OPS/AMRO contribuirá activamente al proceso de armonización, alineación y coordinación de la cooperación internacional, en particular con el sistema de las Naciones Unidas, los bancos de desarrollo así como con sus principales asociados bilaterales. La OPS/AMRO dará apoyo específico a los ministerios de salud y el sector de la salud de los países para fortalecer su función de liderazgo a nivel nacional y en la salud pública internacional.

La OPS/AMRO debe asegurar, por medio de su trabajo en información pública, que las estrategias de comunicación están incluidas en el trabajo de la Organización en los países y en la sede central de manera que la Organización pueda ayudar a mejorar la salud por medio de la información de mensajes clave sobre salud al público en general y de las acciones que se pueden tomar para mejorar su salud. El trabajo de la Organización debe ser dirigido a un amplio rango de públicos para promover las metas y la efectividad de los programas prioritarios de la Organización, enfocando a públicos importantes tales como donantes potenciales, otras organizaciones internacionales, Ministerios de Salud, ONGs, medios de comunicación y demás socios.

<b>META</b>	Lograr que los objetivos de salud se incorporen en las políticas generales de desarrollo y que se aumenten los recursos para la salud.
<b>OBJETIVO DE LA OPS</b>	Facilitar la creación y fortalecimiento de alianzas estratégicas y asociaciones para promover la salud en el temario de desarrollo y movilizar recursos financieros, humanos, técnicos e institucionales para la Región, haciendo hincapié en los países clave.
<b>ENFOQUES ESTRATÉGICOS</b>	Participar en los procesos de las cumbres y otros foros internacionales y regionales con vistas a contribuir a las decisiones adoptadas; concentrarse en las relaciones con organismos hermanos, buscando elaborar planes conjuntos y compartir recursos y temarios; fortalecer la capacidad de alianzas estratégicas en todos los niveles; proporcionar información oportuna para influir en los temarios de salud de los asociados en el desarrollo.

RESULTADOS ESPERADOS A NIVEL DE TODA LA OPS	INDICADORES	NIVELES DE BASE	OBJETIVOS
1. Los temas de salud tienen lugar prioritario en las reuniones regionales de alto nivel político, haciéndose énfasis en las prioridades que emanan de los mandatos de la OPS/AMRO. Estos foros cuentan con la asesoría de la OPS/AMRO como agencia líder experta en salud en la Región.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La salud está incluida en los temarios o declaraciones de las Cumbres de las Américas, la Cumbre Iberoamericana y la Conferencia de Primeras Damas y otras reuniones regionales de alto nivel político.</li> </ul>	2	3
2  Alianzas y asociaciones operativas	<ul style="list-style-type: none"> <li>El número de eventos en que OPS/AMRO es consultada para contribuciones sobre temas de salud pertinentes a la agenda y formulación de documentos para las reuniones regionales como los mencionados arriba.</li> </ul>	4	5
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Relaciones establecidas con más ONG, organizaciones de la sociedad civil o Fundaciones que trabajan en materia de salud, ya sean relaciones oficiales o relaciones de trabajo.</li> </ul>	Número al final de 2005	Al menos 10% más que en el nivel de 2005
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Declaraciones e iniciativas estratégicas conjuntas con organismos de las Naciones Unidas acordadas y puestas en práctica.</li> </ul>	Número al final de 2005	4 adicionales
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se negocian y se firman programas o convenios de colaboración con organismos bilaterales en el bienio.</li> </ul>	Número al final de 2005	4 adicionales
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resultados de la Agenda Compartida difundida y analizada con al menos un cuerpo directivo.</li> </ul>	Número al final de 2005	Al menos 10% más
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consultas con instituciones financieras internacionales a nivel de país y regionales cada año.</li> </ul>	Número al final de 2005	Al menos 10% más
3.  Fortalecimiento de la capacidad de los países y la Oficina de forjar alianzas y asociaciones estratégicas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Funcionarios y personal nacional de salud en al menos tres países clave y capacitación en otros tres.</li> </ul>	0	Personal de 6 países y 6 oficinas de país

4.	Se aumentó el conocimiento y la participación en actividades de armonización y alineamiento dentro del sector salud en la Región.	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Oficiales Nacionales en salud, Representantes y el personal de la Oficina Central reciben información relevante y entrenamiento sobre armonización, alineamiento y coordinación de actividades en el sector salud dentro de la Región.</li> </ul>	0	Empleados de países claves de la OPS/AMRO
		<ul style="list-style-type: none"> <li>· La OPS/AMRO participa activamente con otras agencia internacionales en reuniones sobre armonización, alineamiento y coordinación y otras iniciativas de salud en la Región.</li> </ul>	2	4
5	Trabajar con todos los programas dentro de la Organización y socios externos para crear e implementar comunicaciones estratégicas, materiales de información y coordinar reuniones de adiestramiento para los medios de comunicación para los medios de comunicación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Componentes de comunicación en programas y proyectos y lanzamientos de nuevos programas e iniciativas.</li> <li>· Creación y producción de material impreso; y expandir la distribución de noticias importantes, hojas de situación y otros artículos sobresalientes.</li> </ul>	Número al final de 2005	Al menos 10% más
			Número al final de 2005	Al menos 10% más

### RECURSOS (US\$)

	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Todos los fondos
2004-2005	4.113.900	522.000	4.635.900
2006-2007	4.799.900	812.000	5.611.900
<b>De los cuales:</b>			
País	0	0	0
Subregional	0	0	0
Regional	4.799.900	812.000	5.611.900

## 36. DIRECCIÓN

### TEMAS Y DESAFÍOS

En pos de su visión de convertirse en un catalizador del cambio en la situación sanitaria de la Región, la OPS continuará centrándose en los países y esforzándose por obtener “resultados en el país”. Para el personal directivo superior, esto plantea el reto de ejecutar las actividades regionales de tal manera que reflejen las prioridades e inquietudes de los Estados Miembros y que aprovechen los puntos fuertes sinérgicos de otros programas a escala regional, incluidos los centros panamericanos, la Sede y las oficinas de país.

La dirección del trabajo de la OPS durante el período 2006-2007 se verá influida por:

- Las prioridades técnicas dentro del Plan Estratégico, con un énfasis especial en los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud y las prioridades de los países clave y de grupos especiales
- La Política del Presupuesto Regional por Programas
- La alineación con la OMS
- La estrategia de gestión.

El Marco para la Aplicación de la Estrategia de Cooperación Técnica se ejecutará en todos los niveles a fin de procurar que, al mismo tiempo que se continúa con la agenda inconclusa plasmada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la Oficina colabore con los países en otras dos áreas estratégicas con el fin de: 1) proteger los logros y 2) abordar los nuevos retos. El empuje de la OPS en pos de extender la aplicación de la gestión orientada a la obtención de resultados y la formulación de un presupuesto por programas concuerda con la estrategia de lograr una mejor alineación con la OMS.

De acuerdo con la Política del Presupuesto Regional por Programas, la Organización debe seguir aumentando la proporción de recursos asignados a escala de país y, al mismo tiempo, mantener la rectoría de su programa técnico y esforzarse por alcanzar la excelencia en este sentido. Al hacerlo, es importante lograr un equilibrio adecuado entre la provisión de bienes públicos mundiales y el apoyo a las acciones a escala de país. Por primera vez se introducirá formalmente el trabajo subregional. En un primer momento, este tipo de trabajo debe impulsar los programas sanitarios subregionales oficiales dentro de las instituciones de integración política y ayudar a fortalecer una variedad de mecanismos subregionales necesarios para brindar apoyo a esta visión de los países a largo plazo. La Política del Presupuesto Regional por Programas otorga flexibilidad en la gestión de programas y del financiamiento, y la Organización se encuentra comprometida a utilizar de manera transparente los fondos asignados para este fin.

Cinco objetivos estratégicos para la organización del cambio proporcionan la especificidad de dirección en nuestros esfuerzos por garantizar mayores niveles de eficiencia y responsabilización a medida que nos centramos en los resultados en los países. El reto para la gestión ejecutiva será consolidar e incorporar a la corriente principal de la cultura y las operaciones de la OPS las once (11) iniciativas que se encuentran en la hoja de ruta del cambio institucional.

La salud pública debe permanecer en la agenda del desarrollo socioeconómico en todos los niveles dentro de la Región y la Secretaría debe contribuir con esto, y promover la causa y mantener informado al público clave y a todas las poblaciones. Se debe fomentar la asociación con los medios de comunicación en todos los niveles y el personal debe contar con adiestramiento para lograrlo. Algunas nuevas iniciativas, como el foro regional, contribuirán con esto y además permitirán abrir el espacio para una participación mayor de los interesados directos no reconocidos.

Se deben proteger los intereses legales de la Organización. Como la OPS busca trabajar de una manera distinta a fin de lograr una repercusión mayor de su cooperación técnica, debe procurar que se introduzcan los marcos legales apropiados y que la respuesta ante las solicitudes de asesoramiento legal sea oportuna. Además, la OPS debe asegurarse que las recomendaciones de la auditoría externa especial conducida en 2004 sean debidamente ejecutadas.

### META

Impulsar la salud pública regional y contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, mediante una dirección coordinada en todos los niveles.

**OBJETIVO DE LA OPS** Encauzar el trabajo de la Organización dentro del marco general de su Constitución y de acuerdo con el Plan Estratégico a fin de maximizar la contribución de toda la Organización para alcanzar las metas de desarrollo sanitario de los Estados Miembros.

**ENFOQUES ESTRATÉGICOS**






- . Consolidar el proceso de cambio institucional e incorporar iniciativas para transformar la manera en que la OPS lleva a cabo sus funciones centrales y obtiene resultados.
- . Elaborar planes y políticas mediante un proceso participativo en toda la Organización que incluya a los Estados Miembros y los socios.
- . Ejercer la diligencia debida en relación con la rectoría, la gobernanza y la supervisión.
- . Utilizar de manera eficaz una amplia gama de canales y herramientas de comunicación con el fin de ampliar el diálogo sobre la salud pública.



**RESULTADOS ESPERADOS  
A NIVEL DE TODA LA OPS**

**INDICADORES**

**NIVELES DE  
BASE**

**OBJETIVOS**

1.  Que la OPS responda mejor a las necesidades de cada país	. Para todos los países clave, los objetivos de la estrategia de cooperación en los países se habrán logrado  . Nivel de satisfacción de los socios nacionales	Menos de 50% de los resultados clave o de los indicadores fundamentales de éxito	Al menos 80% de los resultados clave o de los indicadores fundamentales de éxito logrados.
2.  Que la OPS cuente con un foro para el debate y el diálogo	. Foro regional convocado para diversos temas	1 por bienio	Al menos 2 por bienio
3.  Adopción de nuevas modalidades de cooperación técnica	. Programas subregionales de cooperación técnica ejecutados  . Nueva iniciativa de “Programa Regional” iniciado	0	75% de los resultados esperados en cada programa subregional se habrán logrado 3 programas aprobados
4.  Mejora de los procesos de gestión	. La calidad del presupuesto bienal por programas se consideró satisfactoria en el primer examen  . Recomendaciones de la Dependencia Común de Inspección de Naciones Unidas en relación al examen de la gestión basada en la consecución de resultados de la OPS, implementadas	30%	60%
	. Reducción del tiempo para la contratación del personal fijo	0%	80%
5.  Que la OPS se convierta en una organización de aprendizaje y conocimiento	. Cantidad de comunidades de práctica	No se dispone de datos  Cantidad en el bienio 2004-2005	10% de reducción promedio en 2005  Al menos 5 comunidades más que las que había en el bienio 2004-2005

6. Mejor sinergia y coherencia entre el trabajo de las distintas partes de la Organización	<ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje del personal que contribuye con las comunidades de práctica</li> <li>La mayor parte de los puntos focales de las áreas de trabajo informan una colaboración satisfactoria a escala mundial con respecto a la planificación y coordinación de recursos</li> <li>La mayor parte de los países informan un apoyo satisfactorio a los resultados esperados regionales relacionados con los Objetivos de Desarrollo del Milenio seleccionados</li> </ul>	No se dispone de datos	60%
7.  Lograr la protección de la condición jurídica y los intereses legales de la Organización y mantener una buena relación con los Estados Miembros	<ul style="list-style-type: none"> <li>Menor cantidad de controversias y otras dificultades legales</li> <li>Reducción de la cantidad de casos de incumplimiento de reglas y reglamentos</li> <li>Convenios básicos examinados al menos una vez cada 15 años</li> </ul>	Cantidad de controversias en el bienio 2004-2005  Cantidad total de casos en el bienio 2004-2005	Disminución de 10% con respecto a la cantidad de controversias en el bienio 2004-2005 Disminución de 10% con respecto a la cifra registrada en el bienio 2004-2005
8.  Recomendaciones del reporte especial de los Auditores Externos 2004 ejecutadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacidad sostenible para ejecutar el Sistema de Integridad y Manejo de Conflicto</li> <li>Implementación del proyecto de transformación institucional en los aspectos de transparencia y responsabilidad</li> </ul>	No existe la función en la OPS  Estructura del proyecto aprobado por EXM	Establecimiento y nombramiento de dos posiciones de Oficial de Ética y Oficial Legal 100% del cumplimiento de los resultados esperados
9. Recommendations of special External Audit implemented Mayor conciencia de los Estados Miembros y los socios mundiales con respecto al trabajo de la OPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mayor difusión del trabajo de la OPS en los principales medios internacionales, regionales y de los países</li> <li>Campañas en diversos medios ejecutadas para apoyar temas de salud pública</li> <li>Porcentaje de iniciativas extrapresupuestarias ejecutadas en el bienio junto con un aumento de las estrategias de comunicación</li> </ul>	Cantidad y tipo de medios que informan sobre el trabajo de la OPS por primera vez  Todas  Porcentaje de iniciativas extrapresupuestarias en el bienio 2004-2005	Que al menos 10% más de los medios de comunicación informen sobre el trabajo de la OPS  Todas  Aumento de 10 puntos porcentuales
10 Fondos catalizadores	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asignación estratégica de los</li> </ul>	No se asignaron	Todos los fondos



iniciales y fondos flexibles dentro del ámbito del Director Regional proporcionados para programas con necesidades urgentes particulares

fondos del Programa del Director General y de los Directores Regionales para Actividades de Desarrollo hacia iniciativas que promuevan la misión de la Organización, informada al Comité de Ejecutivo

asignados y desembolsados de acuerdo con las indicaciones del Director Regional

. Asignación de financiamiento variable entre los países de acuerdo con los criterios aprobados por el Subcomité de Planificación y Programación, informada al Comité Ejecutivo

No se asignaron fondos

Todos los fondos fueron asignados y desembolsados por el Director Regional

### RECURSOS (US\$)

	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Todos los fondos
2004-2005	7.033.000	3.000	7.036.000
2006-2007	6.685.200	854.000	7.539.200
<b>De los cuales:</b>			
País	0	0	0
Subregional	0	0	0
Regional	6.685.200	854.000	7.539.200

## 37. OPERACIONES DE LAS REPRESENTACIONES DE LA OPS/OMS

### TEMAS Y RETOS

En la Región, hay 38 países atendidos por 27 oficinas de país, además de la Oficina de Campo de la OPS en la Frontera México-Estados Unidos en El Paso (Texas). La presencia de la OPS/OMS en los países debe complementar la capacidad existente en ellos y velar por el principio de la equidad en la distribución de los recursos de la OPS/OMS, tanto técnicos como financieros.

Determinar el nivel apropiado de presencia de la OPS/OMS en cada país de la Región representa un reto continuo que se torna más urgente debido a: 1) el imperativo de fortalecer la repercusión a nivel de país; 2) la limitación de recursos, y la necesidad de eficiencia y eficacia en el apoyo y la ejecución; y 3) la Política del Presupuesto Regional por Programas, que aumenta la proporción de recursos que se destinan a los países y que, además, transfiere recursos entre los países para reflejar las necesidades relativas sanitarias y económicas.

Aún continúan las conversaciones sobre lo que constituye una presencia central o básica de la OPS/OMS en los países. No obstante, queda claro que la mayoría de los Estados Miembros valoran tremendamente esta presencia y desean mantenerla según las necesidades de cada país. En realidad, diversas evaluaciones realizadas por los donantes y por otros socios pusieron de manifiesto que la presencia ininterrumpida de la OPS/OMS en los países es una de las ventajas comparativas de la Organización, que permite poseer un conocimiento profundo del país y el sector, en particular. Se reconoce que incluso cuando la Organización garantiza la presencia adecuada para la ejecución eficiente y eficaz de los programas de cooperación técnica convenidos, se debe adaptar la presencia en el país al entorno local para la ejecución de la cooperación técnica, la cual difiere en cada país. Las oficinas de país deben contar con los medios para brindar apoyo a las exigencias de cooperación técnica para el desarrollo sanitario nacional y, si bien se deben realizar todos los esfuerzos posibles para garantizar la presencia adecuada en el país, es igualmente importante que la oficina tenga acceso a los conocimientos especializados necesarios provenientes de la Organización y externos a esta.

Por ende, se debe optimizar el uso de la tecnología de la información y comunicación electrónica a fin de mejorar la eficiencia institucional, y ampliar la cobertura y la repercusión de la cooperación técnica. Será importante garantizar la participación de las oficinas de país en el área más amplia del desarrollo institucional de la OPS/OMS. Esto comprende reformas administrativas, apoyo a las nuevas estrategias de gestión y fortalecimiento de los sistemas de planificación, vigilancia y evaluación. La capacidad de la OPS para realizar eficazmente su programa de trabajo en los países depende de la gestión de los fondos que se le han confiado, de acuerdo con las normas financieras aprobadas por los Cuerpos Directivos. Entre las funciones que se consideran esenciales para las operaciones eficientes de las oficinas de país sobresalen administración, contabilidad y apoyo informático. A fin de garantizar la disponibilidad y la continuidad de las personas que realizan estas funciones, se deberá contar con el apoyo del presupuesto ordinario de la OPS. Según la complejidad y el volumen de las operaciones de la oficina de país, tal vez se requieran otras funciones.

La Unidad de Apoyo a los Países suministra apoyo permanente general y realiza el seguimiento anual a las oficinas de país.

Las operaciones de las oficinas de país también se enfrentan con retos en la esfera de los gastos operativos generales y otros gastos administrativos, en especial los que se relacionan con recursos humanos; de las tentativas para abordar de manera eficiente las necesidades diversas de los donantes para la ejecución y la notificación de las iniciativas extrapresupuestarias; y de la atención de muchas demandas imprevistas de los países, a menudo con recursos muy limitados.

Nota: En 2004-2005, parte del personal de apoyo en las oficinas de país fue asignado a las diferentes áreas de trabajo a las que prestaban servicios. En este bienio, algunos miembros del personal de apoyo han sido asignados a las Operaciones de las representaciones de la OPS/OMS para reflejar a cabalidad los gastos de operación corrientes.

- META** Prestar apoyo eficaz y eficiente a los Estados Miembros a fin de que cumplan con sus objetivos nacionales de desarrollo de la salud mediante una presencia central adecuada de la OPS/OMS a nivel de país.
- OBJETIVO DE LA OPS** Que la presencia de la OPS/OMS en el país sea pertinente, adecuada y reciba el apoyo necesario técnico, administrativo y de gestión de todos los niveles de la Oficina.
- ENFOQUES ESTRATÉGICOS**
- Trabajar a fin de lograr que el apoyo a los países y la presencia de la OPS/OMS en cada país sean óptimos mediante el análisis y la facilitación de la combinación adecuada de funciones políticas, técnicas, de gestión y administrativas, así como de recursos humanos, para la ejecución eficaz de las políticas institucionales, del programa técnico convenido, y de las operaciones básicas de las oficinas de país.
  - Realizar evaluaciones anuales internas de las operaciones de las oficinas de país a fin de mejorar de manera continua su eficacia y eficiencia. Llevar a cabo revisiones o auditorías periódicas para velar por la integridad de los registros financieros y que los procesos administrativos se ejecuten en cumplimiento de las normas y procedimientos vigentes.
  - Proporcionar una memoria institucional y funciones de centro de distribución de información en relación con los procedimientos administrativos y técnicos.
  - Promover y brindar apoyo a la formación de redes entre las oficinas de país con el fin de facilitar el intercambio de información y de beneficios mutuos a partir de las enseñanzas extraídas o las prácticas óptimas.
  - Elaborar e intercambiar procedimientos y mecanismos administrativos sólidos y ágiles a fin de prestar apoyo a la cooperación técnica descentralizada y promover un enfoque de trabajo en equipo a favor de la gestión orientada a la consecución de resultados.

<b>RESULTADOS ESPERADOS A NIVEL DE TODA LA OPS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>NIVELES DE BASE</b>	<b>OBJETIVOS</b>
1. Suministro de recursos apropiados y suficientes a las oficinas de país para su funcionamiento óptimo, según la presencia establecida por la OPS/OMS en el país.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de países para los cuales se han definido y establecido de manera sistemática criterios sobre la presencia en el país, basados en la nueva estrategia de cooperación técnica, el programa de cooperación técnica y la nueva Política del Presupuesto Regional por Programas</li> </ul>	15%	80%
		21	28
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de oficinas que han ejecutado un plan de cambio del perfil del personal como resultado de la estrategia de cooperación en los países</li> </ul>	7	28
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de oficinas que se mantienen actualizadas con infraestructura y procedimientos informáticos que conservan la armonización y la conectividad con los sistemas e instrumentos institucionales de la OPS y la OMS</li> </ul>	21	28

2. Ejecución del plan de desarrollo para las oficinas de país, con formación del personal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulación, seguimiento, ejecución y evaluación de un plan de desarrollo para cada oficina de país alineado con la estrategia de cooperación en los países y en conformidad con las normas establecidas en 2005</li> </ul>	10	28
3. Fortalecimiento de las redes entre las oficinas de país, la red de unidades de apoyo a los países de la OMS y los niveles regional y mundial.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantación del sistema para sistematizar el establecimiento de redes y la divulgación de información entre las oficinas de país y los niveles regional y mundial</li> </ul>	Sistema para la cooperación técnica descentralizada	Ampliación del sistema para incluir otros temas y niveles de la Organización
4. Mejoramiento de la eficiencia y la eficacia de los servicios administrativos para apoyar la prestación de cooperación técnica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de evaluaciones internas realizadas anualmente en las oficinas de país para determinar la eficiencia y la eficacia, realizadas conjuntamente (entre la oficina de país y el nivel regional )</li> <li>• Establecimiento de procedimientos y sistemas para compartir información y recomendaciones derivadas de las visitas de vigilancia a las oficinas de país con las unidades y las áreas pertinentes en la Oficina Regional</li> </ul>	0	8
		0	1

### RECURSOS (US\$)

	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Todos los fondos
2004-2005	19.292.600	714.000	20.006.600
2006-2007	21.124.500	4.000.000	25.124.500
<b>De los cuales:</b>			
País	18.243.700	3.470.000	21.713.700
Subregional	1.878.000	500.000	2.378.000
Regional	1.002.800	30.000	1.032.800

## 38. COOPERACIÓN TÉCNICA ENTRE LOS PAÍSES

### TEMAS Y RETOS

La cooperación técnica entre países (CTP) refleja los valores fundamentales de solidaridad y panamericanismo de la OPS y ayuda a poner en vigencia la estrategia gestorial de cooperación centrada en los países. Promueve el valor de la cooperación Sur-Sur. La CTP fortalece la capacidad interna de los países, aprovecha la variedad de capacidades existentes en los países y brinda oportunidades de fomentar alianzas, no sólo con ministerios de salud, sino también con otras instituciones pertinentes nacionales y locales. La cooperación también favorece el intercambio de las mejores prácticas y de las enseñanzas extraídas y facilita la formación de redes intersectoriales que permiten abordar factores determinantes de la salud al tiempo que los países que comparten las prioridades para el desarrollo sanitario pueden abordarlas conjuntamente.

A pesar de que históricamente los proyectos de cooperación técnica entre países han abordado el tema de las enfermedades infecciosas, se han aplicado de manera exitosa y cada vez más frecuente algunas iniciativas para encarar retos locales en otras áreas, por ejemplo, la promoción de la salud y la organización comunitaria. A este respecto, los proyectos de cooperación técnica entre países contribuyen a la salud no sólo debido a los beneficios relacionados con el proceso, sino también de maneras que pueden contribuir de manera significativa a impulsar el desarrollo nacional.

La OPS actualmente contribuye con fondos destinados a la cooperación técnica entre países como capital inicial provenientes de las asignaciones presupuestarias de los países y, en el caso de la subregión del Caribe, de las asignaciones presupuestarias subregionales. Los países que participan en los proyectos de cooperación técnica entre los países aprovechan estos recursos de la OPS y les suman su propio apoyo directo y en especie. Existe la necesidad de movilizar recursos adicionales con el fin de brindar apoyo a esta estrategia, que hasta el presente ha tenido éxito en la movilización de unas pocas fuentes.

En bienios recientes, ha aumentado la cantidad de proyectos de cooperación técnica entre países. La subregión andina cuenta con la mayor proporción de proyectos de este tipo (25%), seguida por Centroamérica (20%), el Caribe de habla inglesa (18%) y el Caribe de habla española (16%). Las subregiones del Cono Sur y América del Norte registran una proporción menor de proyectos, 12% y 9%, respectivamente. La OPS es la única de las seis regiones de la OMS con un fondo especial para respaldar proyectos de cooperación técnica entre países. Actualmente, estos proyectos están mejor integrados y son más participatorios dado que abarcan más organizaciones (instituciones intersectoriales, sociedad civil, ONG, asociaciones profesionales y el sector privado).

A pesar de sus ventajas, la CTP se enfrenta con muchos retos, entre ellos:

- ampliar los proyectos de CTP (más allá de las actividades y los proyectos puntuales) a fin de resaltar el vínculo entre el proyecto de cooperación y el desarrollo sanitario nacional en el país participante.
- establecer mecanismos que permitan la participación de los países de otras regiones de la OMS.
- establecer mecanismos a fin de captar y difundir la información y las enseñanzas extraídas de los proyectos de cooperación técnica entre países.

### META

Aumentar el reconocimiento y la utilización de la capacidad existente de los Estados Miembros a fin de favorecer la cooperación horizontal, sobre la base del panamericanismo, la solidaridad y los principios de integración.

### OBJETIVO DE LA OPS

Aumentar el uso de la estrategia de cooperación técnica entre países y mejorar la gestión de los proyectos para lograr una mayor eficiencia y eficacia

### ENFOQUES ESTRATÉGICOS

- Alentar y respaldar a los equipos de los países de la OPS/OMS en sus esfuerzos por promover e incorporar el enfoque de la cooperación técnica entre países entre los actores nacionales y por desempeñar un papel protagónico en la selección, negociación, formulación, iniciación y coordinación de proyectos de este tipo.

- Promover y fortalecer el logro del consenso en torno al enfoque de cooperación técnica entre países entre los socios nacionales e internacionales, incluidos los socios potenciales en otras regiones de la OMS. Facilitar la gestión, vigilancia y evaluación adecuadas de los proyectos de cooperación técnica entre países al poner a su disposición los instrumentos y recursos pertinentes.
- Fortalecer los sistemas institucionales a fin de que la OPS se convierta en un centro de distribución de información sobre las intervenciones técnicas, los procedimientos administrativos y las prácticas óptimas que facilitan la elaboración y la divulgación de conocimientos de los proyectos de cooperación técnica entre países.
- Incorporar la estrategia de cooperación técnica entre países en las estrategias de cooperación en los países.

<b>RESULTADOS ESPERADOS A NIVEL DE TODA LA OPS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>NIVELES DE BASE</b>	<b>OBJETIVOS</b>
1. Mayor uso del enfoque de cooperación técnica entre países dentro de las subregiones y en las regiones de la OMS.	• Número de iniciativas de cooperación técnica entre países.	70 por bienio	80 por bienio
	• Número de iniciativas de cooperación técnica entre países que incluyen países limítrofes o países en la misma subregión.	25%	35%
	• Número de iniciativas de cooperación técnica entre países que incluyen países en otras regiones de la OMS	0	2
2. Mejor planificación, ejecución, vigilancia y evaluación de proyectos de cooperación técnica entre países.	• Número de subregiones en las cuales se ha ofrecido capacitación en materia de cooperación técnica entre países de acuerdo con las directrices convenidas.	3	4
	• Porcentaje de proyectos con una evaluación e informe final	50%	100%
3. Proceso mejorado de revisión y aprobación de los proyectos de cooperación técnica entre países.	• Porcentaje de proyectos evaluados de acuerdo con los criterios convenidos en el lapso de dos semanas después de la presentación de la propuesta final y de todos los documentos necesarios de referencia	60%	100%
4. Mayor diversidad de instituciones nacionales involucradas en la planificación y ejecución de proyectos de cooperación técnica entre países.	• Porcentaje de proyectos de cooperación técnica entre países que cuenta con la participación de otras organizaciones además de los ministerios de salud.	60%	80%

- |    |   |  |     |      |
|----|---|--|-----|------|
| 5. | Mejor intercambio de información con respecto a las prácticas óptimas y las enseñanzas extraídas de cooperación técnica entre países. | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Base de datos de cooperación técnica entre países plenamente establecida, en funcionamiento y accesible con datos e información pertinente actualizados mensualmente y difundidos en internet.</li> <li>. Estudios exhaustivos de casos de cooperación técnica entre países llevados a cabo.</li> </ul> | 30% | 100% |
|    |   |  | 5   | 20   |

### RECURSOS (US\$)

	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Todos los fondos
2004-2005	4.048.200	0	4.048.200
2006-2007	2.558.000	2.000.000	4.558.000
<b>De los cuales:</b>			
País	2.432.000	2.000.000	4.432.000
Subregional	0	0	0
Regional	126.000	0	126.000