



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



47.º CONSEJO DIRECTIVO

58.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 25 al 29 de septiembre de 2006

Punto 4.3 del orden del día provisional

CD47/10, Add. I (Esp.)
6 septiembre 2006
ORIGINAL: INGLÉS

EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS BIENAL DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2004-2005

ADDENDUM

En respuesta a la solicitud presentada por el delegado de Canadá en la 138.^a sesión del Comité Ejecutivo, celebrada en junio de 2006, en el presente documento se proporciona una explicación completa de las áreas de trabajo de la Organización, descritas en el Presupuesto Bienal por Programas 2004-2005, que no tuvieron un desempeño tan bueno como las otras. El presente documento es un apéndice de la evaluación de la ejecución (documento CD47/10).

Introducción

1. Como se observa en la evaluación de la ejecución del presupuesto bienal por programas (BPB) (documento CD47/10), la evaluación de los logros en función de los indicadores del Presupuesto por Programas para el período 2004-2005 fue desafiante. Habida cuenta de que en dicho presupuesto no estaban incluidos ni los niveles de base ni los objetivos (es decir, los datos empíricamente comprobables), el ejercicio efectuado después de la ejecución necesariamente tuvo que ser una autoevaluación en la que los técnicos de la Oficina calcularon lo mejor posible los logros en función de los indicadores que, necesario es reconocerlo, eran menos que ideales. Vale la pena señalar que este problema se abordó en el Presupuesto por Programas para el período 2006-2007, en el que sí se han incluido objetivos y niveles de base correspondientes a cada indicador. Se prevé perfeccionar este aspecto aún más en el Presupuesto por Programas para 2008-2009, que se presentará a los Cuerpos Directivos en 2007.

Ampliación de la evaluación

2. En respuesta a la petición del delegado de Canadá, presentada en la 138.^a sesión del Comité Ejecutivo, de que se proporcionara una explicación en cuanto a las áreas de trabajo que en 2004-2005 no tuvieron un desempeño tan bueno, es decir, aquellas cuyos logros estuvieron por debajo del 70%, se pidió a los técnicos pertinentes que la formularan. El presente apéndice reúne sus respuestas, clasificadas por área de trabajo.

3. Cabe señalar que, en vista de la solicitud de que se aportara más información, algunas unidades técnicas responsables de presentar un informe sobre determinada área de trabajo proporcionaron un análisis más profundo y pormenorizado que el que se tenía antes de que se celebrara el Comité Ejecutivo. Con base en dicho análisis ampliado, que comprende información más precisa sobre los indicadores “alcanzados parcialmente”¹, se modificó el grado en que se alcanzaron algunos logros. En aras de la uniformidad, estas modificaciones no figuran en el documento principal sobre la evaluación (solo a las áreas de trabajo que no tuvieron un buen desempeño se les ofreció la posibilidad de examinar sus aportes), sin embargo, se señalan entre corchetes en el presente apéndice como información adicional para la consideración de los Estados Miembros.

4. Por último, la Oficina quisiera reconocer la naturaleza imperfecta de los documentos relativos al Presupuesto por Programas para el período 2004-2005 y a su ejecución, y reiterar que el proceso se perfecciona continuamente, tanto desde el punto de vista de la planificación programática como de la presentación de informes. De acuerdo con la ejecución de la gestión orientada a la consecución de resultados en la

¹ De conformidad con el método detallado en la evaluación principal, el lector notará que se asignó un valor de 25% a todos los indicadores clasificados como alcanzados parcialmente; si bien esto fue necesario debido a las limitaciones de tiempo y en aras de la uniformidad, sin duda dio lugar a que el avance de algunas áreas de trabajo pareciera menor de lo que en realidad es.

Organización, la Oficina espera con interés proporcionar a los Estados Miembros más objetivos, así como planes e informes completos sobre el desempeño programático.

5. Con lo anterior en mente, se proporcionan a continuación las explicaciones relativas a aquellas áreas de trabajo con un alcance de logros menor al 70%.

6. *1.2 Elaboración y Gestión de Programas (GPD)*. Los resultados esperados alcanzados parcialmente se relacionan con el desarrollo institucional de la Oficina Sanitaria Panamericana: la programación, el seguimiento, el aumento de la capacidad en materia de gestión de los ciclos de los proyectos y la evaluación. La mayoría de estas tareas están relacionadas con las mejoras y modificaciones efectuadas al Sistema de Planificación, Programación, Seguimiento y Evaluación de la Región de las Américas/Sistema de Información para la Gestión de las Oficinas (AMPES/OMIS), y con la capacitación de los usuarios. Se lograron avances en la introducción de funciones nuevas para ampliar la funcionalidad del AMPES y hacerlo plenamente compatible con la gestión orientada a la consecución de resultados, sin embargo, el proceso aún está en curso, al igual que la capacitación en la Sede y en las oficinas fuera de esta. Con respecto al aumento de la capacidad de gestión de los ciclos de los proyectos, se finalizaron los manuales y materiales didácticos, pero la capacitación se ha pospuesto para que coincida con la planificación periódica del presupuesto. Los requisitos de seguimiento que forman parte de la iniciativa extrapresupuestaria se incluyeron a manera de prueba en el programa de los Servicios de Tecnología de la Información (ITS) y el sistema es funcional, pero es necesario mejorar el acceso pleno de los usuarios. Con respecto a la evaluación, esta función se aplazó en espera del establecimiento de una unidad orgánica pertinente. La función de evaluación se ha asignado a la Unidad de Servicios de Supervisión Interna, que es parte de la Oficina del Director.

7. *2.1 Relaciones Externas y Asociaciones (ECO)*. Los resultados esperados que se alcanzaron parcialmente se relacionan con el trabajo realizado con las organizaciones no gubernamentales, la iniciativa de Agenda Compartida y la coordinación interinstitucional en materia de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). En la primera mitad de 2004, la Unidad de Relaciones Externas y Asociaciones delegó a los Cuerpos Directivos la responsabilidad que suponen las relaciones oficiales que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) mantiene con las organizaciones no gubernamentales. El intento desplegado por la OPS en la reunión celebrada con el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial el 17 de marzo de 2004 para reorientar la orientación estratégica central de la Iniciativa de Agenda Compartida, con miras a la consecución de los ODM, no rindió frutos debido a una falta de consenso entre los tres socios en varios asuntos. Existe la posibilidad de continuar con la Iniciativa de la Agenda Compartida, pero los cambios recientes de liderazgo y personal en los dos bancos la han obstaculizado. Desde 2005, la responsabilidad de llevar a cabo la coordinación interinstitucional y formular estrategias e iniciativas relativas a los ODM relacionados con la salud ha recaído en el Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental (SDE). Con respecto a la coordinación con las fundaciones, el público y las organizaciones de la

sociedad civil, la cual se ha fortalecido, el grado en que se alcanzó el logro se cambió a “plenamente” sobre la base de la información que no se tuvo en cuenta en la presentación original. [El grado en que se alcanzaron los logros se modificó con base en la información adicional suministrada: 82,3%, frente al 61,7% notificado en la evaluación.]

8. *3.3 Apoyo al desarrollo sanitario nacional (NHD)*. Los resultados esperados que se alcanzaron parcialmente se relacionan con la mayor capacidad de administrar y coordinar la cooperación nacional e internacional; la promoción de la causa y la planificación con los asociados para el desarrollo sanitario; el enfoque estratégico del Programa de la OPS/OMS; y el apoyo a los procesos de integración subregionales. En los países clave aún se están elaborando bases de datos nacionales que les permitan vigilar la cooperación externa. Asimismo, los mecanismos interinstitucionales nacionales para formular políticas y criterios comunes de la comunidad donante están en proceso; esto forma parte de una estrategia más amplia que será adoptada por los donantes de la esfera de la salud. Se está ampliando la participación de la OPS en grupos interinstitucionales de las Naciones Unidas en los países. Con respecto al enfoque estratégico, cuatro de los países clave han finalizado su estrategia común del país (ECP); sin embargo, debido a cuestiones políticas y de seguridad, no fue posible llevarla a cabo en Haití. Se han preparado análisis de la situación sanitaria para cada subregión, sin embargo, solo se finalizó una versión preliminar del programa de acción sanitaria para la subregión del Caribe, conforme al ejercicio subregional de estrategia común de los países para el Caribe Oriental. En el BPB del bienio en curso se asignaron recursos para formular un programa de acción sanitaria específico para las otras subregiones.

9. *4.3 Nutrición y seguridad alimentaria (NUT)*. Los resultados esperados alcanzados parcialmente se relacionan con las esferas técnicas de la fortificación de alimentos, los suplementos con vitamina A y la vigilancia nutricional, que estuvieron bajo la responsabilidad del Jefe de la Unidad de Nutrición, quien se jubiló en febrero de 2005. Durante el verano de 2005, una asesora en micronutrientes siguió trabajando en la Unidad y logró alcanzar parcialmente dos de los tres resultados esperados que el Jefe de Unidad había emprendido, sin embargo, también tenía a cargo otras funciones que limitaron su tiempo para alcanzar plenamente los resultados esperados. En septiembre se contrató a otro asesor que actualmente se dedica al campo de los micronutrientes con el objetivo de alcanzar todos los resultados esperados para el bienio 2006-2007. Por otra parte, los sistemas de vigilancia nutricional en curso siguen siendo una esfera sumamente endeble en la Región debido a la falta de financiamiento en el ámbito nacional.

10. *4.4 Inocuidad de los alimentos (FOS)*. Los resultados esperados alcanzados parcialmente se relacionan con los sistemas de vigilancia epidemiológica, los sistemas de inspección de alimentos y la educación nacional en materia de inocuidad de los alimentos. Esto se debió principalmente a las limitaciones de recursos humanos y la reestructuración de las actividades relacionadas con la inocuidad de los alimentos en la OPS, incluido el cierre del Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis y el traslado de parte del personal al Centro Panamericano de Fiebre Aftosa. En

cuanto a los sistemas de vigilancia de las enfermedades de transmisión alimentaria, en las subregiones se impartieron cursos de capacitación de cuatro niveles para aumentar la capacidad en el marco del Programa Mundial de la OMS para la Vigilancia de la Salmonella (Salm-Surv). Catorce países están participando en la Red Pulse para elaborar una base de datos regional de los perfiles de electroforesis en campo pulsado. Un país (Cuba) ha formulado el protocolo para evaluar la repercusión en la salud pública de las enfermedades de transmisión alimentaria y actualmente se está llevando a cabo. El programa Salm-Surv y los cursos relacionados mejoraron la capacidad en todas las subregiones de mejorar la vigilancia pasiva y activa de las enfermedades de transmisión alimentaria. En cuanto al aumento de la capacidad para la inspección moderna de los alimentos, se ha preparado un conjunto completo de material didáctico nuevo en portugués y español. El curso comprendió capítulos sobre el Codex Alimentarius, las buenas prácticas de fabricación, las buenas prácticas agrícolas, el análisis de peligros en puntos críticos de control y la auditoría. Siete de los 10 países destinatarios han emprendido actividades de educación en materia de inocuidad de los alimentos. Sin embargo, todos los países han estado usando las cinco claves de la OMS para disponer de alimentos más aptos para el consumo. Sólo un país (Argentina) ha integrado la inocuidad de los alimentos en el programa de estudios de la escuela primaria. También están pendientes los planes para abordar el problema de los vendedores ambulantes de alimentos en 10 países. Se ha puesto en práctica la inocuidad de los alimentos en mercados saludables en cuatro de cinco países destinatarios (Bolivia, Guyana, Paraguay y República Dominicana). En Guatemala se emprendió, en coordinación con el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, un proyecto piloto para la adaptación y validación del manual sobre las cinco claves de la OMS para la inocuidad de los alimentos, dirigido a las escuelas primarias. Además, se preparó un manual de actividades educativas para los maestros de escuela primaria, y directrices para las asociaciones de padres o profesores. El Ministerio de Educación examinó los materiales didácticos y exigió que los objetivos de aprendizaje propuestos fueran congruentes y coherentes con el material didáctico y las actividades propuestas. Los proyectos del Mercado Saludable de Alimentos y de la escuela primaria se han llevado a cabo con recursos financieros extrapresupuestarios procedentes del Programa del Golfo Árabe para las Organizaciones de Desarrollo de las Naciones Unidas y del Departamento del Reino Unido para el Desarrollo Internacional, respectivamente.

11. 4.5 *Ecología humana y salud ambiental (PHE)*. Los resultados esperados se alcanzaron casi por completo. Dos se alcanzaron parcialmente; uno de ellos se relaciona con la Agenda Compartida y careció de seguimiento por parte de las instituciones financieras. El punto focal solicitó que se utilizaran los porcentajes (indicadores del grado en que se alcanzaron los logros) que figuran en el sistema de seguimiento basado en el BPB. Los indicadores alcanzados “parcialmente” son los siguientes: resultado esperado 1, la Agenda Compartida en salud ambiental es funcional (60%); resultado esperado 4, se habrán puesto en práctica las directrices para la participación estratégica de la OPS (75%); se habrá diseñado el programa para fortalecer las redes (90%). [El

grado en que se alcanzaron los logros se modificó con base en la información adicional suministrada: 92,1%, frente al 57,1% notificado en la evaluación.]

12. *5.3 Información y tecnología de la comunicación (ICT)*. En la presentación original, cinco resultados esperados se señalaron como alcanzados “parcialmente”. Uno de los indicadores no debió incluirse; tres debieron alcanzarse “plenamente”; y uno de ellos sigue siendo correcto. A continuación se proporciona información sobre los logros alcanzados “parcialmente” en el orden que aparecen en el documento. En cuanto a si el Área de Servicios de Tecnología de la Información dispone de los recursos y la capacitación para ejecutar proyectos de tecnología de la información, se eliminaron seis de los puestos con que contaba y los fondos destinados a contratistas se redujeron a la mitad. Si bien la capacitación ha sido adecuadamente abordada, la parte de recursos destinada a alcanzar este objetivo ha estado fuera del alcance de ITS. Así pues, no debió incluirse ni como objetivo ni como indicador, y lo más conveniente habría sido que no figurara en el informe. En cuanto a la tendencia a que disminuyan las solicitudes de ayuda dirigidas al “Servicio de Asistencia a los Usuarios”, el indicador se refiere a la tendencia en la introducción de tecnologías o sistemas determinados; al evaluarse el progreso con base en esta tendencia, ITS logró plenamente sus objetivos. Según la explicación original, el aumento general de las cifras se debió a la introducción de sistemas, herramientas y tecnologías nuevos, y cuando se introduce una nueva tecnología en la Organización, el resultado es un pico en el número de solicitudes de ayuda presentadas al Servicio de Asistencia a los Usuarios. El número de solicitudes de ayuda se estabiliza para cada tecnología a medida que la implantación de esta finaliza y posteriormente disminuye constantemente. Al realizar su evaluación inicial, ITS se centró incorrectamente en el número total de solicitudes, en lugar de en la tendencia dentro de la tecnología como señala el indicador. El grado en que este logro se alcanzó debe ser “plenamente”. En cuanto a la reducción de las infracciones identificadas con relación a la seguridad de la red, la explicación indica que estas se han reducido en conformidad con el indicador. Sin embargo, la evaluación se centró incorrectamente en el hecho de que aún había posibilidades de hacer mejoras. El grado en que este logro se alcanzó debe ser “plenamente”. En cuanto a la velocidad satisfactoria para obtener acceso a Internet y otras comunicaciones, ITS ha mejorado considerablemente la calidad del acceso en varias oficinas de país; y las quejas prácticamente han desaparecido, lo cual indica que se ha logrado un grado satisfactorio. Sin embargo, al igual que en el caso anterior, la evaluación se centró incorrectamente en el hecho de que aún había posibilidades de hacer mejoras. El grado en que este logro se alcanzó debe ser “plenamente”. [El grado en que se alcanzaron los logros se modificó con base en la información adicional suministrada: 75,0%, frente al 52,5% notificado en la evaluación.]

13. *5.4 Medicamentos esenciales: acceso, calidad y uso racional (EDV)*. Los resultados esperados que se alcanzaron parcialmente se relacionan con la facilitación del acceso a los medicamentos esenciales. Las actividades relacionadas con dos de los indicadores se aplazaron, uno de ellos se relaciona con un Profesional Asociado de España (Observatorio Farmacéutico), cuya llegada a OPS se ha aplazado; y en el caso del

segundo, se reasignaron recursos para estudiar la repercusión de los acuerdos comerciales sobre el acceso a los medicamentos.

14. *5.5 Tecnología clínica y seguridad de la sangre (CLT)*. Hay dos cuestiones relativas al grado de logro alcanzado: a) los indicadores se refieren a países y, por lo tanto, la responsabilidad está fuera del alcance de la OPS, y b) con base en el número de países, más del 50% alcanzaron los indicadores previstos. Por consiguiente, el porcentaje en que se alcanzó el logro, originalmente notificado en la autoevaluación del resultado esperado 1 —número de países con sistemas oficiales de acreditación operativa, que aumentó de 3 a 13 (70%)—, se ha tenido en cuenta en el cálculo general. [El grado en que se alcanzaron los logros se modificó con base en la información adicional suministrada: 71,9%, frente al 67,2% notificado en la evaluación.]

15. *6.1 Liderazgo e infraestructura de salud pública (PHI)*. Con respecto al resultado esperado 1, los planes nacionales para el fortalecimiento de la función rectora se han formulado y puesto en marcha en al menos tres países de la Región. El grado en que se alcanzó el logro se cambió a “plenamente” sobre la base de que se finalizaron en República Dominicana, El Salvador y Honduras, lo cual no se había notificado en un inicio. En cuanto al resultado esperado 2, el análisis de la infraestructura y el desempeño de las funciones esenciales de la salud pública en 10 países de la Región, el grado alcanzado se cambió a “plenamente” sobre la base de que se finalizó en 12 países, lo que en un inicio no se había notificado. El punto focal también solicitó el uso de los porcentajes que indican el grado en que se alcanzaron los logros con base en los dos indicadores parciales correspondientes al resultado esperado 2 que figuran en el BPB (70% y 60%, respectivamente). [El grado en que se alcanzaron los logros se modificó con base en la información adicional suministrada: 77,8%, frente al 63,3% notificado en la evaluación.]

16. *6.2 Protección social en materia de salud (SPH)*. Con respecto al resultado esperado 1, el grado en que se alcanzó uno de los indicadores se cambió a “plenamente” sobre la base de las actividades del BPB que se llevaron a cabo, pero que no se notificaron en un inicio. En otros casos, el punto focal solicitó el uso de un porcentaje mayor del logro alcanzado, con base en la información que figura en el BPB (75%). Asimismo, en el caso del resultado esperado 2, el grado alcanzado en uno de los dos indicadores se cambió a “plenamente”, dado que en 10 países se cumplió el objetivo de establecer entidades para el funcionamiento del diálogo social; en cuanto al otro indicador, el punto focal solicitó el uso de un porcentaje mayor del logro alcanzado con base en la información que figura en el BPB (70%). Con respecto al resultado esperado 3, el grado alcanzado en uno de los indicadores se cambió de “parcialmente” a “plenamente” sobre la base de la información que aporta el BPB y que indica que en realidad se ha alcanzado con creces. En cuanto al resultado esperado 4, se cambió el grado en que se alcanzó un indicador a “plenamente” sobre la base de la información del BPB, indicativa de que se ha alcanzado con creces. Con respecto al resultado esperado 5, el grado alcanzado de un indicador se cambió a “plenamente” sobre la base de

información no incluida en la autoevaluación en un inicio. Con respecto al resultado esperado 6, se cambió el grado en que se alcanzó un indicador a “plenamente” sobre la base de información que indica que en realidad se alcanzó con creces. [El grado en que se alcanzaron los logros se modificó con base en la información adicional suministrada: 81,5%, frente al 66,7% notificado en la evaluación.]

17. *6.3 Prestación de servicios de salud (OSD)*. Los resultados esperados alcanzados parcialmente se relacionan con los modelos de atención de salud, el desarrollo de los sistemas de atención sanitaria basados en la población, la capacidad local de administrar las redes de servicios sanitarios, el mejoramiento de la calidad de la atención y el apoyo a los programas de servicios de fluoración y odontológicos. La Unidad de Servicios de Salud experimentó varios cambios y afrontó varios retos durante el bienio 2004-2005. Los recursos asignados a un puesto vacante (dedicado a hospitales y modelos de atención), así como los recursos financieros de la Unidad se dedicaron a apoyar el proceso encaminado a la renovación de la atención primaria de salud. Esta actividad consumió recursos y tiempo previstos para otras actividades correspondientes al período 2004-2005. Al mismo tiempo, el resultado en materia de la calidad de la atención dependió de la llegada de un profesional asociado de España para llevar a cabo la cooperación técnica en la Región.

18. *7.3 Tuberculosis y enfermedades emergentes (TED)*. Los resultados esperados alcanzados parcialmente se relacionan con la cobertura de la estrategia para el tratamiento acortado directamente observado (DOTS), la resistencia a los medicamentos antimicrobianos y las medidas para afrontar el virus del Nilo Occidental. Con respecto a la cobertura de la estrategia DOTS, dos de los tres países adicionales para 2004 han alcanzado su objetivo y el tercero está logrando avances. El progreso realizado en 2005 en los siete países destinatarios y en el Caribe de habla inglesa es variado. Brasil, donde hay el mayor número de casos de tuberculosis en la Región, está ampliando el DOTS eficientemente mediante un plan estratégico que cuenta con un gran apoyo por parte de las autoridades nacionales. La ampliación del DOTS en los países del Caribe de habla inglesa se vio limitada por el poco compromiso político, atribuible a la baja carga de tuberculosis. Con respecto a la resistencia a los antimicrobianos, hay un error en el grado en que se alcanzó el logro: se alcanzó “plenamente” porque cinco países implantaron planes (el indicador señalaba cuatro de nueve). Se han logrado avances en cuanto a la adopción de directrices clínicas y la recopilación, el análisis y la notificación de los datos sobre la resistencia a los antimicrobianos, pero aún hay trabajo en curso en ambas esferas. Con respecto al virus del Nilo Occidental, 20 países implantaron sistemas de vigilancia, pero el desempeño y la cobertura no pueden considerarse plenos. Aún es necesario un plan de acción concertado para la adopción del Reglamento Sanitario Internacional.

19. *7.4 Malaria y otras enfermedades de transmisión vectorial (VEC)*. Los resultados esperados alcanzados parcialmente se relacionan con la cobertura de la estrategia para prevenir y controlar la malaria, así como interrumpir la transmisión de la enfermedad de Chagas. Según se explica en la parte C del resultado esperado 1 (manuscrito original), los

21 países con endemicidad (100%) están en el proceso continuo de ejecutar los componentes y las estrategias de la gestión orientada a la consecución de resultados. Sin embargo, la aplicación plena de todos los componentes estratégicos, se ha finalizado sólo en 17 de los 21 países (81%), lo cual explica por qué se notificó que el logro se había alcanzado parcialmente. Además, la sistematización y consolidación de los indicadores epidemiológicos y administrativos comunes se ha finalizado en su parte fundamental desde la perspectiva regional mediante la formulación y consolidación del Plan Estratégico Regional 2006-2010 contra la Malaria en las Américas. El grado en que este resultado esperado se alcanzó se notificó como parcial porque el programa regional reconoce especificidades en los entornos nacionales y mantiene, por lo tanto, cierto grado de apertura ante las posibles modificaciones, dado que el proceso se considera dinámico y en evolución. Con respecto a la enfermedad de Chagas, la transmisión ha sido interrumpida en tres de los cinco países del Cono Sur, y en algunas zonas de los otros dos países. La transmisión también ha sido interrumpida en algunas zonas de los países centroamericanos. Asimismo, se han logrado avances parciales en la reducción de la seroprevalencia entre los escolares de Centroamérica, que es más focalizada de lo que el indicador sugiere.

20. *7.7 Salud pública veterinaria (VPH).* Los resultados esperados que se alcanzaron parcialmente se relacionan con la vacunación de perros y el control de la rabia, los programas de control de la tuberculosis bovina, la erradicación de la fiebre aftosa, los sistemas de vigilancia de las enfermedades zoonóticas y los servicios públicos de sanidad animal y veterinaria. Cada año se realizan campañas de vacunación de perros en los países donde persiste el riesgo de esta enfermedad. Durante el período evaluado, dos países clave de la Organización (Bolivia y Haití) no tenían recursos para adquirir la vacuna y emprender vacunaciones masivas. La OPS se comunicó con el gobierno brasileño, que donó una cantidad considerable de vacunas contra la rabia a estos dos países, los cuales realizaron una vacunación parcial, priorizando las zonas de mayor riesgo. Con respecto a la fiebre aftosa, se hicieron avances considerables para su erradicación en el Cono Sur, si bien hubo un brote en octubre de 2005 en Argentina y Brasil, lo cual dificultó el cumplimiento del objetivo. A finales de 2005, se había establecido una estructura para la vigilancia epidemiológica de la encefalopatía espongiiforme bovina en 10 países. Al comienzo de 2006, ya se había implantado en los otros cinco países donde se había aplazado (actualmente el objetivo se ha cumplido plenamente). Habida cuenta del brote de otras enfermedades zoonóticas, la brucelosis y la tuberculosis bovina no se consideraron prioritarias durante este período. Los recursos se centraron en las actividades relacionadas con los preparativos para hacer frente a la influenza aviar. Además, en noviembre de 2005 se organizó una reunión consultiva técnica sobre la leishmaniasis visceral conjuntamente con la Unidad de Enfermedades Transmisibles. Con respecto a los servicios de sanidad veterinaria y animal, está en curso la construcción de una biblioteca virtual y se han formulado y distribuido directrices sobre la educación y comunicación sociales en materia de inocuidad de los alimentos. Se firmó un memorando de entendimiento con las facultades de veterinaria de seis países para organizar cursos de educación a distancia.

21. *8.1 Salud de la mujer y salud materna (WMH)*. El punto focal solicitó que se utilizaran porcentajes para indicar los logros alcanzados “parcialmente” que originalmente se habían incluido en la evaluación en lugar del peso ordinario de 25%, como se indica a continuación:

Resultado esperado	Grado en que se alcanzó el logro (indicadores)
1. Se habrán formulado políticas públicas, planes, programas y proyectos de salud sexual y reproductiva, participación masculina y reducción de la mortalidad materna en los niveles regional, nacional y local.	100,0%
2. Se habrán formulado y difundido reglas, normas y pautas basadas en datos probatorios sobre determinados aspectos de la salud sexual y reproductiva.	90,0%
3. Se habrán fortalecido los sistemas de seguimiento, vigilancia y evaluación para los programas de salud de la mujer y de salud materna y perinatal, y para el seguimiento de los avances de los países hacia el cumplimiento de los ODM.	100,0%
4. Se habrá apoyado la formación de alianzas y redes y la coordinación interinstitucional a nivel regional y de país para la reducción de la mortalidad materna.	100,0%
5. Se habrán reorientado los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidas la atención obstétrica de urgencia y la participación masculina; empoderamiento de las mujeres, las familias y las comunidades como intervenciones eficaces para reducir los riesgos del embarazo.	90,0%
6. Se habrá fortalecido la red de centros que colabora con el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) para brindar cooperación técnica a los países.	90,0%
7. Se habrá difundido y aplicado el Sistema de Información Perinatal (SIP) como herramienta eficaz de vigilancia epidemiológica para la morbilidad materna y perinatal.	66,7%
8. Se habrán fortalecido y apoyado la investigación y las actividades multicéntricas de la Red de Centros Asociados del CLAP.	50,0%
9. Se habrá puesto a la disposición de los países la información científica más reciente sobre prácticas beneficiosas de salud materna y perinatal y sus estrategias de adopción.	33,3%
10. Los resultados de investigación del CLAP se habrán convertido en normas de práctica y se habrán creado herramientas y protocolos para los programas de país y profesionales nacionales sobre las principales causas de la morbilidad y la mortalidad maternas.	36,4%
Total para todos los indicadores	75,6%

22. Con respecto a los resultados esperados 9 y 10, los grados en que se alcanzaron se atribuyen al hecho de que varios indicadores no podían alcanzarse, dado que durante el año 2004 el CLAP se encontraba en una situación irregular como consecuencia de un examen administrativo realizado en 2003. Además, durante el 2005, este centro se reestructuró y se fusionó con la Unidad de Salud de la Mujer y Salud Materna. [El grado

en que se alcanzaron los logros se modificó con base en la información adicional suministrada: 75,6%, frente al 67,2% notificado en la evaluación.]

23. *8.3 Educación y comunicación social (HED)*. Casi todos los resultados esperados se alcanzaron plenamente, con la excepción de tres indicadores. El punto focal solicitó que se utilizaran los porcentajes que indican el grado en que los logros se alcanzaron que figuran en el sistema de seguimiento del BPB. Los indicadores alcanzados “parcialmente” se notificaron como sigue: en relación con el resultado esperado 1, se adaptaron los programas de educación para adquirir experiencia como padre o madre, se difundieron en los municipios y las escuelas y se proporcionó apoyo para su ejecución (75%), se prestó apoyo a los países para ejecutar actividades de capacitación de profesores en materia de salud y aptitudes para la vida, conocimientos sobre la salud, experiencia como madre o padre y prevención de comportamientos de riesgo para la salud (75%); en cuanto al resultado esperado 2, se prestó apoyo a los países y los municipios para que establezcan, ejecuten y evalúen las campañas de comunicación social encaminadas a reducir la violencia, los accidentes de tránsito y otras lesiones (60%). [El grado en que se alcanzaron los logros se modificó con base en la información adicional suministrada: 83,8%, frente al 62,5% notificado en la evaluación.]

24. *8.4 Salud mental y abuso de sustancias psicotrópicas (MNH)*. Los resultados esperados alcanzados parcialmente se refieren a la difusión de la información sobre la salud mental y la dependencia de sustancias; las políticas, los planes, los programas para prevenir y tratar los trastornos mentales; la legislación sobre salud mental; y los programas y servicios para controlar el abuso del alcohol y de las drogas. La Unidad de la Salud Mental tuvo problemas internos de personal y su disponibilidad de recursos humanos se vio limitada, de ahí que la ejecución de varias actividades haya sido lenta.

25. *9.1 Gestión de los recursos humanos (HRM)*. Los resultados esperados que se alcanzaron parcialmente se relacionan con las buenas prácticas de recursos humanos y el trabajo eficaz encaminado al cumplimiento de la misión de la Organización. A lo largo del bienio 2004-2005, el Área de Gestión de Recursos Humanos (HRM) formuló varias políticas importantes, incluida la política sobre la infección por el VIH/sida en el lugar de trabajo; el Código de Conducta y Principios Éticos de la OPS; la política de la OPS sobre prevención y resolución del acoso en el lugar de trabajo; la política modificada sobre enfermería; la política modificada sobre el horario flexible (puesta en práctica en 2006); y la nueva política sobre viajes en clase ejecutiva. Además, se hicieron considerables modificaciones al Reglamento y Estatuto del Personal de la OPS en 2005 para fines de uniformidad con la OMS y de mantener buenas prácticas de recursos humanos. Si bien la calidad del trabajo del personal de HRM es elevada, las limitaciones en el campo de la automatización y las dificultades relativas a la dotación de personal en el área de la clasificación afectó la oportunidad con que se pudieron en práctica algunas medidas de recursos humanos. HRM ha adoptado medidas para abordar estas limitaciones y ha comenzado a establecer sistemas automatizados como el sistema de seguimiento de correspondencia, que permitirá a HRM responder mejor a las consultas. En 2005, HRM

también estableció un Sistema de Planificación y Evaluación del Desempeño electrónico (SPED) que actualmente se está implantando para uso de todo el personal. Al establecer una versión electrónica del proceso del SPED, HRM conseguirá que todos los directivos y funcionarios realicen mejor y más oportunamente las evaluaciones del desempeño, y determinen dónde hay retrasos; asimismo, ya no será necesario controlar los documentos originales. HRM sigue fomentando la paridad entre los géneros al contratar personal, de modo que al menos 20% de todos los aspirantes a los puestos vacantes sean mujeres (si este umbral no se logra, el anuncio de la vacante se publica por segunda vez). Si bien la OPS considera la distribución geográfica durante el proceso de selección, este factor no es determinante, ya que el factor clave en el proceso de selección son las competencias de los candidatos. HRM sigue proporcionando orientación y apoyo a los gerentes que afrontan problemas relacionados con el desempeño en sus unidades y áreas.

- - -