ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

46.º CONSEJO DIRECTIVO

57.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 26-30 de septiembre 2005

Punto 4.1 del orden del día provisional

CD46/INF/1 (Esp.)
8 agosto 2005
ORIGINAL: INGLÉS

INFORME DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO PRESUPUESTO BIENAL POR PROGRAMAS 2002-2003

CONTENIDO

Página

Introducción 3

Método 4

Aspectos destacados de los logros 4

Aspectos destacados de los logros alcanzados en cada orientación estratégica y programática 8
- La salud en el desarrollo humano 8
- Promoción y protección de la salud 9
- Protección y desarrollo ambiental 11
- Desarrollo de sistemas y servicios de salud 13
- Prevención y control de enfermedades 15

Enseñanzas extraídas 20

El camino a seguir 21

I. Introducción

1. El informe de evaluación del desempeño proporciona un examen resumido del desempeño del presupuesto por programas para el período 2002-2003 y señala las enseñanzas extraídas clave que se pusieron en práctica al elaborar los presupuestos por programas posteriores. Esta es la segunda vez que la Oficina presenta a los Cuerpos Directivos una evaluación de este tipo de la ejecución de su programa de trabajo. En ocasión de su 130.ª sesión, celebrada en junio de 2002, el Comité Ejecutivo recibió el informe de la evaluación del presupuesto bienal por programas (BPB) para 2000-2001.

2. El programa de trabajo para el bienio 2002-2003, tal como se manifiesta en el Documento oficial 296, fue el último que se presentó dentro del marco de planificación a mediano plazo de las orientaciones estratégicas y programáticas (OEP) para el período 1999-2002. Las cinco OEP que sirvieron de guía para el trabajo de la Oficina durante dicho período fueron:

- Salud en el desarrollo humano
- Promoción y protección de la salud
- Protección y desarrollo ambiental
- Desarrollo de sistemas y servicios de salud
- Prevención y control de enfermedades

3. En la preparación de los planes basados en la consecución de resultados para 2002-2003 se había utilizado el "marco lógico". La propuesta bienal ofrecía dos tipos de objetivos: el del propósito, el cual describía el resultado o la repercusión prevista de los proyectos; y el de los resultados esperados, que comprendía escoger indicadores que representaran los resultados que se entregarían o los intereses manejables de la Oficina.

4. Esta evaluación suponía varios desafíos, ya que el bienio 2002-2003 se caracterizó por ser un bienio de transición. En la Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en septiembre de 2002, los Estados Miembros aprobaron el Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007, y eligieron un nuevo Director para que se hiciera cargo de las funciones relacionadas con su ejecución. El 1 de marzo de 2003, la nueva gestión emprendió un proceso de transformación institucional. A pesar de estos cambios, la evaluación ha permitido determinar algunas áreas de trabajo que podrían beneficiarse de una mayor concentración de los esfuerzos y otras que necesitan centrarse más en la atención a los países.

II. Método

5. La estructura del programa se modificó durante el período 2002-2003 de modo que estuviera alineada con la reorganización de la Oficina emprendida en marzo de 2003. La presente evaluación se basa en los informes acumulativos del avance de los proyectos tal como se estructuraron en el *Documento oficial 296*.

6. La evaluación del desempeño se realizó por cada unidad orgánica en función de las medidas proporcionadas en los indicadores definidos en el momento en que se preparó el proyecto. La falta de datos e información en los informes sobre el avance en la ejecución se subsanó mediante entrevistas con el personal pertinente de las unidades técnicas.

7. La presente evaluación es un análisis de alcance regional del avance logrado en cada área técnica y no incluye los informes de las unidades orgánicas individuales en los niveles regional, subregional o de país. La repercusión en los países se destaca a lo largo de toda la evaluación de los programas y proyectos dentro de las orientaciones estratégicas y programáticas.

III. Aspectos destacados de los logros

8. En el presupuesto bienal por programas de 2002-2003 se señalan ocho proyectos emblemáticos que maximizaron el impulso proporcionado por las cumbres internacionales y regionales, la asequibilidad de tecnologías eficaces en relación con el costo y la necesidad de subrayar los problemas emergentes. Aunque no todos se llevaron a cabo plenamente, se hicieron progresos considerables; en el cuadro siguiente se resume en qué medida se han realizado.

Proyectos emblemáticos	Situación a fines de 2003
1. Salvar otros 100.000 niños durante el cuadrienio	Los cálculos actuales indican que la mortalidad en la niñez descendió de 34 por 1.000 (1998) a 27 por 1.000 nacidos vivos (2002), lo que representa una disminución de 20%. Se evitaron aproximadamente 99.000 defunciones. En un país (Trinidad y Tabago) no se registró disminución y los cálculos para 2002 fueron mayores que los correspondientes a 1998 en cuatro países: Haití, Panamá, República Dominicana y Venezuela. Las infecciones respiratorias agudas y la diarrea, las enfermedades principales en las que se centra la estrategia de AIEPI, representan la mayor parte de la disminución de las tasas de mortalidad en la niñez.
2. Mantener a la Región sin poliomielitis	Desde 1991, no ha habido ningún poliovirus salvaje circulante en la Región. En 2000, un poliovirus derivado de la vacuna circuló en La Española (21 casos), lo cual se relacionó con una cobertura baja de vacunación con vacunas antipoliomielíticas. No se han notificado casos en los 5 últimos años.
3. Lograr y mantener la eliminación del sarampión en toda la Región	A fines de 2003, la Región estaba muy cerca de eliminar el sarampión. Ese año solo se notificaron 105 casos, todos importados o relacionados con importaciones.
4. Control y reducción del consumo de tabaco	El logro más significativo en el control del consumo de tabaco fue la adopción del Convenio Marco para el Control del Tabaco por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2003. Casi todos los Estados Miembros de la OPS participaron activamente en las negociaciones y reuniones conexas que empezaron en 1999. El tratado plantea directrices y obligaciones concretas para los países que lo ratifican e impulsará el control internacional del tabaco durante los próximos años. Entre las medidas abarcadas en el tratado están las siguientes: una política fiscal, entornos libres de humo de tabaco, advertencias sanitarias en los paquetes, eliminación de la promoción del tabaco, educación y programas respecto del control del consumo del tabaco, vigilancia y seguimiento, y cooperación internacional. La OPS prosiguió su iniciativa América libre de humo, llevando con éxito a la práctica un taller piloto de adiestramiento en Jamaica, así como otros talleres en Honduras, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, y Uruguay. Todos los talleres dieron lugar a planes de acción para crear entornos libres de humo de tabaco. Con la cooperación técnica de la OPS, Belice, El Salvador, Honduras, México, Paraguay y Venezuela respondieron la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes, y la OPS organizó un taller de adiestramiento para la recopilación y el análisis de los datos de dicha encuesta en 18 países.

Proyectos emblemáticos	Situación a fines de 2003
5. Reducción de la mortalidad materna	Por lo general, los países que cuentan con un programa de salud materna activo, buenos sistemas de vigilancia y estadísticas anuales, notifican de manera oficial disminuciones en la mortalidad materna al menos en un quinquenio o más (Chile, Cuba y Costa Rica). Sin embargo, las encuestas específicas para países clave, como Bolivia, indican que en este país la mortalidad materna disminuyó 41% entre 1993 y 2003, prueba de que la estrategia funciona. Los principales logros en materia política incluyen la elaboración de la Estrategia Regional para la Reducción de la Morbilidad y la Mortalidad Maternas, una política que los Estados Miembros aprobaron por consenso en la 26.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en 2002. Dicha estrategia representa los esfuerzos considerables de la OPS por incorporar los resultados de las últimas investigaciones, las prácticas óptimas y la experiencia adquiridas a lo largo de más de 10 años que lleva en marcha el movimiento de Maternidad sin Riesgo en medidas concretas para que los países lleven a cabo los planes nacionales y trabajen para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).
6. Provisión de sangre segura mediante los servicios de salud regionales	A pesar de las mejoras en la cobertura de las pruebas, no se alcanzó el objetivo de tamizaje universal de la sangre en las Américas. A continuación se indica la proporción de las unidades en las que se realizaron pruebas entre 2000 y 2003 para la detección de las enfermedades señaladas: • VIH: de 99,66% a 99,93%; • hepatitis B: aumentó de 99,65% a 99,86%; • hepatitis C: de 98,79% a 99,52%; y • marcadores para la sífilis: de 99,57% a 99,84%. La menor cobertura correspondió a *Trypanosoma cruzi* en América Latina continental: 78,98% y 88,09% para los dos años, respectivamente. Solo 19 países y territorios sometieron todas las unidades de sangre a tamizaje para todos los marcadores necesarios, en comparación con 16 en 2000. Anguila, Antigua y Barbuda, Belice, Montserrat y Saint Kitts y Nevis notificaron la falta absoluta de tamizaje para la hepatitis C en 2003. En 2003, siete países latinoamericanos realizaron la prueba de detección de *T. cruzi* en todas las unidades. En 2000, los donantes voluntarios no remunerados proporcionaron solo 15% de las unidades de sangre recolectadas en América Latina y el Caribe. La proporción de donantes voluntarios aumentó a 36% en 2003, pero Bolivia, Honduras, Panamá, Paraguay y Perú notificaron que los donantes que recibieron remuneración representaron 0,3% del total de unidades. En 2003, Aruba, Bermuda, Brasil, las Islas Caimán, Cuba, Curazao, Santa Lucía y Suriname notificaron más de 50% de donantes voluntarios fueron.

Proyectos emblemáticos	Situación a fines de 2003
7. Mejora de la salud mental mediante el mejoramiento en los servicios de salud mental	Entre las actividades principales estuvieron las siguientes: • la creación y el adiestramiento de un grupo de consultores internacionales en formulación de políticas y establecimiento de servicios de salud mental; • un curso sobre la administración de los servicios de salud mental; • la difusión de directrices basadas en datos científicos para la formulación de políticas y creación de servicios de salud mental (colaboración en el proyecto para el desarrollo de políticas y servicios de la OMS); • la prestación de cooperación técnica a 17 países de América Latina y el Caribe para la ejecución de la política y los planes en materia de salud mental; • el adiestramiento de los profesionales de la salud en materia de salud mental (proyecto para la atención primaria en colaboración con la Universidad de Dalhousie); • fomento de la protección de los derechos humanos contra el estigma y la discriminación; • la promoción y protección de los derechos de las personas con trastornos mentales mediante la legislación y otras estrategias; y • la preparación de un libro sobre las experiencias innovadoras en el campo de los servicios de salud mental en los países de América Latina y el Caribe.
8. Control y reducción de la propagación de la infección por el VIH/SIDA	• La OPS ha proporcionado directrices modulares para la atención integral (los "elementos fundamentales") y el acceso equitativo al tratamiento mediante el establecimiento del Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública. • El reto de ampliar los sistemas de salud para responder a la infección por el VIH/SIDA en América Latina y el Caribe fue el tema de una reunión de consulta innovadora celebrada en Ocho Rios, Jamaica, en febrero de 2002. En dicha reunión se promovió el concepto del fortalecimiento de los sistemas de salud utilizando la infección por el VIH/SIDA como punto de partida. • Durante 2003, la OPS desempeñó una función clave al ayudar a los países a elaborar propuestas fructíferas para el Fondo Mundial contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM). La cooperación técnica en materia de la infección por el VIH/SIDA entre Brasil y los países andinos se puso en práctica con el apoyo del Departamento para el Desarrollo Internacional (Reino Unido). • En colaboración con la OMS, el ONUSIDA y los ministerios de salud, la OPS realizó una serie de negociaciones de precios que redujeron considerablemente

	los costos del tratamiento antirretrovírico. • La OPS patrocinó una reunión de directores regionales de los copatrocinadores del ONUSIDA, al objeto de definir un marco regional para la coordinación interinstitucional. • Con motivo del Día Mundial del SIDA de 2003, la OPS lanzó una campaña dirigida a los medios de comunicación a nivel regional, cuyo objetivo consistió en abordar el tema del estigma y la discriminación en el sector de la salud.

9. Durante el bienio, se determinó y finalizó otro proyecto emblemático piloto para medir el desempeño de las funciones esenciales de salud pública (FESP). La OPS/OMS, en estrecha colaboración con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) y el Centro Latinoamericano de Investigación en Sistemas de Salud (CLAISS), concibió un instrumento metodológico para evaluar el desempeño de 11 funciones esenciales de salud pública. En el marco de la iniciativa "La salud pública en las Américas",[1] dicho instrumento se aplicó en 41 países y territorios de la Región de las Américas. El ejercicio proporcionó a cada país mediciones de referencia sobre el desempeño de los sistemas de prestación de salud pública y un enfoque nacional para trabajar hacia la formulación de normas óptimas para las actividades de salud pública.

10. Las adaptaciones del método para el nivel infranacional se han completado en Brasil y Colombia. Los planes nacionales para fortalecer las Funciones Esenciales de Salud Pública están en marcha en El Salvador, Honduras y Puerto Rico.

IV. Aspectos destacados de los logros alcanzados en cada orientación estratégica y programática

A. *La salud en el desarrollo humano*

11. La cooperación técnica se estructuró en torno al fomento, la promoción de la causa y el desarrollo del concepto de equidad en salud.

12. Durante el bienio se constataron logros importantes con respecto a las mejoras en las políticas concebidas para reducir las desigualdades de salud, entre ellas, la promulgación de políticas sanitarias beneficiosas para los pobres en los países siguientes: Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guyana, Honduras, Guatemala, Jamaica, México, Nicaragua, Perú, República Dominicana, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

---

[1] OPS/OMS, *La salud pública en las Américas*, 2002
http://www.campusvirtualsp.org/eng/pub/PublicHealthAmericas/index.html

13. Se hizo hincapié en las cuestiones relativas al género. Chile fue uno de los países que incorporó la equidad de género en las políticas de reforma sectorial, lo que entre otras cosas implicó la concepción de alianzas intersectoriales apropiadas, el fortalecimiento de las capacidades de promoción de la causa de grupos de la sociedad civil y una presencia más constante de la equidad en materia de género en los medios de comunicación.

14. Se mejoraron las capacidades de los países de América Latina y el Caribe para generar conocimientos científicos y utilizarlos para abordar los problemas de salud pública prioritarios en la Región. Un instrumento importante fue el desarrollo continuo de la Biblioteca Virtual en Salud con el apoyo de las redes científicas y tecnológicas, por ejemplo, la Red Internacional de Fuentes de Información y Conocimiento para la Gestión de la Ciencia, Tecnología e Innovación (ScienTI) y un grupo de redes científicas y tecnológicas nacionales. Estos adelantos han aumentado la asequibilidad de la información científica en materia de salud.

15. Con respecto al fortalecimiento de los sistemas y redes de información sanitaria de los países, se hizo hincapié en las estadísticas vitales; los siguientes países de América Latina y el Caribe difundieron de forma sistemática los datos de las estadísticas vitales y sanitarias mediante sus sitios web: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Jamaica, México, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Santa Lucía y Uruguay. Se prepararon análisis de los requisitos de los sistemas de registro de estadísticas vitales para los países con necesidades especiales como Belice, Bolivia, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras y Perú.

16. Siguiendo las recomendaciones de la OPS, la mayoría de los países de la Región comenzaron a recabar y difundir datos básicos de salud anualmente. Por otra parte, al menos 23 de los 48 países y territorios generaron sistemáticamente datos e información sanitaria básicos de los niveles infranacionales. Esta disposición permitió mejorar el análisis de la situación y facilitar el reconocimiento y la vigilancia de los programas de salud pública.

17. Los dilemas éticos planteados por los últimos adelantos tecnológicos y científicos y sus relaciones con la salud pública aumentaron la demanda de asesoramiento en materia de bioética. Junto con destacadas instituciones académicas y de investigación de América Latina y el Caribe y otras partes del mundo, se logró mayor normalización del adiestramiento y las prácticas óptimas. En varios países se organizaron comités hospitalarios y comisiones nacionales.

B. *Promoción y protección de la salud*

18. Los Estados Miembros siguieron fortaleciendo su capacidad de establecer o mantener los municipios y comunidades saludables, así como las escuelas y los lugares

de trabajo saludables. Argentina, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, México, Perú y República Dominicana emprendieron o continuaron la incorporación de los indicadores, las mediciones y evaluaciones pertinentes en sus sistemas de notificación sanitaria. Además, se hicieron adelantos en la capacidad nacional y local de los Estados Miembros para implantar y evaluar entornos saludables y propicios. El "Estuche para el Alcalde" (Mayor's Kit) lanzado durante el Foro de Promoción de la Salud, celebrado en Chile. Los alcaldes, las autoridades sanitarias a escala nacional y local, y los funcionarios técnicos de diversos sectores de todos los países de la Región participaron en los talleres y las sesiones de formación de redes, patrocinados por la OPS para elaborar los planes de acción intersectoriales.

19. Con la participación del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI,), Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) y el Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ) se difundió un documento marco para el nuevo programa de nutrición óptima en toda la Región. Se constató un mejoramiento del conocimiento y la comprensión regionales de los problemas nutricionales, así como de la importancia de que la alimentación y la seguridad nutricionales sean consideradas un problema fundamental del desarrollo.

20. Con el fin de prevenir la desnutrición, varios países recibieron apoyo para elaborar, vigilar y evaluar las intervenciones nutricionales. Se publicó en línea un manual con las directrices de las estrategias concebidas para prevenir la desnutrición en la niñez (ProPAN), tanto en inglés como en español. La estrategia de ProPAN se puso en práctica en Bolivia, Brasil, Ecuador, Jamaica, México y Panamá como parte de un estudio multicéntrico concebido para mejorar el entendimiento de las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño, así como la asequibilidad de los alimentos fortificados comerciales.

21. Se constató un mejoramiento de las capacidades nacionales para formular normas, planes y programas y crear servicios para los adolescentes y los adultos jóvenes en los países centroamericanos, donde la OPS y la Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI) prestaron apoyo para el desarrollo de la atención integrada a las necesidades de los adolescentes (AINA). La OPS también apoyó las actividades de prevención de la violencia, en colaboración con el Organismo Alemán de Cooperación Técnica (GTZ), y de prevención de la infección por el VIH/SIDA, en colaboración con el Organismo Noruego de Desarrollo Internacional (NORAD) y el programa Youthnet de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Además, se prestó apoyo para la movilización de recursos nacionales en Argentina, Ecuador, Guatemala y Haití, así como para la formulación de planes intersectoriales destinados a la juventud en casi todos los países centroamericanos, Bolivia, Ecuador y Perú.

22. El Marco Político para la Formulación de los Planes y Programas para las Personas de Edad, documento que se puede consultar en inglés, español y portugués. Se prestó ayuda a Argentina, Belice, Bolivia, Chile, Cuba, Dominica, El Salvador, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Trinidad y Tabago y Uruguay en la ejecución de los planes y programas en el contexto del marco del Plan de Acción Internacional sobre el envejecimiento.

23. Con respecto al consumo de tabaco, varios países han creado entornos libres de humo de tabaco en diversos sectores y jurisdicciones; asimismo, han emprendido o elaborado planes nacionales para las políticas de prohibición del acto de fumar amplias e integrales. Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Jamaica, Honduras, México, Paraguay, Perú y Uruguay lanzaron la puesta en práctica de las políticas para la creación de entornos libres de humo de tabaco. Por otro lado, en Brasil y en Venezuela se han emprendido varias iniciativas subnacionales o municipales que han creado programas similares. Algunas estrategias de promoción de la causa, como la iniciativa América libre de humo de la OPS, han tenido una repercusión positiva porque han contribuido a la concepción de estrategias nacionales para proteger a las personas que no fuman.

C. *Protección y desarrollo ambiental*

24. Los retos que suponen la urbanización cada vez mayor y el crecimiento demográfico siguen ejerciendo presiones considerables sobre los servicios de abastecimiento de agua y saneamiento básico, y la vivienda. Para abordar esto, la OPS, en colaboración con instituciones internacionales, así como los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y el Organismo para la Protección del Ambiente (EPA) de los Estados Unidos, y con los gobiernos nacionales y locales, impulsaron adelantos importantes en la Región para crear las capacidades pertinentes para mejorar la cobertura, la calidad y la eficiencia del abastecimiento de agua potable y de los servicios de saneamiento; incrementar la sensibilización acerca de los riesgos ambientales, y mejorar la vigilancia sanitaria. Durante el bienio también se ampliaron el acceso y la cobertura en las zonas periurbanas, incluidas aquellas afectadas por la inmigración desde las zonas rurales.

25. La cooperación técnica se centró en la reducción de inequidades relacionadas con la exposición a riesgos ambientales; la eliminación de los residuos sólidos en los municipios y establecimientos de salud; la vivienda saludable y el saneamiento ambiental en las zonas rurales; la introducción de los criterios de calidad y las normas de vigilancia ambiental; la administración, protección y preservación del agua, el aire y el suelo desde una perspectiva de salud humana; la seguridad en los entornos de trabajo; y mayor conocimiento de los problemas de salud en el ordenamiento del medio. A continuación se destacan los adelantos de mayor importancia.

26. Con respecto al agua potable y el saneamiento, se había logrado un avance notable en cuanto al intercambio de los instrumentos metodológicos pertinentes, es decir, las directrices de análisis sectorial, el adiestramiento para mejorar los análisis de laboratorio de las muestras ambientales y la difusión de los planes y procedimientos para los criterios de reglamentación. Se hicieron asequibles métodos nuevos para mejorar la participación de las comunidades locales y para la educación sanitaria, junto con el intercambio de los análisis y las enseñanzas extraídas en materia de abastecimiento de agua en el caso de desastres naturales. Dichas actividades dieron lugar a una mejor cobertura de agua potable, esto es, por arriba de 85%, que es el punto de comparación a nivel regional. El análisis de la vulnerabilidad del abastecimiento de agua ayudó particularmente a países como Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, México y Perú a tomar decisiones más fundamentadas.

27. Aunque la contaminación del agua sigue suponiendo un desafío importante para la Región, fuertemente vinculado al desecho de residuos líquidos y sólidos en los ríos, lagos y océanos, así como al número insuficiente de plantas para el tratamiento de aguas residuales, se han notificado avances como consecuencia del lanzamiento de campañas de sensibilización, por ejemplo, la iniciativa "Niños fuera de la basura". Se ha difundido la información sobre cómo prevenir la contaminación de los recursos hídricos debida a las aguas residuales de los hospitales y las industrias, y al uso de plaguicidas y fertilizantes. La OPS ayudó a formular planes, normas y procedimientos relacionados con cuestiones relativas a la eliminación ordenada de los residuos sólidos. Sin embargo, queda mucho por hacer, ya que la cobertura de los servicios de recolección de residuos sólidos fue menor al 65% en la Región.

28. El intercambio de las enseñanzas extraídas se realizó mediante el uso cada vez mayor de los medios electrónicos y la Internet. Las inversiones en esta esfera también facilitaron el intercambio de los programas de adiestramiento. Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Perú, República Dominicana y Uruguay se beneficiaron del adiestramiento en materia de evaluación de riesgos, incluida la epidemiología ambiental, la toxicología y la comunicación de riesgos. La concepción y puesta en práctica del Sistema Regional de Información (SISAM) constituyó un vehículo importante para la difusión de datos e información pertinentes sobre las enseñanzas extraídas y las prácticas óptimas por medios electrónicos y la Internet.

29. Con respecto a la vivienda saludable, entre los logros se encuentra la organización de la Red Interamericana de Viviendas Saludables, que ha ayudado a ampliar las actividades multisectoriales y multidisciplinarias, y contribuido a la difusión del conocimiento relacionado con la política, los programas y proyectos, y al intercambio de datos e información pertinentes en toda la Región. La red benefició particularmente a Argentina, Brasil, Costa Rica, Guatemala, Guyana y Paraguay. También dio lugar a la cooperación técnica entre Cuba y Haití, Cuba y El Salvador, y Brasil y Perú.

30. En la población activa, las difíciles condiciones sociales en torno al empleo propician mayor susceptibilidad a las enfermedades y lesiones, y al desgaste y agotamiento físico. Los programas de prevención y la vigilancia se fortalecieron tanto en el nivel regional como en el subregional, beneficiando de este modo a un gran número de personas que trabajan en las fábricas de México y Centroamérica y en las empresas ubicadas en las zonas rurales de la Región Andina y el Cono Sur. El modelo concebido contribuyó a reducir los costos que suponen las lesiones y enfermedades laborales.

D. *Desarrollo de sistemas y servicios de salud*

31. La labor en esta área se centró en la creación de instrumentos para fortalecer las capacidades nacionales de los Estados Miembros para analizar el sector de la salud, determinar si es necesario introducir cambios y concebir la transformación necesaria para el desarrollo de los sistemas de salud. La Oficina se concentró en las esferas del análisis del sector de la salud; financiamiento sanitario; funciones esenciales de la salud pública; protección social en materia de salud y mejoramiento de los planes de seguridad social; creación de recursos humanos; reorientación del contenido de los modelos de prestación de atención de salud; modelos para mejorar el desempeño de las redes de servicios de salud; y medicamentos esenciales y tecnología de la salud.

32. En el área de desarrollo de sistemas de salud, la medición de las funciones de salud pública se prosiguió en 40 países y territorios. En toda la Región se prepararon y difundieron instrumentos para desarrollar la capacidad institucional de las autoridades sanitarias para desempeñar la función rectora. También se proporcionó asistencia técnica a Bolivia, Brasil, Costa Rica, Ecuador y Nicaragua en los niveles nacional y subnacional, y se idearon instrumentos y métodos para apoyar los esfuerzos nacionales para mejorar los esquemas de financiamiento, las prácticas de asignación de recursos, las modalidades de gasto y los mecanismos de pago a proveedores. Treinta y seis países de la Región realizaron estudios para vigilar y evaluar las reformas sectoriales sobre la base de los métodos, los modelos y las tecnologías concebidos para fortalecer las capacidades nacionales en materia de evaluación del desempeño y mejorar el perfil de los sistemas de salud.

33. Los procesos de reforma del sector sanitario ejecutados en todos los países de la Región de las Américas tuvieron repercusiones considerables en la gestión de los recursos humanos. En respuesta a ello, la Organización lanzó los observatorios de recursos humanos en salud, como una estrategia de cooperación para generar conjuntos nacionales de datos básicos, caracterizar asuntos y problemas nuevos relacionados con el programa de reforma, así como promover la creación de mecanismos interinstitucionales para la formulación de políticas en materia de recursos humanos. A fines del bienio, 20 países habían participado activamente en la iniciativa. Se impartió un curso de educación a distancia para fortalecer las capacidades de gestión y liderazgo de los

ministerios de salud en materia de recursos humanos. Asimismo, se dio importancia especial al desarrollo de la fuerza laboral de salud pública en el marco de las funciones esenciales de la salud pública mediante el mejoramiento de la calidad de la educación de los programas de posgrado en salud pública; la creación del Campus Virtual de Salud Pública; la incorporación de la salud pública en las escuelas de enfermería, y el adiestramiento de los dirigentes en materia de salud internacional.

34. En el contexto de la organización de los servicios de salud, el plan a plazo medio en materia de servicios de enfermería y partería se puso al día de conformidad con las orientaciones estratégicas de la OMS, y con las aportaciones de 28 socios nacionales e internacionales y la participación de 15 centros colaboradores de la OPS/OMS. Por otro lado, en Bolivia, Brasil, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico y Venezuela los dentistas recibieron adiestramiento en la novedosa técnica Practica de Restauración Atraumática (PRAT), encaminada a mejorar la prevención en los servicios de salud bucodental.

35. En el campo de los medicamentos esenciales y la tecnología sanitaria, la primera etapa de la evaluación farmacéutica de la OMS se ejecutó satisfactoriamente en la Región, con una participación de 70% de los países. El adiestramiento para la ejecución de la segunda etapa concluyó en Barbados, Bolivia, Brasil, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaica, Nicaragua, República Dominicana, Santa Lucía, Trinidad y Tabago, y Venezuela. Por otra parte, se proporcionó cooperación técnica en el campo de la política farmacéutica a Argentina, las Bahamas, Ecuador, El Salvador, Guyana, Paraguay y los países de Centroamérica, así como los del MERCOSUR y de la CARICOM.

36. Se realizaron evaluaciones de la calidad y seguridad de los Servicios de Radiología en Belice, Dominica y las Islas Turcas y Caicos, y de los Servicios de Radioterapia en Colombia, Costa Rica, Nicaragua y Panamá.

37. Como parte del proyecto regional Evaluación de los Servicios de Mamografía en América Latina y el Caribe, realizado en colaboración con el Colegio Interamericano de Radiología, se evaluaron la calidad de la imagen y las dosis de radiación utilizadas en los servicios de mamografía de 11 países. El Plan de Acción Internacional para la Protección Radiológica de los Pacientes se preparó conjuntamente con el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA), la OMS y otras organizaciones internacionales pertinentes. Se verificaron más de 100 unidades de radioterapia en la Región mediante el programa conjunto del OIEA y la OPS para la verificación postal de dosis.

38. La publicación en 2002 del manual *Sistema de Garantía de la Calidad. Conceptos Generales para Laboratorios de Salud Pública*, el cual se basa en la norma ISO 9001, desencadenó la implantación de un sistema de garantía de la calidad en varias instituciones regionales de remisión, y facilitó el apoyo técnico a las redes de laboratorios

que se estaban reestructurando en países como Bolivia, Colombia, Ecuador, Honduras, Panamá, Paraguay, República Dominicana y Uruguay. La publicación de la *Guía para la Elaboración de Manuales de Acreditación de Laboratorios Clínicos para América Latina*, preparada conjuntamente con la Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica (COLABIOCLI), es una condición propicia para poner en práctica gradualmente un sistema de acreditación para el mejoramiento continuo de los laboratorios clínicos.

39. Con respecto a los desastres naturales y los provocados por el hombre, con apoyo de la OPS, Chile, Colombia, Costa Rica, México y Perú continuaron con sus programas nacionales de reducción de desastres en hospitales. En un contexto más general, en varios países de la Región se fomentaron los estudios sobre la vulnerabilidad de los establecimientos de salud y las redes multisectoriales regionales y subregionales, al objeto de aumentar la concientización acerca de los desastres; concebir y llevar a cabo programas de adiestramiento pertinentes; y preparar y difundir directrices mediante la Internet y otros medios. Además, las áreas técnicas, unidades y representaciones de la OPS/OMS continuaron incorporando el manejo de desastres en sus planes de trabajo.

E. *Prevención y control de enfermedades*

40. Las enfermedades transmisibles siguen siendo un objetivo muy importante del trabajo, dadas las amenazas nuevas que surgen a pesar de que los países continúan desplegando esfuerzos para luchar contra las enfermedades infecciosas conocidas.

41. Con el apoyo de la OPS, los países siguieron desarrollando una respuesta para hacer frente a la resistencia a los antimicrobianos, un problema relacionado con las enfermedades infecciosas que se ha prolongado bastante. Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Paraguay, Perú y la República Dominicana adaptaron las guías clínicas para el tratamiento de enfermedades infecciosas a su situación particular. Los ocho países de la Cuenca amazónica comenzaron a realizar estudios de la farmacorresistencia del agente causal de la malaria y a intercambiar los resultados gracias a la ayuda económica de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID). Cada una de las cuatro subregiones (Cono Sur, Cono Andino, Centroamérica y el Caribe) elaboró planes de acción para las enfermedades prioritarias cuya vigilancia y diagnóstico por laboratorio se habían acordado.

42. En la esfera de la eliminación de enfermedades:

- México interrumpió la transmisión de la oncocercosis en dos focos importantes (el norte de Chiapas y Oaxaca) y Colombia verificó la interrupción de la transmisión de esta enfermedad.

- En tres países (Costa Rica, Suriname y Trinidad y Tabago) se verificó la eliminación de la filariasis linfática, y en otros cuatro países con endemicidad se han dado pasos para tratar esta enfermedad.
- La eliminación de la lepra como problema de salud pública parece posible en un futuro próximo, dado que la cobertura del tratamiento multimedicamentoso superó 90% en los países de la Región.
- Con respecto a la eliminación de la enfermedad de Chagas, los seis países llevaron a cabo una evaluación internacional de sus programas. Con el aumento de la cobertura del tamizaje, la transmisión de esta enfermedad por transfusión de sangre se redujo en todos los países, excepto en Bolivia. Los países centroamericanos (Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua) evaluaron sus programas nacionales para el control de la enfermedad de Chagas y emprendieron la puesta en práctica de los programas con el apoyo del Organismo Japonés de Cooperación Internacional (JICA).

43. De manera análoga, se alcanzaron logros importantes en la esfera del control de enfermedades, en donde la OPS colaboró.

- Malaria: a) En los 21 países donde la malaria es endémica se adoptó la Iniciativa "Hacer retroceder el paludismo" y se comenzó a redefinir los indicadores, utilizando la estratificación epidemiológica para determinar las esferas prioritarias para llevar a cabo las actividades. Honduras y Nicaragua presentaron proyectos fructíferos al Fondo Mundial. b) Se siguió la ampliación del tratamiento acortado directamente observado (DOTS) para prevenir y controlar la tuberculosis. Quince países lograron una cobertura del DOTS de 100%.
- Dengue: La nueva estrategia integrada para prevenir y controlar el dengue fue respaldada por todos los países en ocasión del Consejo Directivo de la OPS. Costa Rica, Guatemala, Nicaragua y la República Dominicana elaboraron planes y emprendieron la aplicación de esta estrategia, mientras que Belice, El Salvador, Honduras y Panamá elaboraron los planes.
- Inocuidad de los alimentos: Las posibilidades de exportación ha servido para motivar a los países a abordar las cuestiones relativas a la inocuidad de los alimentos. Todos los países han creado mecanismos para la colaboración intersectorial en materia de inocuidad de los alimentos. Se ha llegado a un compromiso generalizado en cuanto al método de análisis de peligros en puntos críticos de control (APPCC) de inspección de inocuidad de los alimentos y 55 laboratorios de 22 países participan actualmente en una red de laboratorios para mejorar la calidad y la transparencia.

- Rabia transmitida por el perro: La eliminación de la rabia transmitida por el perro ha sido un compromiso contraído por los países de la Región desde principios de los años ochenta. En el presente bienio, solo 5 de los 21 países de América Latina notificaron casos de rabia transmitida por el perro.
- Fiebre aftosa: A raíz de los brotes de fiebre aftosa ocurridos en 2000 en Argentina, Brasil y Uruguay, se renovó el compromiso para la eliminación de esta enfermedad en ocasión de la Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSA) celebrada en São Paulo en 2001. Se confirió autoridad adicional al Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) para que llevara a cabo auditorías en los países; 9 de los 10 países sudamericanos (excepto Chile) se sometieron a auditoría en el presente bienio.

44. Con respecto a las enfermedades no transmisibles, los siguientes logros podrían atribuirse a la cooperación prestada por la OPS:

- El número de países con asignación presupuestaria para la prevención y el control de enfermedades no transmisibles aumentó de 9 a 21.
- Actualmente, 13 países pertenecen a la red CARMEN (en comparación con 5 en diciembre de 2001), que se dedica a elaborar programas integrados para tratar las enfermedades no transmisibles crónicas en los países y a intercambiar información al respecto. Todos estos países realizaron cierto grado de evaluación de la situación de las enfermedades no transmisibles.
- Varios países comenzaron a realizar encuestas acerca de los factores de riesgo conductuales y a probar la adaptación de los modelos norteamericanos a sus condiciones particulares.
- Se evaluó la carga de la diabetes en América Latina y el Caribe y se elaboró una publicación, permitiendo a los países empezar a abordar este importante problema de salud.
- Los fondos extrapresupuestarios provenientes de la Fundación Bill y Melinda Gates le permitieron a El Salvador y Perú probar las técnicas de detección y tratamiento del cáncer cervicouterino, así como las medidas para el control de la calidad en entornos de recursos escasos.

Resumen del presupuesto ordinario por categoría de asignación para el ejercicio financiero 2002-2003 (miles de US$)

Sección	Categoría de asignación	Presupuesto aprobado	Desembolsado
P1	La salud en el desarrollo humano	41.357	42.597
P2	Promoción y protección de la salud	24.400	23.109
P3	Protección y desarrollo ambiental	21.270	19.222
P4	Desarrollo de sistemas y servicios de salud	42.313	37.549
P5	Prevención y control de enfermedades	41.730	36.078
P6	Cuerpos directivos y coordinación	48.761	47.153
P7	Dirección general	13.002	12.343
P8	Servicios administrativos	28.648	26.306
Total		**261.482**	**244.356**

Nota

La diferencia entre el monto del presupuesto aprobado y el monto del presupuesto efectivo o desembolsado se debe a la diferencia entre los ingresos presupuestados (la cantidad total en concepto de cuotas señaladas de los Estados Miembros y los ingresos varios calculados) aprobados para el bienio y la cantidad real de cuotas e ingresos varios recaudados durante el bienio y disponibles para gastos.

También cabe señalar que el monto del presupuesto total aprobado ($261.482.000) incluye la porción de la OMS asignada a la Región de las Américas y aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud. En 2001, la 54.ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó el monto de $74.682.000 para la Región de las Américas para el ejercicio financiero 2002-2003.

Resumen de los recursos extrapresupuestarios por categoría de asignación para el ejercicio financiero 2002-2003: comparación entre las cantidades calculadas y las realmente movilizadas y desembolsadas (miles de US$)

Sección	Categoría de asignación	Calculadas DO 296	Desembolsadas
P1	La salud y el desarrollo humano	5.949	5.701
P2	Promoción y protección de la salud	3.357	8.461
P3	Protección y desarrollo ambiental	2.740	6.439
P4	Desarrollo de sistemas y servicios de salud	19.487	48.305
P5	Prevención y control de enfermedades	14.475	56.505
P6	Cuerpos directivos y coordinación	1.217	1.365
P7	Dirección general	1.285	30
P8	Servicios administrativos	7.082	0
Total		**55.592**	**126.805**

Nota

En el monto calculado de los recursos extrapresupuestarios que figura en el Documento oficial 296 solo se consideraron las obligaciones conocidas y en firme de los socios que estaban establecidas en el momento en que se preparó el proyecto de presupuesto por programas; en dicho cálculo no se consideran las actividades para movilizar recursos realizadas antes del bienio o en el transcurso de este. Por consiguiente, el monto de los recursos extrapresupuestarios que realmente se movilizó y desembolsó es, en comparación, considerablemente mayor.

El procedimiento para calcular los recursos extrapresupuestarios al formular el presupuesto ha evolucionado y, a partir del bienio 2006-2007, se empleará otro procedimiento. En respuesta al hincapié que se ha hecho en la gestión orientada a la consecución de resultados y, por consiguiente, en la presupuestación orientada a la obtención de resultados, actualmente la atención se ha centrado en los resultados generales esperados que se obtendrán y en el total de los recursos calculados necesarios para obtenerlos.

Enseñanzas extraídas

45. La necesidad de centrar la atención en los países se puso de manifiesto a lo largo del presente bienio, y se abordó durante la preparación del presupuesto bienal por programas para 2006-2007 con la introducción paulatina de exámenes del presupuesto, al objeto de permitir a las unidades regionales tener una perspectiva mejor de los problemas que se abordaban en los países.

46. Los instrumentos de planificación y evaluación de AMRO tienen los componentes estructurales necesarios para ejecutar una buena programación, planificación y monitoreo en los distintos niveles de jerarquía dentro de un marco lógico; sin embargo, su utilidad en lo que se refiere a facilitar una buena gestión de los programas dependerá del grado de compromiso institucional generalizado respecto de su utilización. Más aún, es necesario que los principios de planificación se pongan en práctica de manera más coherente para permitir una mejor comparabilidad. En particular, la definición del grado de intereses viables requiere armonizarse más, sobre todo si se consideran los requisitos de la OMS para la notificación de resultados en el futuro (es decir, más allá de los componentes viables), lo cual supone un desafío en cuanto a la previsión del nivel de indicadores propuestos, así como de los supuestos ajenos a la gestión de los programas.

47. La elección de los indicadores adecuados sigue siendo un reto. A veces, los indicadores elegidos están bajo el control de los directores de los programas, pero todavía hay un buen número de casos en los que el indicador elegido para un resultado esperado corresponde más al ámbito de responsabilidad de los Estados Miembros (como la ejecución de una política). En algunos casos, los resultados esperados enunciados parecían difíciles de lograr en un período corto.

48. Se extrajeron algunas enseñanzas con relación a los desafíos que suponen los programas técnicos concretos. Por ejemplo, los programas y las actividades en el área de la promoción de la salud indican que las prácticas apropiadas son las que implican procesos y actividades compatibles con los valores y las creencias de los habitantes de los países, y las que reflejan una comprensión adecuada del entorno de la salud pública. En tal virtud, la promoción de la salud agregará valor al campo de la salud pública cuando tenga un carácter intersectorial e interinstitucional y cuando las autoridades nacionales, así como la población, participen a fondo en los procesos destinados a introducir cambios positivos en las actitudes y los comportamientos. El avance con respecto al control del consumo de tabaco y la protección de los no fumadores demuestra la influencia de la promoción de la causa de la salud pública en problemas clave. El éxito de esta iniciativa se ha basado en datos científicos claros en materia de salud pública; colaboración interinstitucional eficaz; enfoque coherente y constante en las tareas realizables, y generación eficaz del impulso para la obtención de resultados tangibles.

49. El éxito de las intervenciones pertinentes para el entorno relacionado con la salud sigue requiriendo trabajo integrado en los niveles político (macro), institucional (meso) y de proyecto (micro), de modo que cada nivel refuerce y optimice las repercusiones de los otros. De ahí la importancia de los enfoques integrados. Además, la sostenibilidad de los programas concebidos para mejorar los servicios de agua potable y de saneamiento y otros servicios sociales exige el apoyo considerable de los consumidores y las estructuras de gobierno locales.

50. Los desafíos ambientales no pueden afrontarse únicamente mediante el desarrollo social. Las intervenciones de desarrollo económico deben ejecutarse en paralelo con las intervenciones sociales. Además, para aumentar los resultados, los socios internacionales y las autoridades nacionales deben vincular y coordinar las intervenciones relacionadas con el ambiente con las intervenciones de buen gobierno y desarrollo democrático. Otra cuestión no menos importante es buscar nuevas y mejores funciones para el sector privado en cuanto a atender de manera sostenida las necesidades ambientales que requerirán mejoras en las políticas reglamentarias.

51. La prevención y el control de las enfermedades, y la protección y promoción de la salud de las personas constituyen los mandatos fundamentales de la salud pública. El cumplimiento de las metas mencionadas no depende exclusivamente del gobierno, de la OPS ni de los socios internacionales, requiere alianzas abarcadoras entre todos estos actores para que trabajen junto con los gobiernos nacionales y locales, el sector privado, las comunidades, las familias y los individuos.

VII. El camino a seguir

52. La notificación sobre el avance y los logros en cuanto a los resultados esperados en toda la Organización durante el bienio 2002-2003 ha supuesto un desafío, habida cuenta de que en algunas ocasiones los indicadores seleccionados fueron inadecuados o deficientes, o bien, no se proporcionó información, o esta fue insuficiente, en el informe ordinario de avance AMPES sobre los logros y las enseñanzas extraídas. También hubo resultados esperados cuyo logro no fue factible a corto plazo, como los cambios conductuales o de política, que por su propia naturaleza requieren períodos más largos para materializarse de forma eficaz.

53. Afrontar los desafíos mencionados requerirá un esfuerzo sistemático en el fortalecimiento de la capacidad para mejorar las opciones de objetivos, propósitos, resultados esperados e indicadores cuantificables y apropiados en la planificación futura. También exigirá que la institución cambie de una planificación basada en la obtención de resultados a una gestión basada en la consecución de resultados; se están adoptando las medidas encaminadas a la preparación del Proyecto de Presupuesto por Programas para 2006-2007. Lo anterior es compatible con el marco de gestión de la OMS basado en la

consecución de resultados junto con su presupuesto por programas "único" e integrado, que implica aumentar la coordinación entre las oficinas de la OMS, regionales y de país. Esta disposición llevará a la implantación de un sistema sólido de seguimiento del desempeño, garantía de la calidad, evaluación y notificación. El nuevo criterio facilitará aún más la concepción de los componentes del marco lógico, teniendo en consideración el seguimiento y la evaluación de los resultados y las repercusiones.

54. Otro desafío que en el futuro será necesario superar es el hecho de que actualmente la evaluación consiste solamente en una autoevaluación, con indicadores que a menudo presentan una gran diversidad en cuanto a la especificidad. Esto, a su vez, hace extremadamente difícil comparar los grados de obtención de un logro en las distintas unidades, incluso dentro de unidades orgánicas distintas. Las evaluaciones de los programas o las auditorías aleatorias de los logros de los resultados que se han agregado ayudarán a que la Organización se mantenga en la dirección adecuada para velar por que proceda de manera correcta al abordar los problemas de salud que aquejan a la Región.

55. La gestión eficaz y de calidad y la planificación basada en el desempeño son fundamentales para forjar la excelencia institucional. La enseñanza extraída a partir de la evaluación del presupuesto bienal por programas 2002-2003 es que el éxito de la OPS dependerá cada vez más de una mejor coordinación en todos los niveles institucionales, lo cual es compatible con el principio fundamental del proceso de reestructuración institucional iniciado en 2003, que procura transformar a la OPS en una institución bien sincronizada, es decir, en una institución que funcione como un solo equipo al ejecutar los objetivos, las tareas y las actividades programáticos.

- - -