



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



PRIMERA SESIÓN DEL SUBCOMITÉ DE PROGRAMA, PRESUPUESTO Y ADMINISTRACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 26 al 28 de marzo de 2007

Punto 6 del orden del día provisional

SPBA1/5 (Esp.)

6 marzo 2007

ORIGINAL: INGLÉS

PROYECTO DE PLAN ESTRATÉGICO DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, 2008-2012

El proyecto de Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana, 2008-2012 se somete a la consideración del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración (SPPA) como documento de trabajo. La Oficina recibirá con beneplácito las aportaciones de los Estados Miembros sobre posibles formas de mejorar el plan.

El plan se está elaborando con plena participación del personal de la Oficina en todos los niveles. Está incompleto y aún queda mucho trabajo por hacer antes de que la versión definitiva se presente a la 140.^a sesión del Comité Ejecutivo. Entre las modificaciones que se harán para entonces destacan las siguientes:

- a) Se incorporarán los cambios hechos al Plan Estratégico a Plazo Medio de la OMS como resultado de las aportaciones de los Estados Miembros durante la reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS, celebrada en enero de 2007, en particular la fusión de los objetivos estratégicos 10, 11, 13 y 14 (lamentablemente, la Oficina no tuvo tiempo de incorporar estos cambios antes de la sesión del SPPA).
- b) Se perfeccionarán las secciones analíticas de cada objetivo estratégico.
- c) Se examinarán y se finalizarán los resultados previstos a nivel regional y los indicadores correspondientes.
- d) Se perfilarán aún más los indicadores de los niveles regional y subregional (el nivel subregional es nuevo en este plan estratégico; la Región de las Américas es la única región de la OMS que actualmente trabaja a este nivel).
- e) Se examinarán los presupuestos asignados a los objetivos estratégicos y se modificarán según sea necesario.

Por último, la Oficina señala que se propone distribuir el plan entre sus socios y varias organizaciones internacionales del Sistema de las Naciones Unidas y del sistema interamericano.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Prefacio de la Directora	5
Resumen ejecutivo	5
Introducción	5
Un proceso nuevo de planificación	6
Cinco años, tres bienios	7
Análisis de la situación en la Región	8
Tendencias económicas y sociales	8
Tendencias en los problemas y daños a la salud y sus factores de riesgo	10
Tendencias en la Respuesta de los Sistemas de salud	14
Otros retos para el futuro	17
Lecciones aprendidas de los planes estratégicos anteriores	17
Integración entre todos los niveles de la planificación, desde el estratégico hasta el operativo	17
Un plan completo e integrado	18
La estrategia de cooperación en los países	18
Alianzas y asociaciones estratégicas	19
Los países clave y los grupos vulnerables	20
Cálculo de los recursos	20
El marco para la cooperación técnica	21
Orientación estratégica	21
La Agenda de Salud para las Américas, 2008-2017	22
El Undécimo Programa General de Trabajo (2006-2015) de la OMS	24
El marco estratégico para la cooperación	25
Las funciones básicas	27
Los objetivos estratégicos y los resultados previstos a nivel regional	28
OE1 : Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles	31
OE2 : Combatir la infección por el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria	43
OE3 : Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos	59

OE4:	Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el periodo neonatal, la infancia y la adolescencia, y mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas.....	67
OE5:	Reducir las consecuencias sanitarias de las emergencias, desastres, crisis y conflictos y minimizar su impacto social y económico	75
OE6:	Promover la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir los factores de riesgo relacionados con las afecciones asociadas al consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, las dietas malsanas, la inactividad física y las prácticas sexuales de riesgo	81
OE7:	Abordar los determinantes sociales y económicos subyacentes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad sanitaria e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos	92
OE8:	Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud	100
OE9:	Mejorar la nutrición, la salubridad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de vida y en apoyo de la salud pública y el desarrollo sostenible.....	109
OE10:	Mejorar la organización, gestión y prestación de servicios de salud	120
OE11:	Fortalecer el liderazgo, la gobernanza y la base científica de los sistemas de salud	126
OE12:	Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias	135
OE13:	Asegurar la existencia de un personal de salud disponible, competente, capaz de responder a las necesidades y productivo, con miras a mejorar los resultados sanitarios	143
OE14:	Extender la protección social mediante una financiación equitativa, suficiente y sostenible	151
OE15:	Proporcionar liderazgo, fortalecer la gobernanza y fomentar las alianzas y la colaboración con los países para cumplir el mandato de la OMS de hacer avanzar el programa de acción sanitaria mundial consignado en el Undécimo Programa General de Trabajo	156
OE16:	Desarrollar y sostener a la OPS/OMS como una organización flexible y discente, facilitándole los medios necesarios para cumplir su mandato de manera más eficiente y eficaz	163
Una ejecución eficiente y eficaz	169
	Los objetivos de cambio institucional y los equipos de la Hoja de ruta.....	169
	Las estrategias de cooperación en los países	170
	La gestión orientada a la consecución de resultados	170

Evaluación estratégica y alineación de los recursos.....	172
Una Oficina Sanitaria Panamericana más fuerte para el 2008 y los años siguientes .	173
<u>Financiamiento del plan estratégico</u>	173
<u>Seguimiento, examen previo y evaluación posterior</u>	179
<u>Intervención del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración</u>	181

Prefacio de la Directora

(Estará listo a más tardar el 1 de mayo de 2007, para su presentación al Comité Ejecutivo.)

Resumen

(Estará listo a más tardar el 1 de mayo de 2007, para su presentación al Comité Ejecutivo.)

Introducción

1. El Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana, 2008-2012 (PE 2008-2012 o el plan estratégico, para abreviar) es el instrumento de planificación de alto nivel de la Oficina. Los planes estratégicos son aprobados cada cinco años por la Conferencia Sanitaria Panamericana. En el presente plan se plantean los objetivos estratégicos y los resultados previstos de la Oficina para el período de planificación 2008-2012. Es un producto de los esfuerzos de las oficinas de país, los centros panamericanos y las áreas técnicas en toda la Organización. El personal a todos los niveles ha tenido la oportunidad de participar en la elaboración del plan y de formular observaciones sobre su contenido.

2. El plan estratégico pretende ser un instrumento transparente de planificación que permita a los Estados Miembros comprender qué objetivos programáticos se alcanzarán usando los recursos que ellos y otras entidades puedan proporcionar a la Oficina para el período de planificación. El plan es también la base para toda la planificación y programación posterior en la Oficina de 2008 a 2012. El documento no solo guiará el trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana, sino que será la suma integral de todo el trabajo que esta llevará a cabo durante dicho período.

3. Entre 1986 y 2002, la Organización adoptó documentos marco de cuatro años que contenían orientaciones de política para guiar la cooperación técnica con los Estados Miembros; en 2002, el nombre de ese instrumento se cambió por el de plan estratégico y el período abarcado se amplió a cinco años: 2003-2007. El PE 2008-2012 tiene como base esta experiencia rica, y en él se ponen en práctica varias novedades que tienen por finalidad:

- a) aumentar la rendición de cuentas de la Oficina a sus Estados Miembros, así como la transparencia de sus operaciones;
- b) impulsar la aplicación de la gestión orientada a la consecución de resultados en la Oficina mediante la planificación correspondiente una manera completa e integrada;
- c) aumentar al máximo la participación de los Estados Miembros, las organizaciones aliadas y el personal de la Oficina en la elaboración de los instrumentos de planificación;

- d) seguir armonizando el funcionamiento de la Oficina con el de la OMS;
- e) hacer hincapié en la estrategia de atención centrada en los países que ha adoptado la Organización, e
- f) integrar y simplificar la planificación para reducir la carga de la planificación, el seguimiento y la preparación de informes que sobrellevan las oficinas de país y las áreas técnicas de la Oficina, y favorecer la notificación de los resultados.

Un nuevo proceso de planificación

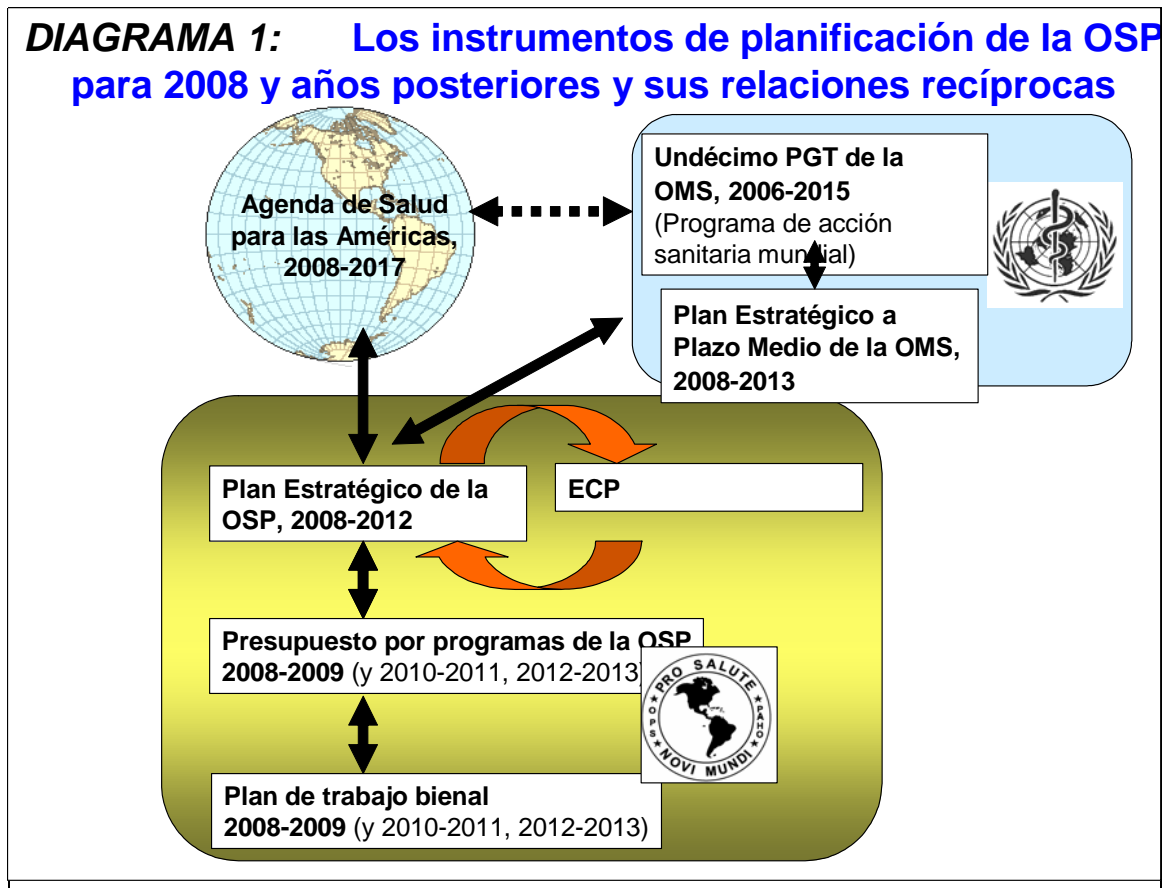
4. Por primera vez, el plan estratégico de la Oficina contiene objetivos estratégicos que son idénticos a los de la OMS. El plan estratégico abarcará tres bienios y, otra de sus primicias, definirá los resultados previstos a nivel regional (RPR) y los indicadores de la Oficina. Los presupuestos por programas durante el período abarcado (bienios 2008-2009, 2010-2011 y 2012-2013) definirán dónde se gastarán los recursos para lograr los resultados definidos en el plan estratégico. Estos presupuestos se acortarán y se simplificarán, e incluirán RPR idénticos a los de este plan. Por lo tanto, disminuirá considerablemente la necesidad de una planificación programática extensa cada dos años. Al mismo tiempo, las evaluaciones de fin de bienio del presupuesto por programas servirán como informes sobre los progresos realizados en la ejecución del PE 2008-2012, ya que ambos documentos incluirán los mismos resultados previstos a nivel regional y sus indicadores. Este concepto se explica con pormenores más adelante (en la sección sobre Seguimiento y examen previo y evaluación posterior).

5. Si bien los Cuerpos Directivos de la Oficina no examinan los planes de trabajo bienales de cada unidad orgánica, los Estados Miembros tal vez quieran tomar nota de que la planificación operativa a este nivel también se ha reformulado para permitir la integración total con el plan estratégico y el presupuesto por programas. Los planes de trabajo bienales son el punto de partida del presupuesto por programas; ello representa el aspecto ascendente, o “de abajo arriba”, del proceso de planificación. Los planes de trabajo se están preparando con arreglo al presupuesto por programas 2008-2009, para que en este se recojan con exactitud los programas que se ejecutarán a nivel de país.

6. La integración cabal de la planificación a todos los niveles es un paso decisivo para la ejecución de la gestión orientada a la consecución de resultados, según la cual los resultados previstos de todos los componentes orgánicos —oficinas de país, centros panamericanos y áreas técnicas en la Oficina— se fusionan con los resultados previstos a nivel regional, y a su vez, con respecto a la OMS, a los resultados previstos a nivel de toda la Organización.

7. En el diagrama 1 se ilustran los elementos clave en la planificación de la Oficina para 2008 y años posteriores, así como sus relaciones recíprocas y su convergencia con la

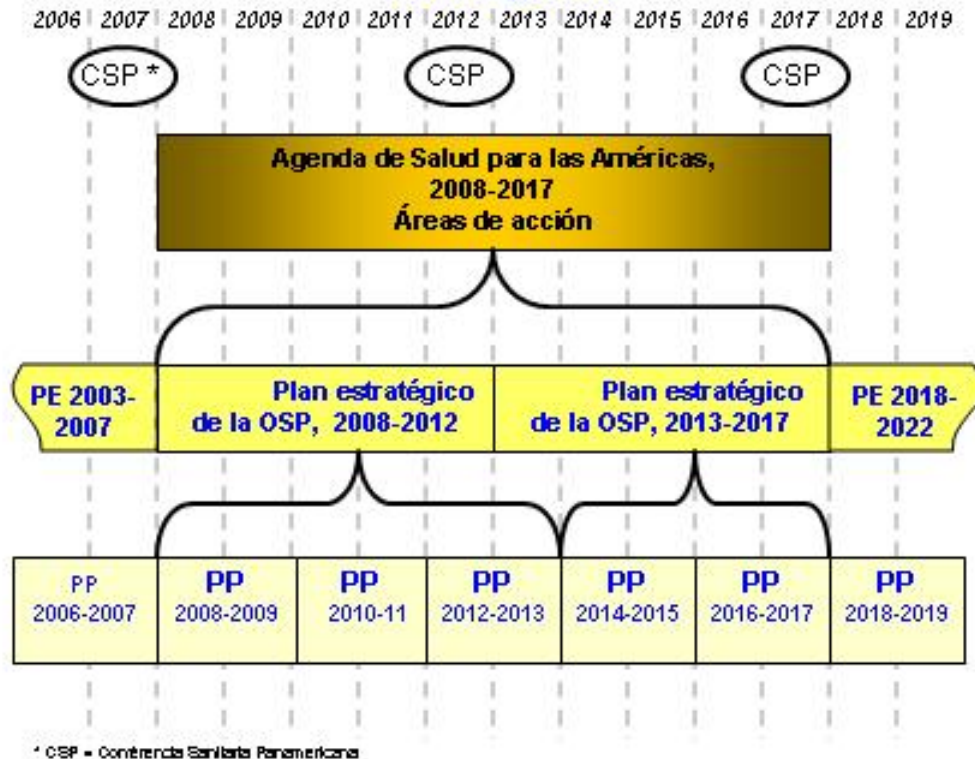
Agenda de Salud para las Américas, 2008-2017 y con los instrumentos de planificación de alto nivel de la OMS.



Cinco años, tres bienios

8. En vista de que la Oficina elabora su presupuesto para períodos bienales y de que la Conferencia Sanitaria Panamericana (el máximo órgano rector de la OPS, que aprueba los planes estratégicos) se reúne cada cinco años, hay un conflicto de sincronización intrínseco en los instrumentos de planificación y presupuestación. La solución, como se propone en el documento CD47/9, Método para formular el Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana, 2008-2012, examinado por el 47.º Consejo Directivo, es que el plan estratégico quinquenal de 2008 a 2012 abarque programáticamente tres bienios, como se ilustra en el diagrama 2.

**DIAGRAMA 2: Instrumentos de planificación de la OSP:
Cronograma**



9. Por lo tanto, los resultados programáticos previstos contenidos en cada presupuesto por programas se vinculan claramente a un solo plan estratégico, lo que es esencial para el seguimiento y la presentación de informes de manera coherente. La consecuencia de esta propuesta es que, desde una perspectiva programática, los planes estratégicos abarcarán de hecho períodos alternos de seis y de cuatro años. Este sistema también permitirá la convergencia programática con la OMS. La presentación de los resultados en conjunto se hará mediante las evaluaciones de los presupuestos por programas, que se realizarán cada dos años. Esto se ilustra más adelante en el diagrama 3, en la sección donde se aborda la convergencia con la OMS.

Análisis de la situación en la Región

Tendencias económicas y sociales

10. La región de las Américas ha experimentado en la última década diversos cambios económicos, sociales y demográficos con impactos potenciales en salud.

11. Después de años de estancamiento se presentó de nuevo crecimiento económico; cerca de un tercio de los países superó 6%. El ingreso nacional bruto per cápita (INB)¹ en la región en 2004 la ubica entre aquéllas con mayores ingresos en el mundo. En subregiones de América Latina y el Caribe (ALC) (promedio US\$7.811) los valores son 20, 40 y 65% menores en el Caribe Latino, Área Andina y Centroamérica, respectivamente. Los países más pobres y más ricos difieren hasta 23 veces en el INB. Hubo serios efectos con crisis económicas en 2002, especialmente en Argentina, Uruguay y Venezuela, que revirtieron en la mayoría de países hacia 2005. A pesar del crecimiento económico, la desigualdad en la distribución de ingresos ha aumentado. El ingreso varía coyunturalmente, pero su distribución varía menos y refleja el desarrollo de políticas públicas y de tendencias más largas. La distribución de ingreso en la región (medida por el índice de Gini) es una de las más desiguales en el mundo y no mejorado entre 2002 (Gini de 0,403) y 1990 (Gini de 0,383). Las desigualdades dan lugar a pobreza y manifiestan su intensidad en segmentos de población, como mujeres jefas de hogar, algunos grupos étnicos o poblaciones de las zonas rurales. Se estima que 41% de la población de ALC es pobre y 17% indigente.

12. El mejoramiento de la economía trajo consigo mejoras de las condiciones del mercado laboral, permitiendo mitigar la difícil situación social que existe en ALC. Aún así, el desempleo urbano se mantuvo cerca de 10% entre 2001 y 2004.² Sin embargo, para 2004 varió entre un mínimo de 2,0% y un máximo de 18,4%. Aunque más mujeres participan en el empleo, sus condiciones y oportunidades para crecer son inferiores a las de los hombres. A pesar de regulaciones, existe preocupación por la participación de niños en el trabajo, particularmente en las condiciones inseguras y riesgosas en que ocurre.

13. Los desastres, naturales y producto del hombre, han tenido devastadores efectos en las economías. Solo en 2005, los huracanes produjeron más de US\$205.000 millones en pérdidas, afectando a 7 millones de personas.³ Los daños en países y economías pequeñas de Centroamérica y el Caribe se estimaron en más de US\$2.220 millones, lo que indica su vulnerabilidad y la necesidad de planes y medidas para prevenir y mitigar los efectos.

14. El crecimiento demográfico ha desacelerado, aunque varía entre 0.4% en el Caribe No-Latino y 2.1% en Centroamérica. El desarrollo socioeconómico desigual propicia que las poblaciones se desplacen hacia zonas urbanas en busca de empleo y oportunidades de bienestar. Así, la población urbana en ALC aumentó de 65 a 78% entre

¹ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2006. Washington DC: OPS, 2006.

² Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Panorama Social de América Latina 2005. Anexo Estadístico. CEPAL: Santiago, 2006.

³ Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC). Preliminary overview of the Economies of Latin America and the Caribbean. ECLAC: Santiago de Chile, 2005.

1980 y 2005, menos intensa en Centroamérica (53.2%) y el Caribe Latino (59.7%). La urbanización plantea retos para la salud, incluyendo disponibilidad de recursos y servicios básicos, manejo de desechos y residuos, transporte y prevención de la violencia. Las zonas rurales requieren atención para resolver problemas ancestrales de pobreza, limitación de recursos y falta de acceso a los servicios de salud, entre otros. Factores como crecimiento caótico de ciudades, desarrollo industrial desordenado y migración rural-urbana afectan los entornos, la salud y calidad de vida de la población y contribuyen a marginalización con vivienda precaria, pobreza, contaminación ambiental y aumento de enfermedades y violencia. La precariedad de vivienda en áreas urbanas aumentó 14% entre 1990 y 2001, involucrando a 127 millones de personas. Como respuesta, se han abordado factores determinantes como la creación de políticas públicas saludables y sostenibles, la implantación de entornos saludables, alianzas entre sectores públicos y privados, fortalecimiento de las redes de apoyo, movilización de medios de comunicación y actuación de los gobiernos locales en la promoción y desarrollo de la salud.

Tendencias en los problemas y daños a la salud y sus factores de riesgo

15. Gracias a avances en condiciones de vida, incluyendo en acceso a agua y saneamiento y a servicios de atención primaria materno-infantil, la esperanza de vida promedio en los países de la Región aumentó a 74.6 años en 2005. Por ello, la población envejece, demandando nuevos servicios y mayor dependencia económica. Otros cambios importantes se relacionan al deterioro y contaminación ambiental, a nuevos estilos de vida y comportamientos, difusión de información y deterioro de estructuras sociales y de apoyo en la población, los que contribuyen a factores de riesgo tales como obesidad, hipertensión, aumento de accidentes y violencias, problemas relacionados con tabaquismo, alcoholismo, consumo de drogas y exposición a diversos agentes químicos.

16. El perfil de morbi-mortalidad está cambiando en la región, remplazando a enfermedades transmisibles (ET) por enfermedades crónicas (EC) como causas principales, atribuyendo ello a avances tecnológicos y el envejecimiento poblacional. Las ET continúan siendo importante causa de mortalidad, con 58 muertes por 100,000 personas en 2000–2004,⁴ siendo su carga considerable en países más pobres: por ejemplo, en Haití la incidencia de tuberculosis (TB) es 7 veces la de la región. Se suman retos como coinfección TB/VIH y la multi- y extrema resistencia a las drogas antituberculosas. En 2006, 50% de los casos de dengue ocurrieron en Brasil⁵; mientras que la malaria es endémica en 21 países. La anemia, malnutrición, deterioro de memoria y coeficiente intelectual, estigma y discriminación, discapacidad permanente y muerte prematura resultan de enfermedades desatendidas⁶. Varias coexisten multiplicando su impacto en

⁴ Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos. Organización Panamericana de la Salud—Organización Mundial de la Salud. 2006.

⁵ Número de casos notificados de dengue y dengue hemorrágico, Región de las Américas (por país y subregión), 2006.

⁶ Programa Regional de Enfermedades Parasitarias y Desatendidas de la OPS.

salud y en condiciones socioeconómicas de individuos y poblaciones. La amenaza de enfermedades potencialmente epidémicas y pandémicas, como influenza pandémica, es un reto pues es complejo mantener el compromiso de los gobiernos para un problema no suscitado.

17. Sesenta por ciento de las enfermedades que afectaron a los seres humanos en los diez últimos años fueron causadas por agentes patógenos procedentes de los animales o sus productos, de manera que se necesitan medidas de prevención y control. La rabia humana transmitida por los perros disminuyó en 95% en los 25 últimos años gracias a la aplicación de programas de control activos; sin embargo, se han implantado pocas medidas contra otras zoonosis. La erradicación de la fiebre aftosa es importante para la seguridad alimentaria y el desarrollo socioeconómico; la Región avanza hacia esta meta. Los viajes y el comercio permiten la diseminación de los agentes infecciosos a partir de sus focos naturales. La inocuidad de los alimentos es otro asunto de salud pública y económico. La modernización de los servicios de inspección, el fortalecimiento de los servicios de referencia, la armonización de la legislación y el apoyo al *Codex Alimentarius* son los medios de que se dispone para abordar la inocuidad de los alimentos.

18. Las enfermedades crónicas son causas principales de muerte y discapacidad en la Región; les corresponden más de 60% de las defunciones y la mayor parte de los costos sanitarios. Están causadas por la hipertensión arterial, la obesidad, la hiperglucemia y la hiperlipidemia, situaciones causadas a su vez por factores del modo de vida y conductuales. Se prevé un aumento al doble o más de las cardiopatías isquémicas, los accidentes cerebrovasculares y la diabetes sacarina en América Latina y el Caribe; también está aumentando la mortalidad por cánceres del pulmón, la mama y la próstata. Las enfermedades transmisibles afectan de distinta manera a los hombres y a las mujeres; los diferentes grupos raciales o étnicos y los pobres suelen ser afectados con mayor frecuencia. Los costos anuales de las enfermedades transmisibles son enormes; por lo que se refiere a la diabetes, en 2000 se calcularon US \$65.000 millones para América Latina y el Caribe.

19. En 2006, más de 50 millones de personas en esta subregión tenían 60 años o más de edad; es decir, este grupo aumentó su tamaño 2,5 veces más rápido que la población en general. Los estudios revelan que más de 50% de las personas de este grupo etario informan tener mala salud; 20%, limitaciones de las actividades de la vida cotidiana, y 60%, una enfermedad transmisible grave. Su acceso a los servicios de salud también es limitado y más de 30% informan que sus necesidades de salud no son atendidas. En contraposición, pocos países de América Latina y el Caribe tienen metas de promoción de la salud para las personas mayores. Los cambios del financiamiento podrán tener grandes repercusiones, ya que existen soluciones—de promoción, prevención y tratamiento de las

enfermedades—eficaces en función de los costos, pero habrá que sensibilizar a interesados directos de diferentes sectores.

20. Se han logrado adelantos gracias a la Estrategia de Régimen Alimentario y Actividad Física, pero no son suficientes. La prevalencia de consumo de tabaco es heterogénea en las Américas, pero la exposición al humo de tabaco ajeno no sólo es homogénea sino elevada. El Convenio Marco de Control de Tabaco (CMCT) surge como respuesta y ha sido ratificado por 60% de los países. En los últimos años ha habido progresos resaltando avances significativos en Brasil y Uruguay y partes de EEUU, Canadá y Argentina. El futuro presenta desafíos en implantar las medidas contenidas en el CMCT: advertencias sanitarias enérgicas en los paquetes de productos de tabaco; creación de ambientes libres de humo de tabaco; y, prohibición amplia de publicidad, promoción y patrocinio de productos. Se deberá prevenir que las tabacaleras hagan prevalecer legislaciones débiles.

21. En América Latina y el Caribe, se necesitan medidas completas e integradas para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud para 2015, en particular con respecto a los grupos vulnerables. En los lugares donde no llegan los gobiernos ni los sistemas sociales, las familias y las comunidades suelen desempeñar funciones sanitarias estratégicas, y son una fuente de apoyo y protección de la salud y el bienestar de los ciudadanos; tales mecanismos locales tienen que ser empoderados, apoyados y fortalecidos. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio 1, 4, 5 y 6 pretenden la reducción de la prevalencia de niños de peso inferior al normal; la disminución de la tasa de mortalidad de menores de 5 años y de la razón de mortalidad materna, y la interrupción de la propagación y la disminución de la infección por el VIH/sida.

22. En América Latina y el Caribe, la nutrición deficiente, que es la causa subyacente de 42 a 57% de las defunciones de niños, empeora el efecto de las enfermedades. La detención del crecimiento y la anemia son los problemas más prevalentes que afectan al crecimiento y la nutrición; afectan, respectivamente, al 25% de los lactantes y al 70% de los niños pequeños. Al mismo tiempo, el sobrepeso y la obesidad afectan a 25% de los niños en algunos países.

23. En 2005, la elevada tasa de mortalidad de menores de 5 años en América Latina y el Caribe determinó que murieran 450.000 niños. Una tercera parte de los países tenían tasas de 30 por 1000 nacidos vivos y a ellos les correspondieron el 60% de las defunciones; las enfermedades perinatales e infecciosas representaron, respectivamente, más de 60 y 25% de dichas defunciones. La mitad de la reducción de la mortalidad entre 1990 y 2000 se atribuye a la vacunación infantil; por lo tanto, el uso de vacunas nuevas puede ampliar los beneficios, pero para ello es preciso mantener la cobertura de vacunación. El riesgo de mortalidad materna a lo largo de la vida es de 1 en 160, lo que equivale a 22.000 defunciones anuales, de las cuales entre 10 y 50% corresponden a mujeres jóvenes. La mayor parte de la mortalidad materna es resultado de causas

evitables, pero en algunos países los servicios esenciales obstétricos y neonatales son de mala calidad, no se han implantado o son subutilizados debido a las barreras de acceso o a que carecen de personal capacitado. Existen disparidades notables entre las zonas urbanas y las rurales: en las zonas rurales menos mujeres asisten a cuatro o más consultas prenatales, y una gran proporción no tienen acceso a la asistencia calificada del parto. Las cifras de prevalencia de la infección por el VIH en los adultos indican que la epidemia es de tipo concentrado en América del Norte (0,8%) y América Latina (0,5%) y de tipo generalizado en el Caribe (1,2%), donde es la principal causa de muerte entre los adultos jóvenes. En 2006, en América Latina y el Caribe ocurrieron 167.000 nuevas infecciones por el VIH y 84.000 personas murieron de sida; además, la enfermedad afectó a más mujeres. Las personas afectadas siguen viviendo en ambientes de estigma y discriminación.

24. La carga de los trastornos mentales es significativa en las Américas, estimándose que en 2002 llegó a 25% del total años de vida perdidos ajustados por discapacidad de todas las enfermedades, destacándose el trastorno depresivo unipolar. Una minoría recibe atención de salud, a pesar del impacto que tienen. Aún en 80% de países la mayoría de camas se ubica en hospitales psiquiátricos - en lugar de generales- y a 25% de países les resta desarrollar la atención en la comunidad. No obstante, la salud mental se ha posicionado en la agenda de los países, hay experiencias locales y nacionales exitosas, emergen asociaciones de usuarios y familiares y aumenta la abogacía. Son posibles intervenciones costo-eficientes, lo que permitirá que la limitada respuesta sea satisfactoria con el tiempo.

25. Los accidentes de tránsito en las Américas producen más de 130.000 muertos y más de 1.200.000 heridos por año. Las principales causas son manejar bajo el efecto de alcohol, alta velocidad, inadecuado mantenimiento de las carreteras y de los vehículos, falta de uso de cinturón de seguridad y cascos. La sociedad demanda que los gobiernos tengan este tema como prioridad y países como Chile, Costa Rica, Colombia y Cuba ha logrado disminuir las tasas de mortalidad por esta causa. Se han conformado redes de personas y organizaciones para impulsar planes y programas, mejorar los sistemas de información y profundizar el conocimiento de las causas y hacer evaluaciones de las intervenciones.

26. La violencia sigue afectando gravemente a poblaciones en países de la región, a pesar del interés de gobiernos y sociedad de enfrentarla; se dispone de leyes, pero su implantación y cumplimiento varía tanto que es imposible afirmar que hay progreso en su efecto. Es un reto medir y evaluar el impacto pero mecanismos como los Observatorios de Violencia y las emergencias de hospitales permitirán mejorar la información. La violencia homicida aumentó en algunos países, siendo los hombres menores de 35 años los más afectados; sin embargo, en Colombia ha disminuido 50% entre 2001 y 2005. Encuestas revelan prevalencias de violencia intrafamiliar entre 10 y 60%. La violencia

juvenil de pandillas se extendió en la región, afectando en especial a El Salvador, México, Estados Unidos, Honduras, Guatemala, Jamaica, Brasil y Colombia. Se requiere mejorar la respuesta del sector a las víctimas, incluyendo financiación para planes y programas.

27. La exposición a sustancias tóxicas representa un importante problema de salud pública para la región. Su incorporación en diversas fases de los procesos productivos coloca en permanente riesgo a toda la población, pero de manera especial a grupos vulnerables: niños, mujeres en embarazo, trabajadores, adultos mayores y población con escasa educación y acceso a información sobre la toxicidad de los productos. Los volúmenes de sustancias han aumentado y la exposición per capita a algunas de ellas, como plaguicidas, es 3 veces mayor al estimado mundial de OMS. Aunque mejora, la notificación sobre morbi- y mortalidad por intoxicaciones agudas y crónicas, no refleja la magnitud del problema. Los esfuerzos deben centrarse en: incorporación de toxicovigilancia; fortalecimiento de legislación, rigurosidad en el registro de productos químicos y prevención del tráfico ilícito de productos tóxicos y peligrosos; participación de sociedad civil en mecanismos de vigilancia y control de sustancias; incorporación de seguridad química como parte de las políticas de desarrollo sostenible; y, fortalecimiento de alternativas a plaguicidas como el manejo integrado y la agricultura orgánica.

28. En 2004 la población económicamente activa se estimó en 414 millones de trabajadores o 46% de la población regional, un aumento de 13% respecto a 2000. De acuerdo a OMS (2005), 60% de trabajadores están expuestos a condiciones de trabajo inseguras e insalubres, con varios riesgos con efectos en salud. Se estima que los accidentes en el trabajo, 8% de los accidentes globales, generan 312.000 muertes y pérdida de 10 millones de años de vida ajustados por incapacidad. Actividades como la agricultura, construcción y minería son las más peligrosas. El empleo informal se asocia a mayor riesgo ocupacional, condiciones de trabajo inestables, sin protección legal, compensación, y beneficios de salud, siendo mujeres, niños y adultos mayores los más desprotegidos.

Tendencias en la Respuesta de los Sistemas de salud

29. Los subsistemas de la salud se especializaron y se de ALC en estratos de población, segregación de produciendo. La arquitectura de los sistemas de salud en un arreglo no integrado de esos subsistemas atendiendo estratos poblacionales generó segmentación y fragmentación. Las redes de provisión de servicios se crearon acorde con los subsistemas, con limitada integración y comunicación entre unidades asistenciales, dentro como entre subsistemas y diferentes niveles de complejidad. La prestación de servicios se concentró en áreas urbanas más ricas y en población asalariada, generando uso ineficiente de recursos y desprotegiendo a marginados económica y socialmente. Los países implantaron reformas a sus sistemas de salud para aumentar costo-efectividad,

sustentabilidad financiera y descentralización, otorgando un rol importante al sector privado. Las reformas no consideraron las características de país en relación a su estructura geográfica, social y demográfica, política, y grado de desarrollo institucional del sector, sino adoptaron modelos sugeridos por organismos multilaterales financieros, centrados en cambios financieros y de gestión, desregulación del mercado laboral, y descentralización.

30. La creación de mercados desreglados de aseguramiento y provisión y la multiplicación de agentes intermediadores en la entrega de servicios de salud acentuaron la fragmentación de sistemas. Así operan múltiples agentes descoordinados y en competencia, superposición generando duplicación y de redes de provisión complementariedad del cuidado y de servicios continuidad y de cuidados, la integral atención impidiendo desarrollo y de estándares de calidad. Aún cuando los logros de al de orientados estuvieron de propósitos de pluralismo de actores, eficiencia calidad y en la entrega de servicios de la salud, en la parte por rectora capacidad perdió de se práctica del Estado, se debilitó el funcionamiento del sistema de la salud y los temas de la relegados quedaron sanitaria esfera. La segmentación del financiamiento acentuó la segregación, con aparición de planes de prestaciones distintos en calidad y cantidad para la población de acuerdo a su condición económica, resultando en grandes diferencias en lagarantía de los derechos asegurados, niveles de gasto *per cápita* y grado de acceso a los servicios, regresividad e insuficiencia del gasto público con predominio de pago del bolsillo, con riesgos catastróficos para la seguridad financiera de las familias. Se estima que en ALC entre el 20 y 25% de la población (200 millones de personas) no tiene acceso regular y oportuno a los sistemas de salud. Analizados desde la óptica de su desempeño, los sistemas segmentados y fragmentados, combinan el peor de dos mundos: inequidad e ineficiencia.

31. El gasto público en salud es un instrumento fundamental de política pública para mejorar la situación de salud, reducir desigualdades en acceso de la población a servicios de salud y proteger a la población de efectos adversos de enfermedad o mortalidad temprana en las condiciones de vida. El gasto público en salud como porcentaje del PIB de ALC aumentó de 2.6% en los ochenta a 3.6% en 2005-2006, por debajo de la participación de 7.3 a 8.6% de países desarrollados; varía de 1.3% en países pobres, a 4.5% en aquéllos con niveles altos de cobertura de servicios públicos de salud, y a 7.5% y 10% en países con sistemas de salud de cobertura universal. Parte del crecimiento del gasto público en salud ha sido por el gasto en esquemas de aseguramiento, pero con ganancias modestas en las coberturas. En 2006 la población cubierta por sistemas públicos de aseguramiento en salud representó 23% del total de la región (140 millones de personas). Mayor aporte del gasto público en salud en salud pública y en cuidados de salud, mejoras en el impacto distributivo de este gasto y expansión de cobertura de sistemas públicos de aseguramiento en salud y de los programas de protección social son

los desafíos críticos para mejorar la situación de salud y reducir desigualdades en el acceso a los servicios de salud.

32. Los sistemas de salud se basan en la disponibilidad y capacidades de personal que brinda servicios accesibles y de buena calidad. Diversos estudios y el Informe Mundial 2006 de OMS muestran la necesidad de un número y calidad óptima de trabajadores de salud para alcanzar metas sanitarias. Para lograr que las capacidades sean adecuadas a necesidades de salud, es necesario un esfuerzo planificado y de mediano plazo para los siguientes desafíos: políticas y planes de largo plazo para adecuar la fuerza de trabajo a cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar la capacidad institucional para revisarlos periódicamente; personas adecuadas en lugares adecuados, con distribución equitativa de profesionales de salud en regiones y según necesidades de salud poblacional; migración de trabajadores de salud regulada para garantizar atención de la población; condiciones de trabajo que permitan el compromiso con la misión institucional de garantizar servicios de salud la población; y, mecanismos de interacción entre instituciones de formación y servicios de salud para adecuar la formación de trabajadores de salud para un modelo de atención universal, equitativo y de calidad que sirva a la población.

33. Hay desigualdades en el acceso a las tecnologías y los servicios de salud esenciales en la Región; se calcula que unos 125 millones de personas que viven en América Latina y el Caribe carecen por completo de acceso. Muchos países tienen infraestructuras físicas inadecuadas o deterioradas, carecen de especificaciones adecuadas para la adquisición de nuevas tecnologías, no cuentan con una organización apropiada de los servicios de salud y no tienen suficiente personal sanitario capacitado. Como resultado, las tecnologías no funcionan; los servicios están subutilizados; el personal tiene escasa preparación; las políticas de prevención son insuficientes; los protocolos de diagnóstico y tratamiento son ineficaces; y las condiciones son peligrosas para los pacientes. En el caso de muchas tecnologías, es fundamental que la incorporación y el uso se hagan con arreglo a la legislación y bajo la supervisión de las autoridades normativas. Se necesitan políticas nacionales para abarcar todos los aspectos de las tecnologías y los servicios de salud, pero sólo tendrán éxito si son apoyadas por mecanismos de reglamentación. Si bien son muchas las ventajas de las tecnologías y los servicios de salud, pueden representar un gasto innecesario si la calidad proporcionada y su gestión son inadmisibles. Para que la atención de salud tenga una repercusión mayor, en particular cuando los recursos son limitados, debe darse prioridad a la selección, el establecimiento y la adquisición de tecnologías y servicios de salud esenciales. El control de los problemas de salud y el cumplimiento de los ODM relacionados con la salud dependerá de su uso correcto.

Otros retos para el futuro

34. El abordaje de problemas de salud y su monitoreo requiere de datos e información oportuna, confiable y de calidad. La información de salud en las Américas dista de ser óptima en términos de cobertura y calidad.⁷ Los sistemas de estadísticas vitales y de información en salud en los países tienen limitaciones para proveer la evidencia necesaria para la toma de decisiones. Los problemas actuales requieren que las decisiones en salud estén fundadas en: sistemas de información en salud sólidos, que generen información de calidad de diversa desagregación en forma oportuna; datos de salud y de otros sectores, incluyendo determinantes de salud; y aplicación de metodologías de análisis y herramientas eficientes para la generación de información y conocimiento. Con este propósito se ha identificado una estrategia para monitoreo del desempeño de los sistemas de información en salud en base a las guías de OMS/OPS y Health Metrics Network.

35. Un elemento fundamental y estratégico para el monitoreo de las desigualdades, cambios globales como el envejecimiento de la población, la urbanización, cambios de la estructura de mortalidad, así como los acuerdos y compromisos como los ODM, consiste en disponer de un conjunto de indicadores básicos a niveles regional, nacional y subnacional. Un mayor énfasis en procesos de análisis de datos e información en salud, desarrollo de capacidades nacionales y locales sobre la aplicación de los diversos enfoques metodológicos, y la comunicación adecuada del conocimiento en salud, estimulará mayor calidad de datos y uso de la información en salud, con repercusión en los sistemas de salud y, en consecuencia, en el estado de salud de las poblaciones.

Lecciones aprendidas de los planes estratégicos anteriores

36. Sobre la base de la experiencia de la Oficina con planes estratégicos anteriores, el presupuesto por programas y otros instrumentos y procesos de planificación de alto nivel, se han extraído varias enseñanzas sobre distintos temas, las cuales se han aplicado al elaborar el PE 2008-2012.

Integración entre todos los niveles de la planificación, desde el estratégico hasta el operativo

37. En una época en que ya se ha incorporado plenamente la gestión orientada a la consecución de resultados y la rendición de cuentas es la norma más que la excepción, todas las iniciativas de planificación de la Oficina deben coordinarse entre sí. La evaluación de mitad de período del plan estratégico 2003-2007 puso de relieve este tema, en el sentido de que los resultados planificados de los planes de trabajo bienales no se agrupaban con el presupuesto por programas respectivo, que a su vez tampoco guardaba

⁷ Commission on Social Determinants of Health. Action on the social health determinants: learning from previous experiences. Ginebra: OMS, 2005.

una relación directa con los objetivos planteados en el plan estratégico de 2003-2007. El nuevo plan de 2008-2012 rectifica este aspecto y permite una verdadera planificación orientada a la consecución de resultados para la Oficina, basada en los planes estratégicos y operativos. Esto no solo facilitará la vigilancia y la notificación, sino que también acrecentará la responsabilización y la transparencia de las actividades de la Oficina de cara a los Estados Miembros de la OPS.

Un plan completo e integrado

38. En el último decenio, la Oficina ha ejecutado muchos planes, programas y proyectos de diversa procedencia (interna y externa). No todas estas iniciativas han sido completamente armoniosas. Por el contrario, se considera que el nuevo plan estratégico es completo e integrado: la Oficina no llevará a cabo ningún trabajo operativo que no contribuya a lograr los objetivos descritos en el plan. Creemos que los resultados previstos planteados tienen la flexibilidad suficiente para la Oficina pueda cambiar y responder a los nuevos problemas que vayan surgiendo en el ámbito sanitario.

La estrategia de cooperación en los países

39. La Oficina ha trabajado por décadas de una manera descentralizada mediante planes de trabajo bienales (anteriormente llamados “presupuestos bienales por programas” o BPB) en cada oficina de país. En años recientes se introdujo la estrategia de cooperación en los países (ECP), que es el mecanismo de planificación estratégica a nivel de país; ha resultado un componente clave de la política de atención centrada en los países. Dicha estrategia, propuesta por la OMS y adaptada a la Región, refleja una visión a mediano plazo para la cooperación de la OPS/OMS con un país o grupo de países, y define un marco estratégico para colaborar con ellos.

40. La estrategia de cooperación en los países representa un equilibrio entre las prioridades del país y las orientaciones estratégicas y las prioridades regionales (así como mundiales), con arreglo a los objetivos nacionales de desarrollo sanitario. Constituye un marco para la cooperación de la OPS/OMS con el país o grupo de países pertinentes, en el que se destaca lo que la Organización hará, cómo lo hará y con quienes lo hará. Todos los niveles de la OMS (mundial, regional, subregional y de país) deben estar presentes en los planes de trabajo bienales de las representaciones de la OPS/OMS (PWR) para así poder aprovechar plenamente nuestro potencial. Por lo tanto, el plan de trabajo bienal es en realidad “un plan del país” en el que convergen los esfuerzos de todos los niveles de la OMS.

41. A mediados de 2007, se habían finalizado 11 estrategias de cooperación en los países, 7 estaban en las etapas finales y 9 debían finalizarse en 2007 o a principios de 2008. Además, se está llevando a cabo un análisis de las ECP por subregión, lo que

aportará elementos para las estrategias de cooperación subregionales y los respectivos planes de trabajo bienales. Se está aplicando una estrategia de cooperación subregional para Centroamérica y se está considerando otra para el Caribe

42. La estrategia de cooperación en los países ha resultado una herramienta estratégica que permite el diálogo franco con los interesados directos y los aliados de cooperación técnica nacionales. En 2006, la Oficina emprendió una evaluación preliminar de los documentos de ECP ya preparados con el fin de analizar los programas estratégicos y las variables para extraer lecciones y formular recomendaciones con objeto de mejorar la ECP en la Región. Los resultados de la evaluación se han compartido con los gerentes de la Oficina, como una aportación valiosa para la planificación y la programación. Aparte de esto, se examinaron las directrices e instrumentos para llevar a cabo la estrategia de cooperación en los países con el fin de mejorarla aún más, extraer enseñanzas y difundir las mejores prácticas.

43. La presencia de la Oficina en los países, como se establece en la estrategia de cooperación en el país y dirigida por la representación de la OPS/OMS, es valorada por los Estados Miembros y es lo que hace singular a nuestra Organización; el presente plan estratégico reconoce y aprovecha estos puntos fuertes.

Alianzas y asociaciones estratégicas

44. La mejora de la situación sanitaria en las Américas requiere no solo un compromiso político fuerte, sino también políticas sanitarias y de desarrollo integradas y una participación amplia de la sociedad civil en su totalidad. Esta participación tiene que ocurrir a todos los niveles: desde el individual y de la comunidad local hasta el nacional, subregional, regional y mundial. Frente al gran número de nuevos agentes nacionales e internacionales que trabajan para mejorar la salud se impone adoptar un enfoque colaborativo. La Oficina Sanitaria Panamericana ocupa una posición idónea para dirigir y coordinar estos esfuerzos colectivos y catalizar el cambio para aumentar la capacidad institucional, lo cual incluye las iniciativas conjuntas y coordinadas entre el sector público, el sector privado y la sociedad civil.

45. Otro aspecto importante es la colaboración intersectorial. Para actuar sobre los factores determinantes de la salud hace falta cooperar con otros sectores, entre ellos el de educación, el agropecuario, el del ambiente, el de finanzas y el relaciones internacionales, al objeto de lograr que los planes y la actuación sean holísticos.

46. La colaboración interinstitucional también es fundamental. La Oficina seguirá fortaleciendo su colaboración con otros organismos del Sistema de las Naciones Unidas y del sistema interamericano para evitar repetición de esfuerzos y acrecentar la sinergia. Es más, procurará fortalecer las iniciativas conjuntas con los aliados que ya tiene y mejorar

los vínculos con aliados distintos de los tradicionales. Seguirán desarrollándose las redes de salud.

47. Es importante observar la coordinación del trabajo de la Oficina con el del Sistema de las Naciones Unidas. La colaboración con respecto a la evaluación común para los países (ECP) y el Marco de Asistencia para el Desarrollo de las Naciones Unidas (MANUD) ha sido intensiva y se ha relacionado estrechamente con la estrategia de cooperación en los países de la OPS. La Oficina seguirá participando en el proceso de reforma de las Naciones Unidas y en el fortalecimiento de las alianzas con quienes trabajan en pro de la salud y el desarrollo en los países. La armonización de los programas y el fortalecimiento de los equipos de las Naciones Unidas en los países son objetivos primarios.

Los países clave y los grupos vulnerables

48. El plan estratégico 2003-2007 introdujo el concepto de los países clave como una prioridad estratégica de la Oficina. El traslado del concepto a la realidad se llevó a cabo con el tiempo, en particular mediante la priorización de la asignación y movilización de los recursos y el personal. Esto incluyó la formulación de la Política del Presupuesto Regional por Programas (documento CD45/7), que aumentó la asignación general de los recursos a nivel de país.

49. Los países clave se definieron inicialmente en el plan estratégico 2003-2007 de la siguiente manera:

- a) Países pobres muy endeudados: Bolivia, Honduras, Guyana y Nicaragua; y
- b) Haití, aunque no es un país pobre muy endeudado, tiene las tasas de mortalidad materna e infantil (dos de los indicadores de desarrollo sanitarios más sensibles) más altas de la Región y entre las más altas del mundo.

50. Al mismo tiempo, la Oficina cayó en la cuenta de que las necesidades de las poblaciones vulnerables en otros países, en particular los pobres, quizá no hayan estado recibiendo la atención necesaria. Sobre la base de esta experiencia, si bien se seguirá prestando una atención especial a los países clave, especialmente Haití, el nuevo plan estratégico pretende atender simultáneamente las necesidades de los grupos de población vulnerables en todos los países de la Región.

Cálculo de los recursos

51. Los planes estratégicos anteriores no intentaron asignar los recursos calculados o “presupuestos” a las prioridades estratégicas, lo que a veces daba la impresión de que

todas las estrategias tenían la misma prioridad y evitaba la cuestión muy práctica de cuáles actividades debían recibir más o menos recursos. Con la finalidad de lograr que el plan estratégico de 2008-2012 plantee prioridades estratégicas realistas y realizables y las apoye con recursos, se incluye un contexto de los recursos, es decir, un análisis de las fuentes de financiamiento y los montos necesarios para lograr los resultados previstos. Los niveles de recursos incluidos permiten a los Estados Miembros ver rápidamente la prioridad relativa asignada a las diferentes áreas programáticas, y también será el fundamento directo del presupuesto por programas a lo largo del período.

El marco para la cooperación técnica

52. En este marco los resultados previstos se clasifican en tres categorías: 1) abordar la agenda inconclusa, 2) afrontar los retos, y 3) proteger los logros. Esta clasificación resultó útil para determinar las prioridades en el presupuesto por programas de 2004-2005 y en el de 2006-2007, y se ha aplicado también al definir las prioridades para este plan estratégico.

Orientación estratégica

53. El Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana, 2008-2017 concuerda con el Programa General de Trabajo y el Plan Estratégico a Plazo Medio de la OMS. El proceso de convergencia programática con la OMS se ha llevado a cabo gradualmente durante los ciclos anteriores de planificación, reconociendo la función de la Oficina como la Oficina Regional de la OMS para las Américas. Con el PE 2008-2012, este proceso de integración programática está completo.

54. Al mismo tiempo, la Oficina es también el organismo de salud del sistema interamericano y, en tal virtud, responde a las necesidades sanitarias específicas de los países de las Américas, que se resumen en la Agenda de Salud para las Américas, 2008-2017.

55. Por consiguiente, este plan estratégico aborda ambas funciones al mismo tiempo, pues responde al Undécimo Programa General de Trabajo (por conducto del Plan Estratégico a Plazo Medio) y a la Agenda de Salud para las Américas en esta región. Ambos documentos determinan la dirección estratégica de la Oficina Sanitaria Panamericana. El desafío que se afronta en este plan estratégico es mantener el equilibrio entre la especificidad regional que acrecienta el valor agregado de la Oficina para los Estados Miembros y la función de esta como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.

56. La Oficina también responde, por conducto de este plan estratégico, a los mandatos de sus Cuerpos Directivos y otros foros importantes. En septiembre de 2000, la

Declaración del Milenio de las Naciones Unidas comprometió a los países en una alianza mundial para reducir la pobreza y mejorar la salud y la educación, así como promover la paz, los derechos humanos, la igualdad de género y la sostenibilidad del ambiente. Las medidas específicas que se han previsto en este plan para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio se describen en la sección de Objetivos estratégicos.

La Agenda de Salud para las Américas 2008-2017⁸

57. Los países de las Américas han elaborado y dado a conocer la Agenda de Salud para las Américas, 2008-2017 (la Agenda de Salud, para abreviar). La intención declarada de dicho documento es “guiar la actuación colectiva de los interesados directos nacionales e internacionales que pretenden mejorar la salud de los pueblos de esta Región”. Se definen ocho áreas de acción, a saber:

- a) Fortalecimiento de la autoridad sanitaria nacional.
- b) Abordaje de los factores determinantes de la salud.
- c) Aprovechamiento de los conocimientos, la ciencia y la tecnología.
- d) Fortalecimiento de la solidaridad y la seguridad sanitaria.
- e) Disminución de las inequidades de salud entre los países y dentro de estos.
- f) Reducción de los riesgos y de la carga de morbilidad.
- g) Aumento de la protección social y el acceso a servicios de salud de buena calidad.
- h) Fortalecimiento de la gestión y el desarrollo de las personas que trabajan para la salud.

58. En el plan estratégico se define la contribución de la Oficina al llamado de acción expresado por los países en la Agenda de Salud. En el cuadro 1 se muestran los objetivos estratégicos del plan y su contribución a las áreas de acción de la agenda. Por “contribución” se entiende que el objetivo estratégico contiene uno o varios resultados previstos a nivel regional que abordan explícitamente el área de acción.

⁸ Nota: esta sección tal vez deba revisarse una vez que se haya finalizado la Agenda, a mediados de 2007.

Áreas de acción de la Agenda de Salud								
Objetivos estratégicos de la Oficina	a) Fortalecimiento de la autoridad sanitaria nacional	b) Abordaje de los factores determinantes de la salud	c) Aprovechamiento de los conocimientos, la ciencia y la tecnología	d) Fortalecimiento de la solidaridad y la seguridad sanitaria	e) Disminución de las inequidades de salud entre los países y dentro de estos	f) Reducción de los riesgos y de la carga de morbilidad	g) Aumento de la protección social y el acceso a servicios de salud de buena calidad	h) Fortalecimiento de la gestión y el desarrollo de las personas que trabajan para la salud
1. Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles.	X					X		
2. Combatir el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria.	X		X	X	X	X		
3. Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos.	X	X		X		X	X	
4. Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el periodo neonatal, la infancia y la adolescencia, y mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas.	X		X	X	X		X	X
5. Reducir las consecuencias sanitarias de las emergencias, desastres, crisis y conflictos y minimizar su impacto social y económico.				X				
6. Promover la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir los factores de riesgo relacionados con las afecciones asociadas al consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, las dietas malsanas, la inactividad física y las prácticas sexuales de riesgo.		X		X		X		
7. Abordar los determinantes sociales y económicos subyacentes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad sanitaria e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos.		X				X		
8. Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud.	X	X		X				

9. Mejorar la nutrición, la salubridad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de vida y en apoyo de la salud pública y el desarrollo sostenible.	X			X		X		
10. Mejorar la organización, gestión y prestación de servicios de salud.	X			X	X		X	
11. Fortalecer el liderazgo, la gobernanza y la base científica de los sistemas de salud.	X		X	X				
12. Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias.	X		X	X				
13. Asegurar la existencia de un personal de salud disponible, competente, capaz de responder a las necesidades y productivo, con miras a mejorar los resultados sanitarios.	X			X				X
14. Extender la protección social mediante una financiación equitativa, suficiente y sostenible.	X			X	X		X	
15. Proporcionar liderazgo, fortalecer la gobernanza y fomentar las alianzas y la colaboración con los países para cumplir el mandato de la OMS de hacer avanzar el programa de acción sanitaria mundial consignado en el Undécimo Programa General de Trabajo.	Contribuye a todas							
16. Desarrollar y sostener a la OPS/OMS como una organización flexible y discente, facilitándole los medios necesarios para cumplir su mandato de manera más eficiente y eficaz.	Apoya todas							

59. Por lo tanto, los objetivos estratégicos del plan estratégico y los resultados previstos a nivel regional respectivos demuestran la contribución de la Oficina a la Agenda de Salud para las Américas.

Undécimo Programa General de Trabajo (2006-2015) de la OMS

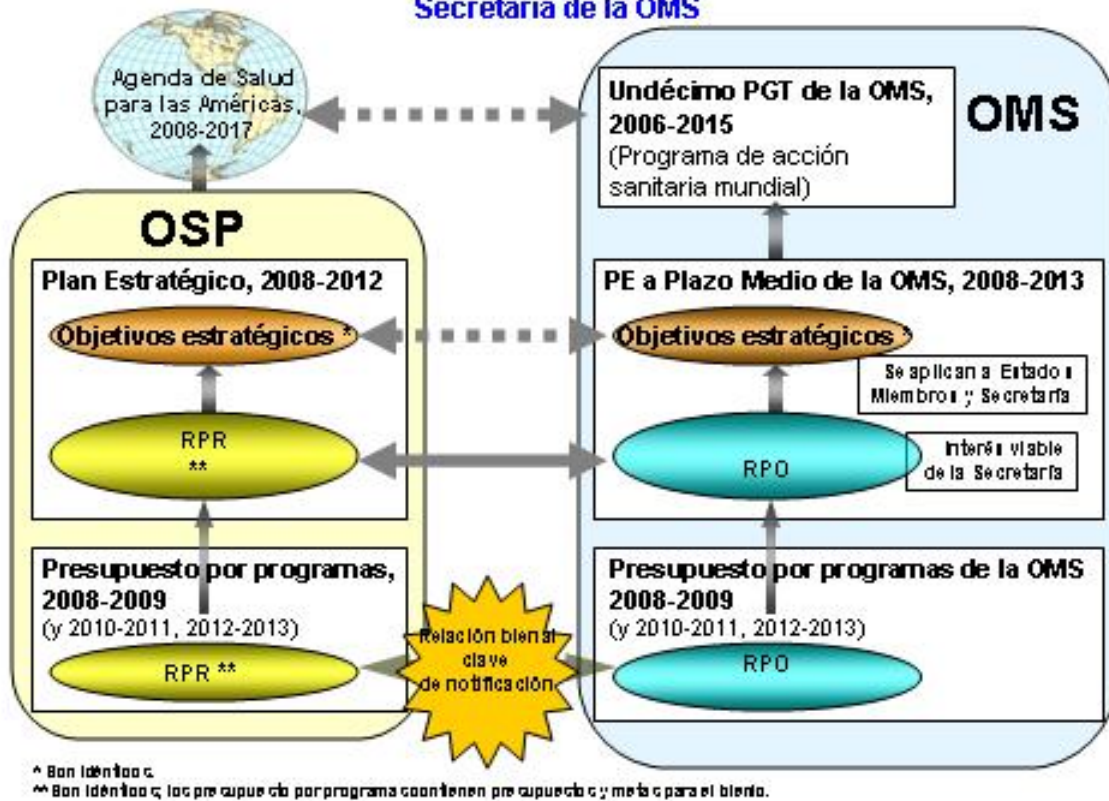
60. Como se señaló antes, la Oficina procura armonizar sus programas y objetivos con los de la Secretaría de la OMS, manteniendo al mismo tiempo la especificidad regional que atiende las inquietudes y prioridades los Estados Miembros de la OPS, resumidas en la Agenda de Salud para las Américas.

61. De acuerdo con la política de lograr una mayor convergencia programática con la OMS, este plan estratégico adopta directamente los 16 objetivos estratégicos del Plan Estratégico a Plazo Medio de la OMS. Además, la contribución de la Oficina a los resultados previstos a nivel de toda la OMS se cuantifica explícitamente en los resultados previstos a nivel regional. Esta es la primera vez que los resultados previstos a nivel regional se han elaborado con indicadores que se unifican directamente a nivel mundial.

62. Con respecto al instrumento de planificación del nivel más alto de la OMS, el Programa General de Trabajo (PGT), la Oficina considera su contribución tanto desde el punto de vista de la relación del plan estratégico con la Agenda de Salud para las Américas (formulada con arreglo al Programa de Acción Sanitaria Mundial que figura en el Undécimo Programa General de Trabajo) y con el Plan Estratégico a Plazo Medio de la OMS (preparado en respuesta al PGT), así como con las funciones básicas, un concepto que surge del PGT.

63. La relación entre los mecanismos de planificación de la Oficina Sanitaria Panamericana y los de OMS se representa esquemáticamente en el diagrama 3.

DIAGRAMA 3: Relación entre la planificación estratégica de la OSP y la de la Secretaría de la OMS



El marco estratégico para la cooperación

64. El marco estratégico para la cooperación es un mecanismo que la Oficina ha creado para acatar los mandatos de salud regionales y mundiales, como los incluidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas de 2000 (los Objetivos de Desarrollo del Milenio). Tiene tres componentes: finalizar la agenda inconclusa, proteger los logros alcanzados y afrontar los nuevos retos.

65. Si bien cada país funciona de una manera particular a lo largo de este proceso continuo, sólo la actuación conjunta —sinérgica y sincronizada, orquestada y mejorada por la Oficina Sanitaria Panamericana— puede garantizar que alcancemos nuestras metas comunes:

66. **Finalizar la agenda inconclusa**, la Oficina se concentrará en:

- a) reducir las tasas elevadas e injustificables [OJO: Pareciera darse a entender que las hay justificables] de mortalidad materna, mortalidad infantil y mortalidad en la niñez;
- b) reducir los indicadores sanitarios deficientes inadmisibles de los sectores más pobres de la sociedad, y entre estos, los pueblos indígenas y las personas de ascendencia africana;
- c) hacer frente a las enfermedades prevenibles o curables persistentes que consideramos "desatendidas", entre ellas la filariasis, el tracoma, las parasitosis, la peste, la enfermedad de Chagas, la brucelosis y la fiebre amarilla;
- d) reducir la desnutrición y la inseguridad alimentaria en las comunidades más pobres del continente americano, y
- e) ampliar la cobertura del abastecimiento de agua y los servicios de saneamiento.

67. **Para proteger los logros** alcanzados en materia de salud en la Región, la Oficina pondrá el acento en:

- a) ampliar la cobertura de vacunación;
- b) mejorar el desarrollo sanitario y la gobernanza locales;
- c) mejorar la salud pública en las zonas fronterizas e integrar las inquietudes sanitarias subregionales;
- d) mejorar la atención primaria de salud, y
- e) promover políticas públicas sólidas concebidas para mejorar la calidad de vida de la población.

68. Trabajando de concierto con nuestros interlocutores nacionales y aliados locales e internacionales, la Oficina hará frente a **los nuevos retos** de:

- a) la propagación de la infección por el VIH/sida;
- b) el aumento de la violencia;
- c) el síndrome respiratorio agudo grave (SARS);
- d) el virus de la gripe aviar;
- e) la epidemia de tabaquismo, y
- f) los desastres naturales que ocurran.

69. Cada una de las prioridades recién enumeradas se integra en los resultados previstos a nivel regional y ha recibido alta prioridad en la asignación de recursos.

Las funciones básicas

70. La Oficina ha hecho suyas las funciones básicas de la OMS, con una modificación mínima consistente en cambiar el término “apoyo técnico” por “cooperación técnica”, como se usa en la Región. Las funciones se incluyeron en el Undécimo Programa General de Trabajo y tienen su origen en la Constitución de la OMS. Clarifican la función de la OMS en respuesta al programa de acción sanitaria mundial incluido en el Undécimo Programa General de Trabajo, y se basan en el mandato original de la OMS y en un análisis de su ventaja comparativa.

71. Las razones principales para incluir las funciones básicas en el plan estratégico de la Oficina y vigilar su ejecución son las siguientes:

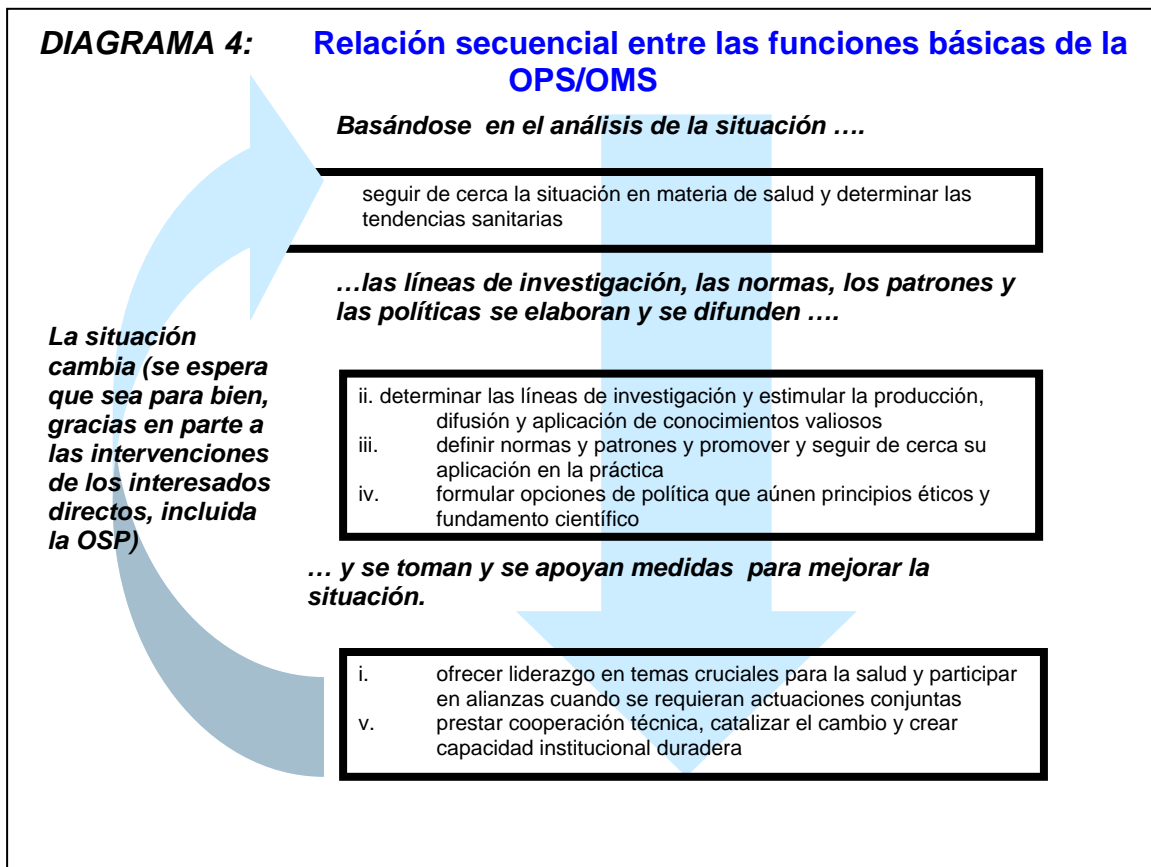
- a) Evaluar si la Oficina está gastando sus recursos para realizar las funciones que los Estados Miembros consideran prioritarias. Esto puede incluir una exposición acerca de la asignación de los recursos para el “trabajo normativo” frente a la “cooperación técnica”, sin perder de vista que los dos son complementarios.
- b) Analizar y fortalecer el papel funcional que la Oficina desempeña en su involucración con los Estados Miembros y con otros aliados, incluidos los organismos de las Naciones Unidas. Este análisis puede realizarse para determinar las diferencias entre los tres niveles de la Oficina (regional, subregional y de país) y entre los países.
- c) Contribuir a la iniciativa mundial de agrupar las actividades según la función básica y permitir el análisis de los gastos de toda la OMS.

72. Por consiguiente, a partir del 2008 la Oficina clasificará sus gastos por función básica. Las funciones básicas son las siguientes (semejantes a las de la OMS para permitir la agregación mundial de datos):

- a) ofrecer liderazgo en temas cruciales para la salud y participar en alianzas cuando se requieran actuaciones conjuntas;
- b) determinar las líneas de investigación y estimular la producción, difusión y aplicación de conocimientos valiosos;

- c) definir normas y patrones y promover y seguir de cerca su aplicación en la práctica;
- d) formular opciones de política que aúnen principios éticos y fundamento científico;
- e) prestar cooperación técnica, catalizar el cambio y crear capacidad institucional duradera, y
- f) seguir de cerca la situación en materia de salud y determinar las tendencias sanitarias.

73. El diagrama 4 ilustra el flujo lógico y secuencial de las funciones básicas de la OPS/OMS.



Los objetivos estratégicos y los resultados previstos de alcance regional

74. En esta sección se exponen los objetivos estratégicos de la Oficina, que han sido tomados directamente del Plan Estratégico a Plazo Medio de la OMS, 2008-2013. Los

Estados Miembros observarán que los objetivos estratégicos aprobados por la Asamblea Mundial de la Salud se aplican a toda la OMS —tanto la Secretaría (que incluye a la Oficina Sanitaria Panamericana) como los Estados Miembros (que lo son también de la OPS). Por consiguiente, si bien la Secretaría de la OMS es responsable del progreso de la vigilancia del cumplimiento de los objetivos estratégicos, tanto los Estados Miembros como la Secretaría de la OMS son responsables de su cumplimiento, ya que esto rebasa los intereses viables de la Oficina.

75. La Secretaría de la OMS es responsable del cumplimiento de los resultados previstos a nivel de toda la Organización (que también se plantean en el Plan Estratégico a Plazo Medio). De manera análoga, la Oficina Sanitaria Panamericana es responsable del cumplimiento de los resultados previstos a nivel regional (RPR), que contribuyen directamente a todos los resultados previstos a nivel de toda la Organización pertinentes a esta Región; de hecho, los indicadores de los RPR se han elaborado para agregarse directamente a los indicadores pertinentes de los resultados previstos a nivel de toda la Organización. Algunos RPR son específicos para la Región y se relacionan sólo con el objetivo estratégico más amplio, no con un resultado previsto específico a nivel de toda la Organización.

76. Los resultados previstos a nivel regional, y sus indicadores, constituyen un contrato entre la Oficina y los Estados Miembros de la OPS. Si la Oficina recibe los niveles de financiamiento que solicitará en los presupuestos por programas respectivos para los tres bienios que abarcará el plan estratégico, los Estados Miembros tienen derecho a esperar que los resultados previstos a nivel regional se logren. Por otro lado, todo cambio propuesto en los resultados previstos a nivel regional se someterá lo antes posible a la consideración de los Cuerpos Directivos para su aprobación.

Una nota con respecto a los puntos de partida y las metas

77. Durante la preparación de los resultados previstos a nivel regional y sus indicadores para el plan estratégico, surgió la pregunta de cuál debe ser el universo de los países en los que trabaja la Oficina. La respuesta no es sencilla, pero es muy pertinente para los indicadores que se miden por el “número de países” donde se alcanzará un hito determinado. Para combinar los logros de entidades geográficas y políticas tan diversas como el Brasil, las Islas Vírgenes Británicas y la frontera entre México y los Estados Unidos, se acordó lo siguiente:

- a) Para los fines de los resultados previstos a nivel regional y los indicadores del plan estratégico de la Oficina, y al objeto de facilitar la planificación y programación de todas las entidades del AMPES, se considerará que la Oficina trabaja en 40 países y territorios.

- b) Estos 40 países y territorios son:
- treinta y cinco Estados Miembros: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Santa Lucía, St. Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela;
 - tres Estados Participantes (es decir, sus territorios en las Américas): Francia, Reino de los Países Bajos, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte;
 - un Miembro Asociado: Puerto Rico; y
 - La Oficina de Campo de la Frontera entre México y los Estados Unidos, en El Paso (Texas).
- c) Con relación al plan estratégico y a los presupuestos por programas respectivos, la Oficina informará sobre los logros en estos 40 países y territorios. Sin embargo, cuando se informen los resultados previstos a nivel de toda la Organización (es decir, de la OMS), la Oficina agregará los resultados sólo de los 35 Estados Miembros.

78. En todos los indicadores que cuantifican el “número de países...”, el universo (denominador) será de 40, a menos que se especifique un denominador alternativo. En el último caso, los puntos de partida y las metas se presentarán como una fracción, por ejemplo, “15/21”.

NOTA PARA LA VERSIÓN DEL SPPA: Los indicadores no están numerados lógicamente; se han organizado de una manera que permite vincularlos con los indicadores del Plan Estratégico a Plazo Medio de la OMS. Los indicadores se reordenarán y se renumerarán para la versión del plan estratégico de la Oficina que se presentará al Comité Ejecutivo.

Objetivo estratégico 1

Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles

Alcance

79. Las actividades relacionadas con este objetivo estratégico se centran en medidas de prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, control, eliminación y erradicación para combatir las enfermedades transmisibles que afectan desproporcionadamente a las poblaciones pobres y marginadas en la Región de las Américas. Las enfermedades que se prevé combatir incluyen, aunque no exclusivamente, las enfermedades prevenibles mediante vacunación, las tropicales, las zoonóticas y las epidemiógenas, exceptuadas la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria.

80. Indicadores y metas

- Cobertura de las intervenciones orientadas al control, la eliminación o la erradicación de las enfermedades tropicales. Meta: 80% en los 29 países (25 de América Latina más 4 del Caribe) haciendo hincapié en los cinco países clave para 2013.
- Cobertura de las intervenciones orientadas a enfermedades epidemiógenas. Meta: 80% en los 40 países para 2013.
- Tasa de mortalidad por enfermedades prevenibles mediante vacunación. Meta: reducción de un tercio para 2015.
- Proporción de países que logran y mantienen la certificación de la erradicación de la poliomielitis y la destrucción o contención apropiada de todos los poliovirus. Meta: 100% para 2010.

Temas y desafíos

81. Las actividades relacionadas con este objetivo estratégico tienen por finalidad lograr una reducción sostenible de la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles, guiadas por los principios de acceso y equidad, control de enfermedades y desarrollo de la infraestructura de salud pública. Esta labor, que concuerda con el programa de acción sanitaria mundial contenido en el Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS para 2006-2015, implica invertir en salud para reducir la pobreza, mejorar la seguridad sanitaria individual y mundial, aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología, reforzar los sistemas de salud y promover el acceso universal a los servicios de salud. La Agenda de Salud para las Américas (documento 139/5) sienta una base sólida para las intervenciones de salud pública propuestas en relación con este objetivo estratégico.

82. En América Latina y el Caribe, más de 210 millones de personas viven por debajo del umbral de pobreza y sobrellevan la carga de las enfermedades transmisibles. Representan 13,46% de las defunciones en todas las edades y 74% de las defunciones de niños en la Región. La carga de las enfermedades transmisibles es importante: la OMS calcula que este grupo de enfermedades representó 25.000 años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en 2005. Los indígenas son especialmente vulnerables a este grupo de enfermedades, que merece intervenciones culturalmente apropiadas.

83. Los programas nacionales de **vacunación** han alcanzado una cobertura de aproximadamente 90% con todas las vacunas de la niñez y se esfuerzan por lograr una cobertura de 95% o más en todos los municipios. Esta es una de las mejores maneras de garantizar el acceso equitativo a las vacunas existentes y, en último término, proporcionar nuevas vacunas que salvan vidas y que abordan importantes prioridades de salud pública de las personas que más las necesitan. A pesar del éxito de la erradicación de la poliomielitis y la eliminación del sarampión, todavía persisten focos de personas susceptibles sin vacunar, que propician la aparición de brotes de enfermedades como la difteria y la tos ferina, con altas tasas de letalidad.

84. La OPS promueve el fortalecimiento de la capacidad nacional para introducir vacunas nuevas basadas en la mejor información disponible. La OPS seguirá preconizando la adhesión estricta al marco y las guías técnicas de la OPS para la introducción de vacunas, respaldados por el 47.º Consejo Directivo de la OPS en septiembre de 2006 mediante la resolución CD47.R10. Un aspecto fundamental para este proceso es que las vacunas sean precalificadas por la OMS a fin de velar por su calidad e inocuidad, con el apoyo de organismos nacionales de reglamentación competentes.

85. Una buena vigilancia permitirá que se efectúen preparativos adecuados para las pandemias y que se tomen medidas de vacunación preventiva relacionadas con amenazas que son motivo de preocupación a nivel nacional e internacional. Es necesario mejorar urgentemente los sistemas de vigilancia de enfermedades prevenibles mediante vacunación, haciendo hincapié en el desarrollo de la capacidad. Otros retos consisten en asegurar la calidad de las vacunas, que debe estar garantizada por organismos nacionales de reglamentación competentes.

86. **Enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes:** la propagación internacional de enfermedades infecciosas sigue planteando un problema para la seguridad sanitaria mundial debido a factores asociados a la interconexión e interdependencia del mundo actual, a saber, el desplazamiento de poblaciones como consecuencia del turismo, la migración y los desastres; el crecimiento del comercio internacional de alimentos y productos biológicos; los cambios sociales y ambientales

relacionados con la urbanización, la deforestación y las alteraciones del clima; y los cambios en los métodos de elaboración y distribución de alimentos, así como en los hábitos del consumidor. Debido a estos factores, los casos de enfermedades infecciosas en un país o región podrían constituir un motivo de preocupación para todo el mundo. Los países tienen que desarrollar la capacidad básica para responder a estos retos. Es necesario detectar enfermedades epidemiológicas, entre ellas la gripe pandémica, el SARS y síndromes neuroinvasores causados por arbovirus tales como el del Nilo Occidental, y responder a ellas en el marco del Reglamento Sanitario Internacional.

87. **Las enfermedades desatendidas** afectan de forma directa o indirecta a la capacidad de muchos países de la Región para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Estas enfermedades, que surgen de problemas ambientales, tienen efectos adversos en la salud y el bienestar, además de contribuir al ausentismo escolar y a la pobreza. Debido a la falta de vigilancia epidemiológica sistemática y de registros de datos de las enfermedades desatendidas en la Región, es difícil calcular con exactitud la carga de morbilidad. Sin embargo, algunas encuestas nacionales y estudios especiales arrojan luz sobre la carga en algunas poblaciones. La OPS/OMS calcula que entre 20 y 30% de los latinoamericanos están infectados por uno de varios helmintos intestinales o tienen esquistosomiasis, dos enfermedades desatendidas muy importantes. La filariasis linfática afecta a 750.000 personas, aproximadamente, mientras que la oncocercosis pone en riesgo a 500.000 personas en la Región. Ambas enfermedades son objeto de una campaña de eliminación. En un estudio de la equinococosis quística se observó un total de 52.693 AVAD perdidos en la Región, aunque las pérdidas económicas totalizan más de US\$ 120 millones por año. En la actualidad se conocen mejor los factores determinantes extrínsecos de las enfermedades desatendidas, en tanto que la prevención, el control e incluso su eliminación ahora son más factibles que nunca debido a la existencia de métodos nuevos, seguros y de bajo costo para vigilar estas enfermedades en poblaciones y tratar a las personas infectadas.

88. La prevalencia global registrada de la **lepra** en la Región de las Américas al comienzo de 2006 era de 32.904 casos (0,39 por 10.000). El número de casos notificados durante 2005 fue de 41.780 (4,98 por 10.000). La detección global de casos nuevos muestra una disminución, ya que el número notificado bajó en más de 10.000 por comparación con los casos nuevos notificados en 2004. Brasil, que siempre había presentado la mayor carga de lepra en la Región, ha avanzado hacia la meta de la eliminación. Los países que han alcanzado esta meta están esforzándose por reducir aún más la carga de la lepra con la *estrategia mundial de la OMS*, haciendo hincapié en la detección temprana y un enfoque integrado en los servicios de salud primarios.

89. Se calcula que hay entre 16 millones y 18 millones de personas con la enfermedad de **Chagas**. La incidencia estimada de la transmisión por vectores es de 41.800 casos nuevos por año, mientras que el número de casos nuevos de enfermedad de Chagas congénita es de 13.550. La seroprevalencia general en los bancos de sangre regionales asciende a 1,28% en promedio. Se calcula que 4.600.000 pacientes tienen diversas cardiopatías chagásicas y que mueren 45.000 personas al año como consecuencia de esta enfermedad.

90. Entre los principales avances realizados en la Región cabe señalar los siguientes:

- Se ha interrumpido la transmisión por *Tripanosoma infestans* en más de 80% de los países del Cono Sur con endemicidad.
- En Bolivia, el país con la mayor endemicidad de la Región, se ha reducido la infestación domiciliar por *T. infestans* y la seroprevalencia pediátrica de la infección por *T. cruzi*.
- México ha declarado la enfermedad de Chagas como una prioridad de salud pública y está tomando medidas de prevención y control.
- En más de 98% de los países con endemicidad se realizan pruebas serológicas para detectar el parásito causante de la enfermedad de Chagas en los bancos de sangre.

91. Entre 2001 y 2005, más de treinta países de las Américas notificaron un total de 2.879.926 casos de **dengue** y dengue hemorrágico, alcanzando cifras alarmantes en 2002 con 1.015.420 casos notificados. Durante el mismo período se notificaron también 65.235 casos de dengue hemorrágico. El Programa Regional contra el Dengue tiene por objeto promover políticas de salud pública por medio de un enfoque multisectorial e interdisciplinario basado en la atención integrada (EGI-dengue) que posibilita la formulación, aplicación y consolidación de una estrategia a nivel subregional y nacional. Esta estrategia tiene seis componentes clave: comunicación de masas, entomología, epidemiología, servicios de laboratorio, atención del enfermo y medio ambiente.

92. El número de casos de **rabia** transmitida por perros ha bajado 90% como resultado de 20 años de esfuerzos eficaces de control. En 2005 se notificaron sólo 11 casos.

93. La OPS/OMS desempeña un papel primordial en los preparativos, la detección, la evaluación de riesgos, la comunicación y la respuesta a situaciones de emergencia de salud pública tales como epidemias y pandemias, que pueden imponer exigencias súbitas y sustanciales en los sistemas de salud, exponer los puntos débiles y perturbar la actividad económica y el desarrollo, además de sus repercusiones en la morbilidad y la mortalidad. Setenta y cinco por ciento de las enfermedades nuevas que afectaron a los seres humanos durante los últimos diez años fueron causadas por agentes patógenos

provenientes de animales o de productos de origen animal. Hay una conexión importante entre la salud humana y la salud animal que debe abordarse para prevenir y controlar las enfermedades zoonóticas. La necesidad de una respuesta rápida desvía los recursos efectivos, el personal y los suministros de prioridades de salud pública bien definidas y de las actividades regulares de control de enfermedades. Según las observaciones de la OPS, se han producido más de doscientas epidemias de trascendencia internacional durante los últimos cinco años.

94. De acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional revisado (2005), que entrará en vigencia en junio del 2007, la OPS/OMS tendrá la obligación legal vinculante de fortalecer su capacidad interna de alerta y respuesta ante epidemias. Además, la OPS apoyará a los Estados Miembros en el desarrollo y el mantenimiento de la capacidad básica mínima necesaria a fin de detectar los riesgos para la salud pública y las situaciones de emergencia, en su mayoría atribuibles a enfermedades transmisibles, y responder a ellos, fortaleciendo de ese modo su sistema de alerta anticipada. Esto implica ayuda técnica para la ejecución de evaluaciones y planes de acción correctiva de alcance nacional para fortalecer la capacidad nacional.

Enseñanzas aprendidas:

- La prevención, el control y la vigilancia de las enfermedades transmisibles son componentes esenciales del bienestar humano, que incluye el acceso a la salud, el desarrollo económico, las prácticas leales de comercio y la seguridad.
- La prevención de las enfermedades transmisibles, incluidas las enfermedades prevenibles mediante vacunación, las epidemiógenas y las desatendidas, es una de las intervenciones de salud pública más eficaces en función del costo. Ha resultado particularmente eficaz desde el punto de vista del rendimiento económico y la reducción de las inequidades al abarcar a grupos marginados de difícil acceso y económicamente desfavorecidos.
- Es necesario adherirse estrictamente al marco y las guías técnicas de la OPS para la introducción de vacunas, respaldados por el *47.º Consejo Directivo en septiembre de 2006 mediante la resolución CD47.R10*
- La OSP debe desempeñar una función de liderazgo en la elaboración de un temario regional de investigaciones que tenga repercusiones innovadoras y sostenibles en el control de enfermedades mediante la mejora, el desarrollo y la evaluación de nuevos instrumentos, intervenciones y estrategias para hacer frente a las necesidades prioritarias de salud pública.

Enfoques estratégicos

95. Para alcanzar este objetivo, los Estados Miembros tendrán que invertir en recursos humanos, políticos y económicos con miras a lograr y ampliar el acceso equitativo a intervenciones de buena calidad y seguras relacionadas con la prevención, la detección

temprana, el diagnóstico, el tratamiento y el control de las enfermedades transmisibles. Los componentes fundamentales de esta tarea son:

- El establecimiento y mantenimiento por los Estados Miembros de mecanismos eficaces de coordinación con otros colaboradores y entre todos los sectores pertinentes del país.
- El fomento de la investigación mediante inversiones adecuadas, el fortalecimiento de la capacidad y la colaboración eficaz entre los sectores académico y público (programas), así como el estudio de mecanismos para promover la transferencia de tecnología y nuevas modalidades de cooperación técnica (es decir, de Sur a Sur).
- El cumplimiento por los Estados Miembros de los plazos establecidos en la Asamblea Mundial de la Salud de 2005 para la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional.

96. Al apoyar los esfuerzos de los Estados Miembros, la OSP se concentrará en:

- Fortalecer la colaboración con interesados directos en el campo de la salud, alianzas y la sociedad civil de la Región.
- Asegurar el acceso de las comunidades a instrumentos y estrategias tanto existentes como nuevas, entre ellos vacunas y medicamentos, que cumplan criterios aceptables de calidad, seguridad, eficacia y rentabilidad, reduciendo simultáneamente las disparidades.
- Fortalecer su capacidad para proporcionar cooperación técnica y crear en los Estados Miembros la capacidad necesaria para responder mejor a los compromisos asumidos en virtud de resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud en relación con las enfermedades transmisibles y el Reglamento Sanitario Internacional, tarea que incluye facilitar la movilización de recursos nacionales e internacionales y actividades de promoción.
- Pasar de enfoques verticales a enfoques horizontales y, sobre la base de una evaluación exhaustiva de los éxitos y fracasos en la formulación de estrategias para el desarrollo de sistemas de salud integrados, partir de los puntos fuertes y abordar las deficiencias, aprovechando, entre otras cosas, las esferas subregionales, incluidos los foros económicos (es decir, CARICOM, RESSCAD, etc.).
- Ampliar las redes institucionales para mejorar la salud pública.
- Mantener y fortalecer un sistema internacional eficaz de alerta y respuesta a epidemias y otras emergencias de salud pública y facilitar los preparativos en el ámbito de la salud pública en colaboración con otros interesados directos, incluidas organizaciones privadas y de la sociedad civil, según corresponda.
- Proporcionar a los Estados Miembros instrumentos, estrategias y asistencia técnica para evaluar y reforzar los sistemas de seguimiento y vigilancia.

- Coordinar sistemas de vigilancia integrados a nivel mundial y regional con el propósito de fundamentar las decisiones de política y las respuestas de salud pública.
- Confeccionar el programa de investigaciones de forma tal que pueda utilizarse en la formulación de opciones de política éticas y basadas en datos probatorios y aplicarse directamente a las intervenciones de salud pública.

Premisas y riesgos

97. La consecución de este objetivo estratégico se basa en las premisas siguientes:
- que la entrada en vigor del Reglamento Sanitario Internacional en 2007 se traduzca en un renovado compromiso de todos los Estados Miembros de fortalecer sus sistemas nacionales de vigilancia y respuesta, así como en un interés y apoyo sostenidos respecto de las actividades de la OPS/OMS por los donantes y los colaboradores técnicos, incluidas las redes y alianzas;
 - que, en la tarea de desarrollar y fortalecer los sistemas sanitarios nacionales, el objetivo siga siendo el acceso universal a las intervenciones sanitarias esenciales;
 - que haya una actitud receptiva y positiva hacia la coordinación y la armonización de las actividades entre el creciente número de partes que actúan en el ámbito de la salud pública mundial;
 - que haya mecanismos eficaces de comunicación para mantener una coordinación sólida e interactiva de los esfuerzos a nivel mundial, regional y subregional; y
 - que exista un compromiso político y se disponga de recursos para asegurar la vigilancia eficaz y los preparativos adecuados para las pandemias y las medidas de vacunación preventiva relacionadas con amenazas que constituyen motivos de preocupación a nivel nacional e internacional.
98. Los riesgos que podrían dificultar el logro de este objetivo estratégico son:
- que se desvíen recursos de la Región de las Américas (es decir, debido a una pandemia de gripe) o de las enfermedades transmisibles hacia otros aspectos de la salud y el desarrollo y que la prevención y el control de las enfermedades transmisibles no se reconozcan y se mantengan visiblemente como una prioridad sanitaria, en particular en los países menos adelantados;
 - que surjan programas de acción sanitaria paralelos debido a la falta de comunicación y coordinación entre colaboradores;
 - que la inversión y el compromiso político con respecto a la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional sea insuficiente y que el enfoque de los gobiernos a ese respecto sea fragmentario;
 - que la inversión en las actividades de investigación sea pequeña o insuficiente, lo cual podría tener repercusiones negativas en las intervenciones de salud; y

- que una pandemia de gripe u otra enfermedad pandemiógena provoque una morbilidad y mortalidad sin precedentes, así como graves perjuicios económicos. Se requerirá la planificación anticipada para la formulación de estrategias apropiadas de detección y respuesta.

RPR N.º 1.1	Se habrá facilitado a los Estados Miembros apoyo normativo y técnico para asegurar en la mayor medida posible a todas las personas un acceso equitativo a vacunas de calidad garantizada, incluidos nuevos productos y técnicas de inmunización, y para integrar otras intervenciones esenciales de salud del niño con la inmunización.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
1.1.1.1	Número de países que logran una cobertura de más de 95% con DPT3 a nivel nacional.	16	20	25
1.1.1.2	Porcentaje de municipios con una cobertura de DPT3 de más de 95% en América Latina y el Caribe.	38%	35% (5.277)	30% (4.523)
1.1.2	Número de países que han recibido apoyo para tomar decisiones basadas en datos probatorios sobre la información disponible en el contexto de la introducción de vacunas nuevas.	5	10	20
1.1.3	Número de intervenciones esenciales de salud del niño y de la familia integradas con la inmunización para las que se dispone de directrices sobre la gestión común de programas.	4	6	8
1.1.4	Número de países que han adoptado leyes o creado partidas presupuestarias nacionales específicamente destinadas a vacunas.	30	32	35
RPR N.º 1.2	Se habrá asegurado una coordinación eficaz y prestado apoyo a los Estados Miembros para mantener, por medio de sistemas de vigilancia y estrategias de inmunización apropiadas, la situación de ausencia de poliomielitis y asegurar la contención, lo cual conducirá a una cesación simultánea de la vacunación antipoliomielítica oral en el mundo entero.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
1.2.1	Número de países que utilizan la vacuna antipoliomielítica oral con arreglo a los plazos y procesos convenidos a nivel internacional para la suspensión de la vacunación oral sistemática contra la poliomielitis.	35	35	35
1.2.2	Porcentaje de informes finales o actualizaciones sobre la contención de la poliomielitis presentados por la Comisión Regional.	100%	100%	100%
1.2.3	Número de establecimientos en los que se almacenan poliovirus en las Américas.	1	1	1
1.2.5	Número de países con vigilancia sostenida de la parálisis flácida aguda.	40	40	40

RPR N.º 1.3	Se habrá asegurado una coordinación eficaz y prestado apoyo a los Estados Miembros para ofrecer a todas las poblaciones acceso a intervenciones de prevención, control y eliminación de enfermedades desatendidas, entre ellas las enfermedades zoonóticas.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
1.3.1	Número de países que han obtenido la certificación de la erradicación de la dracunculosis.	39	40	40
1.3.2	Número de países que están ejecutando la estrategia mundial de la OMS para reducir aún más la carga de la lepra y mantener las actividades de control de la lepra.	1/1	1/1	1/1
1.3.3	Población con riesgo de padecer filariasis linfática en cuatro países con endemidad que recibe tratamiento colectivo con medicamentos o quimioterapia preventiva.	2,4 millones	4,7 millones	6 millones
1.3.4	Cobertura de niños en edad escolar en situación de riesgo, en los países con endemidad, con un tratamiento sistemático contra la esquistosomiasis y las helmintiasis transmitidas por el suelo.	38%	50%	Cobertura de 75%
1.3.5	Número de países que han incorporado un método basado en un enfoque interprogramático, intersectorial y polivalente de la prevención, el control o la eliminación de enfermedades desatendidas.	1/35	4/35	10/35
1.3.6	Número de países que han incorporado un enfoque intersectorial e interprogramático de la prevención, el control o la eliminación de zoonosis de importancia para la salud pública.	1	4	10
1.3.7	Número de países de América Latina que han eliminado la rabia humana transmitida por perros.	11/21	12/21	16/21
1.3.8	Número de países del Cono Sur que han recibido apoyo para el mantenimiento de programas de control de la equinococosis.	4	4	4
1.3.9	Número de países de América Latina y el Caribe que han recibido asistencia para mantener la vigilancia y los preparativos a fin de hacer frente a enfermedades zoonóticas emergentes o reemergentes (por ejemplo, la gripe aviar y la encefalopatía espongiforme bovina).	7/33	13/33	22/33
1.3.10	Número de países con interrupción total de la transmisión de la enfermedad de Chagas por vectores (<i>T. infestans</i> en el Cono Sur y <i>Rhodnius prolixus</i> en Centroamérica).	3/21	11/21	15/21
1.3.11	Número de países que realizan un control completo de los bancos de sangre para evitar la transmisión de la enfermedad de Chagas por transfusiones.	14/21	20/21	20/21
1.3.12	Número de países con endemidad donde se ha certificado la eliminación de la oncocercosis	0	1	3
1.3.13	Número de países con endemidad que se benefician de nuevos mecanismos para la producción de medicamentos para el tratamiento de la enfermedad de Chagas.	2/21	21/21	20/21

1.3.14	Número de países que ejecutan nuevas y mejores intervenciones y estrategias de eficacia comprobada para las enfermedades desatendidas y que han proporcionado datos probatorios a las instituciones apropiadas para la adopción de decisiones de política. CIC = comunicación para influir en el comportamiento	CIC en relación con enfermedades desatendidas: 2.	CIC en relación con enfermedades desatendidas: 4.	CIC en relación con enfermedades desatendidas: 6.
1.3.15	Número de países que están ejecutando la estrategia mundial de la OMS para reducir aún más la carga de la lepra y mantener las actividades de control de la lepra.	0/24	8/24	15/24
RPR N.º 1.4	Se habrá prestado a los Estados Miembros apoyo normativo y técnico para aumentar su capacidad de vigilancia y respuesta como componente de sistemas completos de vigilancia e información sanitaria.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
1.4.1	Número de países que han mejorado la vigilancia de todas las enfermedades transmisibles de importancia para la salud pública	12/39	15/39	18/39
1.4.2	Número de países que reciben asistencia técnica de la OSP para adaptar instrumentos o protocolos genéricos de vigilancia y seguimiento de enfermedades transmisibles a su situación nacional.	0	20	30
1.4.3	Número de países respecto de los cuales se reciben anualmente formularios conjuntos de notificación de datos sobre vigilancia y seguimiento de la inmunización el 15 de mayo a más tardar.	13	18	20
1.4.5	Número de nuevos y mejores instrumentos, intervenciones y estrategias de ejecución de eficacia comprobada para combatir la resistencia a los antimicrobianos que se han proporcionado a las instituciones apropiadas para la adopción de decisiones de política.	5	7	10
RPR N.º 1.5	Se habrán obtenido y validado nuevos conocimientos, instrumentos de intervención y estrategias acordes con las necesidades prioritarias en materia de prevención y control de las enfermedades transmisibles y se habrá asegurado su disponibilidad y accesibilidad.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
1.5.1	Número de informes de consenso publicados sobre las necesidades y prioridades de las investigaciones subregionales, regionales o mundiales en relación con una enfermedad o un tipo de intervención.	Ninguno	3 informes	6 informes
1.5.3	Número de nuevas y mejores intervenciones y estrategias de ejecución cuya eficacia se ha evaluado y validado.	Ninguno	2	6

1.5.4	Proporción de publicaciones arbitradas emanadas de investigaciones respaldadas por la OPS/OMS cuyo autor principal trabaja en una institución de un país en desarrollo.	0%	30%	60%
1.5.5	Número de países que han adoptado la nueva visión decenal de las investigaciones sobre enfermedades tropicales bajo la coordinación de la OPS/OMS.	0	9	12
1.5.6	Número de medicamentos o vacunas nuevos y mejores contra enfermedades desatendidas que se han sometido a prueba, evaluado o introducido en los servicios de salud de la Región con asistencia de la OSP y cuyo uso ha recibido aprobación internacional.	0	1 medicamento o vacuna nuevo	2 medicamentos o vacunas nuevos
1.5.7	Número de Estados Miembros que han desarrollado su capacidad para la investigación mediante la cooperación técnica de la OPS/OMS junto con otras importantes instituciones de la Región y extrarregionales.	3/33	5/33	7/33
RPR N.º 1.6	Se habrá prestado apoyo a los Estados Miembros para adquirir la capacidad básica mínima requerida por el Reglamento Sanitario Internacional para el establecimiento y fortalecimiento de sistemas de alerta y respuesta aplicables en epidemias y otras emergencias de salud pública de interés internacional.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
1.6.1	Número de países donde se ha llevado a cabo la evaluación de la capacidad básica de vigilancia y respuesta, de conformidad con las obligaciones emanadas del Reglamento Sanitario Internacional (2005).	4	32	40
1.6.2	Número de países a los que la OSP ha ayudado a formular planes de acción para satisfacer los requisitos mínimos de capacidad básica en materia de alerta temprana y respuesta, de conformidad con las obligaciones emanadas del Reglamento Sanitario Internacional.	0	32	40
1.6.3	Número de países cuyo sistema nacional de laboratorios participa al menos en un programa interno y uno externo de control de la calidad en relación con las enfermedades transmisibles.	19/36	24/36	30/36
1.6.4	Número de Estados Miembros que participan en programas de formación centrados en el fortalecimiento de los sistemas de alerta anticipada, los laboratorios de salud pública o la capacidad de respuesta ante brotes epidémicos.	38/38	38/38	38/38

RPR N.º 1.7	Se habrá dotado a los Estados Miembros y la comunidad internacional de medios de detección, contención y respuesta eficaz respecto de las principales enfermedades epidémicas y pandémicas (como el dengue, la gripe, la meningitis, la fiebre amarilla, las fiebres hemorrágicas, la peste y la viruela).			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
1.7.1	Número de países que cuentan con planes nacionales de preparación y procedimientos operativos uniformes para las principales enfermedades epidemiológicas (por ejemplo, la gripe pandémica).	0	10	40
1.7.2	Número de mecanismos internacionales de apoyo para realizar diagnósticos e intervenciones masivas (por ejemplo, redes internacionales de vigilancia de laboratorio y mecanismos de acopio de vacunas contra la meningitis, las fiebres hemorrágicas, la peste, la fiebre amarilla, la gripe y la viruela).	5	6	7
1.7.3	Número de países que cuentan con la capacidad básica necesaria para la manipulación segura en laboratorio de agentes patógenos peligrosos y el aislamiento seguro de pacientes contagiosos.	20	25	40
1.7.4	Número de países que ejecutan intervenciones y estrategias de control del dengue (EGI-dengue).	12	15	17
1.7.5	Número de países que ejecutan intervenciones y estrategias de control del dengue (planes de CIC en relación con el dengue).	Plan de CIC en relación con el dengue: 8 planes de país.	Plan de CIC en relación con el dengue: 10	Plan de CIC en relación con el dengue: 14
RPR N.º 1.8	Se contará con medios regionales y mundiales, coordinados y rápidamente accesibles a los Estados Miembros, para las tareas de detección, verificación, evaluación del riesgo y respuesta ante epidemias y otras emergencias de salud pública de interés internacional.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
1.8.1	Número de sitios con el sistema mundial de manejo de eventos para apoyar la coordinación de las tareas de evaluación de riesgos, las comunicaciones y las operaciones sobre el terreno referentes a la Sede, las oficinas regionales y oficinas de país.	1	10	28
1.8.2	Número de países con instituciones colaboradoras que participan en la red mundial de alerta y respuesta ante brotes y en otras subredes regionales pertinentes.	29	35	40
1.8.4	Tiempo medio requerido para la verificación de brotes epidémicos de importancia internacional, incluida la confirmación de la causa en laboratorio.	7 días	5 días	3 días

Objetivo estratégico 2

Combatir la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria

Alcance

99. Este objetivo estratégico se centra en los esfuerzos para fortalecer la respuesta de los sistemas y servicios de salud a fin de combatir la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria en la Región. El acceso universal a la atención integral para las infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas la infección por el VIH, así como para la tuberculosis y la malaria, que abarca la totalidad de la atención, desde la prevención hasta el tratamiento, constituye la meta a largo plazo de este objetivo estratégico. Para lograr esta meta a largo plazo se promoverán políticas programáticas basadas en datos probatorios y en los valores de equidad (incluida la equidad de género), excelencia, solidaridad, respeto, integridad, eficiencia, participación y autonomía. Se describirán líneas de acción estratégicas con respecto al fortalecimiento del liderazgo del sector de la salud y la participación de la sociedad civil; la formulación y ejecución de programas eficaces y sostenibles contra la infección por el VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), la tuberculosis y la malaria; la formación de recursos humanos; el fortalecimiento, la ampliación y la reorientación de los servicios de salud para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención de la infección por el VIH, la tuberculosis y la malaria; la mejora del acceso a los medicamentos, los medios de diagnóstico y otros productos básicos; y la mejora de la información y la gestión del conocimiento, incluida la vigilancia epidemiológica. Se señalarán intervenciones específicas que tienen en cuenta la carga de estas enfermedades pero también las necesidades de grupos determinados o vulnerables, según corresponda (mujeres, lactantes, niños, jóvenes, hombres que tienen relaciones homosexuales, trabajadoras y trabajadores sexuales, usuarios de drogas inyectables, población migratoria, trabajadores móviles y pueblos indígenas). Se prestará especial atención al fortalecimiento del grado de preparación del sector de la salud y su respuesta frente a problemas emergentes tales como brotes, epidemias, emergencias y la farmacorresistencia. Se efectuarán intervenciones para señalar las disparidades entre la norma y la práctica, así como los obstáculos para la disponibilidad general de servicios de buena calidad y el acceso a los mismos, a fin de asegurar la consecución de las metas y la sostenibilidad de los resultados deseados.
100. El alcance del trabajo relacionado con este objetivo estratégico se trata de forma completa en el Plan Regional de VIH/ITS, 2006-2015, el Plan Regional para el Control de la Tuberculosis, 2006-2015, y el Plan Regional para la Malaria en las Américas, 2006-2010.

101. **Indicadores y metas**

- Reducción del número de infecciones nuevas por el VIH en todos los países. Meta: para 2010, reducción de 50% seguida de una reducción adicional de 50% de las infecciones nuevas para fines de 2015 (punto de partida: 2006).
- Acceso universal a la atención integral, incluida la prevención, la atención y el tratamiento antirretrovírico. Meta: para 2010.
- Reducción de la incidencia de la transmisión materno-infantil del VIH. Meta: para 2015, la incidencia será inferior a 5% (punto de partida: 2006).
- Eliminación de la sífilis congénita. Meta: para 2015, la incidencia de la sífilis congénita será inferior a 0,5 casos por 1.000 nacidos vivos.
- Reducción de la incidencia de tuberculosis en todos los países. Meta: para 2013 se habrá detenido y se habrá comenzado a revertir la incidencia de la tuberculosis (punto de partida: 39 casos por 100.000 habitantes, 2005).
- Reducción de la mortalidad por tuberculosis a nivel regional. Meta: 2013, reducción de 6 por 100.000 habitantes en 2005 a 5 por 100.000 habitantes en 2013 (en conformidad con los ODM).
- Reducción de la prevalencia de la tuberculosis a nivel regional. Meta: 2013, reducción de 50 por 100.000 habitantes en 2005 a 48 por 100.000 habitantes en 2013 (en conformidad con los ODM).
- Reducción de la carga de la malaria en las Américas para 2010 y más aún para 2013. Meta: reducción de 50% de la morbilidad y la mortalidad para 2010; reducción de más de 50% para 2013 (punto de partida: cifras de morbilidad y mortalidad de 2000⁹).
- Prevención de la reintroducción de la transmisión en países que habían sido declarados libres de transmisión. Meta: todos los países libres de transmisión mantienen esa situación.
- Eliminación de la malaria en los países donde tal objetivo se considera factible. Para 2013 habrá por lo menos un país más de la Región certificado o en proceso de certificación por la OMS en lo que se refiere a la eliminación de la malaria (punto de partida: 0 países en 2007).

Temas y desafíos

LA INFECCIÓN POR EL VIH, EL SIDA Y LAS ITS

102. A fines de 2005 había alrededor de 3.230.000 millones de personas infectadas por el VIH en las Américas,¹⁰ de las cuales aproximadamente 1.940.000 millones vivían en América Latina y el Caribe (ALC). La epidemia está aumentando (gráfico 1): se calcula que, en 2005, al menos 220.000 personas contrajeron la infección. A diciembre de 2005 se habían notificado 1.540.414 casos de sida a la OPS/OMS, de los cuales 30.690 (2%)

⁹ OPS, Plan Estratégico Regional contra la Malaria en las Américas, 2006 -2010.

¹⁰ OMS/ONUSIDA, 2006.

eran casos pediátricos (en menores de 15 años de edad). Se calcula que estas cifras no reflejan la realidad debido al subregistro y a los retrasos en la notificación. En ALC, la subregión más afectada es el Caribe, que ocupa el segundo lugar entre las diez regiones del mundo en lo que respecta a la prevalencia de la infección por el VIH, con tasas de 2 a 3% en los adultos. La epidemia en ALC es diversa y coexisten todos los modos de transmisión. La epidemia es de tipo generalizado en el Caribe, mientras que en la mayor parte de América Latina y América del Norte está concentrada en ciertas zonas. Los tres grupos que más comúnmente presentan tasas de prevalencia de más de 5% en esos lugares son los hombres que tienen relaciones homosexuales, los trabajadores sexuales y los usuarios de drogas que utilizan métodos que propagan la infección. Los cuatro grupos que tienen con mayor frecuencia tasas de prevalencia de la infección por el VIH de 5% o más no están aislados, sino que coinciden parcialmente e interactúan con otros grupos que, a su vez, coinciden parcialmente e interactúan con otros, lo cual permite que la infección por el VIH se propague al resto de la población. Los grupos con los cuales tienen mayores probabilidades de coincidir parcialmente e interactuar son los presos, los trabajadores migratorios, los miembros de las fuerzas armadas, los camioneros y otros trabajadores del transporte, los mineros y personas que trabajan en otros lugares aislados. En consecuencia, estos son también los grupos en los cuales es probable que se concentre una epidemia y se propague más si no se le hace frente (OPS, OMS y ONUSIDA, informe inédito, 2005). Aunque una proporción importante de países todavía presenta epidemias concentradas, se observa una tendencia a las epidemias generalizadas. En 2005, 30% de los adultos infectados por el VIH o aquejados de sida en las Américas eran mujeres, proporción que iba de 25% en América del Norte a 31 y 51% en América Latina y el Caribe, respectivamente (ONUSIDA, informe de 2006). La razón entre el número de hombres y el número de mujeres en los casos notificados de sida está bajando rápidamente en la Región. A nivel regional, la proporción de todos los casos notificados en adultos (cuyo sexo se indicó) correspondiente a las mujeres ha aumentado con el transcurso del tiempo, de 6,1% antes de 1994 a 15,8% en 1999; en 2002, la proporción era de 16,5%. La epidemia está afectando a un número creciente de jóvenes. Según los cálculos del ONUSIDA, en ALC el número de menores de 15 años afectados aumentó de 130.000 en 2003 a 140.000 en 2005. Se dispone de pocos datos recientes sobre la infección por el VIH en los indígenas, pero Canadá informa que son afectados desproporcionadamente por la infección por el VIH (Plan Regional de la OPS/OMS para la Infección por el VIH/ITS, 2006-2015). En comunidades indígenas y en algunas comunidades étnicas se han encontrado tasas de infección por el VIH superiores a las de la población general.

103. Hasta la fecha, la mayoría de las infecciones se deben a las relaciones sexuales sin protección. Sin embargo, en varios países del Cono Sur, el uso de drogas inyectables es el principal factor determinante de la transmisión.

104. A pesar de la introducción de los antirretrovíricos, las muertes debidas al sida siguen aumentando en la Región. Se calcula que el número de defunciones de adultos y niños debidas al sida aumentó de 97.000 en 2003 a 104.000 en 2005. Sin embargo, con la introducción temprana de antirretrovíricos se observó una disminución de la mortalidad notificada en algunos países (Bahamas, Canadá, Estados Unidos, Brasil).

105. Al mismo tiempo que la Región responde a la amenaza planteada por la epidemia de infección por el VIH/sida, sigue enfrentando el problema de la propagación de infecciones de transmisión sexual (ITS). Se calcula que, anualmente, se producen 50 millones de casos nuevos de ITS en las Américas. En estudios realizados en algunos países del Caribe se comprobó que los pacientes con ITS se ven gravemente afectados por la epidemia de infección por el VIH. En varios casos, las tasas de prevalencia de la infección por el VIH son de dos a seis veces mayores en los pacientes con ITS que en la población general. Es difícil determinar la magnitud de las ITS en la Región debido a los datos limitados, la subnotificación y las fallas de los sistemas de vigilancia. Algunos ejemplos de datos de diferentes países y métodos ilustran el problema. En un centro centinela de Chile, de 10.525 consultas por ITS entre 1999 y 2003, 22% fueron de pacientes en quienes se diagnosticó condiloma; 10,4%, sífilis latente; y 10,1%, gonorrea. La misma proporción de casos de gonorrea y sífilis se observó en los pacientes con ITS en Nicaragua durante el período de 2000 a 2002. En una encuesta basada en la población (4) realizada en 2004 entre los adultos en Barbados se observó que 14,3% de esa población tenía gonorrea o clamidiasis. En los Estados Unidos, los casos de sífilis primaria y secundaria disminuyeron entre 1990 y 2000. Sin embargo, los casos de sífilis aumentaron durante el período 2000-2002 y siguieron aumentando desde 2002 (6.862 casos) hasta fines de 2003 (7.177 casos). Las encuestas realizadas para determinar la prevalencia de la sífilis en distintas poblaciones de riesgo elevado han demostrado que los grupos vulnerables en América Latina se ven afectados en gran medida por las ITS. Por ejemplo, en 2003 la prevalencia de la sífilis en Paraguay era de 4,33% en los donantes de sangre y de 6% en las embarazadas, en comparación con una tasa de prevalencia elevada de 37,4% en las trabajadoras sexuales. En 2004, en una encuesta realizada por el Ministerio de Salud de Guyana se llegó a la conclusión de que 27% de las trabajadoras sexuales tenían sífilis. En América Latina y el Caribe, a 330.000 embarazadas al año se les diagnostica sífilis pero no son tratadas adecuadamente. Eso da lugar al nacimiento de 110.000 niños al año con sífilis congénita, de los cuales en 2003 se notificaron sólo 15.570 en 11 países de América Latina y el Caribe. En los países donde los casos de sífilis congénita se notifican anualmente, se observa una tendencia creciente. En Venezuela, los casos pasaron de 50 en 2000 a 135 en 2002. En Brasil, la tasa de sífilis congénita aumentó de 1 por 1.000 nacidos vivos en 2001 a 1,5 por 1.000 nacidos vivos en 2003.

106. Los retos para el sector de la salud siguen siendo fortalecer su capacidad para llevar a cabo intervenciones de salud pública que combinen la prevención, la atención y

el tratamiento a fin de reducir más el número de infecciones nuevas por el VIH y proporcionar atención y apoyo a las infectadas por el VIH. La búsqueda del acceso universal a la prevención, la atención y el tratamiento será el foco de las intervenciones del sector de la salud en el próximo decenio.

Malaria

107. La malaria es una enfermedad prevenible y tratable, de transmisión vectorial, que aqueja aproximadamente a un millón de personas al año en las Américas. Uno de cada tres habitantes de la Región corre el riesgo de contraer la infección y 21 países de la Región tienen zonas donde la malaria se considera endémica, mientras que otras naciones notifican casos importados que podrían reintroducir la transmisión local si no se manejan debidamente.

108. Las embarazadas y los niños se consideran vulnerables en todo el mundo. En las Américas, la población vulnerable incluye las personas infectadas por el VIH o aquejadas de sida, los viajeros, los mineros, los leñadores, los trabajadores de plantaciones de bananas y caña de azúcar, los grupos indígenas, los habitantes de zonas con conflictos armados o sociales y las personas que viven a lo largo de zonas fronterizas o de interés epidemiológico común.

109. La enfermedad y la mortalidad relacionadas con la malaria representan una gran carga para la economía de las Américas, ya que entre 55 y 64% de los casos corresponden a personas en sus años de vida económicamente más productivos.

Tuberculosis

- La tuberculosis es una enfermedad prevenible y curable que está lejos de haberse eliminado como problema de salud pública en la Región. A pesar del progreso realizado en las Américas en el último decenio, se calcula que se producen más de 447.000 casos y aproximadamente 50.000 defunciones al año. La tuberculosis afecta predominantemente a la población adulta en edad fecunda: 61% de los casos infecciosos notificados en 2005 tenían entre 15 y 44 años de edad.
- Aunque la tuberculosis puede afectar a cualquiera, hay grupos vulnerables específicos con la mayor carga de la enfermedad: los pobres, los migrantes, los marginados, los presos, las personas infectadas por el VIH o aquejadas de sida y los indígenas.
- Hay diferencias pronunciadas de la carga de morbilidad entre los países de la Región. En los países con economías de mercado consolidadas, la incidencia es de 5 casos por 100.000 habitantes. Sin embargo, en los países con recursos limitados la tasa de incidencia excede de 100 casos por 100.000 habitantes. Doce países notificaron 80% de la carga total de tuberculosis en las Américas.

- Con la aplicación de la estrategia de tratamiento acortado directamente observado (DOTS) se ha avanzado en el control de esta enfermedad: 33 países habían aplicado esta estrategia en 2005, con una cobertura de 88%. Sin embargo, la falta de cobertura total de los servicios y las deficiencias en su calidad impidieron que la Región alcanzara plenamente las metas de la OMS para 2005 (diagnóstico de 70% como mínimo de las personas con tuberculosis infecciosa, con la estrategia de DOTS, y curación de 85% como mínimo). En la Región se detectaron 65% de los casos infecciosos (2005) y se curaron 80% (2004) con la estrategia de DOTS.
- Los principales problemas para el control de la tuberculosis en la Región son la epidemia de infección por el VIH/sida, la tuberculosis multirresistente y la tuberculosis extremadamente farmacorresistente, junto con los puntos débiles de los sistemas de salud y la crisis de recursos humanos. En los casos nuevos de tuberculosis, la prevalencia de la infección por el VIH se sitúa entre 8 y 10% y la multirresistencia primaria es de 1,2%, con diferencias importantes entre los países. Estos problemas tienen efectos negativos en los programas nacionales de control de la tuberculosis porque la carga de la enfermedad, incluida su mortalidad, podría aumentar.
- El uso inadecuado de medicamentos de segunda línea está generando resistencia a estos medicamentos. Con el aumento de la tuberculosis extremadamente farmacorresistente, la tasa de letalidad podría aumentar, así como el costo para el sistema de salud.

Enseñanzas aprendidas

- Las iniciativas anteriores y en curso en relación con la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria (por ejemplo, “Tres millones para 2005”, la estrategia Alto a la Tuberculosis y el Plan Mundial Alto a la Tuberculosis 2006-2015, Hacer Retroceder el Paludismo y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria) han sido buenos catalizadores a nivel mundial, regional y nacional de un esfuerzo de más largo plazo para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El imperativo consiste en acercarse al acceso universal a intervenciones de prevención, tratamiento y atención para combatir las tres enfermedades.
- Las intervenciones contra estas enfermedades pueden ampliarse incluso en las situaciones de mayor penuria de recursos, pero es indispensable contar con una planificación sólida, financiamiento sostenible e infraestructuras con una base muy firme.
- El fortalecimiento de los sistemas de salud, el apoyo financiero suficiente, los hitos claros, el seguimiento y la evaluación sólidos y alianzas mejoradas con una mayor coordinación son ingredientes esenciales para ampliar las intervenciones contra las tres enfermedades a fin de alcanzar la meta de acceso universal.

- Hay diversos puntos de acceso y oportunidades para ampliar las intervenciones de prevención, tratamiento y atención orientadas a la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria en situaciones de escasez de recursos, incluida la prestación de servicios integrados.
- La participación de las comunidades, las personas afectadas, las organizaciones de la sociedad civil, el sector privado y otros interesados directos pertinentes es esencial para lograr el sentido de pertenencia y la sostenibilidad locales.
- Las principales dificultades siguen siendo aumentar las intervenciones a nivel de país, conseguir el financiamiento sostenible y su uso eficaz, orientar los recursos económicos y humanos hacia resultados claros en el ámbito de la salud pública, establecer los nexos con programas e iniciativas pertinentes, fomentar la sinergia entre las intervenciones y las modalidades de prestación de servicios, reducir al mínimo la competencia entre los diversos programas contra enfermedades, y crear y evaluar instrumentos de intervención más eficaces.
- Es necesario fortalecer más la armonización y convergencia de los programas en los diversos niveles de trabajo (mundial, regional, subregional, de país y comunitario).
- Se debe hacer hincapié en la claridad y la comprensión común de los objetivos y conceptos de los programas.
- Es necesario mantener la focalización programática, así como la constancia y la uniformidad de los esfuerzos, a pesar de la naturaleza y los factores complejos de estas enfermedades.
- Los recursos son limitados y deben optimizarse los esfuerzos y los resultados.
- Hay que reforzar la responsabilización en la Organización y su esfera de influencia.
- Se debe mantener un enfoque dinámico y más previsor.
- Se deben buscar, facultar y mantener defensores de la causa y fortalecer los recursos humanos.
- Deben reducirse al mínimo las disparidades entre la norma y la práctica.
- La participación de todos los proveedores de servicios de salud (públicos, privados y tradicionales) brinda oportunidades para aumentar el acceso a servicios de prevención, control y tratamiento de la tuberculosis, la infección por el VIH y la malaria, en particular a grupos vulnerables (es decir, indígenas, presos, trabajadores sexuales, migrantes, etc.).

Enfoques estratégicos

110. Para la ejecución de este objetivo estratégico, la OSP utilizará los siguientes enfoques estratégicos:

- Cooperación técnica impulsada por el país, asignación de prioridad a los países según la magnitud del problema y la naturaleza de la respuesta del sector de la salud e intensificación del apoyo directo a los países. Las oficinas de país

- fortalecerán su respuesta a fin de abordar estas enfermedades de forma integral, señalando los mecanismos necesarios para crear sinergias y armonizar recursos en la cooperación técnica y en la ejecución del plan de trabajo bienal.
- Acción subregional para responder a la diversidad de la Región. Trabajo en colaboración con entidades y mecanismos coordinadores subregionales (es decir, SISCA, RESSCAD, COCISS, ORAS, REMSAA, CARICOM, PANCAP, etc.).
 - Acción interprogramática. Se promoverá una labor conjunta de planificación, ejecución, seguimiento y evaluación en torno a temas comunes entre las tres unidades responsables de la prevención y el control de estas enfermedades. Los recursos humanos y la farmacorresistencia son dos temas prioritarios que requerirán un esfuerzo conjunto.
 - Cooperación técnica entre países para facilitar la labor.
 - Promoción del acceso universal equitativo a la prevención, la atención y el tratamiento de la infección por el VIH y otras ITS, así como la tuberculosis y la malaria, y de la eliminación del estigma y la discriminación contra las personas con tuberculosis o con la infección por el VIH y contra los grupos vulnerables.
 - Fortalecimiento de alianzas y de la colaboración a nivel regional, subregional y de país.
 - Integración de la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria en la OSP mediante la creación de mecanismos para la acción interprogramática e interdisciplinaria con el propósito de combatir estas enfermedades, procurando la sinergia y la mancomunación de recursos y pericia según sea necesario.
 - Apoyo técnico a la ejecución de los planes regionales para combatir la infección por el VIH y otras ITS, la tuberculosis y la malaria, que abarcará las siguientes tareas:
 - fortalecer las funciones de salud pública de los sistemas de salud para combatir eficazmente la infección por el VIH y otras ITS, la tuberculosis y la malaria mediante la formulación de políticas nacionales y locales pertinentes y propicias, así como el fomento del liderazgo y de una buena gestión;
 - fortalecer y mantener los recursos humanos y las redes de proveedores, incluidos los proveedores públicos, privados y tradicionales;
 - obtener financiamiento y mantenerlo;
 - adoptar enfoques interculturales y que tengan en cuenta las cuestiones de género para la prevención y el control de las tres enfermedades;
 - ofrecer un paquete de intervenciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, atención y apoyo para la infección por el VIH, la tuberculosis y la malaria, incluido el manejo clínico de la farmacorresistencia (resistencia a los antirretrovíricos, multirresistencia y farmacorresistencia extrema);

- fortalecer el seguimiento, la evaluación y los sistemas de vigilancia para la adopción de decisiones y la responsabilización con respecto a las metas en materia de infección por el VIH, tuberculosis y malaria;
- asegurar la disponibilidad y el uso adecuado de medicamentos de buena calidad, medios de diagnóstico y productos básicos para la salud, continuando el apoyo al Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública;
- ampliar las redes de laboratorio con garantía de calidad;
- prestar servicios a poblaciones de difícil acceso y grupos vulnerables (incluidos los indígenas);
- dar poder de decisión a las personas y comunidades afectadas;
- propiciar y promover la investigación para impulsar la prevención, el tratamiento y la atención; y
- tomar medidas para combatir la infección en los establecimientos de salud y en poblaciones aglomeradas, a fin de proteger a los pacientes, el personal sanitario y la comunidad.

Premisas y riesgos

111. Las siguientes premisas y prerequisites son esenciales para alcanzar este objetivo estratégico:

- que se siga reconociendo que la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria constituyen una prioridad en todos los niveles del programa de acción sanitaria nacional e internacional y se les asignen suficientes recursos;
- que se fortalezcan los sistemas nacionales de salud en consecuencia para alcanzar el acceso universal a los servicios y la atención de salud esenciales; y
- que los interesados directos trabajen de forma sinérgica para alcanzar las metas y los objetivos comunes.

112. Los siguientes riesgos podrían obstaculizar la consecución del objetivo estratégico:

- que resulte difícil obtener y mantener los recursos necesarios, tanto para la OSP como para los Estados Miembros, a medida que surjan prioridades mayores, que aumente el costo de los servicios debido a la índole crónica de la infección por el VIH y el tratamiento de la resistencia emergente (resistencia a los antirretrovíricos, tuberculosis multirresistente y tuberculosis extremadamente farmacorresistente) y, en particular, que resulte cada vez más difícil atraer recursos para la Región;
- que no se mantengan los avances sanitarios de la lucha contra la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria en los países menos adelantados sin un mayor compromiso político y financiero; y

- que el liderazgo de la OPS/OMS entre el número creciente de colaboradores y la interacción entre ellos sean difíciles de mantener, especialmente ante la competencia creciente por recursos y los problemas especiales planteados por la coordinación y la armonización.

Resultados previstos a nivel regional				
RPR N.º	Se habrá reforzado la capacidad de los países con endemias para aumentar la cobertura de los servicios de prevención, tratamiento y atención de la infección por el VIH, la malaria y la tuberculosis entre los pobres y las poblaciones de difícil acceso y vulnerables.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
2.1.1	Número de países que reciben apoyo que han alcanzado las metas nacionales de intervención referentes a la infección por el VIH/sida conforme al objetivo de acceso universal a su prevención, tratamiento y atención.	9	12	15
2.1.2	De los 21 países donde la malaria es endémica, número que ejecuta todos los componentes de la Estrategia Mundial de Lucha contra el Paludismo, en el contexto de la Iniciativa "Hacer retroceder el paludismo" y el Plan Regional de la OPS para la MALARIA en las Américas, 2006-2010, y trabaja para alcanzar las metas nacionales en lo que respecta a las intervenciones.	20/21	21/21	21/21
2.1.3.1	Número de países que detectan 70% de los casos estimados de TUBERCULOSIS pulmonar con frotis positivo.	13	21	25
2.1.3.2	Número de países con una tasa de éxito del tratamiento de 85% de la cohorte de pacientes con TUBERCULOSIS.	10/25	21/25	25/25
2.1.4	Número de países que han alcanzado las metas de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual (diagnosticar, tratar y orientar debidamente en los consultorios de atención primaria a 70% de las personas que padecen esas infecciones).	Por determinar en 2007	25	40
2.1.5	Número de países que colaboran con los ministerios de justicia o del interior para controlar la tuberculosis y la infección por el VIH en los presos.	10	18	25
2.1.6	Número de países con planes de trabajo y programas en funcionamiento para el control de la TUBERCULOSIS en pueblos indígenas (16 países con población indígena).	8/16	12/16	15/16
2.1.7	Número de países que aplican estrategias de control de la TUBERCULOSIS en ciudades grandes (12 países con ciudades de más de 2 millones de habitantes).	3	5	12

<p>RPR N.º 2.2</p>	<p>Se habrá prestado apoyo político y técnico a los países con miras a extender la realización de intervenciones <u>que tengan en cuenta las cuestiones de género</u> en materia de prevención, tratamiento y atención de la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria, con inclusión de la capacitación y la prestación de servicios integrados, la ampliación de las redes de proveedores de servicios, el fortalecimiento de la capacidad de laboratorio y mejores vínculos con otros servicios de salud, como los de salud reproductiva, salud de la madre, el recién nacido y el niño, infecciones de transmisión sexual, nutrición, tratamiento de la drogadicción, atención respiratoria, enfermedades desatendidas e higiene del medio.</p>			
<p>Indicador N.º</p>	<p>Indicador</p>	<p>Punto de partida para el indicador (fines de 2007)</p>	<p>Objetivo fijado para 2009</p>	<p>Objetivo fijado para 2013</p>
<p>2.2.1.1</p>	<p>Número de países destinatarios que tienen políticas integradas, coordinadas y sensibles a la dimensión de género sobre la infección por el VIH/sida.</p>	<p>Por determinar</p>	<p>20</p>	<p>25</p>
<p>2.2.1.2</p>	<p>Número de países destinatarios que han formulado políticas integradas, coordinadas y sensibles a la dimensión de género sobre la TUBERCULOSIS.</p>	<p>0/25</p>	<p>15/25</p>	<p>25/25</p>
<p>2.2.1.3</p>	<p>Número de países destinatarios con políticas integradas, coordinadas y sensibles a la dimensión de género sobre la MALARIA, en particular para las embarazadas.</p>	<p>0/21</p>	<p>8/21</p>	<p>12/21</p>
<p>2.2.2.1</p>	<p>Número de países que tienen sólidos planes nacionales estratégicos relativos al personal de salud, incluidas políticas y prácticas de gestión en materia de incentivos, reglamentación y retención, con referencia a los problemas concretos que plantea la infección por el VIH/sida.</p>	<p>2</p>	<p>20</p>	<p>40</p>
<p>2.2.2.2</p>	<p>Número de países que tienen sólidos planes nacionales estratégicos relativos al personal de salud, incluidas políticas y prácticas de gestión en materia de incentivos, reglamentación y retención, con referencia a los problemas concretos que plantea la TUBERCULOSIS.</p>	<p>0/25</p>	<p>10/25</p>	<p>25/25</p>
<p>2.2.2.3</p>	<p>Número de países que tienen sólidos planes nacionales estratégicos relativos al personal de salud, incluidas políticas y prácticas de gestión en materia de incentivos, reglamentación y retención, con referencia a los problemas concretos que plantea la MALARIA.</p>	<p>0/21</p>	<p>10/21</p>	<p>21/21</p>
<p>2.2.3.1</p>	<p>Número de países que vigilan el acceso a servicios de salud de buena calidad y donde se tienen en cuenta las cuestiones de género, referentes a la infección por el VIH/sida.</p>	<p>2</p>	<p>20</p>	<p>40</p>
<p>2.2.3.2</p>	<p>Número de países que vigilan el acceso a servicios de salud de buena calidad y donde se tienen en cuenta las cuestiones de género, referentes a la TUBERCULOSIS.</p>	<p>0/25</p>	<p>10/25</p>	<p>25/25</p>
<p>2.2.3.3</p>	<p>Número de países que vigilan el acceso a servicios de salud de buena calidad y donde se tienen en cuenta las cuestiones de género, referentes a la MALARIA.</p>	<p>8/21</p>	<p>18/21</p>	<p>21/21</p>
<p>2.2.4</p>	<p>Número de países donde otros proveedores de servicios de salud (públicos, privados con fines de lucro y sin fines de lucro, mixtos) participan en las actividades de control de la TUBERCULOSIS.</p>	<p>6/25</p>	<p>9/25</p>	<p>15/25</p>

2.2.5	Número de países que incluyen el tratamiento de la TUBERCULOSIS multirresistente en la estrategia de DOTS y podrían prevenir y tratar la tuberculosis extremadamente farmacorresistente.	13/25	20/25	25/25
2.2.6	Número de países que realizan el manejo sintomático de enfermedades respiratorias en la atención primaria de salud (iniciativa PAL o “enfoque práctico de la salud pulmonar”).	5/25	11/25	21/25
2.2.7	Número de países con redes de laboratorio de TUBERCULOSIS que cumplen las normas internacionales.	5/25	10/25	25/25
RPR N.º 2.3	Se habrá dado orientación y apoyo técnico a nivel regional respecto de las políticas y los programas a fin de promover el acceso equitativo a medicamentos esenciales de calidad garantizada para la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria, y su utilización racional, incluido el uso de estrategias apropiadas de control de vectores, por los prescriptores y consumidores, y de asegurar el suministro ininterrumpido de medios de diagnóstico, sangre segura y otros productos sanitarios esenciales.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
2.3.1.1	Número de normas mundiales relacionadas con la infección por el VIH/sida examinadas, adaptadas a las necesidades regionales y adoptadas.	4	7	10
2.3.1.2	Número de países que aplican normas regionales nuevas o actualizadas y normas de calidad a los medios de diagnóstico de la TUBERCULOSIS.	2/25	5/25	8/25
2.3.1.3	Número de países que siguen directrices revisadas o actualizadas para el diagnóstico y el tratamiento de la MALARIA.	16/21	21/21	21/21
2.3.1.4	Número de países que aplican normas nuevas o actualizadas y normas de calidad a los medicamentos y medios de diagnóstico para la infección por el VIH/sida.	Por determinar	11	40
2.3.2.1	Número de países con incidencia elevada de MALARIA por <i>P. falciparum</i> que ofrecen el tratamiento combinado basado en artemisinina obtenida de un fabricante precalificado.	6/13	10/13	13/13
2.3.2.2	Número de países donde la MALARIA es endémica que realizan encuestas regulares sobre la calidad de los medicamentos antimaláricos.	8/21	20/21	20/21
2.3.3.1	Número de países que reciben apoyo para aumentar el acceso a medicamentos esenciales asequibles para la TUBERCULOSIS cuyo suministro está integrado en el sistema farmacéutico nacional.	33/33	33/33	33/33
2.3.3.2	Número de países donde la malaria es endémica que reciben apoyo para aumentar el acceso a medicamentos asequibles para la MALARIA cuyo suministro está integrado en el sistema farmacéutico nacional.	21/21	21/21	21/21
2.3.3.3	Número de países que reciben apoyo para aumentar el acceso a medicamentos esenciales asequibles para la infección por el VIH/sida, cuyo suministro está integrado en el sistema farmacéutico nacional, con precios negociados por medio del Fondo Estratégico.	17	18	21

2.3.3.4	Número de países que adquieren medicamentos ANTITUBERCULOSOS de primera línea por medio del Fondo Estratégico de la OPS.	1	5	10
2.3.4	Número acumulativo de pacientes tratados con apoyo del Servicio Mundial de Medicamentos contra la TUBERCULOSIS.	40,000	60,000	100.000
2.3.5.1	Número de países donde se realiza un control de calidad garantizado de toda la sangre donada a fin de detectar el VIH.	32	35	40
2.3.5.2	Número de países donde todas las inyecciones con fines médicos se administran con equipo seguro como parte de la estrategia para prevenir la transmisión del VIH asociada a los servicios de salud.	Por determinar	20	40
RPR N.º 2.4	Se habrán fortalecido y ampliado los sistemas de vigilancia, evaluación y seguimiento en los planos mundial, regional y nacional para seguir de cerca el progreso en la consecución de los objetivos y la asignación de recursos para la lucha contra la infección por el VIH/sida, la malaria y la tuberculosis y para determinar las repercusiones de las medidas de control y la evolución de la farmacorresistencia.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
2.4.1.1	Número de países destinatarios que recopilan, analizan y presentan sistemáticamente datos sobre la cobertura, los resultados y las repercusiones de la vigilancia en relación con la TUBERCULOSIS utilizando los métodos normalizados de la OMS, incluido el desglose apropiado por edad y sexo.	26	30	35
2.4.1.2	Número de países con endemividad que usan indicadores epidemiológicos para el seguimiento y que evalúan la carga de morbilidad de la MALARIA.	21/21	21/21	21/21
2.4.1.3	Número de países que recopilan, analizan y presentan sistemáticamente datos sobre la cobertura, los resultados y las repercusiones de la vigilancia en relación con la infección por el VIH/sida utilizando los métodos normalizados de la OMS, incluido el desglose apropiado por edad y sexo.	Por determinar	20	40
2.4.2.1	Número de países destinatarios que proporcionan a la OMS datos anuales sobre la vigilancia, el seguimiento y las asignaciones financieras para su inclusión en los informes mundiales anuales sobre el control de la TUBERCULOSIS y la consecución de las metas.	27	30	40
2.4.2.2	Número de países que proporcionan a la OMS datos anuales sobre la vigilancia, el seguimiento y las asignaciones financieras para su inclusión en los informes mundiales anuales sobre el control de la malaria y la consecución de las metas.	21/21	21/21	21/21
2.4.2.3	Número de países que proporcionan a la OMS datos anuales sobre la vigilancia, el seguimiento y las asignaciones financieras para su inclusión en los informes mundiales anuales sobre el control de la infección por el VIH/sida y la consecución de las metas.	Por determinar	40	40

2.4.3.1	Número de países que comunican datos desglosados por edad y sexo, obtenidos de la vigilancia y el seguimiento de la farmacorresistencia de la TUBERCULOSIS.	0/25	10/25	25/25
2.4.3.2	Número de países con endemidad que comunican datos desglosados por edad y sexo, obtenidos de la vigilancia y el seguimiento de la farmacorresistencia de la malaria.	8/21	20/21	20/21
2.4.3.3	Número de países que comunican datos desglosados por edad y sexo, obtenidos de la vigilancia y el seguimiento de la farmacorresistencia de la infección por el VIH/sida.	Por determinar	30	40
2.4.4	Número de países que comunican datos obtenidos de la vigilancia y el seguimiento de la coinfección de tuberculosis y VIH.	15	20	40
RPR N.º 2.5	Se habrán logrado el compromiso político y la movilización de recursos a través de la promoción y el fomento de alianzas contra el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis en los planos nacional, regional y mundial.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
2.5.1.1	Número de países destinatarios con alianzas funcionales para la lucha contra la TUBERCULOSIS.	4/25	8/25	25/25
2.5.1.2	Número de países donde la malaria es endémica que participan activamente en redes y mecanismos de colaboración para combatir la MALARIA en la Región.	21/21	21/21	21/21
2.5.1.3	Número de países con alianzas funcionales para la lucha contra la infección por el VIH/sida.	Por determinar	20	40
2.5.2.1	Número de países destinatarios que reciben apoyo de la OPS/OMS a fin de tener acceso a recursos económicos o incrementar la absorción de fondos para combatir la TUBERCULOSIS.	13/25	15/25	25/25
2.5.2.2	Número de países que reciben apoyo de la OSP a fin de tener acceso a recursos económicos internacionales para combatir la malaria.	12/21	14/21	14/21
2.5.2.3	Número de países que reciben apoyo de la OPS/OMS a fin de tener acceso a recursos económicos o incrementar la absorción de fondos para combatir la infección por el VIH/sida.	Por determinar	15	20
2.5.3.1	Número de países que hacen participar a las comunidades, las personas afectadas por las enfermedades, las organizaciones de la sociedad civil y el sector privado en la planificación, el diseño, la ejecución y la evaluación de los programas contra la TUBERCULOSIS.	3/25	10/25	25/25
2.5.3.2	Número de países con endemidad que participan en redes activas y mecanismos de colaboración para la lucha contra la MALARIA en la Región que incluyen el sector académico y otros sectores insuficientemente representados, incluidas las comunidades, las organizaciones de la sociedad civil y el sector privado.	12/21	21/21	21/21
2.5.3.3	Número de países que hacen participar a las comunidades, las personas afectadas por las enfermedades, las organizaciones de la sociedad civil y el sector privado en la planificación, el diseño, la ejecución y la evaluación de los programas contra la infección por el VIH/sida.	Por determinar	20	40

RPR N.º 2.6	Se habrán obtenido y validado nuevos conocimientos e instrumentos de intervención y estrategias acordados con las necesidades prioritarias en materia de prevención y control de la infección por el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria y se habrá asegurado su disponibilidad y accesibilidad.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
2.6.1.2	Número de países con endemidad con un temario de investigaciones claro y en marcha que presta suficiente atención al diagnóstico y el tratamiento de la MALARIA.	8/21	21/21	21/21
2.6.1.3	Número de países que realizan investigaciones sobre el manejo integrado de vectores de la MALARIA.	14/21	21/21	21/21
2.6.2.1	Número de nuevas y mejores intervenciones y estrategias de ejecución relativas a la TUBERCULOSIS cuya eficacia se ha comprobado y respecto de las cuales se han proporcionado datos probatorios a las instituciones pertinentes para la adopción de decisiones de política.	3	5	6
2.6.2.2	Número de países con endemidad que siguen directrices revisadas o actualizadas para el diagnóstico y el tratamiento de la MALARIA y el control de vectores (por ejemplo, mosquiteros tratados con insecticidas).	15/21	21/21	21/21
2.6.2.3	Número de nuevas y mejores intervenciones y estrategias de ejecución relativas a la infección por el VIH/sida cuya eficacia se ha comprobado y respecto de las cuales se han proporcionado datos probatorios a las instituciones pertinentes para la adopción de decisiones de política.	Por determinar	2	4
2.6.3.1	Número de publicaciones arbitradas emanadas de investigaciones realizadas con apoyo de la OPS/OMS sobre el VIH/SIDA cuyo autor principal trabaja en una institución de un país en desarrollo.	No se dispone de información sobre el punto de partida; se determinará en 2007.	3	7
2.6.3.2	Número de países que están implantando las investigaciones operativas en los planes del programa nacional contra la TUBERCULOSIS y publicando sus estudios.	0/25	5/25	15/25
RPR N.º 2.7	Se habrá proporcionado apoyo a los países para fortalecer las estrategias de movilización de recursos y establecer mecanismos para aumentar la capacidad de absorción de recursos.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
2.7.1	Asignación de un presupuesto medio previsto por persona con riesgo de contraer MALARIA a fin de apoyar los programas e intervenciones de lucha contra la malaria en los 21 países con endemidad.	US\$ 0,65 por persona en riesgo	Por determinar según las necesidades previstas de prevención y control	Por determinar según las necesidades previstas de prevención y control

RPR N.º 2.8	Se habrá incrementado la capacidad de los países en desarrollo para tomar la delantera en las investigaciones sobre la infección por el VIH, la tuberculosis y la malaria.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
2.8.1.1	Número de países con un temario claro y bien ejecutado de investigaciones sobre la MALARIA que presta suficiente atención al fortalecimiento de los sistemas de salud y a la creación de capacidad a nivel de país.	8/21	13/21	15/21
2.8.1.2	Número de países con un temario claro y bien ejecutado de investigaciones sobre la TUBERCULOSIS que presta suficiente atención al fortalecimiento de los sistemas de salud y a la creación de capacidad a nivel de país.	0/25	5/25	15/25
2.8.1.3	Número de países con un temario claro y bien ejecutado de investigaciones que presta suficiente atención al fortalecimiento de los sistemas de salud y a la creación de capacidad a nivel de país.	4	21	21

Objetivo estratégico 3

Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos

Alcance

113. Este objetivo estratégico abarca la formulación de políticas, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de programas, el fortalecimiento de sistemas y servicios de salud y rehabilitación, la ejecución de programas de prevención y el aumento de la capacidad en las áreas de enfermedades crónicas no transmisibles (incluidas las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas, la diabetes, las deficiencias visuales y auditivas y los trastornos genéticos); trastornos mentales, del comportamiento, neurales y de uso de sustancias psicoactivas; traumatismos ocasionados por accidentes de tránsito, ahogamiento, quemaduras, intoxicación, caídas y violencia en la familia, la comunidad o entre grupos organizados; y discapacidad por todas las causas. Este objetivo estratégico tiene algunas características notables, entre las cuales cabe señalar las siguientes:

- Es integral y requiere una combinación de intervenciones individuales y dirigidas a la población.
- Es integrado y abarca estrategias de prevención y control centradas en importantes enfermedades crónicas (cardiopatías, accidente cerebrovascular, cáncer, diabetes, hipertensión, trastornos mentales o traumatismos y discapacidad), factores de riesgo interrelacionados (por ejemplo, régimen alimentario, actividad física, tabaco, alcohol, abuso de drogas, comportamiento vial) y factores determinantes sociales.
- Es intersectorial porque los principales factores determinantes de la carga de morbilidad crónica se encuentran fuera del sector de la salud (por ejemplo, pobreza, leyes, reglamentos, impuestos, fijación de precios, políticas agropecuarias, nutrición escolar, transporte público).
- Adopta un enfoque de la totalidad del ciclo de vida porque las enfermedades crónicas tienen en común múltiples causas y vías, así como un largo período de evolución, que a menudo comienza antes del nacimiento, causan más de una comorbilidad y se producen a lo largo de la vida, ocasionando a menudo deficiencias funcionales o discapacidad, depresión y una muerte prematura, tienden a avanzar con el envejecimiento y son afectadas también por el entorno físico y social y el apoyo que brinda el medio, por microorganismos patógenos, por riesgos ocupacionales y domésticos, y por la calidad y la accesibilidad de la atención de salud.

114. **Indicadores y metas**

- Reducir las tasas de mortalidad por las principales enfermedades crónicas graves un 2% al año por encima de las tendencias actuales.
- Detener y empezar a revertir las tendencias crecientes actuales de los trastornos mentales, del comportamiento, neurales y de uso de sustancias psicoactivas (objetivo específico por determinar).
- Detener y empezar a revertir la tendencia actual a un aumento de la mortalidad por traumatismos (reducción de 2% al año de la tasa de mortalidad por traumatismos).

Temas y desafíos

- Las enfermedades crónicas, los trastornos mentales, la violencia y los traumatismos, que son las causas principales de muerte y discapacidad en casi todos los países, causando 75% de todas las defunciones y la mayor parte de los gastos sanitarios, están aumentando rápidamente. Algunos de estos problemas afectan a hombres y mujeres de diferente modo y otros afectan desproporcionadamente a algunas razas o grupos étnicos.
- La mayor parte de esta carga creciente recaerá en países de ingreso mediano y bajo, pero su manejo es fragmentado y la atención terciaria todavía consume la mayor parte de los recursos.
- Hay una amplia gama de soluciones de eficacia comprobada en función de los costos que abarcan desde la promoción y la prevención hasta el manejo de enfermedades.
- La mayoría de los principales factores determinantes de las enfermedades crónicas se encuentran fuera del sector de la salud (régimen alimentario, actividad física, alcohol, tabaco).
- Sensibilización insuficiente del público que realmente importa acerca de las repercusiones humanas y económicas y la disponibilidad de intervenciones eficaces en función del costo; concientización insuficiente acerca de la conexión entre las enfermedades crónicas y la pobreza; no se menciona explícitamente en los ODM.
- Los recursos disponibles en la Organización no son proporcionales a la magnitud del problema y están fragmentados.
- No hay datos e información suficientemente fidedignos para establecer los puntos de partida y dar seguimiento al progreso, especialmente en relación con los factores de riesgo, y la capacidad de los países varía mucho en lo que concierne a la recopilación, el análisis, la presentación y el uso de datos sobre enfermedades no transmisibles en los programas y las políticas.
- Los retos en este contexto son aumentar la conciencia sobre la magnitud del problema y el potencial de la promoción de la salud y la prevención de

enfermedades, fomentar la voluntad política y las alianzas internacionales para abordar el problema, iniciar o profundizar una colaboración multisectorial apropiada, combinar de forma sinérgica los recursos de que dispone la Organización y generar los recursos adicionales necesarios en un entorno de intereses en pugna, establecer sistemas de datos e información para mejorar la formulación de políticas, la planificación, el seguimiento y la evaluación, especialmente en lo que se refiere a factores de riesgo modificables tales como el comportamientos y los datos sobre costos conexos, y reorientar los servicios de salud hacia la prevención y la actitud de los proveedores de servicios con respecto a la estigmatización de los problemas de salud mental, competencia cultural, etc.

Enfoques estratégicos

- Llevar a cabo una labor normativa y de promoción con los gobiernos, incluida una campaña de promoción dirigida por lo menos a la mitad de los gabinetes durante el período comprendido en el plan, recalando la acción intersectorial, las políticas públicas saludables y las alianzas publicoprivadas.
- Ejercer un efecto multiplicador en los movimientos subregionales de integración; por ejemplo, del Caribe, Centroamérica, la subregión andina y el Cono Sur.
- Fortalecer la vigilancia, la investigación y la base de información para la formulación de políticas, la planificación y la evaluación, especialmente en lo que se refiere a factores de riesgo, usando el método progresivo de vigilancia de la OMS y estableciéndolo de forma sostenible al menos en la mitad de los países.
- Desplazar el punto de equilibrio hacia la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, incluida una variedad de políticas públicas saludables de nutrición y actividad física, control del tabaco y el alcohol, y prevención de traumatismos y fomento de la salud mental en los lugares donde la gente vive y trabaja.
- Reorientar los servicios de salud y el manejo integrado de enfermedades y factores de riesgo hacia la prevención del estrés y el enfoque de atención primaria de salud, los exámenes médicos preventivos, etc., y utilizar el Fondo Estratégico a fin de influir en los países para racionalizar y reducir el costo de los medicamentos necesarios para el tratamiento de las enfermedades crónicas.
- Realizar un trabajo programático dentro de la Organización, conectando los niveles nacional, subregional, regional y mundial, y fortalecer las alianzas con actores clave en los países y a nivel internacional.
- Asignar prioridad a las opciones que aborden problemas para los cuales se disponga de intervenciones rápidamente eficaces (enfoque de “la fruta que cuelga de la rama más baja”) y políticamente factibles en un país o subregión determinado.

Premisas y riesgos

- Que se disponga de datos e información para que las políticas, la planificación, el seguimiento y la evaluación sean eficaces.

- Que se logre una colaboración multisectorial de alto nivel en los países, de forma individual y colectiva.
- Que los colaboradores dentro y fuera de la Organización respondan y adopten el enfoque.
- Que se adapten los Objetivos de Desarrollo del Milenio para reflejar la importancia de tratar las enfermedades crónicas en la lucha contra la pobreza y el subdesarrollo.
- Que en los procesos de planificación y de asignación de prioridades se analicen las opciones a fin de tener en cuenta las intervenciones basadas en datos probatorios que hayan resultado eficaces o prometedoras.
- Que, como parte del análisis de las opciones, se dé seguimiento también al desarrollo, el uso y los costos de la biotecnología apropiada (por ejemplo, la vacuna para el virus de los papilomas humanos) y la influencia genética en la causa de algunas enfermedades crónicas, aprovechando otros adelantos tecnológicos, como el uso de las redes de teléfonos móviles para la recopilación de datos sobre factores de riesgo, para difundir mensajes sanitarios y mejorar el cumplimiento del tratamiento con los medicamentos necesarios.

Resultados previstos a nivel regional

RPR N.º 3.1	Se habrá promovido y apoyado un mayor compromiso político, financiero y técnico en los Estados Miembros para combatir las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos y las discapacidades.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
3.1.1	Número de países cuyo ministerio de salud cuenta con un coordinador o una unidad para la prevención de los traumatismos y la violencia con presupuesto propio.	9	14	24
3.1.3	Número de países cuyo ministerio de salud (o equivalente) cuenta con una unidad de salud mental y abuso de sustancias psicotrópicas.	23	28	30
3.1.4	Número de países cuyo ministerio de salud cuenta con una unidad o un departamento de enfermedades crónicas no transmisibles con presupuesto propio.	21	36	38
3.1.5	Número de países donde se ha realizado una campaña integrada de promoción de la salud y lucha contra las enfermedades crónicas, llevándola a nivel de gabinete de gobierno a fin de estimular la ejecución de políticas públicas saludables.	3	10	20
3.1.6	Número de países cuyo ministerio de salud (o equivalente) cuenta con un coordinador o una unidad para la prevención y rehabilitación de discapacidades.	10	19	27

RPR N.º 3.2	Se habrá dado orientación y apoyo a los Estados Miembros para la elaboración y ejecución de políticas, estrategias y reglamentos referentes a las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos y las discapacidades.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
3.2.1	Número de países que tienen y están ejecutando planes nacionales de prevención de los traumatismos no intencionales y la violencia.	13	17	23
3.2.2	Número de países que están ejecutando planes nacionales en materia de discapacidad que incluyen la prevención, el manejo y la rehabilitación de acuerdo con las directrices de la OPS/OMS y las resoluciones del Consejo Directivo.	5	15	24
3.2.3	Número de países que están ejecutando un plan nacional de salud mental de acuerdo con las directrices de la OPS/OMS y las resoluciones del Consejo Directivo.	27	29	30
3.2.4	Número de países que tienen y están ejecutando una política aprobada a nivel nacional para la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles.	13	32	36
RPR N.º 3.3	Se habrá mejorado la capacidad de los Estados Miembros para recopilar, analizar, difundir y utilizar datos sobre la magnitud, las causas y las consecuencias de las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos y las discapacidades, así como sus factores de riesgo y factores determinantes.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
3.3.1	Número de países que han publicado una compilación nacional de datos sobre la magnitud, las causas y las consecuencias de los traumatismos y la violencia.	11	16	22
3.3.2	Número de países que han publicado una compilación nacional de datos sobre la prevalencia e incidencia de discapacidades.	8	15	19
3.3.3	Número de países con sistemas nacionales de información e informes anuales que abarcan los trastornos mentales, neurales y de abuso de sustancias psicotrópicas.	21	24	28
3.3.4	Número de países que cuentan con un sistema nacional de presentación de informes sanitarios e informes anuales que incluyen indicadores de las enfermedades crónicas no transmisibles.	14	28	32
3.3.5	Número de países que documentan la carga de deficiencias visuales y auditivas, incluida la ceguera.	7	14	21

RPR N.º 3.4	La OSP habrá compilado mejores datos objetivos sobre la eficacia en función de los costos de las intervenciones para atender las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos y las discapacidades.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
3.4.1	Número de intervenciones ampliamente disponibles para el tratamiento de determinados trastornos mentales, del comportamiento y neurales (depresión, psicosis y epilepsia) sobre cuya eficacia en función de los costos se preparan y facilitan datos probatorios.	1	3	6
3.4.2	Disponibilidad de datos probatorios resumidos sobre la eficacia en función de los costos de un conjunto básico de intervenciones relativas a las enfermedades crónicas no transmisibles y de un cálculo del costo regional de su ejecución en las Américas.	0	Conjunto de intervenciones disponible y difundido en los países y las subregiones	Conjunto de intervenciones utilizado por los países y las subregiones
3.4.3	Número de países donde se han realizado y difundido análisis de los costos relacionados con la violencia y los traumatismos.	7	12	17
RPR N.º 3.5	Se habrá dado apoyo a los Estados Miembros para la preparación y ejecución de programas multisectoriales que abarquen a toda la población, destinados a prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles, las discapacidades, los trastornos mentales y del comportamiento, los traumatismos y la violencia.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
3.5.3	Número de países que aplican las estrategias recomendadas por la OPS/OMS para la prevención en toda la población de las discapacidades, incluidas las deficiencias auditivas y visuales y la ceguera.	5	15	24
3.5.4	Número de países a los cuales se ha proporcionado orientación y apoyo para la preparación y ejecución de programas multisectoriales que abarquen a toda la población para prevenir las deficiencias auditivas y visuales, incluida la ceguera.	Por determinar	Por determinar	Por determinar
3.5.5	Número de países a los cuales se ha proporcionado orientación y apoyo para la preparación y ejecución de programas multisectoriales que abarquen a toda la población a fin de prevenir la violencia y los traumatismos.	10	15	21

3.5.6	Número de países que tienen un programa de promoción de la salud mental y prevención de trastornos mentales, del comportamiento y de abuso de sustancias psicotrópicas integrado en el plan nacional de salud mental.	0	9	17
3.5.7	Número de países que aplican la Estrategia Regional y Plan de Acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluidos el régimen alimentario, la actividad física y la salud.	3	10	30
RPR N.º 3.6	Se habrá dado apoyo a los países para mejorar la capacidad de sus sistemas sanitarios y sociales para prevenir y tratar las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos y las discapacidades.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
3.6.1	Número de países que aplican las directrices relativas a la violencia y los traumatismos en sus servicios de atención de salud.	9	15	22
3.6.2	Número de países que fortalecieron sus servicios de rehabilitación siguiendo las recomendaciones del Informe mundial sobre discapacidad y rehabilitación y las directrices y resoluciones conexas de la OPS/OMS.	5	15	24
3.6.3	Número de países que realizan una evaluación sistemática de su sistema de salud mental utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental (IESM) de la Organización Mundial de la Salud y que emplean la información obtenida para planificar el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud mental.	9	15	25
3.6.4	Número de países destinatarios que aplican las estrategias integradas de atención primaria recomendadas por la OMS en el tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles.	10	20	36
RPR N.º 3.7	Se habrá fortalecido el enfoque interprogramático para mejorar la sinergia y el efecto en la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos y las discapacidades.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
3.7.1	Número de países que han adoptado un enfoque interprogramático para abordar la violencia y los traumatismos.	22	28	35

RPR N.º 3.8	Se habrá proporcionado apoyo a los países para crear instrumentos de seguimiento y evaluación a fin de cuantificar los adelantos en la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos y las discapacidades.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
3.8.1	Número de países que han aumentado considerablemente su capacidad para afrontar la violencia y los traumatismos.	10	15	20
3.8.2	Establecimiento de un sistema regional integrado de información para los países y la Oficina con fines de seguimiento y evaluación que abarca la mortalidad, la morbilidad, los factores de riesgo, los costos, la cobertura programática y los indicadores de insumos y políticas en relación con las enfermedades crónicas y los factores de riesgo (régimen alimentario, actividad física, tabaco, alcohol), la promoción de la salud, la salud mental, los traumatismos y la violencia.	Sistema en desarrollo	Sistema aprobado por los Cuerpos Directivos	Sistema en uso

Objetivo estratégico 4

Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el periodo neonatal, la infancia y la adolescencia, y mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas

Alcance

115. La labor en el marco de este objetivo estratégico se centrará en la reducción de la mortalidad y la morbilidad para mejorar la salud durante las etapas clave de la vida y en el acceso universal a intervenciones eficaces destinadas a mejorar la salud de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente y la salud sexual y reproductiva, aplicando un enfoque que abarque todo el ciclo de vida y que mejore la equidad. Se trabajará para apoyar las medidas orientadas al fortalecimiento de los sistemas sanitarios y la formulación y aplicación de políticas y programas que promuevan un envejecimiento saludable y activo para todas las personas.

116. Indicadores y metas

- Proporción de los partos asistidos por personal de salud capacitado. Meta: al menos 92% en las Américas.
- Razón de mortalidad materna. Meta: menos de 5 países con una razón de mortalidad materna superior a 100 por 100.000 nacidos vivos.
- Tasa de mortalidad de menores de 5 años. Meta: 28 países habrán alcanzado o estarán por alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio N.º 4 (reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años entre 1990 y 2015).
- Acceso a los servicios de salud reproductiva, medido sobre la base de la tasa de prevalencia de necesidades no atendidas en lo que se refiere a la planificación familiar o los anticonceptivos, la fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años como proporción del total de la fecundidad de las mujeres de todas las edades y los exámenes de detección de la sífilis para las embarazadas. Meta: 25 países habrán alcanzado o estarán por alcanzar sus metas nacionales para los tres.
- Salud de los adolescentes, medida sobre la base de las proporciones de fecundidad, la prevalencia de la infección por el VIH en jóvenes de 15 a 24 años, la obesidad y el sobrepeso, el consumo de tabaco y la tasa de traumatismos. Meta: 25 países habrán alcanzado o estarán por alcanzar sus metas nacionales para dos de los cinco indicadores y no mostrarán ningún deterioro en los otros tres indicadores.

117. Todos los indicadores se desglosarán por edad y, cuando corresponda, por sexo.

Temas y desafíos

118. Este objetivo estratégico tiene como finalidad fortalecer los componentes de los servicios básicos de la atención primaria de salud y abordar una carga de morbilidad enorme, intensificando al mismo tiempo la acción para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud (especialmente el 4 y el 5) y mejorando el acceso a la atención de salud reproductiva. En la Región de las Américas, la situación está empeorando en relación con algunas afecciones (por ejemplo, la incidencia de infecciones de transmisión sexual y la fecundidad de los adolescentes) y está estancada en relación con otras (por ejemplo, la mortalidad materna y neonatal). Actualmente, la mayoría de los países no están por alcanzar las metas y los objetivos acordados a nivel internacional.

119. La voluntad política para lograr un cambio en estas áreas está decayendo y los recursos son insuficientes. Los grupos más afectados (por ejemplo, las mujeres pobres y los niños en los países en desarrollo) tienen poca influencia en los encargados de adoptar las decisiones y a menudo son excluidos de la atención. Algunos problemas son delicados desde el punto de vista político y cultural y no reciben la atención debida en vista de la carga que representan para la salud pública. Para abordarlos se necesitará una labor de promoción y la formación de alianzas pertinentes con las Naciones Unidas y otros organismos en los países. Los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención de salud necesaria y aumentar la cobertura son insuficientes. Las prioridades de salud en pugna, los enfoques programáticos verticales y la falta de coordinación entre los gobiernos y los organismos de desarrollo dan lugar a la fragmentación de los programas, oportunidades desaprovechadas y un uso ineficiente de los recursos limitados que están actualmente disponibles. La falta de atención a la desigualdad en materia de género y las brechas en la equidad en el campo de la salud socavan los esfuerzos actuales para reducir la mortalidad y la morbilidad. Esta situación se podría cambiar con la acción concertada de todos los interesados.

120. En la Región, los conocimientos técnicos y la experiencia de los programas indican que existen intervenciones eficaces para la mayoría de los problemas abarcados por este objetivo estratégico y que las intervenciones básicas son factibles y asequibles aun en entornos con recursos limitados. Hay acuerdo general en que se requiere actuar para alcanzar el acceso universal y la cobertura usando intervenciones decisivas. Con este fin, la adopción de un enfoque que abarque todo el ciclo de vida y que reconozca la influencia de los sucesos de los primeros años de vida y de los factores intergeneracionales en los resultados de salud futuros reducirá las disparidades y creará sinergia entre las distintas áreas programáticas, proporcionando al mismo tiempo un apoyo eficaz para asegurar el envejecimiento activo y sano.

121. Además, las intervenciones deben ejecutarse en el marco de la atención primaria de salud y en un contexto culturalmente sensible. La extensión de la protección social a la salud es de interés para los Estados Miembros en lo que se refiere a las personas de edad y debe incluir la ampliación de la cobertura y la participación en el contexto de la atención primaria de salud.

122. Los servicios de salud maternoinfantil, así como otros servicios de salud reproductiva, han sido durante mucho tiempo la columna vertebral de la atención primaria de salud y han servido de base para otros programas de salud, especialmente para poblaciones pobres y marginadas, pero ahora están sobrecargados de trabajo y no cuentan con suficientes recursos. Su ampliación implica el desarrollo de un sistema de salud que funcione y que mantenga una infraestructura apropiada, un suministro fiable de medicamentos esenciales y productos básicos, sistemas de referencia funcionales, trabajadores de salud competentes y bien motivados y lazos con líderes de la comunidad.

123. Las enseñanzas aprendidas muestran que:

- las intervenciones que deben ampliarse son eficaces en función de los costos y pueden aplicarse a escala aun en entornos con recursos limitados, si se presta suficiente atención a la creación de un entorno político favorable y a la reducción de las principales disparidades en los sistemas de salud; y
- los programas en cuestión contribuyen a la reducción de las inequidades porque tratan de llegar a las poblaciones más vulnerables y marginadas, incluidos los niños, los adolescentes, las mujeres y los indígenas, y sirven de punto de acceso fundamental y plataforma para otros programas de salud pública decisivos.

Enfoques estratégicos

124. Para alcanzar el objetivo estratégico, los Estados Miembros y la OSP deberán trabajar en estrecha cooperación. Es necesario aumentar al máximo la participación de los centros colaboradores de la OMS/OPS y los centros panamericanos. El logro del objetivo estratégico implica también que las representaciones de la OPS/OMS y los Estados Miembros den prioridad a este trabajo y asignen fondos para el país apropiadamente. Este objetivo estratégico requerirá un proceso de planificación y ejecución dirigido por el país para alcanzar el acceso universal y la cobertura en lo que se refiere a la atención de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente, así como a la salud sexual y reproductiva, que aborde al mismo tiempo la desigualdad en materia de género y las inequidades crecientes en materia de salud que causan los altos niveles de mortalidad y morbilidad.

125. Al colaborar con los Estados Miembros para impulsar el programa de acción sanitaria regional, la OPS contribuirá a las estrategias y las prioridades nacionales e incorporará la realidad y la perspectiva de los países en las políticas y prioridades mundiales y regionales. La OPS también liderará y promoverá la inversión en los niños y los adolescentes con un enfoque de derechos humanos. Hay que mantener la continuidad de la atención durante todo el ciclo de vida, abarcando el hogar, la comunidad y diferentes niveles del sistema de salud, en el marco general del fortalecimiento de los sistemas de salud para lograr el financiamiento suficiente y equitativo y el suministro de servicios de salud de buena calidad, prestando atención prioritaria a los grupos marginados y subatendidos.

126. Este enfoque también requerirá la promoción de intervenciones comunitarias y la participación de los líderes de la comunidad para aumentar la demanda de servicios y apoyar la atención apropiada en el hogar durante todo el ciclo de vida. La Región ha realizado un extenso trabajo a nivel de la familia y la comunidad en el contexto de la atención primaria de salud y ha documentado las prácticas óptimas y las enseñanzas. También se prestará atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y los hombres fuera del proceso reproductivo después de la edad fecunda. Además, será necesario elaborar, ejecutar y evaluar políticas y programas que promuevan el envejecimiento saludable y activo y el grado máximo de salud y bienestar que se pueda lograr para las personas mayores.

127. Alcanzar el objetivo estratégico también implica fomentar más el envejecimiento saludable y activo para prevenir el deterioro temprano (tanto físico como mental) y la ampliación de los recursos humanos para la educación en los campos de la gerontología y la geriatría tanto para la familia como para los proveedores de asistencia en la comunidad.

128. Un empeño especial en una buena labor de seguimiento, evaluación y documentación de los datos probatorios y las prácticas óptimas, combinado con estrategias tales como el manejo de casos e intervenciones preventivas y de promoción de la salud en un modelo ecológico, contribuirá a la consecución del objetivo estratégico.

Premisas y riesgos

129. La consecución de este objetivo estratégico se basa en las premisas siguientes:

- que se fortalezcan los sistemas de salud en general, con el desarrollo y mantenimiento de una infraestructura apropiada, un suministro fiable de medicamentos esenciales y productos básicos, sistemas de referencia que funcionen y una fuerza laboral competente y bien motivada;
- que se tomen medidas a nivel nacional para hacer frente a la crisis que afecta a los recursos humanos para la salud;

- que se lleven a cabo procesos clave, como una mayor armonización del trabajo de los organismos de las Naciones Unidas a nivel de país y la integración de los temas sanitarios en la planificación nacional y los instrumentos de ejecución;
- que se realice el potencial para obtener nuevos recursos para el trabajo de la OPS en estas áreas, ya que hay gran interés político en avanzar hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que probablemente aumente con el apoyo de alianzas e iniciativas mundiales, entre ellas la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño; y
- que el proceso de envejecimiento en América Latina y el Caribe se intensifique en los próximos años. A pesar del rápido envejecimiento de la subregión, existirá una gran oportunidad, si se realizan intervenciones apropiadas, para evitar que el envejecimiento de la población se convierta en un factor que contribuya al desmoronamiento de los sistemas de salud y seguridad social en América Latina y el Caribe.

130. Los siguientes riesgos podrían tener efectos adversos en la consecución de este objetivo estratégico:

- Las amenazas planteadas por la persistente posibilidad de una pandemia de gripe aviar en la Región, una pandemia de sida y retrocesos en el control de la malaria y el dengue.
- En algunos países, el aumento de la pobreza, las crisis naturales, la inestabilidad política y la inseguridad alimentaria podrían revertir la dirección de algunos indicadores.
- La falta de fondos y voluntad política son otros factores que pueden afectar negativamente al logro del objetivo.
- Por último, el debilitamiento del personal de salud debido a las huelgas y la fuga de cerebros, entre otros motivos, podría obstaculizar la consecución del objetivo.

Resultados previstos a nivel regional				
RPR N.º 4.1	Se habrá prestado apoyo a los Estados Miembros para formular políticas, planes y estrategias integrales que promuevan el acceso universal a intervenciones eficaces, en colaboración con otros programas y sectores, prestando atención a la reducción de las desigualdades de género y las inequidades en salud, asegurando la continuidad asistencial durante todo el ciclo de vida, integrando la prestación de servicios en todos los niveles del sistema de salud y reforzando la coordinación con la sociedad civil y el sector privado.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
4.1.1	Número de países que tienen políticas, planes y programas que promueven el acceso universal a intervenciones eficaces para la salud de la madre, del recién nacido y del niño.	7	12	32
4.1.2	Número de países que cuentan con una política de acceso universal a la salud sexual y reproductiva.	5	11	16

4.1.3.1	Número de países que tienen leyes, políticas y programas de la salud geriátrica con componentes de atención sanitaria integral.	11	15	18
4.1.3.2	Número de países donde más de 50% de las personas mayores de 60 años reciben servicios de salud y protección social (en Canadá y Estados Unidos, los mayores de 65 años).	11	13	15
RPR N.º 4.2	Se habrá fortalecido la capacidad nacional de investigación a fin de producir datos probatorios, técnicas e intervenciones en un marco de equidad para mejorar la salud de la madre, del recién nacido, del niño, del adolescente y del joven, promover el envejecimiento activo y saludable y mejorar la salud sexual y reproductiva.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
4.2.1.1	Número de nuevos centros de investigación en salud del recién nacido, del niño y del adolescente que han sido fortalecidos.	0	2	4
4.2.1.2	Número de instituciones nuevas incorporadas en la Red CLAP/SMR (Salud Materna y Reproductiva) por medio del Sistema Informático Perinatal (SIP).	50	75	150
4.2.2.1	Número de estudios con respecto a la inversión en protección social y salud geriátrica para atender las necesidades de los mayores de 60 años.	9	11	15
4.2.2.2	Número de investigaciones operativas sobre temas prioritarios que utilizan las bases de datos del Sistema Informático Perinatal (SIP).	13	50	100
4.2.2.3	Número de investigaciones operativas sobre temas prioritarios de la salud del niño y del adolescente.	10	20	25
4.2.3.1	Número de revisiones sistemáticas nuevas o actualizadas de prácticas óptimas, políticas y normas de atención para intervenciones en la salud, la alimentación y la nutrición del recién nacido, del niño y del adolescente.	0	5	10
4.2.3.2	Número de documentos basados en datos probatorios sobre medidas eficaces para mejorar las prácticas fundamentales de la salud sexual y reproductiva en todo el ciclo de vida.	0	5	10
RPR N.º 4.3	Se estarán utilizando a nivel de país directrices, enfoques e instrumentos para mejorar la atención materna y se habrá proporcionado apoyo técnico a los Estados Miembros para reforzar las medidas encaminadas a asegurar la atención especializada a todas las embarazadas y todos los recién nacidos durante el parto, el puerperio y el periodo posnatal, en particular en lo que respecta a las poblaciones pobres y desfavorecidas, con un seguimiento de los avances realizados.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
4.3.1.1	Número de países que han instituido estrategias nacionales para asegurar la asistencia en el parto por personal capacitado.	7	12	22
4.3.1.2	Número de países que han adoptado guías normativas basadas en datos probatorios sobre la salud sexual y reproductiva.	8	11	26

4.3.1.3	Número de países que han adoptado técnicas perinatales para mejorar la calidad de la atención de la madre y el recién nacido.	8	12	27
4.3.2	Número de países que adaptan y utilizan las normas y directrices normativas, técnicas y administrativas de la estrategia IMPAC (manejo integrado del embarazo y el parto).	4	8	15
RPR N.º 4.4	Se estarán utilizando a nivel de país directrices, enfoques e instrumentos destinados a mejorar la supervivencia y salud neonatal y se habrá proporcionado apoyo técnico a los Estados Miembros para reforzar las medidas encaminadas al logro de la cobertura universal, intervenciones eficaces y el seguimiento de los avances realizados.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
4.4.1.1	Número de países donde por lo menos 50% de los distritos destinatarios aplican estrategias de supervivencia y salud neonatal, entre ellas la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI).	4	8	18
4.4.1.2	Número de países que han aplicado estrategias nacionales para asegurar la atención de los recién nacidos por personal capacitado.	7	12	22
4.4.2.1	Número de países que han adoptado y aplican directrices y normas basadas en datos probatorios para la atención materna y la AIEPI, incluyendo a los recién nacidos.	10	15	20
RPR N.º 4.5	Se estarán utilizando a nivel de país directrices, enfoques e instrumentos destinados a mejorar la salud y el desarrollo del niño y se habrá proporcionado apoyo técnico a los Estados Miembros para que intensifiquen sus esfuerzos encaminados al logro de la cobertura universal de la población con intervenciones eficaces y el seguimiento de los avances realizados, teniendo en cuenta las normas y criterios internacionales y de derechos humanos, en particular los previstos en la Convención sobre los Derechos del Niño.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
4.5.1	Número de países que realizan intervenciones basadas en derechos en el ámbito de la salud y el desarrollo del niño.	6	11	21
4.5.2.1	Número de países que han adaptado las directrices de la AIEPI y donde 75% o más de los distritos destinatarios están aplicándolas.	4	10	20
4.5.2.2	Número de países que han adoptado políticas comunitarias usando la metodología de la AIEPI basada en los actores sociales para fortalecer la atención primaria de salud con respecto a la salud comunitaria y familiar.	10	15	20

RPR N.º 4.6	Se habrá prestado apoyo técnico a los Estados Miembros para la aplicación de políticas y estrategias de salud y desarrollo del adolescente basadas en datos probatorios y para la ampliación de un conjunto de intervenciones de prevención, tratamiento y atención, de conformidad con las normas establecidas.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
4.6.1.1	Número de países con programas nacionales de salud y desarrollo del adolescente.	6	11	16
4.6.1.2	Número de países de la Región que aplican estrategias integradas de salud y desarrollo de los adolescentes y los jóvenes (estrategia IMAN de integración del manejo del adolescente y sus necesidades).	3	10	15
RPR N.º 4.7	Se dispondrá de directrices, enfoques y herramientas y se habrá proporcionado apoyo técnico a los Estados Miembros para acelerar las medidas destinadas a la aplicación de la Estrategia Mundial de Salud Reproductiva, prestando especial atención al acceso equitativo a servicios de salud sexual y reproductiva de buena calidad, sobre todo en esferas que presentan necesidades desatendidas y en consonancia con los derechos humanos relacionados con la salud sexual y reproductiva.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
4.7.1.1	Número de países que han adoptado la Estrategia Mundial de la OMS de Salud Reproductiva.	5	8	15
4.7.2	Número de países que han revisado sus leyes, reglamentos o políticas nacionales relacionadas con la salud sexual y reproductiva de acuerdo con las recomendaciones de la OMS.	1	3	5
RPR N.º 4.8	Se habrán proporcionado a los Estados Miembros directrices, enfoques, instrumentos y asistencia técnica para intensificar los esfuerzos de promoción para que el tema del envejecimiento se considere como una cuestión de salud pública, para formular y aplicar políticas y programas que promuevan el mantenimiento de la máxima capacidad funcional durante todo el ciclo de vida y para capacitar a los proveedores de atención sanitaria en enfoques que aseguren un envejecimiento saludable.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
4.8.1	Número de países destinatarios que han aplicado políticas comunitarias centradas en el fortalecimiento de la capacidad de atención primaria para atender cuestiones relacionadas con el envejecimiento saludable.	4	7	12
4.8.2	Número de países que tienen programas multisectoriales encaminados a fortalecer la capacidad de la atención primaria para abordar el tema del envejecimiento saludable.	8	10	14

Objetivo estratégico 5

Reducir las consecuencias sanitarias de las emergencias, desastres, crisis y conflictos y minimizar su impacto social y económico

Alcance

131. Se centra la atención en un enfoque integrado, completo, multisectorial y multidisciplinario para reducir las consecuencias de los peligros de carácter natural y tecnológico o producidos por el hombre para la salud pública en el continente americano. Esto se logra principalmente mediante el fortalecimiento de la capacidad institucional del sector de la salud, y en especial los ministerios de salud, con respecto a la preparación, la reducción de riesgos y el cumplimiento de sus responsabilidades operativas y reglamentarias sin demora y en forma adecuada, en respuesta a cualquier tipo de desastre. Las principales actividades comprenden: la promoción de la causa, la asistencia técnica, la gestión de los conocimientos y la capacitación.

132. Indicadores y metas

- Acceso a servicios sanitarios eficaces. Meta: lograr que, en el plazo de un año, el 90% de las poblaciones afectadas alcancen niveles de acceso similares a los imperantes antes de la emergencia, o incluso superiores
- Programa oficial contra los desastres sanitarios. Meta: lograr que 15 Estados Miembros cuenten con un programa contra los desastres sanitarios, dotado de personal de tiempo completo y un presupuesto destinado a ese fin
- Movilización de recursos. Meta: en todas las situaciones de desastre de envergadura, lograr la movilización y coordinación de los recursos humanos, tecnológicos y financieros en los planos nacional y regional en un plazo de 24 horas.

Temas y desafíos

- Este objetivo estratégico tiene por finalidad contribuir al bienestar humano, minimizando el efecto negativo de los desastres y otras crisis humanitarias, atendiendo a las necesidades sanitarias de las poblaciones vulnerables afectadas por tales acontecimientos.
- La respuesta a las situaciones de desastre dependerá de la capacidad nacional para manejarlas. La asistencia internacional sólo complementa la respuesta nacional. Todos los esfuerzos de la Organización deben estar orientados a desarrollar la capacidad nacional y asegurar que la asistencia internacional humanitaria en materia de salud se utilice para apoyar la estructura nacional. Los planes para casos de desastre se siguen centrandos en un sólo peligro. Sin embargo, deben

- servir para prevenir diversos riesgos y prever la participación de distintas instituciones.
- Los desastres naturales siguen siendo la amenaza más común para los países de América Latina y el Caribe. Independientemente de la frecuencia y gravedad de estos desastres, en términos generales se reconoce que la vulnerabilidad de los países está aumentando como consecuencia de las prácticas de desarrollo poco seguras y el deterioro de la infraestructura existente. La meta ideal para contribuir a reducir los riesgos en las Américas será que los hospitales logren alcanzar las condiciones de seguridad adecuadas.
 - Los desastres tecnológicos son, quizás, los factores de riesgo que menos se tienen en cuenta en los países que han alcanzado un determinado nivel del desarrollo industrial. Es poco lo que se ha hecho en cuanto a reglamentación y prevención, y el sector de la salud está poco preparado para hacer frente a desastres químicos, radiológicos u otros desastres tecnológicos en gran escala. Con el desarrollo económico de los países y la globalización del comercio este riesgo no puede sino aumentar.
 - Los conflictos internos tienen una repercusión directa sobre la salud de la población. A pesar de que la situación en la Región es relativamente estable, se han producido varios conflictos internos en algunos países. Durante el próximo quinquenio cabe esperar que surjan algunas crisis.
 - La amenaza incipiente de una pandemia de gripe en 2005 puso de manifiesto que no se atribuye a las epidemias suficiente importancia en los planes nacionales para casos de desastres. Pese a los planes recientes, las instituciones de salud todavía están mal preparadas para hacer frente a esta clase de peligros.

Enfoques estratégicos

- En el marco del proceso de reforma de las actividades humanitarias de las Naciones Unidas, se ha pedido a la OMS que asegure la coordinación, eficacia y eficiencia de las actividades de preparación, respuesta y recuperación en relación con la acción sanitaria en las crisis. La OMS dirige el Grupo de Acción Sanitaria del Comité Permanente entre Organismos de las Naciones Unidas. La OPS/OMS es el líder del Grupo Orgánico de Salud para el continente americano.
- La preparación es el requisito previo de cualquier respuesta eficaz en los casos de emergencia. La creación de la capacidad nacional para la gestión de riesgos y la reducción de la vulnerabilidad requiere lo siguiente: actividades de promoción de la causa; actualización de las políticas y leyes; capacitación; estructuras apropiadas; información científica, planes y procedimientos; recursos; y alianzas.
- Es preciso mejorar la respuesta de los países en los casos de emergencia en una amplia variedad de esferas, que incluyen: la atención de víctimas en gran escala; el agua, el saneamiento y la higiene; la nutrición; la reacción ante los accidentes químicos y radiológicos; las enfermedades transmisibles y no transmisibles; la salud de la madre y del recién nacido; la salud mental; los suministros

- farmacéuticos; las tecnologías sanitarias; la logística; los servicios de información sanitaria; y la restauración de la infraestructura sanitaria. Se necesitarán orientaciones y liderazgos técnicos firmes, así como una mejor coordinación para lograr que no se produzcan inconvenientes en esas esferas en emergencias futuras.
- Es preciso encontrar a las personas idóneas con las aptitudes apropiadas inmediatamente después de un desastre. Cuanto más rápida sea la respuesta, mejor será el resultado. Es importante crear la capacidad nacional y confeccionar un repertorio de expertos adecuadamente capacitados, a los que se pueda recurrir llegado el caso. Se deberían acordar criterios y procedimientos para la colaboración que implique la intervención de todos los sectores.
 - Se deben crear las bases de conocimientos y competencias necesarias para la preparación y la respuesta ante las situaciones de emergencia
 - Se deben establecer alianzas y mecanismos de coordinación con los gobiernos y la sociedad civil, así como con las redes de centros colaboradores y otros centros de excelencia y organismos de las Naciones Unidas, para asegurar intervenciones oportunas y eficaces cuando sea necesario.
 - Es preciso crear capacidades técnicas y operacionales en toda la OPS/OMS para apoyar a los países en crisis, sobre todo para llevar a cabo evaluaciones sanitarias, movilizar los recursos, coordinar la acción sanitaria, colmar lagunas, ofrecer orientación y vigilar los resultados de la acción humanitaria en relación con la salud y la nutrición de las poblaciones afectadas.
 - Es necesario aprovechar la amplia gama de competencias existentes en toda la Organización en las respuestas a las situaciones de emergencia, especialmente en lo referente a la salud mental, la nutrición, el agua y el saneamiento, la inocuidad de los alimentos, los medicamentos, la prevención de la violencia y los traumatismos, la atención de víctimas en masa, las enfermedades transmisibles y la salud de las madres y los niños.

Premisas y riesgos

133. Premisas:
- La preparación para casos de desastre y la reducción de riesgos reciben un apoyo político decidido a todos los niveles. Todos los Estados Miembros se mantienen relativamente estables.
134. Riesgos:
- Las respuestas humanitarias plantean exigencias muy grandes en lo que se refiere al tiempo de los expertos y el apoyo administrativo. Los procedimientos de las organizaciones de las Naciones Unidas no son los más adecuados para las actividades de respuesta operacional sobre el terreno. Existe un riesgo concreto de distraer la atención del personal de las prioridades del desarrollo. Esto puede solucionarse delegando la ejecución, tanto como sea posible, en las representaciones de la OPS/OMS y los programas técnicos y evitando presentar propuestas que puedan ser difíciles de ejecutar.

- Los grandes desastres ocurridos simultáneamente en varios países, como los que se produjeron durante las temporadas de fuertes huracanes en 2004 y 2005, afectan gravemente la ejecución del plan de trabajo del programa. Sin embargo, también brindan excelentes oportunidades para las nuevas ideas, el apoyo político y las iniciativas creativas.
- La labor en la esfera de la preparación y respuesta ante las situaciones de emergencia puede entenderse equivocadamente como una responsabilidad adicional, de carácter secundario, respecto de las actividades normativas y de desarrollo ordinarias de la Organización.

Resultados previstos a nivel regional				
RPR N.º 5.1	Se habrán elaborado normas, se habrá creado capacidad y se habrá facilitado apoyo técnico a todos los Estados Miembros y todos los asociados para el desarrollo y el fortalecimiento de planes y programas nacionales de preparación para situaciones de emergencia en todos los niveles			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida del indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
5.1.1	Número de países en los cuales se elaboran y evalúan planes de preparación para casos de desastre en el sector de la salud	24	30	35
5.1.2	Número de países en los que se han establecido planes integrales de atención de víctimas en gran escala	12	16	22
5.1.4	Número de países que están elaborando y aplicando programas para reducir la vulnerabilidad de la infraestructura sanitaria, y la relacionada con el agua y el saneamiento	7	20	30
5.1.5	Número de Estados Miembros que cuentan con un programa contra los desastres sanitarios dotados de personal de tiempo completo y un presupuesto destinado a ese fin	8	11	15
RPR N.º 5.2	Se habrá prestado apoyo oportuno y apropiado a todos los Estados Miembros en materia de asistencia inmediata a la población afectada por una crisis.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida del indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
5.2.1	Proporción de situaciones de emergencia respecto de las cuales se realizan evaluaciones sanitarias y nutricionales	40%	65%	85%
5.2.2	Número de programas regionales de capacitación sobre operaciones de respuesta ante situaciones de emergencia	Cuatro programas de capacitación	Seis programas de capacitación	Siete programas de capacitación
5.2.3	Proporción de situaciones de emergencia respecto de las cuales se han establecido intervenciones de salud materna, del recién nacido y del niño	50%	75%	85%

RPR N.º 5.3	Se habrán formulado normas, se habrá creado capacidad y se habrá facilitado apoyo técnico para reducir los riesgos del sector de la salud ante las situaciones de desastre y lograr la recuperación más rápida posible de la población afectada.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida del indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
5.3.1	Proporción de evaluaciones de necesidades realizadas con posterioridad a un conflicto o a un desastre, que incluyan un componente sanitario atento a las cuestiones de género	100%	100%	100%
5.3.2	Proporción de planes de acción humanitaria para las situaciones de emergencia complejas y de procedimientos de formulación de llamamientos unificados en los que se incluyen componentes sanitarios estratégicos y operacionales	100%	100%	100%
5.3.3	Proporción de países en situaciones de transición o recuperación que se benefician de evaluaciones de necesidades y apoyo técnico en las esferas de la salud de la madre y el recién nacido, la salud mental y la nutrición	100%	100%	100%
RPR N.º 5.4	Se habrá facilitado apoyo técnico coordinado a todos los Estados Miembros en todas las esferas técnicas, como las enfermedades transmisibles, la salud mental, los servicios de salud, la inocuidad de los alimentos y los problemas radiológicos, en respuesta a riesgos muy probables en materia de salud pública y en relación con la preparación, la recuperación y la reducción de riesgos.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida del indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
5.4.1	Proporción de países afectados por situaciones de emergencia en los que se ha realizado una evaluación integral de los riesgos relacionados con las enfermedades transmisibles y en los que se ha elaborado y difundido a los organismos asociados un perfil epidemiológico y una carpeta de material	90%	100%	100%
5.4.2	Proporción de situaciones provocadas por desastres naturales graves o conflictos en las que se ha activado un sistema de vigilancia y pronta alarma de enfermedades y se han llevado a cabo intervenciones de control de enfermedades transmisibles	90%	100%	100%
RPR N.º 5.5	Se habrá facilitado apoyo a los Estados Miembros para fortalecer la preparación nacional y establecer mecanismos de alerta y respuesta para las situaciones de emergencia sanitaria relacionadas con la inocuidad de los alimentos y el medio ambiente.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida del indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
5.5.1	Número de países donde se han creado redes de expertos para dar respuesta a las situaciones de emergencia en la esfera de la salud pública relacionadas con la inocuidad de los alimentos y el medio ambiente	7	10	15

5.5.2	Número de países que cuentan con planes nacionales de preparación y actividades de alerta y respuesta para las situaciones de emergencia sanitaria químicas, radiológicas y ambientales	20	24	28
5.5.3	Número de países que cuentan con puntos focales para la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos y las situaciones de emergencia sanitaria ambiental	27	29	32
5.5.4	Proporción de situaciones de emergencia sanitaria relacionadas con la inocuidad de los alimentos y el medio ambiente en las que se ha obtenido colaboración y asistencia intersectorial	25%	65%	100%
5.5.5	Número de países que alcanzan un estado de preparación y mantienen reservas de productos necesarios para dar una respuesta rápida frente a situaciones de emergencia químicas y radiológicas	7	10	15
RPR N.º 5.6	Se habrán emitido comunicaciones eficaces, formado alianzas y estrechado los lazos de coordinación con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales locales e internacionales, las instituciones académicas y las asociaciones profesionales a nivel nacional, regional y mundial			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida del indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
5.6.1	Proporción de los países afectados en los cuales funciona el Grupo de Acción Sanitaria de las Naciones Unidas	100%	100%	100%
5.6.2	Número de mecanismos y grupos de trabajo interinstitucionales relacionados con las situaciones de emergencia en los que la OPS/OMS participa activamente.	4	8	10
5.6.3	Proporción de desastres sobre los cuales se difunde información sumamente amplia, junto con información sanitaria de valor añadido.	100%	100%	100%

Objetivo estratégico 6

Promover la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir los factores de riesgo relacionados con las enfermedades asociadas al consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, las dietas malsanas, la inactividad física y las prácticas sexuales de riesgo

Alcance

135. En la labor correspondiente a este objetivo estratégico se centra la atención en los procesos y enfoques de promoción de la salud completos, integrales, multisectoriales y multidisciplinarios de todos los programas pertinentes de la OPS, la OMS y los países, y en la prevención y reducción de los seis principales factores de riesgo: el consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, las dietas malsanas, la inactividad física y las prácticas sexuales de riesgo.
136. Las actividades principales comprenden:
- La creación de la capacidad en la esfera de la promoción de la salud y la prevención y reducción de los principales factores de riesgo en todos los programas e iniciativas pertinentes.
 - La vigilancia de los factores de riesgo y el seguimiento de las intervenciones de políticas y programas
 - La elaboración de políticas, estrategias, intervenciones, recomendaciones, normas y pautas éticas y basadas en datos probatorios, para la prevención y la reducción de los principales factores de riesgo.
 - La creación de mecanismos para lograr la necesaria colaboración de todas las partes interesadas.
137. **Indicadores y metas**
- Una reducción de 10% en la tasa de prevalencia total del consumo de tabaco en la mitad de los Estados Miembros para 2013.
 - Un aumento de 10% en el número de Estados Miembros que hayan logrado estabilizar o reducir el consumo nocivo de alcohol para 2013.
 - Que el 10% de los Estados Miembros con una carga elevada de obesidad adulta hayan frenado el aumento de la prevalencia para 2013.
 - Que para 2013 el 75% de los Estados Miembros estén recogiendo datos sobre la población relativos a los principales factores de riesgo (poco consumo de frutas y hortalizas, inactividad física, consumo de tabaco y abuso del alcohol) y la antropometría.

- Un aumento de 30% de los jóvenes de 15 a 24 años de edad que para 2013 puedan describir correctamente al menos tres maneras de prevenir los efectos no deseados de las relaciones sexuales sin protección, como las infecciones de transmisión sexual, la infección por el VIH o los embarazos no planeados.

Temas y desafíos

138. Según el Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana¹¹, en 26 países de las Américas la mortalidad atribuible, clasificada según los factores de riesgo y el sexo, es la siguiente (entre paréntesis se indica el número de defunciones por 1.000):

a) Hombres

- alcohol (207);
- hipertensión (170);
- tabaco (163);
- sobrepeso (117);
- colesterol (88); y
- consumo escaso de frutas y hortalizas (81).

b) Mujeres

- hipertensión (162);
- sobrepeso (144);
- colesterol (79);
- consumo escaso de frutas y hortalizas (58);
- tabaco (58); y
- inactividad física (55).
-

139. En los países más pobres de la Región (los de la categoría D del Banco Mundial), la mortalidad atribuible de los hombres, clasificada según los factores de riesgo, es muy similar: alcohol (22), hipertensión (20) y prácticas sexuales de riesgo (17). Para las mujeres el orden es el siguiente: hipertensión (20), sobrepeso (18) y prácticas sexuales de riesgo (11). En estos países la falta de peso contribuye a 14.000 defunciones en los hombres y 11.000 en las mujeres.

140. Los seis factores de riesgo más importantes abordados en este objetivo estratégico son responsables de más de 60% de la mortalidad y de al menos un 50% de la carga de morbilidad en todo el mundo. Afectan especialmente a las poblaciones pobres de los

¹¹ En el Informe sobre la salud en el mundo 2002 se clasifica a los países en las categorías siguientes, según las tasas de mortalidad: A: tasas de mortalidad infantil y de adultos muy bajas; B: tasas bajas de mortalidad infantil y de adultos; C: tasas bajas de mortalidad infantil y tasas altas de mortalidad de adultos; D: tasas altas de mortalidad infantil y de adultos; E: tasas altas de mortalidad infantil y tasas muy altas de mortalidad de adultos. En las Américas, sólo el Canadá, Cuba y los Estados Unidos de América pertenecen a la categoría A; 26 países están en la categoría B; Bolivia, el Ecuador, Guatemala, Haití, Nicaragua, y el Perú integran la categoría D. Ningún país de la Región integra las categorías C o E.

países de ingresos bajos y medios. Aunque se ha hecho hincapié en el tratamiento de los efectos adversos de estos factores de riesgo, la prevención y la identificación de estrategias eficaces para abordar eficazmente los determinantes de esta situación han recibido mucha menos atención.

141. El consumo de tabaco constituye la principal causa de muerte prevenible en el mundo entero, y en los países en desarrollo no menos de un 50% de las defunciones son atribuibles esta causa. Todos los años causa un millón de defunciones en la región, y en el Cono Sur la tasa de mortalidad más elevada se origina en el hábito de fumar. El consumo de tabaco y la pobreza están estrechamente relacionados y las tasas de prevalencia son más elevadas entre los pobres. Afortunadamente, se dispone de medidas efectivas y costoeficaces para reducir el consumo de tabaco. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco es un tratado basado en datos probatorios que tiene por objeto reducir la carga de morbilidad y mortalidad atribuible al tabaquismo.

142. En el año 2000 el consumo de alcohol fue responsable de un 4,8% de las defunciones y un 9,7% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad en la Región. La mayor carga se registra en América Central y del Sur. Se estima que ese año causó no menos de 279.000 defunciones. Las lesiones intencionales y no intencionales representaron cerca de 60% de todas las defunciones y casi 40% de la carga de morbilidad relacionada con el consumo de alcohol. La mayor carga de morbilidad afecta a los hombres (83,3%), mientras que un 77,4% de la carga se origina en la población de 15 a 44 años de edad, y por lo tanto afecta a los jóvenes y adultos jóvenes, sobre todo en los años más productivos de su vida. En algunos países de la Región, el uso de drogas inyectables es una causa significativa de la rápida propagación de la infección por el VIH. Asimismo, el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas guarda relación con las prácticas sexuales de riesgo. Pese a la existencia de datos probatorios de que el consumo de alcohol es el principal factor de riesgo de la carga para la salud y la sociedad, los recursos disponibles en la OPS y los países para prevenir y tratar los trastornos atribuibles al consumo de alcohol son limitados. Si bien el tratamiento de otros trastornos derivados del consumo de otras drogas es costo eficaz, las respuestas obtenidas son deficientes y no están integradas al sistema de salud.

143. En el plano regional, se observa una disminución generalizada de la actividad física en América Latina y el Caribe que es motivo de preocupación. Entre 30y 60% de la población de la subregión no alcanza los niveles mínimos recomendados de actividad física. Esto se debe a la creciente urbanización, el transporte motorizado, las políticas de ordenación urbana que promueven la creación de suburbios que hacen necesario el uso de automóviles y la falta de atención a los peatones y los ciclistas.

144. La “transición nutricional” en la Región se caracteriza por el bajo consumo de frutas y hortalizas, granos enteros, cereales y legumbres. A esto se suma el elevado

consumo de alimentos ricos en grasas saturadas, azúcares y sal, como la leche, la carne, los cereales refinados y los alimentos procesados. Estos hábitos alimentarios son un factor clave para explicar el aumento de la prevalencia del exceso de peso y la obesidad. Los estudios de población en la Región indican que en 2002 entre 50 y 60% de los adultos y entre 7 y 12% de los niños de menos de 5 años de edad sufrían exceso de peso o eran obesos.

145. Las prácticas sexuales de riesgo incrementan considerablemente la carga de morbilidad por los embarazos involuntarios, las infecciones de transmisión sexual, como la infección por el VIH y el SIDA, y otras repercusiones de carácter social, emocional y físico que se han subestimado gravemente en los cálculos actuales de enfermedad. Según los cálculos de la OMS las prácticas sexuales de riesgo constituyen el segundo factor de riesgo para la salud a nivel mundial en los países con alta mortalidad. Todos los años quedan embarazadas involuntariamente 80 millones de mujeres en todo el mundo. De ellas, 46 millones optan por abortar y se informa de 340 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual y cinco millones de nuevas infecciones por el VIH. Muchas veces las conductas de riesgo no se producen en forma aislada. Por ejemplo, el consumo nocivo de alcohol y otras drogas y las prácticas sexuales de riesgo frecuentemente van de la mano. Muchas de estas conductas no son el resultado de una decisión personal sino el reflejo de las políticas, las normas sociales y culturales y las desigualdades actualmente vigentes y de un bajo nivel de educación. Por ello, la OPS/OMS reconoce la necesidad de aplicar un enfoque de promoción de la salud completo e integrado y estrategias de prevención eficaces.

146. A pesar de que la carga mundial de mala salud asociada con los principales factores de riesgo es significativa, se siguen centrando los esfuerzos en el control de la transmisión de las enfermedades infecciosas. Los países de las Américas deben hacer hincapié en la adopción de medidas contra los factores de riesgo asociados con las enfermedades no transmisibles, que se han convertido en la principal causa de morbilidad y muerte prematura en la Región.

147. Los Estados Miembros deben promover muy activamente la sensibilización sobre este tema y el compromiso político de actuar resueltamente en la promoción de la salud y los modos de vida sanos y prevenir y reducir la aparición de los factores de riesgo.

148. Es urgente realizar importantes inversiones adicionales en recursos financieros y humanos, en todos los niveles de la OMS, la Región de las Américas y los Estados Miembros, con el objeto de fortalecer las capacidades y las respuestas nacionales y mundiales para la prevención y la detección temprana de estos factores de riesgo y la carga de mortalidad, enfermedad y discapacidad producida por ellos.

Enfoques estratégicos

149. La adopción de un enfoque integrado con respecto a la promoción de la salud y la prevención o reducción de los principales factores de riesgo fortalecerá las sinergias, mejorará la eficacia general de las intervenciones y pondrá fin a los actuales enfoques verticales en materia de prevención de los factores de riesgo.

150. Para los países, es esencial adoptar medidas dirigidas a fortalecer las instituciones y las capacidades nacionales de vigilancia, prevención y reducción de los factores de riesgo comunes y los problemas de salud que se le asocian. Además, es preciso que los ministerios de salud asuman un importante papel de liderazgo y rectoría, a fin de lograr la participación eficaz de todos los sectores de la sociedad. Es primordial actuar a nivel multisectorial, ya que los principales determinantes de los factores de riesgo más importantes se sitúan fuera del sector sanitario.

151. Debe reforzarse significativamente el liderazgo y la capacidad en materia de promoción de la salud, en consonancia con las crecientes necesidades y actividades de todos los programas nacionales de salud pertinentes. Es necesario aplicar las resoluciones aprobadas a nivel mundial (OMS, 2005), regional (OPS, 2001 y OPS, 2006) y subregional (REMSAA y RESSCAD, 2002) pues se trata de compromisos asumidos por los países, que incorporan tanto la Declaración de México como la Carta de Bangkok, respectivamente (véase el documento de promoción de la salud CD47/16, 2006).

152. Mediante la Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud, los Estados Miembros reconocen y respaldan la aplicación de enfoques integrales, en los que se emplea una combinación de estrategias para abordar los problemas de políticas, vigilancia, promoción de la salud y prevención y manejo integrado de los factores de riesgo. En ellas son necesarios cambios a nivel de las personas, los hogares y la comunidad y su sostenibilidad sólo puede lograrse si van acompañados de modificaciones ambientales, institucionales y de políticas. Un ejemplo de ello es la ejecución de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud.

153. Para apoyar los esfuerzos de los Estados Miembros, la Secretaría aumentará significativamente su presencia en los países y centrará la atención en lo siguiente:

- Proporcionar un liderazgo mundial y regional y llevar a cabo actividades de coordinación, comunicación, colaboración y fomento relacionadas con la promoción sanitaria, con miras a mejorar la salud, reducir las desigualdades sanitarias, controlar los principales factores de riesgo y contribuir a los objetivos nacionales de desarrollo.

- Proporcionar a los países políticas y estrategias éticas y basadas en datos probatorios y orientaciones y apoyo técnico para el desarrollo y mantenimiento de sistemas nacionales de vigilancia, seguimiento y evaluación, dando prioridad a los países con mayor carga o a aquellos en los que esa carga esté aumentando.
- Alentar el incremento de las inversiones en todos los niveles y crear capacidad interna de la OPS/OMS, especialmente en las oficinas subregionales y de país, para responder eficazmente a las necesidades de la Organización y de los Estados Miembros relativas a la promoción de la salud y la prevención o reducción de los factores de riesgo.
- Ayudar a los países a crear capacidades nacionales multisectoriales con el objeto de incorporar las perspectivas de género y equidad y reforzar los conocimientos y las competencias institucionales en relación con los principales factores de riesgo.
- Apoyar el establecimiento de asociaciones y alianzas multisectoriales en todos los Estados Miembros y desarrollar la colaboración internacional para la generación y difusión de los resultados de las investigaciones.
- Adoptar medidas eficaces para superar los obstáculos estructurales y de políticas, fortalecer la capacidad de los hogares y la comunidad y asegurar el acceso a la educación y la información con el objeto de promover comportamientos sexuales más seguros y atender las consecuencias de las conductas y prácticas sexuales de riesgo.
- Llevar a cabo acciones eficaces de control del consumo de alcohol y los efectos perjudiciales conexos y proporcionar ayuda técnica directa para la elaboración, examen y evaluación de las políticas relativas al consumo de alcohol que puedan tener el máximo impacto en la población.
- Proporcionar asistencia técnica directa para la aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, en colaboración con la secretaría permanente del Convenio, y hacer lo propio con los Estados que no son Partes del Convenio a fin de que puedan reforzar sus políticas de control del tabaco y adherirse a él.
- Promover y preconizar las inversiones en la esfera de la planificación urbana, en un marco de desarrollo urbano sostenible. Más concretamente, se deberá dar prioridad a las zonas en que: se promueva el aire puro, las caminatas y el ciclismo; se creen incentivos para los sistemas de transporte público de gran capacidad y la defensa de los espacios públicos; se desarrollen más espacios de recreación; y se promueva la seguridad vial y se elimine el delito de las calles.
- Facilitar el desarrollo de un concepto común de la práctica basada en los datos probatorios y la necesidad de fortalecer la evaluación de la eficacia de la promoción de la salud.
- Brindar asistencia técnica directa para la ejecución de la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud de la OMS en los planos regional, subregional y nacional, en colaboración con agentes múltiples como los gobiernos, el sector de los deportes y la industria alimentaria, los medios de información pública, etc.

- Proporcionar ayuda técnica directa para la aplicación de la Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas.

Premisas y riesgos

154. Este objetivo estratégico se logrará si se cumplen las premisas siguientes:

- que se realicen inversiones adicionales en recursos financieros y humanos para crear la capacidad relacionada con la promoción de la salud y la prevención de los factores de riesgo;
- que se establezcan alianzas eficaces y colaboraciones multisectoriales y multidisciplinarias en relación con las políticas, los mecanismos, las redes y las acciones en las que participen todos los interesados directos a nivel nacional, regional e internacional;
- que haya un compromiso para la adopción de políticas, planes y programas integrales e integrados en los que se aborden factores de riesgo comunes y se reconozca que la aplicación de enfoques integrados a la prevención de los principales factores de riesgo produce una amplia gama de efectos beneficiosos para la salud; y
- que se aumenten las inversiones en investigación, sobre todo la que tenga por objeto determinar estrategias de prevención eficaces basadas en la población.

155. El logro de este objetivo estratégico puede verse afectado de manera negativa por los riesgos siguientes:

- que el trabajo o las interacciones con el sector privado produzcan conflictos de intereses con las industrias, como las del tabaco, las bebidas alcohólicas, el azúcar, los alimentos procesados y las bebidas sin alcohol. Por ello es necesario cumplir en todos los casos con las reglas que rigen esa interacción. Las mejoras en la salud pública son de importancia capital;
- que la promoción de la salud y la prevención de los factores de riesgo se vean afectados en forma negativa por la escasa importancia otorgada a esta cuestión y la consiguiente escasez de los recursos que les asignan la OMS, la Región y los países. Para minimizar este riesgo, es primordial preconizar permanentemente un aumento de las inversiones; y
- que la adopción de enfoques integrados para la prevención o reducción de los factores de riesgo también pueda poner en peligro la capacidad de la Organización y de los países para facilitar conocimientos especializados sobre enfermedades y factores de riesgo específicos a menos que se proteja la masa crítica de estos conocimientos y se obtenga el nivel de recursos necesario. Es preciso asegurar el mantenimiento de recursos suficientes para los enfoques integrados y de una masa crítica de conocimientos especializados en las principales esferas.

Resultados previstos a nivel regional				
RPR N.º 6.1	Se habrá facilitado a los Estados Miembros asesoramiento y apoyo para desarrollar su capacidad de promoción de la salud en todos los programas pertinentes y establecer colaboraciones multisectoriales y multidisciplinarias eficaces, con miras a promover la salud y prevenir o reducir los principales factores de riesgo.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida del indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
6.1.1	Número de países que han adoptado el marco de promoción de la salud	18	20	26
6.1.2	Número de países que cuentan con mecanismos multisectoriales o redes fortalecidos para promover la salud y la prevención de los principales factores de riesgo	14	16	22
6.1.3	Número de países, de los 28 que cuentan con un estudio de línea de base de la capacidad de promoción de la salud, que mejoraron su capacidad de promoción de la salud	0/28	20/28	26/28
6.1.4	Número de países en los que funciona una red de escuelas sanas (o su equivalente)	7	12	17
6.1.6	Número de países que promulgaron el marco conceptual de las ciudades sanas	0	2	5
RPR N.º 6.2	Se habrá facilitado orientación y apoyo para fortalecer los sistemas nacionales de vigilancia de los principales factores de riesgo, elaborando, validando y difundiendo marcos, instrumentos y procedimientos operativos para los Estados Miembros en los que la carga de morbilidad y mortalidad atribuible a esos factores de riesgo es elevada o va en aumento.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida del indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
6.2.1	Número de países que han recibido apoyo y desarrollado y puesto en funcionamiento mecanismos de vigilancia nacionales de los principales factores de riesgo para la salud de los adultos, o elaborado informes periódicos sobre este tema.	6	10	20
6.2.2	Número de países que han recibido apoyo y desarrollado y puesto en funcionamiento mecanismos de vigilancia nacionales de los principales factores de riesgo para la salud de los jóvenes, o elaborado informes periódicos sobre este tema.	11	20	34

RPR N.º 6.3	Se habrán formulado políticas, estrategias, recomendaciones, normas y directrices éticas y basadas en datos probatorios y se habrá facilitado apoyo técnico a los Estados Miembros que tengan una carga elevada o creciente de morbilidad y mortalidad asociada al consumo de tabaco, capacitándolos para fortalecer las instituciones, con miras a abordar o prevenir los problemas de salud pública pertinentes.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida del indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
6.3.1.1	Número de países que han aprobado leyes o su equivalente en relación con los siguientes entornos y artículos: <i>a)</i> prohibición del acto de fumar en establecimientos de atención de salud y educativos en consonancia con el Convenio Marco para el Control del Tabaco.	4	14	28
6.3.1.2	Número de países que han adoptado leyes o su equivalente en relación con los siguientes entornos y artículos: <i>b)</i> prohibición de la publicidad directa e indirecta de los productos de tabaco en los medios de difusión nacionales, en consonancia con el Convenio Marco para el Control del Tabaco	0	5	10
6.3.1.3	Número de países que han adoptado leyes o su equivalente en relación con los siguientes entornos y artículos: <i>c)</i> advertencias sanitarias en los productos de tabaco en consonancia con el Convenio Marco para el Control del Tabaco.	6	21	28
6.3.2.1	Número de países que cuentan con datos comparables sobre la prevalencia del consumo de tabaco en el país, desglosados por edad y sexo. <i>a)</i> Población joven (13 a 15 años de edad)	33/36	35/36	35/36
6.3.2.2	Número de países que cuentan con datos comparables sobre la prevalencia del consumo de tabaco en el país, desglosados por edad y sexo. <i>b)</i> Población adulta	0	25	28
6.3.3	Número de países que han establecido o reforzado un mecanismo de coordinación o un punto focal nacionales para el control del tabaco.	15	20	28
RPR 6.4	Se habrán formulado políticas, estrategias, recomendaciones, normas y directrices éticas y basadas en datos probatorios y se habrá facilitado apoyo técnico a los Estados Miembros que tengan una carga elevada o creciente de enfermedad o muerte asociada con el consumo de alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, permitiéndoles fortalecer las instituciones dedicadas a combatir o prevenir los problemas de salud pública pertinentes.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida del indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
6.4.1	Número de países que han recibido apoyo y desarrollado políticas, planes, actividades de promoción de la causa y programas para prevenir los problemas de salud pública causados por el consumo de alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas.	9	13	20

6.4.2	Número de políticas, estrategias, recomendaciones, normas y pautas desarrolladas de conformidad con los procedimientos de la OMS para ayudar a los Estados Miembros a prevenir y reducir los problemas de salud pública causados por el consumo de alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas.	3	6	9
RPR N.º 6.5	Se habrán formulado políticas, estrategias, recomendaciones, normas y directrices éticas y basadas en datos probatorios y se habrá facilitado apoyo técnico a los Estados Miembros que tengan una carga elevada o creciente de enfermedad o muerte asociada con las dietas malsanas y la inactividad física, permitiéndoles fortalecer las instituciones dedicadas a combatir o prevenir los problemas de salud pública pertinentes.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida del indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
6.5.1	Número de países que han elaborado directrices nacionales para promover la actividad física	7	10	20
6.5.2.1	Número de países (con ciudades de más de 500.000 habitantes) que han iniciado o establecido programas sobre: a) sistemas de transporte rápido de gran capacidad	7	12	25
6.5.2.2	Número de países (con ciudades de más de 500.000 habitantes) que han iniciado o establecido programas de: b) combustibles no contaminantes en el transporte	3	7	20
6.5.2.3	Número de países (con ciudades de más de 500.000 habitantes) que han iniciado o establecido programas de: c) seguridad vial	5	10	20
6.5.2.4	Número de países (con ciudades de más de 500.000 habitantes) que han iniciado o establecido programas sobre: d) entornos más seguros para los peatones, ciudades provistas de ciclovías y control de los delitos	14	30	40
6.5.3.1	Número de países que han puesto en marcha políticas dirigidas a: a) eliminar progresivamente las grasas con isómeros trans y concertar acuerdos con la industria alimentaria para reducir el azúcar, la sal y las grasas en los alimentos procesados	4	15	30
6.5.3.2	Número de países que han puesto en marcha políticas dirigidas a: b) eliminar la comercialización y la publicidad directa dirigida a los niños menores de 12 años	2	7	12
6.5.3.3	Número de países que han puesto en marcha políticas dirigidas a: c) implementar programas para aumentar el consumo de productos lácteos de bajo contenido de grasas, pescado y frutas y hortalizas	10	20	30

RPR 6.6	Se habrán formulado políticas, estrategias, recomendaciones, normas y directrices éticas y basadas en datos probatorios y se habrá facilitado apoyo técnico a los Estados Miembros con el objeto de promover las prácticas sexuales más seguras y fortalecer las instituciones a fin de abordar y manejar las consecuencias sociales e individuales de las prácticas sexuales de riesgo.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida del indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
6.6.1	Número de países que cuentan con datos probatorios sobre los factores determinantes y las consecuencias de las prácticas sexuales de riesgo, con el objeto de determinar cuáles son las intervenciones eficaces y formular directrices en consecuencia.	No disponible	Investigaciones realizadas sobre los factores determinantes y las consecuencias de las conductas sexuales de riesgo con el objeto de elaborar tres directrices basadas en datos probatorios dirigidas a promover prácticas sexuales más seguras	Tres directrices nuevas o adaptadas, validadas y aplicadas en 10 países con el apoyo técnico de la OMS/OPS.
6.6.2	Número de países que han recibido apoyo y puesto en marcha o ejecutado intervenciones nuevas o mejoradas a nivel individual, familiar y comunitario para promover conductas sexuales más seguras.	4	10	10

Objetivo estratégico 7

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

Alcance

156. Las actividades relacionadas con este objetivo estratégico se centran en el liderazgo de la acción intersectorial en los grandes factores determinantes sociales y económicos de la salud; el mejoramiento de la salud de la población y la equidad sanitaria, gracias a una mejor atención de las necesidades de salud de los pobres y de los grupos sociales vulnerables y excluidos; las relaciones entre la salud y diversos factores sociales y económicos (trabajo, vivienda y circunstancias educativas; factores comerciales y macroeconómicos; y la condición social de diversos grupos como las mujeres, los niños, las personas de edad y las minorías étnicas); la elaboración de políticas y programas que sean éticamente correctos, sensibles a las desigualdades de género, eficaces para atender las necesidades de la población pobre y de otros grupos vulnerables, y coherentes con las normas de derechos humanos

157. Indicadores y metas

- Proporción de indicadores sanitarios nacionales desglosados por sexo y edad y al menos otros dos determinantes (pertenencia étnica y lugar de residencia o condición socioeconómica) disponibles para la investigación exploratoria.
- Número de indicadores sociales y económicos sobre las condiciones propicias para la salud, desglosados por sexo, pertenencia étnica y lugar de residencia (por ejemplo, niveles de instrucción, producción agropecuaria, infraestructura, condiciones de vivienda y empleo, actos delictivos o violentos, desarrollo comunitario e ingresos familiares).
- Número de políticas y planes de trabajo de sectores prioritarios no relacionados con la salud (por ejemplo, el agropecuario, el de energía, el de educación, el de finanzas, el de transporte) que han incorporado metas sanitarias.
- Número de políticas, planes, leyes y mecanismos nacionales de protección y legislación (por ejemplo, constituciones nacionales y estrategias del sector de la salud) relacionados con la salud, que aborden e incorporen explícitamente perspectivas de paridad de género, derechos humanos y equidad en su formulación y

aplicación, en consonancia con los tratados y normas internacionales y regionales de derechos humanos.

- Grado en que los planes nacionales de desarrollo y de reducción de la pobreza definen pautas conforme a las cuales se llegará progresivamente al derecho al goce del grado máximo de salud y de otros derechos humanos y libertades conexos que se puedan lograr, sin discriminaciones (responsabilidades explícitas de los interesados directos, metas, cronogramas y asignaciones presupuestarias).
- Porcentaje de reducción en cuanto a los resultados sanitarios específicos asociados a las disparidades de género.

Temas y desafíos

158. La equidad sanitaria es un principio general respaldado por los Estados Miembros de la OPS/OMS. En los últimos decenios, las diferencias a este respecto entre los países y los grupos sociales dentro de los países se han acrecentado, a pesar de los progresos médicos y tecnológicos. La Organización y otros actores de los sectores de la salud y el desarrollo han hecho de la lucha contra las inequidades en materia de salud una de sus prioridades más importantes y se han comprometido a apoyar a los países mediante una acción más eficaz encaminada a atender a las necesidades sanitarias de los grupos vulnerables (Informe sobre la salud en el mundo 2003, 2004 y 2006). Para alcanzar este objetivo será necesario ocuparse de los factores sociales y económicos que determinan las oportunidades de salud de la población. Para lograr progresos significativos en lo que se refiere a la equidad sanitaria es indispensable adoptar un enfoque intersectorial, aunque a veces ello sea difícil desde el punto de vista de las políticas. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio ponen de relieve el carácter profundamente interrelacionado de los procesos relativos a la salud y el desarrollo económico, la necesidad de coordinación entre múltiples sectores para alcanzar los objetivos sanitarios, y la importancia de abordar los problemas de la pobreza y la desigualdad de género. (Informe Final del Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas).

159. Esta situación plantea dificultades a los ministerios de salud, que deben trabajar con medios innovadores para fomentar la colaboración intersectorial. Ello significa también actuar sobre los factores determinantes sociales y económicos de la salud y su relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y armonizar los programas sanitarios clave en los distintos sectores a fin de responder mejor a las necesidades de las poblaciones vulnerables. Entre los medios eficaces de obtener mayores beneficios sanitarios para los grupos vulnerables cabe señalar la integración en las políticas y programas del sector de la salud de enfoques encaminados a mejorar la equidad, favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y éticamente correctos. La **legislación sobre los derechos humanos, consagrada en los tratados y normas internacionales y regionales sobre los derechos humanos**, ofrece un marco conceptual y

jurídico unificador de estas estrategias y normas mediante las cuales se puede evaluar los éxitos logrados y *clarificar la rendición de cuentas y las responsabilidades de las distintas partes interesadas*.

160. Los desafíos fundamentales para lograr lo antedicho comprenden: 1) el desarrollo de competencias suficientes con respecto a los factores determinantes sociales y económicos de la salud y su relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, así como a los relativos a la ética y los derechos humanos en los planos mundial, regional y nacional, para poder apoyar a los Estados Miembros en la recogida y utilización de los datos pertinentes y la adopción de medidas con un criterio intersectorial; 2) velar por que todas las áreas técnicas de la sede de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) reflejen las perspectivas de los determinantes sociales y económicos (incluidas las cuestiones de género y la pobreza), la ética y los derechos humanos en sus programas y su trabajo normativo; y 3) adoptar el método correcto para medir los efectos. Este último desafío es especialmente importante ya que los resultados consistentes en una mayor equidad e *igualdad sanitaria con respecto a los grupos más vulnerables* pocas veces se pondrán rápidamente de manifiesto o serán atribuidos fácilmente a tal o cual intervención. Se necesitan modalidades peculiares de evaluación de los procesos, es decir de la manera en que se diseñan, investigan y llevan a cabo las políticas e intervenciones. Hay que determinar si se tiene constancia de que las medidas adoptadas son eficaces para producir cambios, en vez de medir los resultados sanitarios propiamente dichos. La relación del sector de la salud en su conjunto con otras partes del gobierno y la sociedad es también un indicador importante.

Enfoques estratégicos

161. Los factores estructurales determinantes de la salud abarcan el contexto político, económico y tecnológico; las pautas de estratificación social por factores diferenciadores, como la situación laboral, los ingresos, la educación, la edad, el sexo y la pertenencia étnica; el sistema jurídico; y las políticas públicas en esferas no relacionadas con la salud. Es, pues, indispensable fomentar la colaboración entre los sectores.

162. Para alcanzar este objetivo estratégico, es necesaria una coherencia política entre todos los ministerios, basada en un criterio compartido por el conjunto del gobierno que ubique a la salud como objetivo común de los diversos sectores y componentes sociales, a la luz de una responsabilidad compartida, a fin de asegurar el derecho de todos al goce del grado máximo de salud que pueda lograrse, *en consonancia con las obligaciones internacionales y regionales de los Estados Miembros de la OPS, conforme a las disposiciones establecidas en el derecho internacional sobre derechos humanos*.

163. En las estrategias y planes nacionales deberían tenerse en cuenta todas las formas de desventaja y vulnerabilidad sociales que tengan repercusiones en la salud, y se debería hacer participar a la sociedad civil y a los interesados pertinentes, por ejemplo, mediante

iniciativas comunitarias. Los principios, *normas y criterios* de los derechos humanos y la ética deben guiar el proceso de formulación de políticas a fin de velar por la equidad, la receptividad, la gestión responsable y la coherencia de las políticas y programas relacionados con la salud, al tiempo que se supera la exclusión social.

164. Para corregir las causas profundas de las inequidades, *la discriminación y la desigualdad con respecto a los grupos más vulnerables* en la esfera de la salud será necesaria una coordinación integrada tanto de la secretaría de la OPS/OMS como de los Estados Miembros a fin de lograr la incorporación de perspectivas relacionadas con la igualdad de género, las cuestiones raciales y multiétnicas, la pobreza, la ética y los derechos humanos a la elaboración de directrices, la formulación de políticas y la ejecución de los programas.

Premisas y riesgos

165. Las principales **premisas** subyacentes en este objetivo estratégico son que:

- en muchos entornos, los ministerios de salud, provistos de información adecuada y respaldo político y técnico, estarán dispuestos y en condiciones de asumir el liderazgo respecto de las medidas relacionadas con los factores determinantes más amplios de la salud, adoptando un enfoque de la salud “común a todo el gobierno”;
- en la OPS/OMS y las oficinas de país se podrá lograr un apoyo sostenido a la incorporación de los factores sociales determinantes de la salud (en relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la igualdad de género, los problemas relativos a la multiétnicidad y los derechos humanos) a la cooperación técnica y los diálogos sobre políticas de la Organización con los Estados Miembros, en consonancia con los instrumentos y pautas internacionales y regionales de derechos humanos; y
- en muchos países, los encargados de formular y ejecutar los programas de salud estarán dispuestos y en condiciones de incorporar a sus programas estrategias encaminadas a mejorar la equidad, favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basadas en los derechos humanos y la multiétnicidad, pese a las dificultades de orden técnico y político que ello implica.

166. Los riesgos clave para poder avanzar en este objetivo estratégico son los siguientes:

- la falta de un consenso efectivo entre las partes interesadas de cada país, incluidas las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, otros asociados internacionales y organizaciones no gubernamentales, en relación con las políticas y los marcos de acción; y

- la posibilidad de que la inversión de los gobiernos nacionales sea insuficiente para lograr que se apliquen efectivamente los tratados, las declaraciones, las directrices y las normas de derechos humanos. También es posible que los análisis relativos a los aspectos económicos y de género, multietnicidad y pobreza no estén ampliamente disponibles.

Resultados previstos a nivel regional				
RPR N.º	Se habrá reconocido en toda la Organización la importancia de los determinantes sociales y económicos de la salud y éstos se habrán incorporado al trabajo normativo y a la colaboración técnica con los Estados Miembros y otros asociados.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida del indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
7.1.1	Número de países que han recibido apoyo para elaborar estrategias nacionales dirigidas a abordar los factores sociales determinantes de la salud y han puesto en práctica las recomendaciones de políticas clave de la Comisión Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud en la lucha contra la inequidad.	2/11	7/11	11/11
7.1.2	Número de países cuyos documentos relativos a la estrategia de cooperación de la OPS/OMS en los países incluyen estrategias explícitas para abordar los determinantes sociales y económicos de la salud en los planos nacional y local.	0/11	5/11	11/11
7.1.3	La Oficina tiene un plan de acción regional sobre los factores determinantes sociales y económicos de la salud	0	1	1
7.1.4	Número de países en los que al menos un gobierno local tiene una estrategia de acción sobre los factores determinantes sociales y económicos de la salud relacionada con los Objetivos de Desarrollo del Milenio.	0/11	5/11	11/11
7.1.5	Número de países que participan en el curso regional de la OPS/OMS sobre los factores determinantes de la salud y las políticas públicas para promover los Objetivos de Desarrollo del Milenio.	0	11	40
7.1.6	Número de oficinas de países que en su Plan de Trabajo abordan temas para mejorar la salud de los grupos étnicos/raciales y asignan recursos financieros y humanos para este fin	5/36	8/36	15/36
7.1.7	Número de CCSs que incluyen la perspectiva de salud de los grupos étnicos/raciales	5	8	15
7.1.8	Número de unidades en la Oficina Regional que han incorporado la perspectiva étnico/racial en su Plan de Trabajo bienal	7	10	19
7.1.9	Porcentaje de documentos técnicos producidos para los Cuerpos Directivos relacionados a los ODM que incluyan la perspectiva étnica/racial	2	5	10

RPR N.º 7.2	La OMS habrá tomado la iniciativa de facilitar oportunidades y medios de colaboración intersectorial en los planos nacional e internacional para abordar los determinantes sociales y económicos de la salud y alentar la reducción de la pobreza y el desarrollo sostenible.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida del indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
7.2.1.1	Número de países en los que las políticas públicas están dirigidas a abordar los factores determinantes sociales y económicos de la salud con un criterio intersectorial.	0/11	7/11	11/11
7.2.1.2	Número de países que tienen al menos una alianza estratégica para promover los Objetivos de Desarrollo del Milenio, las políticas sociales y los factores determinantes de la salud.	1/11	5/11	11/11
7.2.2	Número de foros subregionales y regionales organizados (por su cuenta o con otras organizaciones internacionales) para los encargados de la formulación de las políticas, los ejecutores de programas y la sociedad civil, sobre las acciones intersectoriales que tengan por objeto abordar los factores determinantes sociales y económicos de la salud y cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio.	0	1	3
7.2.3	Número de herramientas elaboradas y difundidas para evaluar la repercusión sobre la salud y la equidad sanitaria de los sectores no relacionados con la salud, con el objeto de promover los ODM.	0	1	3
7.2.4	Número de países que han puesto en marcha Caras y Lugares en al menos uno de sus municipios más pobres. Caras y Lugares aborda los factores determinantes sociales y los ODM.	0/38	12/38	30/38
7.2.5	Número de asociaciones y alianzas con organizaciones no gubernamentales, redes de la sociedad civil, centros de colaboración e instituciones nacionales de excelencia para impulsar los ODM y los factores sociales determinantes de la salud y otros programas de equidad	1	4	8
7.2.6	Número de países con planes nacionales específicos para mejorar la salud de los grupos étnicos/ raciales.	10/21	13/21	19/21
7.2.7	Número de subregiones que están trabajando a través de planes y programas de salud para mejorar la salud de los grupos étnicos/raciales	0/3	1/3	2/3
RPR N.º 7.3	Se habrán recogido, cotejado y analizado datos sociales y económicos pertinentes para la salud en forma desglosada (por sexo, edad, pertenencia étnica, ingresos y condiciones de salud, como las enfermedades o las discapacidades).			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida del indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
7.3.1.1	Número de países que reciben apoyo de la Oficina para obtener datos relativos a la pertenencia étnica y la sensibilidad a las cuestiones de género, de calidad suficiente para evaluar las desigualdades sanitarias en los grupos clave de la población.	8	15	36

7.3.1.2	Número de países con Sistemas Nacionales de Información en salud que publican rutinariamente información desagregada por sexo	POR DECIDIR	POR DECIDIR	POR DECIDIR
7.3.1.3	Número de mecanismos institucionalizados para desarrollar y/o apoyar la formulación y monitoreo de la equidad de género en salud instalados en los países, con apoyo de la OPS	8	10	13
7.3.2	Número de países que reciben apoyo de la Oficina y aplican por lo menos una política nacional en la que se abordan los factores sociales determinantes de la salud y los ODM, que incluye un análisis de datos desglosados a nivel subnacional.	0/11	7/11	11/11
7.3.3	Número de países que reciben apoyo de la Oficina y que tienen al menos un programa nacional, provincial y municipal sobre la equidad sanitaria en la que se emplean datos desglosados.	0	3	6
7.3.4	Número de países que están recibiendo apoyo de la OPS/OMS para desarrollar mapas de inequidad a nivel subnacional con el objeto de identificar los municipios más vulnerables en el marco de los ODM y los factores determinantes de la salud.	0	3	6
7.3.5	Número de países con Sistemas Nacionales de Información en Salud que incluyen la variable de origen étnico/racial y la analizan.	0/36	5/36	10/36
RPR N.º 7.4	Se habrán promovido enfoques de la salud éticos y basados en los derechos, tanto en la OMS como en los planos nacional y mundial.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida del indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
7.4.1	Número de países que han creado herramientas y documentos de orientación para los Estados Miembros y otros interesados directos sobre la forma en que pueden aplicarse los conceptos relativos a los derechos humanos para fomentar la salud y reducir las desigualdades y la discriminación en esta esfera.	5	10	18
7.4.2	Número de países que cuentan con leyes, políticas, planes y programas nacionales elaborados para los Estados Miembros y otros interesados directos en consonancia con los instrumentos y normas nacionales y regionales de derechos humanos y las orientaciones éticas pertinentes.	5	10	18
7.4.3	Número de países que cuentan con leyes de protección de los derechos humanos en el contexto de los factores determinantes de la salud.	2	4	8

RPR N.º 7.5	Se habrá incorporado el análisis de género y medidas de sensibilización a la labor normativa de la OMS y apoyado a los Estados Miembros para la elaboración de políticas y programas que tengan en cuenta las cuestiones de género.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida del indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
7.5.1	Número de intervenciones críticas que contribuyen a reunir datos probatorios vinculados con las repercusiones sobre el género y la equidad étnica y racial, la salud y las estrategias eficaces para abordarlas.	0	6	12
7.5.2	Número de herramientas y documentos de orientación preparados para los Estados Miembros sobre el empleo de los enfoques de género en el análisis de la salud.	0	1	2
7.5.3	Número de publicaciones que contribuyen generar datos probatorios sobre la influencia del concepto de género en la salud.	1	3	6
7.5.4	Número de programas de la OPS y los países que incluyan estrategias de acción para abordar el concepto de género y la pertenencia étnica como factores determinantes de la salud y su relación con la promoción de todos los ODM.	0	6	12
7.5.5	Número de Representaciones que incluyen objetivos, indicadores y recursos presupuestarios específicos para la implementación de la Política de Igualdad de Género en sus BPB y CCS	3	4	6
7.5.6	Número de iniciativas incorporadas en los BPB subregionales en el marco de la aplicación de la Política de Igualdad de Género	0	1	2
7.5.7	Número de herramientas conceptuales y metodológicas desarrolladas, validadas y difundidas para la implementación de la Política de Igualdad de Género	10	13	16
7.5.8	Número de publicaciones y de experiencias exitosas publicadas y difundidas, en materia de transversalización de la perspectiva de igualdad de género en iniciativas de salud	8	12	16
7.5.9	Al nivel regional, número de unidades técnicas o administrativas que incluyen en sus BPB objetivos, indicadores y recursos presupuestarios para implementación de la Política de Igualdad de Género	1	4	7

Objetivo estratégico 8

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

Alcance

167. Las actividades relacionadas con este objetivo estratégico se centran en lograr medios humanos seguros, sostenibles y propicios para la salud, protegidos de peligros de origen social, biológico, químico y físico, y promover la seguridad de las personas y la justicia ambiental con respecto a los efectos adversos en los planos mundial y local.

168. Indicadores y metas

- Proporción de la población urbana y rural con acceso a mejores fuentes de agua y sistemas de saneamiento más adecuados. Meta: conforme a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, para 2013, 96,2% de la población urbana y 76,9 % de la población rural tendrá acceso a mejores fuentes de agua potable (puntos de partida calculados para 2002: 95 y 69%, respectivamente); para 2013, 90,1% de la población urbana y 48% de la población rural tendrán acceso a mejores sistemas de saneamiento (puntos de partida calculados para 2002: 84 y 44%, respectivamente).
- Carga de morbilidad medida en años de esperanza de vida perdidos a consecuencia de intoxicaciones derivadas de factores ambientales adversos. Meta: para 2013, 46% de los adultos y 60% de los niños (puntos de partida calculados para 2002: 68 y 85%, respectivamente).
- Carga de morbilidad de determinados riesgos ocupacionales, medida como fracción porcentual de los trabajadores de salud, atribuible a las infecciones por el virus de la hepatitis B debidas al manejo inapropiado de las jeringas. Meta: para 2013, aproximadamente 20% (punto de partida para 2002: 40%).
- Proporción de la población con acceso a los servicios de información toxicológica. Meta: para 2013, 60% de los países (punto de partida calculado para 2006: 35%).
- Carga de morbilidad en los niños por accidentes de tránsito y enfermedades diarreicas causadas por factores ambientales. Meta: para 2013, aproximadamente 26% por accidentes de tránsito y 84% por enfermedades diarreicas (puntos de partida calculados para 2002: 42% para los accidentes de tránsito y 94% para las enfermedades diarreicas).

Temas y desafíos

169. Los riesgos ambientales y ocupacionales contribuyen en gran proporción a la morbilidad y la mortalidad en la Región, pero pocos países tienen políticas integrales para realizar análisis y establecer políticas públicas para afrontarlos. Los procesos modernos de producción introducen en la Región nuevos riesgos sanitarios de origen químico, físico y biológico, o agravan los que ya existían. Los países carecen de políticas de desarrollo urbano que promuevan la salud, la equidad social y la justicia ambiental. Estos riesgos afectan no solo a la generación presente, sino también a las generaciones futuras pues tienen efectos de largo plazo sobre la salud.

170. Si el sector sanitario no actúa de inmediato sobre los peligros ambientales emergentes que afectan a la salud, la rapidez de los cambios en los modos de vida, la urbanización creciente y la producción y el consumo de energía, el cambio climático y las presiones sobre los ecosistemas podrían tener consecuencias incluso mayores que las actuales para la salud pública y el gasto sanitario, tanto en el corto como el largo plazo. Para lograr una acción eficaz del sector de la salud es preciso reducir los riesgos en los sectores y entornos en los que se producen, es decir, en el hogar, la escuela, el lugar de trabajo y las ciudades y en sectores como el de la energía, el transporte, la industria y la agricultura y ganadería.

171. Los sistemas de salud necesitan con urgencia nueva información acerca de las repercusiones epidemiológicas de los riesgos ambientales fundamentales y su prevención, y contar con las herramientas necesarias para las intervenciones primarias. Es cada vez más frecuente que se pida a los encargados de la formulación de políticas sanitarias que participen en los foros de desarrollo económico y de políticas, cuyas decisiones tienen profundas consecuencias de largo plazo sobre la contaminación, la diversidad biológica y los ecosistemas, y en consecuencia sobre la salud ambiental. Así, muchos profesionales de la salud, capacitados en el tratamiento de personas, deben incorporar conocimientos especializados y métodos para realizar un seguimiento de los datos sanitarios y ambientales y sintetizarlos; orientar activamente las estrategias de protección, prevención y sensibilización del público; y hacer frente a las situaciones de emergencia.

172. Aunque el sector de la salud no puede aplicar políticas de desarrollo por su cuenta, sí puede facilitar los datos epidemiológicos, así como los instrumentos, métodos y orientaciones necesarios para evaluar los efectos del desarrollo sobre la salud e idear políticas o estrategias más sanas. Al mismo tiempo, se debe sensibilizar a los sectores no relacionados con la salud sobre los riesgos sanitarios, para así asegurar que estén informados y en condiciones de actuar. Para ello es preciso alentar la realización de evaluaciones integradas y la formulación de políticas transectoriales y reunir en torno a una misma mesa a los actores del sector sanitario y de otros sectores.

173. Más de 5 millones de niños mueren todos los años de enfermedades relacionadas con el medio ambiente, y de afecciones como la diarrea, las enfermedades respiratorias, la malaria y las lesiones no intencionales. Asimismo, millones de niños se ven debilitados por estas enfermedades o viven con enfermedades crónicas vinculadas con su entorno, que van desde alergias hasta discapacidades mentales y físicas. Estos sufrimientos no son inevitables. La mayoría de las enfermedades y defunciones relacionadas con el medio ambiente pueden prevenirse aplicando estrategias y herramientas eficaces, de bajo costo y sostenibles.

174. América Latina es una de las zonas del mundo de mayor consumo de plaguicidas. Por ejemplo, Centroamérica importa 1,5 kg de plaguicidas por habitante, cifra 2,5 veces superior al promedio mundial. En muchos países de América Latina todavía se importan plaguicidas prohibidos. Se necesitan leyes nacionales e internacionales más estrictas e intervenciones integrales.

175. Es cada vez mayor el reconocimiento de los efectos nocivos para la salud de los contaminantes orgánicos persistentes y los metales pesados, como el plomo, el mercurio y otros. Sin embargo, no existe ningún sistema de información que permita analizar los riesgos y difundir los conocimientos sobre la identificación, el control o la eliminación de estos riesgos.

176. El cambio climático y otros riesgos mundiales se agregan a la carga de morbilidad actual. Entre sus consecuencias cabe mencionar un aumento de los riesgos actuales para la salud, que van desde los cambios de los perfiles nutricionales y la escasez de agua hasta la morbilidad de las enfermedades de transmisión vectorial. La liberación accidental o el uso deliberado de agentes biológicos y químicos, o de material radiactivo, requieren una prevención y vigilancia eficaces y sistemas de respuesta para contener o mitigar sus efectos perjudiciales para la salud.

177. El consumo de productos ha cambiado en la Región y en muchos casos suscita nuevos riesgos para la salud. La principal herramienta empleada para dar respuesta a los problemas sanitarios de los consumidores ha sido la revisión de los procedimientos de vigilancia y reglamentación sanitaria en la Región.

178. Se ha calculado que en América Latina todos los años se producen 5 millones de accidentes de trabajo, de los cuales 90.000 son mortales, lo que equivale a 300 defunciones diarias.

179. El reto para los gobiernos locales es encontrar soluciones apropiadas, higiénicas y racionales para las 360.000 toneladas de basura que se producen a diario en América Latina. Aunque en esta subregión la cobertura de agua ha llegado a 90,3% y un 84,6% de

la población tenía acceso al agua potable, las poblaciones más vulnerables, que viven en las zonas rurales y los barrios pobres urbanos, carecen de acceso a este recurso.

180. Las barreras de carácter político, legislativo e institucional que obstaculizan el mejoramiento de las condiciones ambientales son muchas y en muchos países todavía se carece de recursos humanos con la especialización adecuada para llevar a cabo las evaluaciones y la gestión de riesgos. Por ese motivo, muchas veces las autoridades sanitarias nacionales y locales no pueden colaborar con otros sectores socioeconómicos en los que es preciso adoptar medidas de protección de la salud. El Programa 21, aprobado en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (Río de Janeiro, 1992), el Plan de Aplicación de las Decisiones de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible (Johannesburgo, 2002), y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) constituyen el marco internacional de políticas necesario para la acción.

181. A través de una alianza estratégica en las esferas de la educación y el trabajo, los ministros de salud y medio ambiente, reunidos en Mar del Plata en junio de 2005, acordaron un plan de acción conjunto relativo a la salud y el medio ambiente. En el marco de este plan, se elaborarán programas estratégicos en respuesta a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, para los que se han definido tres prioridades fundamentales: la ordenación integrada de los recursos hídricos y los desechos; la gestión racional de los productos químicos; y la salud ambiental de los niños. Todos los ministros manifestaron la necesidad urgente de que la OPS, la Organización de los Estados Americanos y el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente trabajen mancomunadamente en estos temas. La OPS asumirá el liderazgo en la esfera de la salud ambiental con respecto a los niños, como estrategia integrada para cumplir con los ODM.

Enfoques estratégicos

- Mejorar el desarrollo, la capacitación y la disponibilidad de los recursos humanos técnicos.
- Obtener y mejorar métodos para la evaluación y la gestión de riesgos y los servicios de prevención.
- Actualizar los procedimientos normativos y reglamentarios.
- Establecer sistemas de información para identificar, analizar, vigilar y controlar los riesgos ambientales y ocupacionales.
- Promover el uso adecuado de la tecnología para mejorar la sensibilidad y especificidad de la vigilancia ambiental.
- Crear y fortalecer las redes intersectoriales e interinstitucionales para forjar alianzas estratégicas entre la salud, el medio ambiente, la educación y el trabajo.
- Crear una red de salud ambiental en relación con los niños como estrategia para apoyar a los países en el cumplimiento de los ODM.
- Mejorar el registro de datos y los sistemas de formulación de indicadores.

- Promover los proyectos de investigación.
- Realizar la cooperación técnica con la participación de centros de excelencia y redes de varios sectores, para promover la integración interprogramática e interinstitucional.

Premisas y riesgos

182. La consecución de este objetivo estratégico se basa en las premisas siguientes:

- que el personal del sector de la salud está tomando cada vez más conciencia de que la carga de morbilidad asociada a los riesgos de salud ambiental está aumentando, según los datos probatorios más recientes;
- que los encargados de adoptar decisiones (por ejemplo, los encargados de la formulación de políticas, los bancos y las organizaciones de la sociedad civil) de los sectores de la economía que mayor incidencia tienen en la salud pública priorizarán cada vez más la salud, y que en los procesos de adopción de decisiones asignarán un lugar central a los costos y beneficios sanitarios que podrían entrañar la medidas que adopten;
- que los socios en el desarrollo (centros colaboradores, organismos de cooperación, fundaciones, países beneficiarios y bancos) reconocerán cada vez más que reducir los riesgos ambientales para la salud contribuye en grado sumo al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio pertinentes; y
- que, en el contexto de la reforma del sistema de las Naciones Unidas, el entorno sigue siendo favorable para que la OMS/OPS asuma un papel de liderazgo más importante en el mundo en las esferas de la salud pública y el medio ambiente, dando a la salud un lugar más explícito en las respuestas y metas humanitarias de sostenibilidad ambiental y desarrollo económico.

183. Los riesgos ambientales para la salud son principalmente consecuencia de actividades de sectores no relacionados con el sanitario, razón por la cual su reducción exige una intervención que no se limite al control directo del sector sanitario. Por lo tanto, este último debe ejercer una influencia en esos otros sectores para que presten más atención a la salud ambiental, y esa influencia debe ser suficiente para lograr los cambios deseados. En ese contexto, los riesgos que podrían dificultar el logro de este objetivo estratégico son:

- que las expectativas de otros sectores sobre la posibilidad de obtener resultados rápidamente y reducir los riesgos ambientales para la salud superen la capacidad del sector sanitario para apoyar sus acciones. Esto se puede evitar proponiéndose metas realistas y viables;
- que no se pueda acceder a la información sobre las mejores opciones en materia de intervenciones sectoriales para mejorar la salud ocupacional y ambiental. Este riesgo se puede superar si los organismos sanitarios invierten en el análisis y la

- documentación de las intervenciones más eficaces y que exhiban la mejor relación costo-beneficio;
- que el compromiso de los dirigentes y asociados de todo el mundo que intervienen en el desarrollo o actúan en temas relacionados con el medio ambiente para mejorar la salud ambiental sea frágil o efímero. Esto se puede remediar invirtiendo en alianzas, actividades de extensión y comunicaciones más estratégicas a nivel mundial en relación con los problemas de salud ambiental (por ejemplo informes mundiales importantes sobre las perspectivas de la salud ambiental); y
 - que la respuesta de los sistemas de salud para reducir los distintos riesgos de salud ocupacional y ambiental y extirpar sus causas siga siendo débil. Esa debilidad se podría superar estableciendo foros mundiales y regionales e iniciativas focalizadas con miras a dar alta prioridad a la salud y el medio ambiente e impulsar la acción por medio de alianzas; organizando actividades de extensión y comunicaciones centradas en los intereses y necesidades del sector de la salud; y fortaleciendo la capacidad de los sistemas de salud para integrar los problemas sanitarios y ambientales en los programas tradicionales del sector de la salud.

Resultados previstos a nivel regional

RPR N.º	Se habrán formulado y actualizado evaluaciones, normas y directrices basadas en datos probatorios sobre los riesgos prioritarios de la salud ambiental (por ejemplo, la calidad del aire, las sustancias químicas, los campos eléctricos y magnéticos, el radón, la potabilidad del agua, la reutilización de las aguas residuales); se habrá prestado apoyo técnico a los acuerdos ambientales internacionales y para el seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida del indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
8.1.1	Número de evaluaciones de riesgos actualizadas o nuevas de la carga de morbilidad ambiental realizadas por año.	2	4	8
8.1.3	Dos indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio Indicadores (meta 10)	2	2	2
8.1.4	Número de acuerdos ambientales internacionales cuya ejecución cuenta con el apoyo de la Oficina	3	4	6
8.1.5.1	Número de países que aplican las directrices de la OPS/OMS sobre las sustancias químicas	11	15	20
8.1.5.2	Número de países que aplican las directrices de la OPS/OMS sobre calidad del aire	6	8	12
8.1.5.3	Número de países que aplican las directrices de la OPS/OMS sobre el agua	10	16	20

RPR N.º 8.2	Se habrá facilitado a los países apoyo técnico y orientación para realizar intervenciones de prevención primaria que reduzcan los riesgos de salud ambiental; aumenten la seguridad; y promuevan la salud pública, en particular en entornos específicos y entre grupos de población vulnerables (por ejemplo, los niños y las personas de edad).			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida del indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
8.2.1.1	Establecimiento de estrategias mundiales o regionales para la prevención primaria de los riesgos para la salud relacionados con el medio ambiente en entornos específicos (lugares de trabajo, hogares, escuelas, asentamientos humanos y centros de atención de salud)	2	4	6
8.2.1.2	Número de países donde las estrategias mundiales o regionales de prevención primaria de riesgos para la salud relacionados con el medio ambiente se aplican en entornos específicos (lugares de trabajo, hogares, escuelas, asentamientos humanos y centros de atención de salud)	POR DECIDIR	POR DECIDIR	POR DECIDIR
8.2.2	Número de iniciativas mundiales o regionales nuevas o subsistentes, dirigidas a prevenir las enfermedades ocupacionales y las relacionadas con el medio ambiente (por ejemplo, los cánceres producidos por la irradiación ultravioleta o la exposición al asbesto o la intoxicación con plaguicidas o fluoruros) que se están ejecutando con el apoyo técnico y logístico de la Oficina	Una iniciativa regional sobre salud ocupacional	Dos intervenciones mundiales (en asbestosis y hepatitis B) y una iniciativa regional de la OSP/AMRO sobre salud ocupacional y silicosis	Dos intervenciones mundiales y una regional de la OSP/AMRO iniciada y continuada en relación con la seguridad para la salud y las condiciones de trabajo en el sector de la salud
8.2.3	Número de estudios realizados en los que se evalúan los costos y los beneficios de las intervenciones de prevención primaria en entornos específicos y cuyos resultados hayan sido difundidos	1	2	4
8.2.4	Número de países que siguen las orientaciones de la OMS para prevenir y mitigar los riesgos ocupacionales y de salud ambiental emergentes, promover la equidad en esas esferas de la salud y proteger a las poblaciones vulnerables	0	1	2

RPR N.º 8.3	Se habrá facilitado a los países asistencia técnica y apoyo para fortalecer la formulación de políticas de salud ocupacional y ambiental, la planificación de intervenciones preventivas, la prestación de servicios y la vigilancia.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida del indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
8.3.1	Número de países que reciben apoyo técnico y logístico para la elaboración y ejecución de políticas de fortalecimiento de la vigilancia y la prestación de servicios ocupacionales y de salud ambiental	9	15	20
8.3.2	Número de organizaciones o universidades nacionales que ponen en práctica las iniciativas dirigidas por la OPS/OMS para reducir los riesgos ocupacionales (por ejemplo, con trabajadores del sector no estructurado de la economía, con el objeto de ejecutar la Estrategia mundial de la OMS de salud ocupacional para todos o eliminar la silicosis)	2	4	6
RPR N.º 8.4	Se contará con directrices, instrumentos e iniciativas para ayudar al sector de la salud a ejercer influencia sobre las políticas en sectores prioritarios (por ejemplo, el de la energía, el del transporte y el agropecuario); evaluar el impacto sanitario; analizar los costos y beneficios de las alternativas de políticas en esos sectores; y aprovechar inversiones efectuadas en sectores no relacionados con la salud para mejorar la salud, el medio ambiente y la seguridad.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida del indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
8.4.1	Iniciativas ejecutadas en los países para elaborar y ejecutar políticas del sector de la salud en los planos regional y nacional	0	2	4
8.4.2	La producción y promoción de orientaciones e instrumentos sectoriales para evaluar el impacto sanitario, los beneficios y costos económicos, y la promoción de la salud y la seguridad en los países destinatarios.	Empleo de las herramientas y orientaciones producidas	Empleo en dos sectores de las herramientas y orientaciones producidas	Empleo de las herramientas y orientaciones producidas para cuatro sectores
8.4.3	Establecimiento de redes y asociaciones para impulsar el cambio en sectores o entornos específicos, con inclusión de una estrategia de extensión y comunicación	Uso de las redes establecidas por la OMS/ OPS	Uso de las redes establecidas por la OMS/ OPS en dos países	Uso de redes establecidas para cuatro sectores, con la ejecución de una estrategia de comunicación

8.4.4	Número de actos regionales o nacionales organizados con apoyo técnico de la Oficina para la creación de la capacidad y el fortalecimiento institucional en el sector sanitario y otros sectores a fin de mejorar las políticas relacionadas con la salud ocupacional y ambiental en al menos tres sectores de la economía	Realización de un acto de nivel regional	Realización de dos actos a nivel nacional con el apoyo técnico de la Oficina	Realización de cuatro actos a nivel regional o nacional con el apoyo técnico de la Oficina
RPR N.º 8.5	Se habrá reforzado el liderazgo del sector de la salud para promover un entorno más sano y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud, entre otras cosas, atendiendo los problemas emergentes y reemergentes de salud ambiental relacionados con el desarrollo, la evolución tecnológica, el cambio ambiental mundial y las pautas de producción y consumo.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida del indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
8.5.2	Número de veces que los medios de difusión citan las estrategias de extensión y comunicación en temas ocupacionales y ambientales ejecutados en asociación en el plano regional	POR DECIDIR	Aumento de 5% en las citas	Aumento de 10% de las citas en relación con el punto de partida
8.5.4	Organización de un foro periódico de alto nivel sobre la salud y el medio ambiente para instancias normativas e interesados directos mundiales y regionales	0	Celebración de un foro regional en las Américas	Celebración de dos foros en las Américas
8.5.5	Disponibilidad de un informe quinquenal sobre las tendencias, las situaciones y los temas de desarrollo clave y sus efectos sobre la salud	Un informe de <i>Salud en las Américas</i>	Un informe (el mismo) de <i>Salud en las Américas</i>	Dos informes

Objetivo estratégico 9

Mejorar la nutrición, la salubridad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de vida y en apoyo de la salud pública y el desarrollo sostenible

Alcance

184. La labor relacionada con este objetivo estratégico se centra en el mejoramiento del estado nutricional a lo largo de toda la vida, especialmente en el caso de los pobres y otros grupos vulnerables, y en las actividades estratégicas de colaboración entre los Estados Miembros y otros socios con vistas al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, a fin de contribuir a la promoción de la equidad sanitaria, prevenir y combatir las enfermedades y prolongar la vida de los pueblos de las Américas y mejorar su calidad. Se promoverá el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, especialmente la reducción de la pobreza y el hambre, disminuyendo los efectos de la morbilidad y la mortalidad infantiles, y el logro del desarrollo sostenible, aplicando un enfoque intersectorial en los programas de control de inocuidad de los alimentos que mejorarán la salud, el turismo y el comercio de los productos alimentarios.

185. Indicadores y metas

[Estos corresponden a la OMS y deberán examinarse para la Región)

- Proporción de niños menores de 5 años con peso bajo
- Proporción de niños y adolescentes menores de 20 años con sobrepeso y obesos
- Mortalidad de niños menores de cinco años causada por la diarrea.

Temas y retos

186. Los problemas básicos de la desnutrición en la Región son el peso bajo y el retraso del crecimiento, las carencias de micronutrientes y el sobrepeso o la obesidad en la población en general, que afecta a aproximadamente 140 millones de personas. La mayoría de los países se enfrentan con una doble carga de morbilidad porque la concurrencia de la obesidad y la desnutrición dificultan los esfuerzos para alcanzar los objetivos de desarrollo. Esta situación impone exigencias enormes tanto a los gobiernos, por el elevado costo del tratamiento, y también a las personas y las familias, ya que se generan mayores costos para la sociedad en cuanto a los días de discapacidad y pérdida de calidad de vida. Los pobres se ven más afectados que los adinerados en términos tanto relativos como absolutos. Además, la nutrición deficiente en todas sus formas, incluidas las carencias de micronutrientes, compromete seriamente la eficacia de otras intervenciones sociales y económicas debido a su repercusión directa sobre el sistema inmunitario y al mayor riesgo de enfermedad, discapacidad y muerte. El peso inferior al

normal y el retraso del crecimiento son los principales factores determinantes de la mortalidad de menores de 1 año y de menores de 5 años.

187. El acceso limitado a cantidades de alimentos suficientes para satisfacer las necesidades calóricas afecta a unos 53 millones de personas. La mala calidad de la alimentación, por sí sola y junto con las enfermedades infecciosas, es un factor determinante del retraso del crecimiento, los trastornos de la función cognoscitiva e intelectual y otras deficiencias. La nutrición materna durante el período reproductivo es esencial para la nutrición del lactante y del niño pequeño. La lactancia materna merece un reconocimiento especial debido a sus efectos sobre la salud y el estado nutricional materno e infantil en el corto y el largo plazo. Sus beneficios para los niños durante la lactancia y la primera infancia, en todos los grupos socioeconómicos, son indiscutibles en la Región. Otro problema fundamental para la salud y el crecimiento de los niños son las prácticas inadecuadas de alimentación complementaria, particularmente entre los 6 y 24 meses de edad, cuando los niños empiezan a comer los alimentos de la familia como complemento de la leche materna. El acceso restringido y el bajo consumo de alimentos ricos en micronutrientes son la causa de la alta prevalencia de anemia en las mujeres y los niños de la Región.

188. En las zonas rurales y las zonas urbanas pobres, los padres con sobrepeso y obesos a menudo sufren carencias de elementos específicos como la vitamina A, el hierro, el calcio, el folato y el cinc, y sus hijos suelen padecer anemia o retraso del crecimiento. La mayor incidencia de obesidad y enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas está vinculada con la pobreza, los regímenes alimentarios inadecuados y una vida sedentaria. No alcanzar siquiera el mínimo recomendado de actividad física también es motivo de preocupación. El modelo dominante de consumo excesivo de alimentos de alto contenido calórico suele asociarse con la ingestión reducida de micronutrientes y una tendencia descendente en el consumo de frutas, verduras y cereales integrales. El mayor consumo de alimentos ricos en grasas saturadas, azúcar y sal se vincula con el hecho de que el precio de los alimentos elaborados es más bajo, las nuevas estrategias de comercialización y los cambios en el régimen alimentario que favorecen lo elaborado por sobre lo tradicional. También han disminuido las prácticas de producción de alimentos en el hogar. El enriquecimiento de los alimentos elaborados también debe ser examinado en relación con la obesidad, que es una enfermedad por derecho propio y un factor de riesgo importante de muchas enfermedades crónicas no transmisibles (ENT), como la diabetes sacarina de tipo 2, la hipertensión arterial, las cardiopatías isquémicas, los accidentes cerebrovasculares, determinados tipos de cáncer (de mama, del endometrio y del colon), los trastornos como las colecistopatías y la osteoartritis, entre otras. Los factores mencionados, cuando están relacionados con una vida sedentaria, desempeñan una función importante en la epidemia de ENT en la edad adulta.

189. En los Estados Unidos de América se calcula que la carga asociada con la incidencia de enfermedades transmitidas por los alimentos y con los alimentos contaminados con siete agentes patógenos transmitidos por los alimentos es de 5.600 a 9.400 millones de dólares de los Estados Unidos anuales. En América Latina y el Caribe, las enfermedades diarreicas agudas, víricas o bacterianas, debidas a los restos contaminados de alimentos y agua, siguen siendo una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad en todos los grupos de edad, pero especialmente en los niños menores de cinco años, y afectan en mayor medida a la población más pobre y vulnerable. Recientemente, la OPS/OMS y el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA) realizaron un estudio sobre visión, desempeño y estrategias en un país andino. En él se examinaron los indicadores de salud oficiales de 2004 y se comprobó que sólo la carga médica económica asociada con los 6.829 casos detectados de infección por *Salmonella typhi* representaba 1,9 millones de dólares. El mismo año, las autoridades sanitarias registraron 8.402 casos de salmonelosis, 7.095 casos de intoxicación transmitida por los alimentos y 5 casos de cólera. Es evidente que esta situación no es sino la punta del iceberg.

190. Además de mejorar la salud pública, la eficacia de los sistemas de inocuidad de los alimentos también es esencial para mantener la confianza del consumidor en el sistema alimentario y para establecer una base normativa firme para el comercio interno e internacional de alimentos, que sirve de sustento al desarrollo económico. Se considera que la inocuidad de los alimentos es uno de los criterios prioritarios para clasificar los destinos en el turismo mundial. Los brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos resultantes de la falta de un buen sistema de control de la inocuidad de los alimentos y la potabilidad del agua han sido causas fundamentales de los perjuicios que han sufrido muchos países para los cuales el turismo es la principal fuente de ingresos y empleo.

Enfoques estratégicos

191. Los principios en los que se basa este objetivo estratégico son un enfoque que abarque todo el ciclo vital, un entorno normativo favorable en todos los niveles, la promoción de la salud, la atención primaria de salud y la protección social. Es más, este objetivo estratégico abarca cinco esferas estratégicas interdependientes relacionadas con la nutrición:

- Formulación y difusión de las macropolíticas más importantes orientadas a los problemas fundamentales vinculados con la nutrición: se examinarán las políticas públicas concernientes a la nutrición con miras a determinar y mejorar su contribución a una nutrición óptima, la alimentación sana, la actividad física y los buenos resultados sanitarios generales. Mediante estas actividades se procurará establecer un ambiente institucional favorable para lograr la nutrición óptima, la seguridad alimentaria y cambios en las dietas y en los modos de vida. Ello

- significará la adopción de medidas a diversos niveles, como son el internacional, el regional, el subregional, el nacional y el subnacional, de manera sinérgica, para promover el programa nutricional dentro del sector de la salud y entre sectores. El desafío es promover la adopción de nuevos marcos legislativos e institucionales para mejorar la nutrición, fortalecer la función normativa y promocional de los Estados Miembros, conforme a datos comprobables y el consenso de los expertos, teniendo en cuenta las economías de escala y la capacidad financiera gubernamental.
- Fortalecimiento de la capacidad de recursos por conducto del sector de la salud y otros sectores basándose en las normas: mediante las actividades de cooperación técnica se promoverá la ampliación de los servicios integrales de prestación de atención preventiva de salud y nutricional de calidad, haciendo hincapié en la atención de salud materno-infantil, la nutrición de adolescentes, ancianos y pacientes con infección por el VIH/SIDA, las iniciativas innovadoras de suplementación y enriquecimiento dirigidas a solucionar los problemas de carencia de micronutrientes y la prevención de la obesidad en los grupos vulnerables. Más importante aun, se enfrentarán las oportunidades desaprovechadas abordando los factores de riesgo que impiden un crecimiento y desarrollo óptimos, el estado adecuado con respecto a los micronutrientes, y los regímenes alimentarios y los modos de vida adecuados, en el marco de las iniciativas existentes de atención de salud.
 - Sistemas de información, gestión de los conocimientos y evaluación: mediante la cooperación técnica, se apoyará la vigilancia y evaluación de los cambios en los hábitos alimentarios, los comportamientos en relación con la adquisición de alimentos, el contenido de macronutrientes de los regímenes alimentarios, las modalidades de actividad física y los factores de protección y de riesgo de la nutrición deficiente y de la obesidad y las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición durante el transcurso de la vida, en relación con las tendencias en el estado nutricional, y se redoblarán los esfuerzos de vigilancia de la epidemia de obesidad, estableciendo medidas adecuadas, especialmente entre los adultos, para aumentar la sensibilización a nivel gubernamental. Mediante las actividades realizadas también se apoyará la identificación de los grupos vulnerables y de alto riesgo con respecto a la desnutrición y la sobrealimentación, la inseguridad alimentaria y los alimentos insalubres.
 - Elaboración y difusión de normas, herramientas y modelos eficaces: mediante las actividades de cooperación técnica se promoverá la difusión de pautas, normas y documentos de avanzada acerca del mejoramiento de la prestación de servicios, las intervenciones eficaces y los resultados de las investigaciones entre los integrantes del sector de la salud y otros sectores, como los líderes de la

comunidad, las autoridades gubernamentales, los medios de difusión y el personal técnico. El sector estratégico alentará a establecer una cobertura equilibrada de la salud y la nutrición desde una perspectiva biomédica y vinculada con el modo de vida.

- Creación de asociaciones, redes y un foro regional sobre alimentación y nutrición: mediante las actividades encaminadas a cumplir con este objetivo estratégico se fomentará la cooperación técnica horizontal entre los países y promoverá el intercambio de conocimientos, la difusión de las enseñanzas extraídas y los grupos de trabajo y las redes regionales para lograr que la nutrición sea incluida en los programas de salud y desarrollo. La OPS tratará de que su función específica y su ventaja comparativa complementen los esfuerzos relacionados con la nutrición efectuados por la comunidad del desarrollo en su conjunto y los múltiples actores, sumamente calificados y competentes, del ámbito de la salud y la nutrición, con el propósito de mejorar la nutrición en los Estados Miembros. Con un enfoque multidisciplinario se promoverá el consenso con expertos externos e interesados directos.

192. La inocuidad de los alimentos debe ocupar un lugar central en las políticas de desarrollo nacional. No obstante, en las Américas, garantizar la inocuidad de los alimentos entraña la participación de varios organismos e instituciones cuyos mandatos a menudo no están bien definidos. El resultado ha sido una fragmentación del sistema de control de los alimentos y un uso ineficiente de los recursos. Para mejorar la eficacia, y con ella la protección de la salud de los consumidores y las oportunidades comerciales y turísticas, se necesita de la cooperación y la coordinación a nivel nacional, subregional, regional e internacional. Además, la Oficina debería funcionar como centro de enlace y consulta, proporcionando información actualizada y pertinente y un aumento eficaz en función de los costos de la capacidad, para la solución de los problemas epidemiológicos prioritarios de inocuidad de los alimentos. Asimismo, la Oficina debe facilitar la cooperación bilateral y multilateral necesaria para poner en práctica convenios, proyectos conjuntos y misiones, viables y factibles, mediante la movilización de los recursos humanos nacionales capacitados, la cooperación técnica entre países de una misma subregión y la participación de expertos en inocuidad de los alimentos en esferas concretas para las cuales no exista la capacidad nacional pertinente.

193. Para apoyar a los Estados Miembros en sus esfuerzos en el campo de la inocuidad de los alimentos, la Oficina centrará la atención en los siguientes enfoques estratégicos:

- La colaboración con los gobiernos nacionales para fortalecer los sistemas de vigilancia de las enfermedades de transmisión alimentaria y emprender estudios de carga de morbilidad. Esto es necesario para facilitar la asignación de recursos a las actividades más apropiadas de control de este tipo de enfermedades.

- El fortalecimiento de la capacidad institucional y los recursos humanos para realizar estudios epidemiológicos sistemáticos, dirigidos a adoptar decisiones empleando datos probatorios obtenidos científicamente, como los exámenes sistemáticos, los metanálisis y las evaluaciones de riesgos.
- El mejoramiento de la capacidad institucional y de los recursos humanos para desarrollar capacidades de liderazgo en la esfera de la salud pública para el diseño de sistemas integrados de inocuidad de los alimentos, empleando el método del análisis de riesgos, como: la evaluación de riesgos, la gestión de riesgos y la comunicación y la educación sobre riesgos.
- La creación de asociaciones, alianzas e interacciones eficaces con organismos del sistema de las Naciones Unidas, el sistema de la OEA y los organismos nacionales de salud pública, incluidos los ministerios de salud, agricultura, ganadería, educación, las oficinas de normas y de turismo, entre otros. También deberá incluirse a las organizaciones no gubernamentales a fin de lograr una ejecución sostenible y eficaz de las políticas de inocuidad de los alimentos y aumentar el apoyo técnico y los recursos externos.
- El fortalecimiento de los nexos entre los sectores de la salud, la agricultura, la ganadería y el sector privado para conseguir que las intervenciones en la esfera de la inocuidad de los alimentos se planifiquen y ejecuten de manera integrada, del campo a la mesa, mediante la promoción de políticas, la movilización de recursos y los foros técnicos regionales, como la COPAIA y la RIMSA.
- Mejorar la comunicación y la educación sobre los riesgos en la esfera de la inocuidad de los alimentos y la aplicación de las directrices básicas de la OMS con respecto a las cinco claves para la inocuidad de los alimentos y el mercado de alimentos inocuos, en el marco de la estrategia de los entornos saludables.

Premisas y riesgos

194. Este objetivo estratégico se lograría si se cumplen las premisas siguientes:

- que se logre un reconocimiento cada vez más generalizado de que una nutrición adecuada, la seguridad alimentaria y los alimentos inocuos son derechos humanos y requisitos previos necesarios para la salud y el desarrollo;
- que las conductas personales estén apoyadas por sistemas eficaces de promoción y prevención y un entorno favorable que permita al público realizar elecciones fundamentadas para prevenir la desnutrición en todas sus formas y las enfermedades producidas por los alimentos insalubres;
- que los Estados Miembros se comprometan a aplicar políticas y planes integrados y desarrollar y fortalecer los programas nacionales de seguridad alimentaria, nutrición e inocuidad de los alimentos sobre la base de datos probatorios fiables y actualizados;

- que se establezcan y fomenten redes y asociaciones eficaces con otros organismos de cooperación técnica, con la participación de todos los interesados directos a nivel internacional, regional, subregional y nacional;
- que se asegure la coordinación interprogramática de los recursos de la OPS/OMS, un mayor apoyo interno a la movilización de recursos mediante la elaboración de proyectos bien concebidos y viables y un aprovechamiento de las contribuciones voluntarias de los países desarrollados a la OMS;
- que se establezcan mecanismos de adopción de decisiones y comunicación eficaces para mantener una coordinación estrecha e interactiva de actividades realizadas en los planos mundial, regional y subregional, orientadas por la Estrategia Regional sobre la Nutrición para la Salud y el Desarrollo y la Estrategia Regional y Plan de Acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud de la OPS y la Estrategia mundial de la OMS sobre la inocuidad de los alimentos; y
- habrá una ampliación de las intervenciones de inocuidad de los alimentos, eficaz en función de los costos, para el manejo de riesgos y peligros alimentarios.

195. El logro de este objetivo estratégico puede verse afectado de manera negativa por los riesgos siguientes:

- El surgimiento simultáneo de varios programas de salud, nutrición y seguridad alimentaria e inocuidad de los alimentos como consecuencia de una falta de comunicación y coordinación entre los distintos actores.
- La sostenibilidad de las intervenciones de largo plazo en las esferas de la nutrición, la seguridad alimentaria y la inocuidad de los alimentos puede correr peligro por la falta de inversiones o de compromiso político por parte de los gobiernos.

Resultados previstos a nivel regional				
RPR N.º 9.1	Se habrán establecido fórmulas de asociación y alianzas, formado líderes y desarrollado la coordinación y la creación de redes con todas las partes interesadas en los planos nacional, regional y mundial para fomentar las actividades de promoción y comunicación, alentar actividades intersectoriales, aumentar la inversión en intervenciones relativas a la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria, y elaborar y apoyar un programa de investigación.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida del indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
9.1.1	Número de países que recibieron ayuda de la Oficina que cuentan con mecanismos de coordinación institucionales (legislación) y funcionales (políticas y planes de desarrollo nacional y estrategias de reducción de la pobreza) a fin de promover enfoques y medidas intersectoriales en las esferas de la inocuidad de los alimentos, la seguridad alimentaria y la nutrición.	17	25	35

9.1.2	Número de países a los que se asignaron recursos financieros para abordar las prioridades nutricionales en el marco de las políticas multisectoriales y los planes nacionales con el objeto de cumplir los ODM y otros mandatos y compromisos regionales, subregionales, nacionales y locales.	12	20	32
9.1.3	Número de países que realizaron campañas de mercadeo social reconociendo y difundiendo las prácticas óptimas en materia de salud, nutrición e inocuidad de los alimentos (organizaciones de la población en general, públicas, privadas, de la sociedad civil y profesionales, entre otros grupos).	13	18	30
9.1.4	Número de países que han incluido actividades vinculadas con la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria en sus enfoques sectoriales (salud, educación y agricultura), con inclusión de un mecanismo de financiamiento para apoyar dichas actividades en los programas sectoriales relacionados y no relacionados con la salud.	10	18	27
9.1.5	Número de países en los que los gobiernos locales participan en iniciativas para promover los entornos sanos, en las que se abordan temas de nutrición, inocuidad de los alimentos y seguridad alimentaria de los grupos vulnerables, en el contexto de las actividades dirigidas a lograr un desarrollo local integral.	17	24	35
9.1.6	Número de países en los que los gobiernos locales aplican estrategias encaminadas a aumentar la seguridad alimentaria y los productos del comercio pecuario inocuos, a saber, exentos de fiebre aftosa	4	10	12
RPR N.º 9.2	Se habrán elaborado normas, con inclusión de referencias, requisitos, prioridades de investigación, directrices, manuales de capacitación y estándares, y se habrán difundido entre los Estados Miembros a fin de aumentar su capacidad para evaluar y responder a todas las formas de malnutrición y a las enfermedades zoonóticas y no zoonóticas transmitidas por los alimentos, y promover prácticas de alimentación saludables			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida del indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
9.2.1	Número de países en los que las nuevas normas de gestión, pautas, directrices y manuales de capacitación sobre la seguridad alimentaria y la prevención de la inocuidad de los alimentos que se elaboran o adaptan, se difunden a contrapartes nacionales y otros organismos que prestan cooperación técnica a América Latina y el Caribe	14	23	34
9.2.2	Número de países que aplican las normas y las recomendaciones incluidas en las estrategias mundiales y regionales, de conformidad con las necesidades y prioridades nacionales	11	18	32
9.2.3	Número de países que incorporan mejores pautas, normas y directrices sobre la alimentación, la nutrición y la inocuidad de los alimentos, así como normas y directrices sobre la atención primaria de salud en los sistemas de prestación de servicios de salud	16	24	35

9.2.4	Número de países que ejecutan un programa de investigación para generar información basada en datos probatorios sólidos para el análisis y la ejecución de políticas públicas, y la elaboración, seguimiento y evaluación de programas.	10	21	29
RPR N.º 9.3	Se habrá fortalecido el seguimiento y la vigilancia de las necesidades, así como la evaluación de las respuestas en la esfera de la seguridad alimentaria, la nutrición y las enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación, y se habrá perfeccionado la capacidad para determinar las mejores opciones de políticas			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida del indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
9.3.1	Número de países que elaboran y publican información fidedigna sobre: carencias nutricionales y factores de riesgo en distintos grupos de población; factores determinantes sociales, económicos y sanitarios de inseguridad alimentaria y de la nutrición; sobrepeso y obesidad en los niños y adolescentes	11	20	32
9.3.2	Número de países que tienen datos de vigilancia representativos a nivel nacional y reúnen periódicamente datos sobre las formas más importantes de desnutrición	12	18	26
9.3.3	Número de países que generan datos probatorios sólidos, obtenidos científicamente sobre la base del seguimiento y la evaluación sistemáticos de la eficacia de los programas en las esferas de la nutrición y la seguridad alimentaria	5	13	32
9.3.4	Número de países que han establecido sistemas fiables de vigilancia a nivel nacional y local que alimentan los sistemas de información disponibles con fines de planificación y ejecución, tanto en situaciones estables como de crisis humanitarias	12	20	27
9.3.5	Número de países que han fortalecido su capacidad institucionales nacionales para realizar análisis situacionales de la alimentación y la nutrición y sus factores determinantes para el análisis de las políticas públicas y la toma de decisiones mediante el establecimiento de observatorios nacionales y subregionales.	3	11	22
RPR N.º 9.4	Se habrá creado capacidad y prestado apoyo a los Estados Miembros destinatarios para la elaboración, el fortalecimiento y la ejecución de planes, políticas y programas de nutrición encaminados a mejorar la nutrición a lo largo de toda la vida, tanto en situaciones estables como de emergencia.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida del indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
9.4.1.1	Número de países que reciben apoyo de la Oficina que han elaborado y aplicado al menos tres de las medidas de alta prioridad recomendadas en la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño.	5	10	20

9.4.1.2	Número de países que reciben el apoyo de la Oficina y que han elaborado programas nacionales en los que se aplican medidas en al menos dos de las siguientes áreas programáticas: estrategias de prevención y control para reducir la malnutrición de micronutrientes, y promoción de prácticas alimentarias saludables para prevenir las enfermedades crónicas relacionadas con la dieta; inclusión de la nutrición en las respuestas integrales a la infección por el VIH y el SIDA y otras epidemias; capacidad nacional de preparación y respuesta ante emergencias nutricionales y alimentarias.	8	15	25
RPR N.º 9.5	Se habrán fortalecido los sistemas de vigilancia, prevención y control de las enfermedades zoonóticas y de otro tipo transmitidas por los alimentos, y se habrán establecido programas de vigilancia y evaluación de los peligros alimentarios (integrados a los sistemas nacionales de vigilancia existentes, difundiéndose los resultados entre todos los actores principales) +F302.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida del indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
9.5.1	Número de países que han establecido o fortalecido medidas intersectoriales para la vigilancia, la prevención y el control de las enfermedades transmitidas por los alimentos, incluida la participación en las redes intersectoriales regionales existentes sobre inocuidad de los alimentos, como RILAA y Pulse Net y las redes mundiales, como OMS-GSS.	18	25	35
9.5.2	Número de países que han iniciado actividades de vigilancia integradas de enfermedades de transmisión alimentaria para determinados agentes patógenos transmitidos por los alimentos y comenzado a evaluar la resistencia a los antimicrobianos que presentan dichos agentes.	2	9	20
9.5.3	Número de países que realizan estudios periódicos de carga de morbilidad de las enfermedad de transmisión alimentaria, incluido el establecimiento de grupos de trabajo que emplean métodos de aplicación de pruebas científicas (exámenes sistemáticos, metanálisis y evaluaciones de riesgos)	3	9	20
RPR N.º 9.6	Se habrá creado capacidad y prestado apoyo a los países, incluida su participación en el establecimiento de normas a nivel internacional, para incrementar su capacidad de evaluación de riesgos en las esferas de las enfermedades zoonóticas y no zoonóticas de transmisión alimentaria y de la inocuidad de los alimentos, así como para idear y aplicar sistemas nacionales de control bromatológico, con vínculos con los sistemas internacionales para casos de emergencia.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida del indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
9.6.1	Número de países de América Latina y el Caribe que reciben apoyo del Fondo Fiduciario del Codex de FAO/OMS para participar en las reuniones pertinentes del Codex	33	33	33

9.6.2	Número de países que recibieron apoyo de la Oficina para establecer sistemas nacionales integrados de inocuidad de los alimentos con un componente de vigilancia de las enfermedades de transmisión alimentaria y enlaces de vigilancia de contaminación de los alimentos a las redes de la OMS: Red Internacional de Autoridades de Inocuidad de los Alimentos (INFOSAN) y Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN)	18	30	35
9.6.3	Número de países que participan en el Programa de la OPS/OMS de Maestría sobre el Manejo de la Inocuidad de los Alimentos	11	23	34
9.6.4	Número de países que participan en la Serie de Liderazgo de Ejecutivos de Inocuidad de los Alimentos de OPS/OMS-IICA (EFLS).	15	23	34
RPR N.º 9.7	Se habrá fortalecido la capacidad de los Estados Miembros mediante el perfeccionamiento de los conocimientos, competencias y aptitudes en temas relacionados con la formulación de políticas multisectoriales nacionales, la planificación y la gestión de programas, el seguimiento y la evaluación de la seguridad alimentaria, la nutrición y la inocuidad de los alimentos.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida del indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
9.7.1	Número de países cuyos recursos humanos son mejores y más competentes en el sector de la salud y otros sectores, en cuanto al diseño y manejo integrado de las políticas públicas sociales, económicas, alimentarias y nutricionales, así como los planes nacionales y locales, en situaciones estables y de crisis humanitarias.	10	15	25
9.7.2	Número de países que cuentan con mejores programas académicos de licenciatura y posgrado y permiten crear una fuerza laboral más competente en el sector de la salud y otros sectores, para llevar a cabo el diseño, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de los programas de nutrición, seguridad alimentaria e inocuidad de los alimentos, en situaciones estables o de crisis humanitarias.	17	25	35
9.7.3	Número de Estados Miembros de la OPS/OMS [El original dice de la Oficina, pero eso es un error] que apoyan redes activas de instituciones académicas nacionales y centros internacionales de investigación y capacitación sobre inocuidad de los alimentos y nutrición para fortalecer y ampliar la fuerza laboral.	12	18	27

Objetivo estratégico 10

Mejorar la organización, gestión y prestación de servicios de salud

Alcance

196. El trabajo abarcado por este objetivo estratégico se centra en la colaboración con los países a fin de fortalecer los servicios sanitarios para que puedan prestar servicios equitativos y de calidad a toda la población de las Américas, haciendo hincapié en los grupos de población más necesitados y cuya situación de salud es más precaria. Esta labor se realiza dotando a los países con los mejores métodos comprobados, soluciones de conocimiento y pericia, y mediante la activación de redes y alianzas que catalizan y mantienen los cambios positivos. La Declaración Regional sobre las Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria de Salud y el documento de posición de la OPS acerca de la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas (CD46/13, 2005) constituyen el marco para consolidar el sistema de atención de salud de los países de las Américas.

197. **Indicadores y metas**

El mejoramiento de la salud, según se refleja en el logro de otros objetivos estratégicos, es el mejor indicador de que un servicio sanitario está funcionando bien. El avance general hacia este objetivo estratégico particular se evaluará por el número de países que pueden demostrar progresos en los siguientes indicadores compuestos:

- Cobertura para una gama de intervenciones de salud prioritarias (para las enfermedades transmisibles y no transmisibles). Meta: mejoramiento considerable al menos en 50% de los países.
- Calidad técnica e institucional, en especial el cumplimiento de las normas mínimas de atención y seguridad del paciente, además de mejor capacidad de respuesta. Meta: mejoramiento considerable al menos en 50% de los países.
- Eficiencia medida mediante una puntuación que se asigna a los resultados de los servicios sanitarios en relación con un conjunto dado de aportes de recursos financieros y humanos. Meta: mejoramiento comparado considerable al menos en 50% de los países.
- Adelantos en las actividades de notificación que realizan los países luego de llevar a la práctica sistemas sanitarios basados en la atención primaria de salud, de conformidad con la Declaración Regional. Meta: al menos en 40% de los países.

Temas y desafíos

- La Región de las Américas es una de las más desiguales del mundo, no solo en la distribución de los ingresos sino también en cuanto al acceso a los servicios sociales. Hay inequidades profundas en el acceso a los servicios de salud entre los diferentes países de la Región, así como dentro de cada país. Se calcula que 125 millones de personas que viven en América Latina y el Caribe no tienen acceso a los servicios básicos de salud (cerca de 27% de la población). Mientras que en países como el Canadá, 100% de los nacimientos son atendidos por personal de salud capacitado, esta cifra es de solo 24,2% en Haití, 31,4% en Guatemala y 60,8% en Bolivia. Dentro de los países, las inequidades afectan principalmente a las poblaciones de bajos ingresos, a las rurales y a las indígenas. Si bien es cierto que el promedio de utilización de los servicios de salud ha mejorado en los últimos años, todavía persisten las inequidades o incluso han empeorado.
- Varios tipos de barreras explican las inequidades en el acceso a los servicios de salud. Las más comunes son culturales (idioma, modos de vida, creencias en cuestiones de salud), sociales (nivel de educación), económicas (capacidad de pago, tener o no un seguro de salud), institucionales (horas de trabajo, disponibilidad de personal y medicamentos, disponibilidad de personal capacitado para satisfacer las necesidades de salud de ciertos grupos de población, como por ejemplo las personas de edad, etc.) y barreras geográficas (distancia). Estas barreras son la causa de que una gran proporción de las personas no utilice los servicios de salud sino que se automedican, consultan a la farmacia, van a un curandero o no hacen nada acerca de sus problemas de salud.
- Hasta la fecha, la mayoría de las iniciativas de gobiernos, organizaciones no gubernamentales, donantes, organismos bilaterales y multilaterales se han dirigido a tratar de hacer frente a las inequidades en el acceso a los servicios sanitarios mediante la ampliación de la cobertura de los servicios básicos en zonas desatendidas. Aunque este método es positivo, se ha centrado principalmente en el suministro de servicios, sin prestar la atención suficiente a las preferencias culturales y las realidades sociales locales. Los usuarios y los consumidores no han participado en la toma de decisiones importantes con respecto a sus servicios de salud. Más aún, algunas de estas iniciativas se han visto obstaculizadas por los problemas de los establecimientos de salud, como la falta de personal, escasez de medicamentos y horarios de funcionamiento inadecuados.
- Otro desafío importante que se plantea a la Región de las Américas es la poca calidad de la atención de salud. La falta de calidad hace que los servicios de salud sean ineficaces, ineficientes y costosos, lo cual conduce a que los usuarios no estén satisfechos con los servicios. Los problemas de calidad pueden encontrarse a todos los niveles del sistema, desde el proveedor individual hasta los niveles del establecimiento y del sistema.
- Un problema muy frecuente en la mayoría de los países de la Región es la limitada capacidad de resolución de los servicios de atención primaria. Además de

- su eficacia y eficiencia deficientes, la mayoría de los servicios de atención primaria son reactivos, fragmentados, destinados a atender las enfermedades y predominantemente curativos. Los servicios de atención primaria tienen poca o ninguna participación individual y comunitaria, la colaboración intersectorial es deficiente y no hay responsabilización por los resultados.
- Otro problema importante es el rendimiento bajo de los hospitales en cuanto a los resultados clínicos y la seguridad del paciente. Los hospitales no están haciendo lo suficiente para prestar la mejor atención posible a sus pacientes. Es usual que los pacientes estén sujetos a procedimientos de diagnóstico o tratamiento ineficaces, innecesarios y hasta perjudiciales. Esta situación conduce al uso ineficiente de los recursos así como a una tasa alta de defunciones, de infecciones nosocomiales y de readmisión temprana. Una medida de los procedimientos ineficaces o innecesarios es el nivel de variación observado en los procedimientos entre hospitales de características similares.
 - Otro problema frecuente de los servicios sanitarios es la falta de coordinación de la atención entre los diferentes niveles de atención y los puntos de servicio. Esto se refleja en una atención fragmentada e inoportuna, en la duplicación de los servicios y en el aumento innecesario de los costos.
 - Un problema particular de la organización y administración de los servicios tiene relación con los sistemas de atención de urgencias. En muchas ciudades de la Región, los servicios de urgencia no se han organizado en forma sistemática y su administración es inadecuada. Una encuesta reciente hecha por la OPS en 12 países de la Región, encontró que ocho de esos países tienen atención prehospitalaria administrada principalmente por organizaciones voluntarias. Aunque el desarrollo de los sistemas de servicios de urgencia no es una prioridad para la mayoría de los países (sólo cinco de los ocho encuestados aportan financiamiento del Estado para esos servicios), el aumento de la incidencia de lesiones causadas por accidentes del tráfico y de otras lesiones graves unido a las enfermedades agudas está acrecentando la necesidad de contar con un sistema eficaz de atención de urgencia.
 - La base principal que sustenta la promoción de servicios sanitarios eficaces con buenos métodos de gestión es la disponibilidad de información fidedigna, oportuna y exacta para la toma de decisiones y para transformar esa información en conocimiento y acciones. La información y el conocimiento constituyen la piedra angular para exponer los factores fundamentales relacionados con los servicios prestados, además de servir de base para la modificación del statu quo y el mejoramiento de la salud de las poblaciones. Los servicios sanitarios que utilizan la información para fomentar una mejor organización y gestión de sus recursos, aumentar el acceso, eliminar las inequidades y promover la eficacia están mejor dotados para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
 - Hay un cúmulo de información que reúne conocimientos y datos probatorios acerca de la prestación de servicios sanitarios. Sin embargo, estos recursos no

siempre están al alcance de quienes los necesitan o no están organizados para orientar las decisiones con respecto a la gestión y la prestación de esos servicios a la población. Por otro lado, el conocimiento de las necesidades en relación con la situación de los servicios en los países es escaso. Es necesario abordar la inequidad actual en el acceso a la información y el conocimiento atinentes a los servicios sanitarios a fin de que el conocimiento esté al alcance de los países, se difunda y se comparta entre ellos. La comprensión de la situación de los servicios de salud de los países es esencial para la ejecución de proyectos pertinentes de cooperación técnica.

Enfoques estratégicos

- Los enfoques más importantes se derivan de los principios y elementos operativos de los sistemas sanitarios fundamentados en la atención primaria de salud. Estos principios incluyen, entre otros, el acceso y la cobertura universales sobre la base de las necesidades en materia de salud, la participación individual y comunitaria y la autosuficiencia, medidas sanitarias intersectoriales, tecnología apropiada y eficacia en función de los costos, con respecto a los recursos disponibles. El enfoque de atención primaria de salud se aplicará y se encontrará en todas las estrategias de cooperación técnica.
- El documento de trabajo de la OPS/OMS CD46/13 y la Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud servirán de base para la estrategia de cooperación técnica. El acceso universal a la información y el conocimiento ayudará a superar las inequidades en el acceso a estos recursos y a intercambiar información vital entre los países de la Región.
- Otro enfoque valioso para la cooperación técnica consistirá en aprovechar las enseñanzas extraídas y los avances que ya han logrado los países, así como el intercambio de experiencias y de prácticas óptimas entre los diferentes países de la Región. Mediante este enfoque, será posible coordinar y promover iniciativas regionales clave en la esfera de la prestación de servicios de salud.
- La preparación de herramientas e instrumentos nuevos exigirá que estos sean sometidos a las pruebas y la validación pertinentes en lugares específicos del país, en particular a los niveles regional y local. Este enfoque abarcará la definición de límites geográficos para una población determinada mediante proyectos comunitarios de demostración.
- Es necesario crear asociaciones, alianzas y redes pertinentes dentro de la Organización así como fuera de ella, por ejemplo, con gobiernos, universidades, centros de investigación, centros colaboradores, asociaciones profesionales y otros.

Premisas y riesgos

198. La prestación de los servicios no puede mejorarse si no están dadas las condiciones básicas de estabilidad económica, social y política. No obstante, en muchos

países de bajos ingresos no prevalecen estas condiciones. Por ende, es necesario lograr una sinergia estrecha con el trabajo estipulado en el objetivo estratégico 5.

199. Gran parte del aumento de los fondos para el sector de la salud aportados por fuentes externas se dedica a la consecución de resultados en relación con una enfermedad concreta (en particular, el sida). Por lo tanto, hay un riesgo de que la puesta en práctica de esos programas refuerce la tendencia al establecimiento de programas verticales separados. Aunque algunas funciones deben efectuarse por separado, la mayor parte de la prestación de los servicios debe estar a cargo de una red única de establecimientos. El objetivo de reducir la exclusión puede verse obstaculizado si los gobiernos se centran solo en la red del sector público. De igual manera, hay riesgo de que ocurra una concentración exclusiva en la atención primaria o de primer contacto en detrimento de la superación de las inequidades y las ineficiencias en el ámbito hospitalario.

Resultados previstos a nivel regional				
RPR N.º 10.1	Se habrá apoyado a los países para dar acceso equitativo a servicios de atención de salud de calidad, haciendo hincapié en los grupos de población vulnerables; esos servicios de salud reflejan las normas reconocidas, las prácticas óptimas y los datos probatorios disponibles.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
10.1.2	Número de Estados Miembros que han recibido apoyo y han aumentado el acceso a los servicios de atención básica de salud como resultado de las iniciativas de la Oficina sobre la extensión de la protección social en materia de salud y la renovación de la atención primaria de salud.	13	18	21
10.1.3	Número de Estados Miembros apoyados que han fortalecido los programas nacionales para el mejoramiento de la calidad de la prestación de los servicios.	9	19	24
RPR N.º 10.2	Se habrán fortalecido las capacidades de organización y de gestión, con inclusión de los sistemas de información, de las instituciones y las redes de prestación de servicios en los Estados Miembros con la finalidad de mejorar el desempeño de la prestación de servicios.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
10.2.1	Número de Estados Miembros apoyados que han incorporado métodos productivos para la gestión de los servicios sanitarios.	5	14	23

RPR N.º 10.3	Se habrán establecido mecanismos y sistemas reglamentarios en los Estados Miembros para lograr la colaboración y las sinergias entre los sistemas de prestación de servicios sanitarios públicos y privados que conducen a un mejor desempeño general de la prestación de servicios.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
10.3.1	Número de Estados Miembros ayudados que han adoptado las opciones de política y los mecanismos de la Oficina para integrar la red de prestación de servicios de atención de salud, con inclusión de los proveedores públicos y privados.	3	20	24
RPR N.º 10.4	Se habrá reflejado cada vez más el enfoque de atención primaria de salud en las políticas de prestación de servicios y en su ejecución en los Estados Miembros, en particular con relación a la participación social, la acción intersectorial, el énfasis en la promoción y prevención, la atención integrada, la orientación familiar y comunitaria y el respeto de la diversidad cultural.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
10.4.3	Número de Estados Miembros en los que gerentes y proveedores se han capacitado en las competencias de atención primaria de salud de la OPS, destinadas al personal sanitario.	0	14	24
10.4.4	Número de Estados Miembros que notifican avances en llevar a la práctica sistemas sanitarios basados en la atención primaria de salud, de acuerdo con el documento de posición y la Declaración regional de la OPS sobre la atención primaria de salud.	1	15	23

Objetivo estratégico 11

Fortalecer el liderazgo, la gobernanza y la base científica de los sistemas de salud

Alcance

200. La cooperación técnica de la OPS/OMS se orientará a mejorar la capacidad política y técnica de los Estados Miembros a través de sus instancias de gobierno para asegurar una orientación única y acorde a los valores y objetivos sociales que guían los sistemas de salud, para asegurar la gobernanza de sus sistemas y las capacidades necesarias para que la Autoridad Sanitaria Nacional ejerza de manera competente el rol rector. Esta condición es esencial ya que la principal característica de la mayoría de los sistemas en la Región de las Américas es la fragmentación y segmentación institucional y organizativa, que generan exclusión e inequidad. También cubre la necesidad de generar conocimiento científico e información para alimentar la toma de decisiones, el fortalecimiento de funciones estratégicas como son la planificación y la regulación sectorial, y la apertura y preservación de espacios democráticos de diálogo social y político, indispensables para la gobernanza y los valores y objetivos de los sistemas nacionales de salud.
201. Las responsabilidades y funciones de la rectoría sectorial, base de la gobernanza de los sistemas, tienen que ver con la conducción, la definición y puesta en vigencia de marcos e instrumentos regulatorios, la garantía del aseguramiento y financiamiento del sistema para dar cuenta de los serios problemas de insuficiencia, mala gestión, alto gasto de bolsillo y regresividad del gasto público, entre otros problemas, que afectan a la mayoría de los sistemas de salud. Igualmente incluye la armonización de la provisión de los servicios de salud y asegurar la implementación de las Funciones Esenciales de Salud Pública. La superación de la fragmentación y la segmentación de los sistemas es uno de los mayores desafíos para el período 2008-2012.
202. Una condición a revertir por medio de la cooperación es la fragmentación y falta de sinergia de la cooperación internacional en salud, sobre todo en aquellos países que dependen en un significativo grado de la misma. El fortalecimiento de la rectoría y sus funciones y la definición de planes estratégicos nacionales es una condición sine qua non para avanzar la armonización, alineamiento y coordinación de la ayuda externa para la salud.
203. La capacidad sostenible nacional para generar inteligencia sanitaria, fortaleciendo la capacidad de investigación en sistemas y políticas de salud y el desarrollo de los sistemas de información, es clave para mejorar la calidad de las políticas públicas, sus continuidad, su efectividad y la

canalización de los intereses y contribuciones de los diversos actores interesados en el desarrollo nacional de la salud.

204. **Indicadores y metas**

- Disminución de la exclusión social en salud y las inequidades en el acceso a los sistemas de salud.
- Mayor continuidad y sostenibilidad de las políticas públicas así como de los equipos de gobierno en Salud.
- Existencia de mecanismos regulatorios y fiscalizadores al interior de los sistemas de salud.
- Disponibilidad de instrumentos para la planificación sectorial y definición de objetivos sanitarios nacionales.
- Equipos nacionales competentes en planificación sectorial y definición de objetivos sanitarios nacionales.
- Instrumento metodológico para la evaluación del desempeño en los diferentes niveles de los sistemas de salud y ejercicios de evaluación del desempeño de los sistemas realizados.
- Infraestructura, institucionalidad y equipos nacionales y sub nacionales fortalecidos para el desempeño de las funciones esenciales de salud Pública.
- Progreso en el cierre de la brecha de conocimiento y de la baja utilización de conocimiento científico en las políticas públicas de salud.
- Políticas y planes de investigación definidos que responden a las necesidades de los sistemas de salud para mejorar el desempeño de su función rectora.
- Mejoría de la producción científica en políticas y sistemas de salud y en el desempeño de la FESP 10.
- Incremento de las publicaciones derivadas de investigaciones en Salud Pública y Sistemas de Salud de la región en los sistemas de registro de la producción científica.
- Mejoría de la disponibilidad de información de calidad para guiar las decisiones de política y gestión de los sistemas.
- Dos tercios de los países de la región cumplen con los estándares definidos por los sistemas de información., en los niveles nacional, sub regional y regional.
- Equipos nacionales competentes para el desarrollo y mantenimiento de los sistemas de información en salud.

Temas y retos

- Las enseñanzas aprendidas revelan que para gestionar los sistemas de salud en beneficio de los ciudadanos y en su mejor interés, hace falta visión, liderazgo y

- políticas que mantengan un equilibrio entre las múltiples exigencias a que están sometidos los sistemas; pero sobre todo, hace falta una compleja serie de medios institucionales de los que sólo se dispone parcialmente.
- En la mayor parte de los países de la Región se presentan problemas en lo técnico y en lo político para la definición, gobernabilidad y sostenibilidad y evaluación de las políticas públicas de salud, para definir con claridad objetivos sanitarios, para formular planes de desarrollo sectorial y para intervenir en la regulación de los mercados sectoriales en defensa de los ciudadanos. En muchos países el ministerio de salud cuenta con escasa capacidad para manejar el creciente número de actores y agentes, para manejar redes de financiación y ejecución con los que debe tratar, la relación con organismos públicos (ministerios de finanzas y planificación, cuerpos legislativos nacionales, etc.); organismos internacionales; organizaciones multilaterales, bilaterales y no gubernamentales, y diversos tipos de empresas privadas y organizaciones de la sociedad civil.
 - La Resolución CD40.R12, solicitó cooperación técnica para desarrollar las competencias necesarias para ejercer la función rectora como uno de los ejes fundamentales para el desarrollo institucional de los sistemas de salud. En el quinquenio 2001-2005 la OPS/OMS abordó el proceso de desarrollo del concepto y praxis de la rectoría en salud como un aspecto prioritario e intrínseco al proceso de modernización del Estado. La Organización ha promovido a nivel regional y subregional un profundo debate e intercambio sobre la conceptualización, ámbito de acción, y mecanismos para el fortalecimiento de la capacidad rectora en salud utilizando como insumo fundamental la amplia experiencia acumulada por los países de la Región de las Américas, particularmente durante el auge de los procesos de Reforma en la década de los 90.
 - El proceso de fortalecimiento de la capacidad rectora del sector salud, lo deberá guiar, en última instancia, el propósito de reducir las inequidades en las condiciones de salud en el marco de un desarrollo integral y sostenible, y de abatir las desigualdades injustas tanto en lo concerniente al acceso a los servicios personales y no personales de salud, como en la carga financiera que supone el poder acceder a ellos.
 - El principal desafío de los sistemas de salud es contribuir a disminuir las desigualdades en salud y la exclusión social en salud mediante un aumento en la cobertura, el acceso, la calidad y la sostenibilidad financiera. El cálculo hecho en el 2003 por la Unidad de HP-HSS es que en ALC existen 230 millones de habitantes sin seguro de salud y que 125 millones no tienen acceso permanente a servicios básicos de salud.
 - Por ello es que tienen especial importancia las sendas resoluciones del CD de la OPS y de la OMS para apoyar a los países en la extensión de la protección social en salud y para el logro de acceso universal a servicios básicos de salud.
 - También existe el mandato de 2005 del CD de la OPS para contribuir a la construcción de sistemas de salud basados en la APS. La superación de la

- segmentación y fragmentación de los sistemas de salud, factores de inequidad y de exclusión social en salud.
- Parte del problema es la escasa disponibilidad y utilización de conocimiento científico y de información de calidad para la toma de decisiones. En muchos países se carecen de los mecanismos y la información necesarios para una gestión responsable y transparente. Hay escasa capacidad para realizar investigaciones sanitarias de interés nacional, incluida la investigación sobre los sistemas de salud, para establecer y mantener un sistema de información sanitaria fiable y para traducir los resultados de las investigaciones en políticas y prácticas; experimentan dificultades para lograr un equilibrio entre la respuesta a la demanda internacional de información sanitaria y la atención de sus propias necesidades de información y conocimientos.
 - Existen dificultades para conciliar las demandas en pugna por los limitados recursos de que se dispone en los servicios y programas, y para adoptar decisiones acerca de cómo organizarlos para potenciar al máximo la utilización de los recursos y posibilitar el cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública
 - Es necesario mejorar la capacidad de la autoridad sanitaria para una interacción eficaz con otros sectores que influyen en los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud.

Enfoques estratégicos

205. Para alcanzar este OE será necesario apoyar a los Estados Miembros en el desarrollo de estructuras y procesos sostenibles en los que con participación de distintos actores relevantes cuenten con las competencias para definir el sistema de salud que requiere el país y la modalidad más efectiva y eficiente de administrar el sector de la salud. De igual manera, deberá asegurar que la Autoridad Sanitaria Nacional cuente con las competencias para examinar y elaborar regulaciones y reglamentos obligatorios, pautas e incentivos que promuevan la igualdad de condiciones de todos los actores del sistema de salud y sobre todo la protección de los ciudadanos en su derecho al acceso a la salud. A medida que los gobiernos se descentralizan para aproximarse más a las preocupaciones de la comunidad, se procurará establecer y promover mecanismos de asignación de responsabilidades efectivas, de recursos y pautas de gestión para proteger las prioridades sanitarias acordadas de alcance nacional.

206. El fortalecimiento de la gestión responsable requerirá la elaboración de una cultura de inversión y acción en materia de información y datos científicos así como el establecimiento de sistemas de información sanitaria funcionales oportunos, fiables, y pertinentes.

207. Crear y sustentar la capacidad necesaria para realizar investigaciones de salud pública y de políticas y sistemas de salud de interés nacional, incluida la investigación sobre los sistemas de salud, para establecer y mantener sistemas de información sanitaria

fiables, y para traducir los resultados de las investigaciones en políticas y prácticas, será una de las condiciones principales. Es necesario mejorar los mecanismos para que los conocimientos precisos lleguen a las personas idóneas (encargados de la elaboración de políticas, administradores, especialistas, asociados para el desarrollo y el público en general) con miras al desarrollo de un proceso eficaz de adopción de decisiones y vigilancia del desempeño en todo el sistema de salud.

208. En apoyo de las actividades de los Estados Miembros, la OPS-OMS se centrará en lo siguiente:

- mantener un enfoque de apoyo técnico a los países adaptado al contexto político, cultural y social para el fortalecimiento de la gobernanza/rectoría;
- contribuir al fortalecimiento de la capacidad rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional para elaborar políticas públicas de salud acordes con las políticas nacionales, y para asignar recursos de conformidad con los objetivos de las políticas públicas;
- asegurar CT para la creación de sistemas de información nacionales que permitan generar, analizar y utilizar información fiable procedente de fuentes basadas en la población (encuestas, registro civil) así como de fuentes de datos clínicos y administrativos, a través de la colaboración con asociados (p. ej. las Naciones Unidas, otros organismos y la Health Metrics Network);
- contribuir a la creación de capacidad nacional para realizar investigaciones de interés para las políticas, para evaluar el desempeño de los sistemas de salud, así como a sintetizar la experiencia nacional a fin de proporcionar una orientación basada en datos científicos;
- formular con la participación de los Estados Miembros de una Política de OPS en Investigaciones de Salud y estrategias para fortalecer la investigación sistemas y políticas de salud y Salud Pública;
- facilitar el intercambio y la difusión de tecnologías de información, conocimientos y experiencias entre los países y dentro de los propios países, y mejorar el acceso a la información y el conocimiento; y salvar la brecha existente entre los conocimientos y la práctica en relación con la salud a escala regional sintetizando las experiencias y difundiendo las mejores prácticas, fomentando un entorno propicio para la creación, el intercambio/la traducción y la aplicación efectiva de los conocimientos a fin de mejorar la salud; y ayudar a suprimir el desfase entre países ricos y pobres en lo concerniente al acceso a tecnologías de información, al conocimiento y la información; y
- apoyar las políticas desarrollo de recursos humanos , altamente capacitados, motivados, y comprometidos para asumir los planes de desarrollo individual e institucional y de evaluación del desempeño.

Premisas y riesgos

209. Se considera que este OE se alcanzará bajo las premisas siguientes:

- hay compromiso político y acuerdo consensuado básico que el Estado es responsable de la salud de toda la población;
- se modifica la modalidad de operación de los socios externos en la financiación y la ejecución, en particular mediante la puesta en práctica de los principios de la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo, para que ayuden a reforzar en vez de socavar las actividades nacionales encaminadas a fortalecer la gobernanza/rectoría;
- se crean alianzas eficaces y se mantiene la participación efectiva de las partes interesadas en los planos nacional, sub regional y regional; revisten particular importancia los organismos internacionales y regionales que invierten en información, así como varios donantes bilaterales;
- se realizan progresos en la gobernanza y en la capacidad rectora del Estado, y la gestión estratégica del desarrollo en general, no sólo en el sector de la salud; y
- los países y los socios en el desarrollo se empeñan cada vez más en utilizar datos objetivos para la asignación de los recursos.

210. Se han determinado los riesgos siguientes, que podrían afectar adversamente la consecución del objetivo estratégico:

- falta de inversión internacional y nacional en esta esfera, sobre todo en los países de ingresos medios, que albergan a la mayoría de pobres de la Región;
- no sostenibilidad de políticas públicas y falta de coordinación intersectorial;
- coordinación y armonización inadecuadas entre los grandes socios internacionales; y
- preferencia por invertir en soluciones a corto plazo no sostenibles.

Resultados previstos a nivel regional

RPR No 11.1	Fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria nacional para ejercer su rol rector, mejorando la elaboración de políticas, la regulación, la planificación estratégica, la orientación y ejecución de las reformas, y la coordinación intersectorial e interinstitucional en el sector salud en los ámbitos nacional y local			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
11.1.1	Número de países en los que se ha realizado la evaluación del desempeño de la función rectora: formulación de políticas, planificación estratégica, ejecución de reformas y coordinación interinstitucional en el sector salud a nivel nacional y local	3	4	6

11.1.2.1	Número de países que han institucionalizado instancias regulatorias del funcionamiento del sector (como son las superintendencias) y generado marcos regulatorios	Por determinar	Por determinar (10% de incremento)	TBD (25% de incremento)
11.1.2.2	Número de países que han generado planes sectoriales de mediano y largo plazo o definido Objetivos Sanitarios Nacionales	4	5	7
RER No 11.2	Mejorar la coordinación regional de la cooperación internacional en salud y fortalecer la capacidad de coordinación de los países a nivel subregional y nacional para alcanzar las metas del desarrollo nacional de la salud			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
11.2.1	Número de países en los que la actuación de los principales donantes al sector salud está armonizada y en conformidad con los planes y prioridades gubernamentales	3	4	7
11.2.2	Número de países cuyas prioridades sanitarias que no están efectivamente financiadas.	2	3	4
11.2.3	Número de países en los que se han fortalecido las instancias de coordinación de cooperación internacional en los ministerios de salud	5	6	8
RER No 11.3	Contribuir a mejorar los sistemas de información sanitaria a nivel regional, subregional y nacional, para el análisis, gestión, monitoreo y evaluación de las políticas públicas y de los sistemas de salud para lograr los objetivos de salud a todos los niveles			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
11.3.1	Número de países que tienen instrumentado el proceso de monitoreo y evaluación del desempeño de los sistemas de información en salud en base a las normas de OMS/OPS y HMN apoyado por la Secretaría.	3	7	15
11.3.2	Número de países que cuentan con planes permanentes y activos de fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud, incluyendo la producción de información y el uso de las clasificaciones internacionales (CIE) conforme a normas internacionales establecidas por OPS/OMS y la Red Métrica de Salud.	3	8	40
11.3.3	Número de países que han instrumentado la Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud y que sostenidamente producen y publican los indicadores básicos de salud a nivel subnacional (primer o segundo nivel administrativo)	9	13	21
RER No 11.4	Contribuir al acceso, difusión equitativa y utilización del conocimiento y evidencias científicas en los procesos de toma de decisiones.			

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
11.4.1	Número de países que utilizan los indicadores básicos de salud y otra información estadística disponible para apoyar el análisis de los problemas prioritarios de salud basados en evidencias.	40	40	40
11.4.2	Número de países que han mejorado sus capacidades de análisis para la generación de información y conocimiento en salud como resultado de la cooperación técnica de OPS	4	7	10
11.4.3	Establecimiento y mantenimiento en los niveles regional y subregional de actividades eficaces de investigación sobre mecanismos de coordinación y liderazgo en el ámbito de la salud.	0	2	4
11.4.4	Número de países que resuelven los problemas de salud prioritarios mediante el uso sistemático y la generación de datos científicos obtenidos de las investigaciones.	Por decidir	7	15
11.4.5	Porcentaje de directrices de la Oficina publicadas que acatan y reflejan procesos basados en pruebas científicas.	<5%	>10%	>20%
11.4.6	Comité Asesor de Investigaciones en Salud en funcionamiento a nivel regional.	Se está revitalizando el CAIS Regional	CAIS Regional en funcionamiento y con reuniones regulares	Alineación y coordinación entre el Comité regional y el mundial
RER No 11.5	Facilitar la generación de conocimientos en áreas prioritarias, incluida la investigación en sistemas de salud, con participación de diferentes actores de la sociedad, asegurando que cumplan con altos estándares metodológicos y éticos			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
11.5.1	Número de países cuyos sistemas nacionales de investigación en salud cumplen con las normas mínimas internacionalmente acordadas (a ser definidos por la OMS)	Por decidir en 2007	Por decidir en 2007	Se desarrollará en 2007
11.5.2	Número de países que cumplen el compromiso de la Cumbre de México de dedicar al menos el 2% del presupuesto de salud a la investigación	Por decidir en 2007	Por decidir (10% de incremento)	TBD (25% de aumento)

11.5.3	Número de países de América Latina y el Caribe con Comisiones Nacionales de Ética- Bioética orientadas a vigilar el cumplimiento de normas éticas en la investigación científica	14/36	20/36	30/36
11.5.4	Número de países con procesos establecidos operativos que dan cabida a un método sistemático de uso de las pruebas científicas de las investigaciones en la formulación de políticas.	Por decidir en 2007	6	15
11.5.5	Número de países que registran los protocolos de investigación conforme a criterios acordados de la OMS (y con una base de datos mínima).	Por decidir	5	8
RER No 11.6	Contribuir a la apertura y fortalecimiento de instancias de diálogo y concertación social y político, en los distintos niveles, con participación de los actores relevantes al mejoramiento de políticas y sistemas de salud			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
11.6.1	Número de países (ministerios de salud y escuelas de salud pública) que adoptan estrategias de gestión de los conocimientos para llenar la brecha entre los conocimientos y su aplicación.	10	15	25
11.6.2	Número de países que tienen acceso a información y conocimiento científicos esenciales	por decidir	10	20
11.6.3	Número de países que cuentan con marcos y servicios de cybersalud basados en datos científicos	por decidir	12	30
11.6.4	Número de países que han desarrollado y mantienen instancias y/o procesos de deliberación democrática y de participación social sobre asuntos de interés colectivo, control social y de generación de propuestas de política	5	8	12

Objetivo estratégico 12

Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias

Alcance [Esto corresponde a la OMS; habrá que examinarlo para la Región.]

211. Los productos médicos comprenden los medicamentos químicos y biológicos; las vacunas; la sangre y sus derivados; las células y los tejidos, de origen principalmente humano; los productos biotecnológicos; los medicamentos y los dispositivos médicos tradicionales. Las tecnologías sanitarias abarcan, entre otras, las utilizadas en pruebas de diagnóstico, imaginología y análisis de laboratorio. Las actividades previstas en el marco de este objetivo estratégico se centrarán en lograr un acceso más equitativo (en cuanto a disponibilidad, precios y asequibilidad) a productos médicos y tecnologías sanitarias esenciales de calidad, seguridad, eficacia y costoeficacia garantizadas, y en promover un uso razonable y costoeficaz de los mismos. Las actividades de promoción de un uso razonable de los productos y tecnologías, se centrarán en el establecimiento de sistemas apropiados de reglamentación; la selección basada en criterios científicos; la facilitación de información para los profesionales que los prescriben y para los pacientes; la aplicación de procedimientos de diagnóstico, clínicos y quirúrgicos apropiados; las políticas de vacunación; los sistemas de suministro y seguridad de las inyecciones; y la transfusión de sangre. La información comprende directrices clínicas, información independiente sobre los productos y recursos para la promoción ética.
212. **Indicadores y metas**
- Mejoramiento asegurado en el acceso a productos médicos y tecnologías sanitarias esenciales, en su utilización racional dentro de los países de América Latina y el Caribe, y apoyo mediante el reconocimiento en la constitución o en las leyes nacionales de los países. Meta: más de 60% de los países.
 - Vigilancia y aseguramiento de la calidad de productos médicos y tecnologías sanitarias esenciales en América Latina y el Caribe. Meta: más de 75% de los países hacen esta vigilancia.
 - Sistemas de distribución fortalecidos en América Latina y el Caribe en cuanto a la planificación y las adquisiciones de productos médicos y tecnologías sanitarias de calidad. Meta: al menos 70% de los países;
 - Etapa de desarrollo de la capacidad nacional de reglamentación. Meta: organismo nacional de reglamentación evaluado, 47% de

países con nivel básico, 28% con nivel intermedio y 25% con funciones de reglamentación de alto nivel ya implantadas.

Temas y desafíos

213. Desde el más sencillo de los sistemas de atención de salud hasta el más avanzado, en los países ricos y pobres por igual, las tecnologías sanitarias forman la columna vertebral de los servicios sanitarios. Además, el acceso a las tecnologías de salud sigue siendo una de las diferencias más claras entre países ricos y pobres. Los sistemas de salud fuertes dependen invariablemente en gran medida del acceso a las tecnologías sanitarias y de su utilización. Unidas, forman una red intrincada en todos los servicios de salud en los que están entrelazados. Una red intrincada de tecnologías sanitarias es uno de los requisitos más fundamentales para la sostenibilidad y la autosuficiencia de los sistemas sanitarios. Las tecnologías sanitarias evolucionan o se inventan como soluciones a los problemas de salud percibidos, al principio se evalúan y luego se aplican para esa finalidad. A medida que se acumula experiencia en cuanto a su utilización, las tecnologías sanitarias vez lleguen a aplicarse, ya sea directamente o después de modificaciones leves, para tratar muchos otros problemas diferentes a los que originaron su creación. Algunas tecnologías son intrínsecamente seguras, pero la gran mayoría no lo es; por lo tanto, es necesario instaurar, de manera sistemática, medidas de aseguramiento y de control de la calidad para evitar efectos imprevistos en su aplicación. En efecto, en el caso de muchas tecnologías es aconsejable velar por que toda adaptación esté de acuerdo con la legislación nacional y que su aplicación se haga bajo la supervisión de las autoridades normativas. Aunque la mayoría de los países en desarrollo no pueden pagar la amplia gama de tecnologías sanitarias, si se eligen cuidadosamente los elementos de esta red, un país podrá ofrecer a sus ciudadanos un servicio de salud seguro y fiable, aun si los recursos son limitados.

214. El impacto económico de los productos médicos y las tecnologías sanitarias es notable, especialmente en los países en desarrollo. Si bien el gasto en las preparaciones farmacéuticas representa menos de una quinta parte del gasto total en salud, tanto público como privado, en los países más desarrollados, en las economías en transición representa de 15 a 30% del gasto en salud y de 25 a 66% en los países en desarrollo. En la mayoría de los países de ingresos bajos, las preparaciones farmacéuticas representan el mayor gasto público en la esfera de la salud después de los costos de personal, y el mayor gasto sanitario de las familias. Además, el gasto ocasionado por una enfermedad familiar grave, en especial los medicamentos, es una causa principal del empobrecimiento de las familias. A pesar del posible efecto sanitario de los medicamentos esenciales y a pesar del gasto sustancial en medicamentos, la falta de acceso a los medicamentos esenciales, su uso irracional y la mala calidad de los mismos siguen siendo problemas graves de salud pública en todo el mundo. El concepto de medicamentos esenciales incorpora la necesidad de actualizar regularmente la selección de los fármacos para incorporar las nuevas opciones de tratamiento y los cambios en las necesidades terapéuticas; la

necesidad de velar por la calidad del medicamento; además de la necesidad del desarrollo continuo de mejores medicamentos, de medicamentos para enfermedades emergentes y de medicamentos para satisfacer los perfiles de resistencia en constante cambio.

215. Otro motivo de inquietud para los Estados Miembros son los acuerdos de libre comercio que se están negociando o ejecutando en diferentes subregiones, y su repercusión sobre el acceso de las poblaciones a productos nuevos introducidos en el mercado. La OPS ha venido siguiendo muy de cerca esta situación y ha informado a los países con relación al acceso al tratamiento antirretrovírico; por otra parte, ha colaborado con las negociaciones subregionales y nacionales.

216. La mayoría de los programas nacionales de vacunación de la Región utilizan las vacunas adquiridas por conducto del Fondo Rotatorio de la OPS. La calidad de estas vacunas está asegurada por el sistema de precalificación de la OMS, que incluye no solo la evaluación del fabricante y de las vacunas sino también la evaluación del organismo nacional de reglamentación del país, ya que la responsabilidad de la supervisión se delega en ese organismo. La evaluación que hacen los organismos nacionales de reglamentación se ha convertido en una herramienta importante para identificar sus puntos fuertes y puntos débiles en el cumplimiento de las seis funciones de reglamentación, a saber: *a)* registro, *b)* vigilancia del uso de las vacunas, *c)* sistema de liberación de lotes, *d)* acceso a un laboratorio de control de calidad, *e)* inspección de los fabricantes, y *f)* evaluación de los resultados clínicos. El fortalecimiento de los organismos nacionales de reglamentación también ayudará a la creación de una red de autoridades normativas que puede servir de base para lograr la calidad del producto en la Región. Hasta el presente, se ha declarado que dos organismos nacionales de reglamentación (Brasil y Cuba) cumplen a cabalidad con las funciones asignadas y en cinco de ellos se han efectuado evaluaciones preliminares. Se han identificado varias causas que entorpecen el cumplimiento de las funciones: falta de estructuras orgánicas e independientes, falta de recursos humanos capacitados, falta de coordinación de las actividades e infraestructura deficiente.

217. Pocos países han invertido para mejorar sus establecimientos de producción de vacunas: Brasil, Cuba, México y Venezuela. Dos fabricantes ya están precalificados para suministrar vacunas a los organismos de las Naciones Unidas, a saber: Bio-Manguinhos, en el Brasil, para las vacunas contra la fiebre amarilla y CIGB, en Cuba, para la vacuna contra la hepatitis B. Otro fabricante brasileño ha solicitado la precalificación de dos de sus productos: las vacunas DTP y DTP + hepB. La OPS está determinando cómo puede colaborar con estos fabricantes para abordar la cuestión de la autosuficiencia de la Región en materia de vacunas y la producción regional de ciertas vacunas pertinentes para la salud pública regional o local, como la vacuna contra la gripe pandémica o la vacuna contra la fiebre hemorrágica argentina.

218. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (IFRCRCS) han calculado que, para que una comunidad disponga de sangre en cantidades suficientes para cubrir sus necesidades, es necesario recoger cada año cierto número de unidades de sangre equivalente a 5% de la población, es decir, 50 unidades por cada 1000 habitantes. La tasa de donación acumulada para la Región de las Américas es de 24,5 por 1000, lo que representa 20 millones de unidades de sangre recogidas para una población de 815 millones. De 42 países y territorios de la Región, sólo uno de ellos, Cuba, satisface la norma de la OMS/IFRCRCS. La inequidad en la disponibilidad de sangre entre los países de la Región también se manifiesta dentro de los países, ya que algunas zonas urbanas grandes son las que tienen acceso a la mayoría de la sangre recogida.

219. La promoción de la donación voluntaria de sangre no solo asegura la suficiencia y, por consiguiente, la disponibilidad de sangre sino también contribuye a su seguridad. Es menos probable que los donantes voluntarios de sangre hayan contraído una infección transmitida por las transfusiones, especialmente si donan reiteradamente. En América Latina y el Caribe, solo Aruba, Cuba, Curazao y Suriname recogen 100% de sus unidades sanguíneas de donantes voluntarios, altruistas, no remunerados; en las Bermudas y las Islas Vírgenes Británicas más de 98% de la sangre proviene de donaciones voluntarias. Por el contrario, en Bolivia, Honduras, Panamá, Perú y la República Dominicana se paga a los donantes. Las unidades de sangre deben someterse a tamizaje para detectar si hay marcadores de infecciones transmitidas por las transfusiones. Las tasas de prevalencia alta de marcadores de estas infecciones entre los donantes y el número de unidades sanguíneas no sometidas a tamizaje dan lugar a la transmisión de infecciones a los pacientes.

220. Hay una correlación marcada entre la seguridad de la sangre y la disponibilidad y la eficiencia del sistema nacional de bancos de sangre. Los datos de 42 países de la Región, entre ellos, Canadá y los Estados Unidos, indican que los países con tasas más altas de donación por 1000 habitantes tienen servicios de sangre que procesan un número mayor de unidades por año, tienen mayores probabilidades de contar con proporciones altas de donantes voluntarios y de aplicar las pruebas universales.

221. El acceso al diagnóstico por imágenes en la mayoría de los países de nuestra Región dista mucho de la situación de los países desarrollados, donde la frecuencia anual es superior a 1000 estudios por cada 1000 habitantes. En los países de la Región considerados como de nivel II de atención de salud (22 países), esta cifra es de alrededor de 150 por 1000, y en los 5 países de nivel III, este valor está cerca de 20 por 1000. También se observa desequilibrio en el acceso debido a los costos de estos servicios, a la cobertura de seguro deficiente y a la concentración en zonas urbanas grandes. Como la calidad es esencial para lograr los resultados previstos del diagnóstico, en varios países se ha hecho la evaluación de la calidad (Argentina, Bolivia, Colombia, Cuba), con lo cual

quedó demostrada la necesidad de ejecutar programas de garantía de calidad. También se ha detectado una falta de profesionales, entre otros, especialistas en radiología, tecnología y física médica.

222. El acceso a los servicios de radioterapia es aun más crítico. Los países desarrollados tienen de 4 a 5 unidades de radioterapia de alta energía por millón de habitantes; la mayoría de los países de la Región tienen menos de una unidad y en algunos países esta proporción es mucho menor (Nicaragua, El Salvador, Honduras, Guyana, Perú, Haití); además, los profesionales también son escasos. Los costos relacionados con estos servicios, tanto en inversión de capital como en las proyecciones para el funcionamiento y el mantenimiento, exigen que la planificación y la gestión estén bien estructuradas, lo que no se hace en la mayoría de los países. Con frecuencia, los costos son más altos que en los países desarrollados; de igual manera, la distribución geográfica y la oportunidad de la utilización son desiguales. Por lo que hace a los equipos más complejos, como los aceleradores lineales, los dispositivos de tomografía computadorizada, de resonancia magnética nuclear y de braquiterapia de alta tasa de dosis, intervienen cuestiones aun más cruciales.

223. El área de la infraestructura física y tecnología incorporada en los servicios sanitarios no experimentó modificaciones importantes durante el último bienio. La infraestructura y el equipo se deterioran y se desactualizan continuamente, mientras que los gobiernos no tienen una idea clara de cuál es la situación en el sector privado. Varios donantes y bancos están trabajando simultáneamente, y a veces se duplican los esfuerzos en esta esfera, mientras la mayoría de los gobiernos carecen de programas concretos para reglamentar la importación, distribución, utilización y desecho de los equipos. No obstante, cabe poner de relieve varias cuestiones.

224. Debido a que las enfermedades transmisibles representan una carga importante para la morbilidad y la mortalidad, junto con los niveles bajos de desarrollo y los escasos recursos locales, nuestra Unidad ha participado en el apoyo y la reorientación de las redes nacionales de laboratorio para que desempeñen una función más activa en la vigilancia sanitaria. La función de salud pública que cumple hoy en día el laboratorio es un concepto claro que comprende la puesta en práctica sostenible de un sistema para la garantía de calidad dentro de las redes de laboratorio, una marcada interacción con la vigilancia epidemiológica para el control de enfermedades, una respuesta integrada en caso de brotes y seguimiento del proceso de investigación epidemiológica, además del registro y la autorización para laboratorios clínicos, la formulación de programas externos de evaluación y acceso voluntario a la acreditación.

Enfoques estratégicos

- Promoción de la causa y apoyo a los Estados Miembros para la formulación, ejecución y seguimiento de las políticas farmacéuticas nacionales que facilitan la accesibilidad y asequibilidad a los medicamentos.
- Promoción de la causa para llevar a la práctica las herramientas que permitan mejorar los sistemas de distribución de medicamentos eficaces en función de los costos, haciendo hincapié en los servicios de salud pública y ciertos grupos destinatarios de población.
- Facilitar la creación de un fondo estratégico destinado a la adquisición de suministros de salud pública por conducto de la OPS para velar por la disponibilidad continua de productos de calidad y a bajo costo para programas prioritarios de salud pública.
- Apoyar a los Estados Miembros en el debate y la adopción de un enfoque de salud pública, en las disposiciones flexibles del Acuerdo de la Organización Mundial del Comercio (OCM) sobre los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (DIC) y la Declaración Ministerial de Doha dentro de su marco jurídico y durante la negociación de acuerdos bilaterales y regionales de libre comercio.
- Apoyar a los Estados Miembros y las iniciativas subregionales de integración en sus iniciativas para avanzar en la armonización de la reglamentación farmacéutica mediante el fortalecimiento de la iniciativa de la Red Panamericana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica.
- Promoción de la causa para la concientización y orientación a los Estados Miembros acerca del uso racional de los medicamentos.
- Velar por el acceso adecuado a vacunas y productos biológicos de calidad dentro de los sistemas sanitarios.
- Coordinar un programa regional sobre seguridad de la sangre para transfusiones a fin de velar por la disponibilidad de sangre de calidad, lo que abarca la promoción de la donación voluntaria de sangre, creación de sistemas nacionales eficaces y eficientes de recolección de sangre y tamizaje exacto de 100% de la sangre.
- Prestar apoyo para fortalecer los servicios de diagnóstico por imágenes y radioterapia, hacer cumplir los reglamentos para la protección contra las radiaciones ionizantes y no ionizantes e impulsar la capacidad para responder a las emergencias radiológicas o nucleares.
- Fortalecer la capacidad para el funcionamiento y mantenimiento de las instalaciones físicas y los equipos de la red de servicios sanitarios en los países de la Región.
- Apoyar a los ministerios de salud en la reglamentación y funcionamiento de los dispositivos médicos y del equipo médico, en general.
- Apoyar el desarrollo institucional de los laboratorios de salud pública y fortalecer la calidad de las operaciones de los laboratorios clínicos.

Premisas y riesgos

225. En el abordaje de la agenda inconclusa en la Región de las Américas hay que tener en cuenta la necesidad de atender actividades concretas relacionadas con las diferentes modalidades de los sistemas y servicios de salud, conjuntamente en acciones interdepartamentales. Además, tenemos que dirigir medidas concretas a las poblaciones vulnerables.

226. Se han emprendido iniciativas conjuntas de la OPS en colaboración con otras organizaciones de las Naciones Unidas para optimizar los esfuerzos de gobiernos, donantes, organizaciones no gubernamentales y organismos bilaterales y multilaterales, y para mejorar la paridad del poder adquisitivo para hacer frente a las inequidades en el acceso a los servicios de salud y los suministros esenciales.

227. A partir del análisis ha quedado claro que las tecnologías y los productos médicos esenciales, ya se trate de medicamentos, vacunas, sangre segura u otras tecnologías, plantean problemas similares: el acceso, la calidad, las políticas, los reglamentos y la información. Para coordinar mejor las actividades que se llevan a cabo en la Región y lograr mayor coherencia se han agrupado en un nuevo enfoque que considera las premisas y riesgos potenciales pero, estratégicamente será un enfoque integral e integrado para apoyar las actividades nacionales, subregionales y regionales:

- acceso a productos de calidad;
- política y reglamentación; y
- tecnología esencial para la salud.

Resultados previstos a nivel regional

RPR N.º 12.1	Se habrán preconizado y apoyado la formulación y el seguimiento de políticas nacionales amplias sobre el acceso, la calidad y el uso racional de los suministros esenciales de salud pública (medicamentos, vacunas, hierbas medicinales, productos sanguíneos, servicios de diagnóstico, dispositivos médicos y tecnologías de salud).			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
12.1.1	Número de países apoyados para elaborar y llevar a la práctica las políticas y los reglamentos para productos médicos y tecnologías esenciales.	14/36	23/36	27/36
12.1.2	Número de países que reciben apoyo para crear o fortalecer sistemas nacionales integrales de adquisiciones y distribución.	19/36	21/36	21/36

RPR N.º 12.2	Se habrán formulado normas, estándares y directrices internacionales para la calidad, seguridad, eficacia y rentabilidad de los suministros esenciales de salud pública y se habrá preconizado y apoyado su aplicación a nivel nacional y regional.			
Indicador No	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
12.2.4	Número de países evaluados y apoyados en el fortalecimiento de su capacidad de reglamentación de productos médicos y tecnologías esenciales	2/36	5/36	7/36
RPR N.º 12.3	Se habrá formulado y apoyado en programas regionales y nacionales la orientación de políticas basadas en datos probatorios acerca de la promoción del uso científicamente adecuado y costoeficaz de productos médicos y tecnologías por los trabajadores de salud y los consumidores.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
12.3.1.2	Número de países que han recibido apoyo para promover el uso adecuado y eficaz en función de los costos de productos médicos y tecnologías esenciales	10/36	16/36	20/36
12.3.2	Número de países con una lista nacional de productos médicos y tecnologías esenciales actualizada en los cinco últimos años y utilizada para adquisiciones y reembolsos públicos	29	30	34
RPR N.º 12.4	Se habrá apoyado la formulación de políticas y marcos jurídicos y mejorado la capacidad de los recursos humanos para reducir barreras en el acceso a los suministros esenciales de salud pública.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
12.4.1	Número de países apoyados con las herramientas necesarias para elaborar políticas y marcos jurídicos y mejorar la capacidad de los recursos humanos con miras a reducir las barreras en el acceso a los suministros esenciales de salud pública	11	20	24

Objetivo estratégico 13

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

Alcance

- La CT referida a este OE se orienta por los Objetivos y Desafíos del Llamado a la Acción de Toronto (2005) que se ha constituido en parte de la Agenda de Salud de las Américas y en el marco de referencia para el desarrollo de los planes nacionales, subregionales y de una estrategia regional para el desarrollo de los RRHH 2006 a 2015.
- Este OE contempla también los distintos componentes del campo de desarrollo de recursos humanos, las funciones de la rectoría y regulación del campo por la autoridad sanitaria, y las distintas etapas relacionadas con la configuración de la fuerza de trabajo —entrada, ciclo laboral y salida—, haciendo hincapié en la formulación de planes y estrategias nacionales para su desarrollo.
- Se promueve una planificación estratégica y regulación eficaz del sistema educativo y del mercado de trabajo que permita avanzar hacia una distribución equitativa de los trabajadores sanitarios; asegurando una combinación apropiada de profesionales de la salud, acorde con las necesidades de la población; y mejorando la gestión de la fuerza laboral sanitaria y el entorno en el que ésta trabaja, por ejemplo ofreciendo incentivos tanto financieros como no financieros, sobre todo para las poblaciones sub atendidas.

228. Indicadores y metas

- Densidad de la fuerza laboral sanitaria (desglosada por país, sexo y categoría ocupacional, cuando sea posible).
- Distribución urbano-rural de los trabajadores sanitarios (desglosada por país, sexo y categoría ocupacional, cuando sea posible).

Temas y desafíos

229. Los datos para la Región de las Américas muestran
- 7.500 000 personas trabajan en los servicios de salud en la Región;
 - Esta fuerza de trabajo en salud es femenina en un 70 %;
 - Existen en las Américas 4.576.000 de médicos, enfermeras y dentistas; y
 - Un 60 a un 70 % del dinero en salud se dedica a pagar el trabajo de la fuerza de trabajo.

230. Existe una bien definida correlación entre la densidad de trabajadores de salud y el logro de mejores niveles de cobertura para intervenciones de salud esenciales, como la inmunización o la prestación de asistencia calificada durante el parto. Cuanto mayor es el número de trabajadores de salud por habitante, más aumentan las posibilidades de supervivencia del lactante, del niño y de la madre. Muchos países no han alcanzado las metas previstas en la Declaración del Milenio en lo que a cobertura de intervenciones esenciales se refiere. El *Informe sobre la salud en el mundo 2006*, por ejemplo, ha identificado muchos países en los que la densidad de trabajadores sanitarios es inferior al nivel mínimo establecido. En las Américas la escasez no es tan aguda ni tan grande como en África pero existen serios problemas con algunas categorías de profesionales, y un gran problema de distribución.

231. Es de particular importancia la escasez de Enfermeras. Como ilustración:

- Esta escasez ha fomentado la emigración que se siente especialmente en el Caribe:
- Los países del Caribe tienen una tasa de 35 % de vacancias de enfermería
- Países como Jamaica y Trinidad & Tobago tienen tasas superiores al 50 %.
- Canadá no podrá cubrir 60.000 plazas en los próximos 6 a 7 años
- Estados Unidos tiene una escasez de más de 168.000 enfermeras actualmente y este número se va a incrementar en el futuro próximo.

232. Aunque los países en promedio tengan una cantidad de médicos y enfermeras que parece suficiente, la mayor parte de los profesionales se concentran en las zonas urbanas, haciendo que se produzcan carencias críticas en las áreas rurales:

- Ecuador: la capital cuenta con 12 enfermeras cada 10.000 habitantes mientras que el promedio del país es de 5.3 cada 10.000;
- Uruguay: 80% de los médicos viven en la capital donde vive el 45% de la población;
- Nicaragua: 50% del total del personal de salud trabaja en Managua, donde vive el 20% de la población; y
- Paraguay: Hay una enfermera por 2.000 habitantes en la capital y una enfermera por 9.000 en el resto del país.

233. Las causas que provocan estos déficits agudos son múltiples. Numerosos países en desarrollo tienen una capacidad de producción limitada debido a muchos años de inversiones insuficientes en las instituciones de formación sanitaria. Existen asimismo diversos factores atractores e impulsores que hacen que muchos profesionales de la salud abandonen sus puestos de trabajo, provocando con ello dentro de los países desequilibrios geográficos entre zonas rurales y urbanas y entre los países y regiones una importante

migración de los países en desarrollo a los más desarrollados. La migración de trabajadores sanitarios conlleva graves consecuencias para los sistemas de salud de los países en desarrollo, ya de por sí aquejados por los efectos de años de reformas poco rigurosas y mal gestionadas de la atención sanitaria y estancamiento económico.

234. Aunque existan los profesionales necesarios, muchas veces los equipos de salud están desbalanceados:

- Brasil: los médicos representan el 66% del total de profesionales de salud;
- El Salvador: 2 médicos por cada enfermera;
- República Dominicana: 8 médicos por cada enfermera;
- Uruguay: 66% de los médicos son especialistas; y
- 19 países de la región tienen más médicos que enfermeras.

235. **Las Américas han definido el desafío.** 29 países de la Región y un número significativo de agencias internacionales se reunieron en Toronto, Ontario, Canada para discutir los desafíos que enfrenta la fuerza de trabajo en salud en la Región. Los participantes en esta reunión concluyeron en un “Llamado a la Acción” que apela a los países a la necesidad de movilizar voluntades políticas, recursos y actores institucionales para contribuir para el desarrollo de los recursos humanos en salud, como forma de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el acceso universal a los servicios de salud de calidad para todos los pueblos de la región en el año 2015.

236. Mejorar las capacidades humanas no es una tarea fácil o rápida. Los países se preparan a comprometerse a un Decenio de sostenido esfuerzos en todos los países para el desarrollo de los Recursos Humanos para la Salud, a comenzar en 2006, y centrada en:

- el fortalecimiento de los liderazgos en salud pública;
- el aumento de la inversión en recursos humanos;
- la coordinación e integración de acciones en todos los ámbitos;
- asegurar la continuidad de políticas e intervenciones; y
- mejorar la producción de información para la toma de decisiones.

237. **Los Objetivos Principales para el Decenio 2006-2015:**

- Definir políticas y planes de largo plazo para adecuar la fuerza de trabajo de los servicios de salud a las necesidades de salud de la población y desarrollar la capacidad institucional para aplicarlos y revisarlos periódicamente.
- Colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, logrando una distribución equitativa del personal de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con diferentes necesidades de salud de la población.

- Regular los desplazamientos de los profesionales de salud de manera que permitan mantener en funciones los servicios de salud para toda la población.
- Generar vínculos entre los trabajadores y las organizaciones de salud que permitan el compromiso con la misión institucional de brindar buenos servicios de salud a toda la población.
- Desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones de formación profesional (Universidades, Escuelas) y las de servicios de salud que permitan adecuar la formación de profesionales de salud para un modelo de atención universal, equitativo y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población.

Enfoques estratégicos

- El cumplimiento de este OE supone asegurar CT efectiva para que se avance en el desarrollo de una fuerza de trabajo disponible, ubicada en los lugares apropiados, numéricamente adecuada y dotada de las competencias necesarias para atender las necesidades sanitarias de la población, dentro del contexto del sistema de salud de cada país.
- Para ello, habrá que intensificar los esfuerzos destinados a promover la mejora de la fuerza laboral sanitaria en los planos nacional, sub regional y regional, fortaleciendo las capacidades nacionales para la gestión integral de los RRHH, el desarrollo de planes estratégicos y creando y fomentando alianzas en todos los niveles. Es fundamental contar con sistemas de información sobre el personal sanitario y formular políticas y planes estratégicos nacionales de recursos humanos para la salud que estén basados en datos probatorios, tengan un carácter integral y se apliquen, supervisen y evalúen de forma sistemática. Habrá que acopiar y difundir prácticas óptimas, basadas en criterios científicos, para el desarrollo, la formación y la gestión del personal sanitario. De modo análogo, será necesario asegurar fondos suficientes para la financiación de la fuerza laboral sanitaria, lo que requerirá la celebración de consultas y negociaciones con los ministerios de finanzas, los ministerios de trabajo y educación y los homólogos internacionales consagrados al desarrollo.
- Al mismo tiempo, será preciso: expandir las capacidades y mejorar la calidad de las instituciones docentes y de formación profesional; asegurar una combinación de aptitudes apropiada y una distribución geográfica equitativa de la fuerza laboral sanitaria a través de medidas eficaces de dotación y retención de personal, recurriendo para ello a incentivos adaptados a cada contexto.
- Al apoyar los esfuerzos desplegados por los Estados Miembros, la OPS recabará y compartirá los conocimientos (datos, información y evidencias) requeridos para modificar las prácticas actuales, con miras a los desafíos relacionados con la fuerza laboral sanitaria y asegurar la mejora progresiva del desempeño general del personal de salud. Más concretamente, el secretariado hará hincapié en:

- apoyar el fortalecimiento del liderazgo nacional en materia de recursos humanos para la salud, tanto a nivel central como periférico, con el fin de movilizar recursos para la fuerza de trabajo sanitaria, y formular, aplicar, supervisar y evaluar políticas y desarrollar planes de recursos humanos para la salud en la perspectiva del decenio de RRHH 2006-2015, y que tengan en cuenta las necesidades sanitarias;
 - apoya el establecimiento de observatorios de RRHH en los países asegurando sus sostenibilidad;
 - articular respuestas para los países afectados por la crisis de recursos humanos para la salud;
 - facilitar acuerdos con otros organismos, con miras a disponer de mecanismos financieros más eficaces para el desarrollo del personal sanitario y la gestión de las migraciones internas e internacionales;
 - fortalecer los sistemas educativos nacionales, en particular las escuelas y universidades, para apoyar la disponibilidad de todo tipo de trabajadores sanitarios, dotados de las aptitudes y competencias apropiadas;
 - reforzar la base de conocimientos, respaldando la capacidad nacional para crear sistemas de información centrados en la fuerza laboral sanitaria y promover investigaciones en recursos humanos;
 - respaldar mecanismos para la creación de redes sub regionales de instituciones de excelencia , por ejemplo para desarrollar observatorios de recursos humanos para la salud, con miras a generar información que permita fundamentar los procesos de formulación de políticas y seguimiento y evaluación en datos probatorios; y
 - colaborar en el establecimiento de normas y patrones relativos a la fuerza laboral sanitaria, incluida la formulación de definiciones, sistemas de clasificación e indicadores internacionalmente acordados.
- Respalda los esfuerzos de integración y cooperación horizontal entre países para la implementación de estrategias conjuntas y afrontar los procesos migratorios del personal de salud

Premisas y riesgos

238. El cumplimiento de este objetivo estratégico parte de la premisa de que:

- Se sostengan los esfuerzos regionales, sub regionales y nacionales desplegados recientemente para impulsar el desarrollo de recursos humanos para la salud, incluido el Llamado a la Acción de Toronto.
- Las alianzas transectoriales e interagenciales (UNESCO, OIT, CEPAL) en apoyo del desarrollo del personal sanitario seguirán fomentando la participación activa de todos los interesados directos, incluidos la sociedad civil, las asociaciones profesionales y el sector privado.

- El logro de este objetivo estratégico puede verse afectado negativamente por los riesgos siguientes:
 - el riesgo de que la financiación del desarrollo del personal sanitario se mantenga en niveles bajos;
 - el riesgo de que la cuestión del desarrollo de los recursos humanos se siga desatendiendo;
 - el riesgo de que los países afectados sigan siendo incapaces de tomar las riendas de la situación y gestionar la respuesta a esta crisis por sus propios medios;
 - el riesgo de que los países desarrollados sigan recurriendo al reclutamiento activo, fomentando así las migraciones incontroladas; y
 - el riesgo de que las fuerzas del mercado sigan ejerciendo una presión excesiva en favor de la emigración y el éxodo de profesionales.

Resultados previstos a nivel regional				
RER N.º 13.1	Planes y políticas de recursos humanos desarrollados a los niveles nacional, subregional y regional para mejorar el desempeño de sistemas basados en la atención primaria y el logro de los objetivos de salud y del milenio			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
13.1.1	Número de países con planes decenales de acción para el fortalecimiento de la fuerza laboral en salud, con participación activa de actores y gobiernos.	12	16	28
13.1.2	Número de países que tienen una unidad en el gobierno responsable de la planificación y elaboración de políticas para el desarrollo de los recursos humanos en salud.	4	12	20
13.1.3	Número de países con programas de aumento de la producción de recursos humanos en salud con énfasis en la Atención Primaria de Salud	7	11	12
13.1.4.1	Número de países con mecanismos de regulación (control de calidad) de la educación y de la práctica en salud	12	16	20
13.1.4.2	Número de subregiones con mecanismos de regulación (control de calidad) de la educación y de la práctica en salud	1	2	3
RER No 13.2	Conjunto de datos básicos y sistemas de información en recursos humanos desarrollados a los niveles nacionales, subregionales y regionales			
Indicador No	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
13.2.1	Número de países que disponen de una base de datos de situación y tendencias de la fuerza de trabajo en salud que se actualiza cada dos años como mínimo.	10	22	29

13.2.2	Número de países que participarán en un Sistema de Indicadores Regionales sobre Recursos Humanos para la Salud, que permita la comparación y medición de progreso de los desafíos identificados (incluyendo indicadores de distribución geográfica, migraciones, relaciones laborales y tendencias de formación de profesionales de salud)	0	22	0
13.2.3	Número de países con un grupo nacional integrado a la red de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud	19	29	19
13.2.4	Número de países que desarrollan estrategias de promoción de investigación en recursos humanos en salud	5	8	5
RER No 13.3	Estrategias e incentivos desarrollados para generar, atraer y retener el personal de salud (con las competencias apropiadas) en función de las necesidades de salud individuales y colectivas [poblaciones desatendidas]			
Indicador No	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
13.3.1	Número de países con políticas de reclutamiento y retención de personal de salud para fortalecer la Atención Primaria de Salud	6	15	20
13.3.2	Número de países que han implementado sistemas de incentivos y estrategias para lograr la redistribución geográfica de su personal de salud hacia áreas desprotegidas	4	10	20
RER No 13.4	Capacidad de gestión fortalecida en los países, para mejorar el desempeño y la motivación del personal de salud, incluyendo el desarrollo de condiciones y ambientes laborales saludables y productivos			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
13.4.1	Número de países con los cuales se han establecido una alianza estratégica para el desarrollo de los planes nacionales y subregionales en recursos humanos, en el marco del llamado a la acción de Toronto.	2	4	6
13.4.2	Número de países con por lo menos una institución nacional, incluyendo los centros colaboradores, participando activamente en una red regional de desarrollo de recursos humanos en salud	6	10	20
13.4.4	Número de países que generan información sobre condiciones de contratación, clima laboral y estrategias de desprecuarización en los servicios de salud	4	8	11
13.4.5.1	Número de países con programas de formación para el incremento de competencias en políticas de recursos humanos en salud	1	8	15
13.4.5.2	Número de sub-regiones con programas de formación para el incremento de competencias en políticas de recursos humanos en salud	2	4	4

RER No 13.5	Estrategias y sistemas de educación fortalecidos a nivel nacional, para el desarrollo y el mantenimiento de las competencias del personal de salud, apropiadas a los contextos de practica y situación de salud de la población, con orientación hacia la APS			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
13.5.1	Número de países donde existen mecanismos de planificación conjunta de instituciones de formación y de servicios de salud para la actualización continua de competencias laborales	19	25	35
13.5.2	Número de países con políticas y estrategias para la adecuación de la educación de pre y post grado a las prioridades de salud y a la Atención Primaria de Salud	4	10	15
13.5.3.1	Número de países con participación activa en estrategias de aprendizaje virtual en red y de liderazgo en salud global en el marco de las prioridades y orientaciones regionales de salud de las Américas	7	20	30
RER No 13.6	Contribuir al conocimiento, abordaje y solución de los problemas que confrontan los sistemas nacionales de salud como consecuencia de la migración internacional del personal de salud a medio y largo plazo			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
13.6.1	Número de subregiones que participan en una red de monitoreo de migraciones de personal de salud	2	3	4
13.6.2	Número de subregiones que han acordado mecanismos de reconocimiento de formación en el extranjero (títulos y diplomas) para el ejercicio profesional	1	2	3

Objetivo estratégico 14

Extender la protección social mediante una financiación equitativa, suficiente y sostenible

Alcance

- OMS Resolución WHA58.33 de 2005: Financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad.
- OPS Resolución CSP26.R19 de 2002: Ampliación de la protección social en materia de salud: Iniciativa conjunta de la OPS y OIT.
- Financiamiento sostenible y solidario del Sistema de Salud y Protección Social.
- Protección financiera de los hogares contra los gastos catastróficos en salud.
- Eliminación o reducción de las barreras de acceso económicas, geográficas, culturales, étnicas, de género y generadas por la organización del sistema.
- Eliminación de las diferencias de derechos asegurados de acceso a los bienes, servicios y oportunidades en salud y de cualquier forma de discriminación por etnia, género, edad, religión o opción sexual.
- Eliminación o reducción de la segmentación institucional del sistema, y de la fragmentación operativa de la red de servicios.
- Acceso adecuado y oportuno a los servicios de salud con calidad y equidad.
- Abogacía por la inclusión de salud en los planes gubernamentales.

239. **Indicadores y metas**

- Aumento del gasto público en salud y salud pública con énfasis en el gasto en atención primaria de salud.
- Reducción de la proporción de hogares que cae bajo la línea de pobreza debido al gasto en salud.
- Reducción del número de países con una alta proporción de gasto de bolsillo en salud.
- Aumento de la proporción de población con derechos asegurados explícitos de acceso a los bienes, servicios y oportunidades en salud.
- Reducción de la proporción de población que no tiene acceso regular y oportuno a los servicios de salud.
- Aumento del número de Estados Miembros con capacidad de análisis de situación de exclusión social e inequidades en salud y análisis del financiamiento y gasto del sistema de salud como medida estratégica para promover el incremento del gasto publicoeficiente

y equitativo en salud, y realizar opciones de política de protección social solidarias y universales.

- Número de Estados Miembros con capacidad de coordinar, armonizar y alinear la cooperación internacional en salud.

Temas y desafíos

- La forma de financiación y organización del sistema de salud es un determinante clave de la salud y el bienestar de la población.
- El gasto en salud suele ser aún insuficiente para lograr una adecuada oferta de servicios, especialmente el gasto público, por lo que las familias se ven obligadas a hacer gastos de bolsillo que afectan la economía familiar y aumentan el riesgo de empobrecimiento.
- Importantes segmentos de la población no tienen acceso regular y oportuno a servicios de salud o mantienen diferencias injustas en su capacidad de utilizar los servicios debido a razones económicas, geográficas, culturales, étnicas, de género, edad, religión o opción sexual.
- La segmentación y fragmentación del sistema de salud incrementa la inequidad y la ineficiencia en el uso de los recursos del sector y contribuye a limitar el acceso a la población más pobre y vulnerable.

Enfoques estratégicos

- Propugnar la necesidad de asignar más fondos, que sean predecibles, sostenibles, y solidarios en los planos regional y nacional, así como la participación en alianzas que favorezcan este objetivo.
- Prestar cooperación técnica a los países y a los ministerios de salud a fin de que la salud ocupe un lugar destacado en la agenda nacional de desarrollo, consigan y mantengan altos niveles de gestión eficiente, responsable y transparente.
- Elaborar datos confiables y generar conocimientos para informar opciones de política que contemplen mecanismos solidarios y equitativos de financiamiento que reduzcan la dependencia de pagos directos de las familias.
- Colaborar con los países para que puedan determinar, vigilar, evaluar, y formular e implementar estrategias, políticas y programas para enfrentar las causas de la exclusión social en salud.
- Fortalecer la capacidad nacional para el análisis de opciones de política para reducir la desigualdad de ingresos como causa subyacente de las disparidades en salud y establecer estrategias nacionales para ampliar la protección social y financiera en salud.
- Fortalecer la capacidad nacional para generar inteligencia sanitaria estratégica, a través investigación aplicada, estudios innovadores y comparativos, aplicación de metodologías analíticas, y gestión del conocimiento.

- Fortalecer las capacidades nacionales, especialmente del Ministerio de Salud y de los organismos de seguro social, para fomentar procesos de diálogo social que permita acordar los objetivos y las estrategias nacionales en protección social en salud con la sociedad civil y actores sociales relevantes.
- Desarrollar y apoyar alianzas, asociaciones y redes formales/informales para el desarrollo de las capacidades institucionales, organizacionales y humanas nacionales, a través mecanismos de intercambio de conocimientos, buenas prácticas y lecciones aprendidas, capacitación permanente de recursos humanos, y producción, organización y disseminación de marcos conceptuales y analíticos, metodologías e instrumentos.

Premisas y riesgos

- Para alcanzar este objetivo estratégico es necesario crear alianzas regionales, subregionales y nacionales, particularmente con las instituciones financieras internacionales, la CEPAL, OIT, AISS, CISS, CIESS, con los organismos de integración sub regional como SICA, CAN, MERCOSUR, CARICOM, ALBA; y con los socios bilaterales de desarrollo y los ministerios de trabajo/seguridad social, finanzas/hacienda, planificación, Bancos Centrales, e Institutos Nacionales de Estadísticas, bien así con Universidades y Centros de Investigación.
- Se asume que los países que han emprendido reformas de sus sistemas de salud están interesados en la búsqueda del acceso universal y equitativo de la salud para sus habitantes y que disponen de recursos destinados al sector salud para este efecto.
- Los países cuentan con experiencias diversas y lecciones aprendidas en sus procesos nacionales que pueden ser valioso insumo para la cooperación técnica entre países.

240. Los posibles riesgos son:

- que los recientes aumentos en la financiación de la salud en los países esté vinculado con la atención a unos pocos problemas sanitarios específicos y no a una visión de integración del financiamiento y universalidad; y
- que el incremento de fuentes externas aumente la segmentación del sistema y debilite la institucionalidad del sector, reduciendo la capacidad de rectoría, al generar mecanismos paralelos y segmentados de la financiación, aseguramiento y provisión de servicios.

Resultados previstos a nivel regional				
RER No 14.1	Se habrá prestado a los Estados Miembros apoyo al desarrollo de capacidades institucionales, organizacionales y humanas, para el análisis de opciones de política basadas en principios éticos, compromisos internacionales, y utilización de conocimiento científico e información actualizada en materias económicas y financieras, políticas, sociales y sanitarias; así como cooperación técnica para mejorar el desempeño de los esquemas de financiación del sistema de salud y de protección social por lo que respecta a la eliminación/reducción de barreras económicas de acceso, protección financiera, la equidad y solidaridad en la financiación de los servicios y acciones de salud, y la eficiencia de la utilización de los recursos.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
14.1.1	Número de países con planes de desarrollo institucional en materia de política y regulación para mejorar el desempeño de los esquemas de financiamiento del sistema de salud y protección social	7	10	15
14.1.3	Número de países con Unidades de Análisis económico, financiero y de gasto en salud funcionantes, y que utilizan esas informaciones para desarrollar políticas relevantes en lo que respecta a la eliminación/reducción de barreras económicas de acceso, incremento de la protección financiera, la equidad y solidaridad en la financiación de los servicios, y la eficiencia de la utilización de los recursos.	10	13	18
14.1.4	Numero de Estados Miembros que han realizado estudios de caracterización de la exclusión social en salud en nivel nacional o sub-nacional	11	15	20
14.1.5	Numero de Estados Miembros con políticas de extensión de la protección social en salud con objetivo de cobertura universal	8	10	12
RER No 14.2	Implementadas medidas de promoción, información y cooperación técnica a nivel regional, subregional y nacional para movilizar fondos adicionales y estables destinados a la salud.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
14.2.2	Numero de estados miembros que han desarrollado/mejorado procesos de planificación y/o monitoreo de la cooperación internacional en lo relativo a PRSPs, SWAPS, MTEFs y otros mecanismos de financiamiento de largo plazo	7	9	12
14.2.3	Información, conocimientos y lecciones aprendidas sobre armonización y alineamiento de la cooperación internacional organizadas y diseminadas, y procesos continuos de intercambio de experiencias entre los países funcionantes	3	7	10
14.2.4	Numero de Estados Miembros que han institucionalizado la producción periódica de Cuentas de Salud/Cuentas Nacionales de Salud armonizadas con el sistema estadístico de NNUU	14	18	25

RER No 14.6	Generación y difusión periódica de información sobre financiamiento y gasto en salud, con estrategia de utilización de los conocimientos producidos incorporada al Plan regional y agendas nacionales de investigación en sistemas y políticas de salud, con énfasis en la extensión de la protección social en salud			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
14.6.1	Numero de Estados Miembros con informacion actualizada sobre financiamiento y gasto en salud publicada periodicamente por la Iniciativa de Datos Basicos-OPS y por el Anexo estadistico del WHR/OMS	32	35	40
14.6.2	Numero de Estados Miembros con agendas nacionales de investigacion en sistemas y politicas de salud, con enfasis en la extesion de la proteccion social en salud, y utilizacion de informacion sobre financiamiento y gasto en salud	6	10	15
14.6.3	Plan regional de investigacion en sistemas y politicas de salud, con enfasis en la extesion de la proteccion social en salud, y utilizacion de informacion sobre financiamiento y gasto en salud	0	Plan regional de investigacion en sistemas y politicas de salud formulado y aprobado por los Esatdos Miembros	Plan regional de investigacion en sistemas y politicas de salud en ejecucion
RER No 14.7	Desarrollada cooperación técnica en procesos y mecanismos de aseguramiento y/o extensión de cobertura, y promovido el intercambio de experiencias y lecciones aprendidas entre los Estados Miembros.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
14.7.1	Número de países que recibió cooperación técnica en procesos y mecanismos de aseguramiento y/o extensión de cobertura,	18	22	30
14.7.2	Número de países que participaron en intercambio de experiencias y lecciones aprendidas entre los Estados Miembros sobre aseguramiento y/o extensión de cobertura.	37	41	41

Objetivo estratégico 15

Proporcionar liderazgo, fortalecer la gobernanza y fomentar las alianzas y la colaboración con los países para cumplir el mandato de la OPS/OMS de hacer avanzar el programa de acción sanitaria mundial, consignado en el Undécimo Programa General de Trabajo

Alcance [examen pendiente]

241. Este objetivo estratégico facilita el trabajo de la Oficina encaminado a alcanzar todos los demás objetivos estratégicos. Se reconoce que el contexto internacional en lo tocante a la salud ha cambiado considerablemente. El alcance de este objetivo abarca tres grandes áreas complementarias, a saber: liderazgo y gobernanza de la Organización; apoyo de la Oficina a los Estados Miembros, su presencia en ellos y su compromiso con cada uno individualmente; así como la función de la Organización de hacer valer la energía y la experiencia colectivas de los Estados Miembros y otros actores a fin de tener influencia en los asuntos sanitarios de importancia mundial y regional.
242. La innovación principal implícita en este objetivo es que tiene como finalidad aprovechar la profundidad y amplitud de la experiencia de la Oficina en los países para participar activamente en los debates mundiales y regionales, con lo cual se ejercerá una influencia positiva en el entorno de trabajo de las instancias normativas nacionales, para contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, así como de otros objetivos acordados en el ámbito internacional también relacionados con la salud.
243. **Indicadores y metas**
- Número de países que llevan a la práctica las resoluciones y los acuerdos relacionados con la salud, adoptados por la Asamblea Mundial de la Salud y el Consejo Directivo de la OPS. Meta: más de la mitad de los Estados Miembros en 2013
 - Número de países que cuentan con una Estrategia de Cooperación en los Países (ECP) acordada por el gobierno, con una evaluación cualitativa del grado en que los recursos de la OPS/OMS se armonizan con los socios y se alinean con las estrategias nacionales de salud y desarrollo. Meta: 30 países para 2013 (punto de partida para el indicador: 3 en 2006-2007)
 - Grado de logros alcanzados por la asistencia oficial para el desarrollo destinada a la salud con respecto a los puntos de partida estipulados en la Declaración de París sobre la armonización y la alineación. Meta: 100% de los puntos de partida alcanzados para 2013.

Temas y desafíos

244. El liderazgo y la gobernanza de la Organización Panamericana de la Salud lo ejercen sus Cuerpos Directivos—el Consejo Directivo, el Comité Ejecutivo y su subcomité— por conducto de los funcionarios de alto nivel de la Oficina, a los niveles regional y nacional, a saber: Director, Director Adjunto, Subdirector y representantes de la OPS/OMS en los países.

245. Los mandatos de los Cuerpos Directivos deben acatarse eficazmente y sus decisiones deben ejecutarse de una manera receptiva y transparente. Dentro de la Oficina es necesario contar con líneas claras de autoridad, de responsabilidad y de rendición de cuentas, especialmente en un contexto en el que los recursos y las decisiones sobre su utilización están cada vez más descentralizados hacia los lugares donde se ejecutan los programas.

246. Es necesario fortalecer las capacidades de la Organización a todos los niveles para hacer frente a la demanda cada vez mayor de información sobre salud. La Organización debe contar con los recursos para comunicarse interna y externamente de manera oportuna y uniforme a los niveles mundial, regional y nacional —tanto de manera proactiva como en momentos de crisis— a fin de demostrar su liderazgo en el ámbito de la salud, suministrar información sanitaria esencial y asegurar la visibilidad.

247. Hay necesidad de una voluntad política fuerte, de buen gobierno y de liderazgo a nivel de país. En efecto, el Estado desempeña una función clave en la configuración, reglamentación y administración de los sistemas sanitarios, además de designar las responsabilidades de salud respectivas tanto del gobierno como de la sociedad y las personas individualmente. Esto significa tratar no solo con asuntos del sector de la salud sino con otros más amplios, por ejemplo, con la reforma de la administración pública o de la política macroeconómica, que pueden tener una repercusión importante en la prestación de servicios de salud. La Oficina, por su parte, tiene que velar por que su apoyo se centre en torno a las estrategias del país claramente enunciadas, que estas se reflejen en los planes a plazo medio y los presupuestos por programas de la OPS/OMS, que sean compatibles con ellos y que la presencia de la Organización esté acorde con las necesidades y el nivel de desarrollo del país pertinente con el fin de prestar un apoyo óptimo.

248. A nivel regional, podrían fortalecerse ciertos mecanismos para permitirles a los interesados directos hacer frente a los asuntos de salud de una manera transparente y eficaz. La OPS/OMS debe ayudar a conseguir que las instancias normativas sanitarias nacionales y los asesores participen plenamente en todos los foros internacionales que tratan los temas relacionados con la salud. Esto es particularmente importante en una época de interdependencia social y económica, donde las decisiones sobre problemas

tales como el comercio, conflictos y derechos humanos pueden tener consecuencias considerables para la salud. Los numerosos actores de la esfera de la salud pública, fuera del gobierno y los organismos intergubernamentales, ya se trate de activistas, estudiosos o grupos de presión del sector privado, necesitan contar con foros para que puedan contribuir de una manera transparente a los debates mundiales y nacionales sobre políticas relativas a la salud; esos actores también desempeñan una función para lograr el buen gobierno y la responsabilización.

Enseñanzas extraídas

- Debido a que es cada vez mayor el número de sectores, actores y socios interesados en la salud, es necesario entender bien y reconocer la función y los puntos fuertes de la OPS. La Organización tendrá que mantener su posición para lograr sus objetivos y contribuir a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud.
- El número cada vez mayor de otros interesados en las labores sanitarias también ha generado brechas en la responsabilización y una falta de sinergia en la coordinación de la acción. Las asociaciones mundiales de salud tienen potencial para combinar los diferentes puntos fuertes de las organizaciones públicas y privadas, junto con los grupos de la sociedad civil, para hacer frente a los problemas de salud.
- Las expectativas del sistema de las Naciones Unidas están en aumento; de igual manera aumenta la necesidad de tener más claridad sobre la forma en que el sistema agrega valor. De especial importancia son las relaciones a nivel de país donde están ocurriendo muchos cambios a medida que las organizaciones internacionales hacen converger su trabajo con políticas y programas nacionales de salud y armonizan sus esfuerzos para reducir la carga general de la gestión. En este contexto, la OPS/OMS tiene que seguir desempeñando una función proactiva, además de concebir mecanismos innovadores para administrar o participar en las alianzas mundiales con miras a que la estructura sanitaria internacional sea más eficaz y receptiva a las necesidades de los Estados Miembros.

Enfoques estratégicos

249. El logro del objetivo estratégico exigirá a los Estados Miembros y a la Oficina que trabajen en estrecha colaboración. Más específicamente, las medidas fundamentales deben incluir encabezar, dirigir y coordinar el trabajo de la OPS; fortalecer la gobernanza de la Organización mediante una mayor participación de los Estados Miembros y el apoyo eficaz de la Oficina; además de comunicar eficazmente el trabajo y el conocimiento de la OPS/OMS a los Estados Miembros, otros socios, interesados directos y el público en general.

250. Al colaborar con los países para impulsar el programa de acción sanitaria mundial y regional, la OPS/OMS contribuirá a las estrategias y prioridades nacionales y trasladará las realidades y las perspectivas del país a las políticas y prioridades mundiales. Los diferentes niveles de la Organización se coordinarían sobre la base de una presencia eficaz en el país que refleje las necesidades y las prioridades nacionales. A nivel nacional, la Organización promoverá los enfoques multisectoriales para impulsar el programa de acción sanitaria mundial y regional; formará las capacidades institucionales para el liderazgo, la gobernanza y la planificación del desarrollo sanitario; además, facilitará la cooperación técnica entre países en desarrollo y desarrollados.

251. Otras acciones comprenden la promoción del desarrollo de asociaciones funcionales y de una estructura sanitaria mundial que vele por resultados de salud equitativos a todos los niveles; el fomento de enfoques coordinados para el desarrollo y la seguridad sanitarios con organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, otros organismos internacionales y otros interesados directos en la salud; la participación activa en el debate sobre la reforma del sistema de las Naciones Unidas; y la actuación como convocadora (¿catalizadora?) sobre asuntos de salud de importancia mundial y regional.

Premisas y riesgos

252. Las siguientes premisas constituyen la base para el logro del objetivo estratégico:

- que se mantiene el compromiso de todos los interesados directos con la gobernanza y el liderazgo fuerte; y los Estados Miembros y la Oficina acatan las resoluciones y las decisiones de los Cuerpos Directivos;
- que se mantiene la relación actual de confianza entre los Estados Miembros y la Oficina;
- que la responsabilización por la ejecución efectiva de una acción que se haya acordado se fortalecerá en el contexto del marco de gestión orientada a la consecución de resultados; y
- que los cambios posibles en el entorno externo e interno durante el período del Plan Estratégico a Plazo Medio no alterará fundamentalmente ni el papel ni las funciones de la OMS; sin embargo, la OMS debe estar en capacidad de responder y adaptarse, por ejemplo, a los cambios que resulten de la reforma del sistema de las Naciones Unidas.

253. Entre los riesgos que quizá influyan en el logro del objetivo estratégico deberían considerarse las consecuencias posibles de la reforma del sistema de las Naciones Unidas; aumentarían las oportunidades si la OPS/OMS emprendiera iniciativas y desempeñara una función proactiva en este proceso. Además, el número cada vez mayor de asociaciones quizá dé lugar a la duplicación de esfuerzos entre las iniciativas, costos altos de las transacciones para el gobierno y los donantes, responsabilización confusa y

falta de convergencia con las prioridades y los sistemas del país; se necesitarían medidas correctivas si esto llegara a ocurrir.

Resultados previstos a nivel regional				
RPR N.º	Se habrán mantenido el liderazgo y la dirección eficaces de la Organización mediante el mejoramiento de la gobernanza, la coherencia, la responsabilización y la sinergia de la labor de la OPS/OMS para cumplir su mandato al impulsar los programas de acción sanitaria a nivel mundial y regional.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
15.1.1	Proporción de resoluciones de los Cuerpos Directivos de la OPS aprobadas que se centran en políticas y estrategias para su ejecución a los niveles regional, subregional y nacional.	40%	45%	55%
15.1.2	Proporción de documentos presentados a los Cuerpos Directivos dentro de las fechas límite pautadas por la Constitución de la Organización, en todos los idiomas oficiales.	95%	100%	100%
15.1.3	Proporción de Declaraciones de Cumbres que reflejan el compromiso de impulsar la Agenda de Salud para las Américas.	60%	65%	75%
15.1.4	Porcentaje de proyectos de supervisión terminados de acuerdo con el plan de trabajo bienal que procuran evaluar y mejorar los procesos para la gestión y el control de riesgos y la gobernanza.	90%	98%	100%
15.1.5	Establecimiento de la capacidad de un foro regional eficaz para: <i>a)</i> cierre del ciclo inconcluso de necesidades no atendidas de políticas e intervenciones de salud pública con fundamento científico, y, <i>b)</i> vinculación de socios no tradicionales de la OPS y de interesados directos con los organismos de gobernanza y de formulación de políticas de la OPS y sus actividades.	Ninguno	1. Se habrán establecido alianzas estratégicas con colaboradores de la OPS no tradicionales. 2. Se habrá establecido y estará en funcionamiento la plataforma del foro regional.	La OPS habrá logrado la capacidad plena del foro regional
15.1.6	Número de foros regionales realizados que elaboran documentos de posición y recomendaciones de políticas para el mejoramiento de la salud pública en las Américas.	0	2	5
15.1.7	Número de foros subregionales realizados que elaboran documentos de posición y recomendaciones de políticas para el mejoramiento de la salud pública en la subregión respectiva.	0	3	5

RPR N.º 15.2	Se habrá establecido la presencia eficaz de la OPS/OMS en el país para ejecutar programas de cooperación técnica que estén: 1) en concordancia con los programas nacionales de salud y desarrollo de los Estados Miembros; 2) guiados por la estrategia de cooperación en los países, y 3) coordinados con el equipo de país de las Naciones Unidas y otros socios.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
15.2.1	Número de países que aplican la estrategia de cooperación en el país (ECP) como base para la planificación del trabajo de la Oficina en el país y para armonizar la cooperación con el CCA/MANUD de las Naciones Unidas.	20	30	35
15.2.2	Número de países donde la presencia de la OPS/OMS refleja la respectiva estrategia de cooperación en el país.	20	30	35
15.2.3	Número de países en los que se ejecuta un mecanismo de evaluación conjunta en ciclos bienales para definir la contribución de la Oficina a los resultados nacionales de salud.	10	30	40
15.2.4	Número de subregiones que tienen una estrategia de cooperación en la subregión.	0	1	4
15.2.5	Número de proyectos de cooperación técnica entre países (CTP).	POR DECIDIR	POR DECIDIR	POR DECIDIR
RPR N.º 15.3	Se habrán fortalecido las estrategias y los mecanismos regionales para el aporte eficaz de recursos sanitarios, tanto técnicos como financieros, que sean más sostenidos y predecibles, a la vez que responden a la Agenda de Salud para las Américas.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
15.3.2	Número de asociaciones que han firmado memorandos de entendimiento en apoyo de la Agenda de Salud para las Américas.	POR DECIDIR	POR DECIDIR	POR DECIDIR
15.3.3	Proporción de acuerdos comerciales en las Américas que reflejan debidamente los intereses de la salud pública.	menos de 5%	10%	20%
15.3.4	Número de acuerdos con organizaciones bilaterales y multilaterales, entre otros, organismos de las Naciones Unidas, que apoyan la Agenda de Salud para las Américas.	POR DECIDIR durante el 2007	10	25
RPR N.º 15.4	Se habrán puesto al alcance de los Estados Miembros, de los socios en cuestiones de salud y de otros interesados directos, conocimientos multilingües sanitarios esenciales y material de promoción de la causa para intercambiar eficazmente los conocimientos.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
15.4.1	Número de países que tienen acceso a información sanitaria y a material de promoción de la causa pertinentes para el funcionamiento eficaz de los programas de salud, según se refleja en las estrategias de cooperación en los países	POR DECIDIR	POR DECIDIR	POR DECIDIR

15.4.2	Estadísticas de utilización de la web disponibles para páginas web, bitácoras, servidores de lista, Biblioteca Virtual en Salud y los proyectos HINARI y GIFT de la OMS	POR DECIDIR	POR DECIDIR	POR DECIDIR
15.4.3	Número de páginas multilingües (sin contar el inglés) disponibles en el sitio web de la OPS	POR DECIDIR	POR DECIDIR	POR DECIDIR
15.4.4	Número de publicaciones de la OPS vendidas por bienio	POR DECIDIR	POR DECIDIR	POR DECIDIR

Objetivo estratégico 16

Desarrollar y mantener a la OPS/OMS como una organización flexible, basada en el aprendizaje, para que pueda cumplir su mandato de manera más eficiente y eficaz

Alcance

254. El alcance de este objetivo comprende las funciones que apoyan el trabajo de la Oficina en los países, centros panamericanos, subregiones y áreas técnicas de la Sede. Abarca desde la planificación y la presupuestación estratégicas y operativas, hasta el seguimiento y la evaluación del desempeño; la gestión de los recursos financieros mediante el seguimiento, la movilización y la coordinación. Las entidades que llevan a la práctica este objetivo estratégico se ocupan de que los recursos disponibles fluyan eficazmente en toda la Organización; de la gestión de los recursos humanos, lo que incluye su planificación y contratación, el perfeccionamiento y aprendizaje del personal, la gestión del desempeño, y las condiciones de servicio y los derechos; la prestación de apoyo operativo, desde la gestión de la infraestructura y la logística, el servicio de idiomas, la seguridad del personal y las instalaciones, y servicios médicos para el personal hasta la gestión de los recursos informáticos, así como los mecanismos pertinentes de responsabilización en todas las áreas.
255. El objetivo estratégico también comprende una reforma institucional amplia que conseguirá que las funciones anteriores se fortalezcan y presten un apoyo mejor, más eficaz y costoeficaz a la Organización.

256. Indicadores y metas

- Costoeficacia de las funciones habilitadoras de la Organización, es decir, la proporción del presupuesto general gastado en este objetivo estratégico en relación con el presupuesto total de la Oficina. Meta: [por confirmar].
- Logro de los resultados regionales previstos (RPR) estipulados en los objetivos estratégicos 1 a 14. La función principal del objetivo 16 es permitir que el trabajo programático comprendido en los objetivos 1 a 14 se realice de manera eficiente y eficaz.

Temas y desafíos

257. Según se ha indicado, las funciones desempeñadas de acuerdo con el objetivo estratégico 16 tienen como finalidad principal permitir la realización eficiente y eficaz de las funciones programáticas enunciadas en los objetivos estratégicos 1 a 14. Por consiguiente, los temas y desafíos que afectan a toda la Organización también se aplican

a este objetivo estratégico. Una vez aclarado este punto, cabe mencionar algunos desafíos concretos que se plantean a las “funciones de apoyo”:

- Los socios y los contribuyentes están esperando una mayor transparencia y responsabilización tanto en materia de resultados cuantificables como en el uso de los recursos financieros.
- La aplicación por la OPS de la gestión orientada a la consecución de resultados todavía está incompleta; si bien ya se están aplicando la planificación y la presupuestación orientadas a la consecución de resultados, es necesario mejorar el grado en que los gerentes están incorporando los datos de desempeño y análisis en sus procesos diarios de toma de decisiones.
- El porcentaje cada vez mayor del presupuesto de la Organización que proviene de contribuciones voluntarias (en contraposición con el presupuesto ordinario) plantea varias dificultades, especialmente debido a la proporción alta de los costos del personal con respecto a los otros costos.
- La gestión de los recursos humanos es un problema cuando la edad promedio del personal profesional es de 50 años, y un porcentaje alto (31%) se jubilará en los próximos cinco años.
- Se están elaborando modelos de delegación de autoridad y de rendición de cuentas que logran la eficiencia a la vez que se mantienen los controles; estos modelos se llevarán a la práctica durante el período.

Enfoques estratégicos

258. Para alcanzar el objetivo estratégico y responder a los retos mencionados es necesario adoptar enfoques complementarios amplios. Se han emprendido iniciativas importantes en cuanto al fortalecimiento institucional para mejorar las capacidades administrativas y de gestión de la Oficina y ya se observan los resultados. Estos enfoques se intensificarán en los próximos años y abarcarán el cambio de la OPS, que dejará de ser una organización administrada principalmente por medio de controles estrictos y sumamente burocráticos para convertirse en una entidad que se caracterice por la supervisión después de los hechos, con los siguientes propósitos: apoyar una mayor delegación de autoridad y rendición de cuentas; trasladar la responsabilidad y la toma de decisiones acerca del uso de los recursos a instancias más cercanas a los lugares de ejecución de los programas; mejorar la transparencia y la integridad de la gestión; reforzar la gobernanza institucional y los sistemas comunes a nivel de toda la Organización; y fortalecer las capacidades y las competencias administrativas y gerenciales en todos los lugares, en especial en ciertas representaciones de la OPS/OMS.

Premisas y riesgos

259. Se supone que los cambios en el ambiente externo e interno que tienen probabilidad de producirse durante el período de seis años abarcado por el plan no alterarán fundamentalmente ni el papel ni las funciones de la OPS. No obstante, las

reformas de la gestión deben ayudar a configurar la OPS como una institución más flexible que pueda adaptarse al cambio.

260. La Oficina seguirá con sus iniciativas que le permitan “lograr más con menos”, sin menoscabar la calidad de sus servicios. Esta estrategia no está exenta de riesgo y no debe llevarse a cabo en detrimento del conocimiento institucional, de la calidad, ni de los controles y la responsabilización pertinentes. Este objetivo está intrínsecamente vinculado al trabajo del resto de la Organización: el aumento del volumen de trabajo en otros objetivos estratégicos exigirá más recursos para apoyarlo, aunque la relación no es necesariamente lineal.

Resultados previstos a nivel regional				
RPR N.º	La OPS/OMS se habrá transformado en una Organización orientada a la consecución de resultados cuya labor se rige por los planes estratégicos y operativos fundamentados en las enseñanzas extraídas, reflejan las necesidades del país, se formulan conjuntamente en toda la Organización y se utilizan eficazmente para supervisar y evaluar el desempeño.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
16.1.1	Número de componentes de la Oficina cuyos planes de trabajo bienales se orientan a la consecución de resultados y abordan explícitamente la estrategia de atención centrada en los países como se ha definido en la estrategia de cooperación en los países (según corresponda), de acuerdo con lo decidido mediante un proceso de consulta que incluye a los gobiernos (según corresponda), e incorporan enseñanzas extraídas del bienio anterior	POR DECIDIR	40%	Todo
16.1.2	Proporción de informes sobre los resultados previstos estipulados en la planificación estratégica y el presupuesto por programas presentados oportunamente a satisfacción de los Cuerpos Directivos (según se indica en las resoluciones respectivas)	50%	80%	100%
16.1.4	Proporción de gerentes y funcionarios de proyectos capacitados y certificados en la gestión orientada a la consecución de resultados, planificación, gestión de proyectos y mecanismos de planificación operativa, seguimiento y responsabilización	0%	50%	100%
16.1.5	El plan estratégico y los respectivos presupuestos por programas están orientados a la consecución de resultados, tienen en cuenta la estrategia de atención centrada en los países y las enseñanzas extraídas; documentan un proceso de desarrollo abarcador que comprende todos los niveles de la Organización, según lo dispongan los Cuerpos Directivos	En curso	PP 10 y 11 desarrollados con estas características	PE 13 a 17 y PP 12 y 13 desarrollados con estas características

16.1.6	Estrategia de gestión orientada a la consecución de resultados aprobada por los Cuerpos Directivos y aplicada en toda la Organización	En curso	Aprobada por Cuerpos Directivos	Aplicación plena
16.1.7	Porcentaje de componentes de la Oficina donde se habrá terminado la SARA (Alineación Estratégica y Asignación de Recursos) y se habrá llevado a la práctica el mecanismo de seguimiento	En curso	100%	100%
16.1.8	Porcentaje de metas de la Política del Presupuesto Regional por Programas ejecutadas plenamente	33%	66%	100%
16.1.9	Marco de rendición de cuentas para apoyar la delegación de autoridad a nivel de país aprobado y ejecutado	En curso	Aprobado por Cuerpos Directivos	Aplicación plena
RPR N.º 16.2	Se habrán fortalecido la vigilancia y la movilización de recursos financieros para velar por la ejecución del presupuesto por programas, lo que habrá abarcado el perfeccionamiento de métodos financieros adecuados y la gestión eficaz de los recursos financieros.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
16.2.1	Grado de cumplimiento por la Oficina de las Normas Contables Internacionales del Sector Público	Normas Contables Internacionales del Sector Público no ejecutadas	Las Normas Contables Internacionales del Sector Público aprobadas por los Estados Miembros, terminados los análisis y sistemas financieros preparados para su ejecución en 2010.	Las Normas Contables Internacionales del Sector Público plenamente ejecutadas
16.2.2	Proporción de los objetivos estratégicos cuyos niveles de gasto satisfacen o superan las metas del presupuesto por programas.	POR DECIDIR (áreas de trabajo)	50%	100%
16.2.3	Proporción de las contribuciones voluntarias que no están asignadas a un fin determinado	POR DECIDIR	15%	20%
16.2.4	Brecha en la movilización de recursos	POR DECIDIR	Punto de partida para el indicador <20%	Punto de partida para el indicador <60%
16.2.5	Fondos de contribuciones voluntarias devueltos a los socios	POR DECIDIR	Punto de partida para el indicador <10%	Punto de partida para el indicador <20%
RPR N.º 16.3	Se habrán promovido las normas y los métodos de recursos humanos para: a) atraer y retener a personas capacitadas con las competencias requeridas por los planes de la Organización, b) lograr que el desempeño y la gestión de los recursos humanos sean eficaces y equitativos, c) fomentar el desarrollo del personal, y d) asegurar el comportamiento ético.			
Indicador No	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
16.3.1	Proporción de oficinas con planes de recursos humanos aprobados para un bienio	15%	75%	100%

16.3.3	Proporción de cumplimiento por el personal del ciclo del Sistema de Planificación y Evaluación del Desempeño (SPED), es decir, el personal y los supervisores han abordado los objetivos y las necesidades de mejoramiento profesional	85%	100%	100%
16.3.4	El sistema de evaluación del desempeño de los recursos humanos se ha vinculado a los planes de trabajo	No	Sí	Sí
16.3.5	Proporción de personal nuevo que se contrata después del período de prueba	POR DECIDIR	POR DECIDIR	POR DECIDIR
16.3.6	Proporción de personal nuevo que permanece por lo menos cinco años en la Organización	POR DECIDIR	POR DECIDIR	POR DECIDIR
16.3.7	Número de quejas presentadas por conducto del sistema de gestión de conflictos	POR DECIDIR	POR DECIDIR	POR DECIDIR
RPR N.º 16.4	Se habrán adoptado estrategias, normas y métodos de gestión para los sistemas de información que permiten lograr soluciones fiables, seguras y rentables, a la vez que satisfacen las necesidades de la OPS, en constante cambio, en cuanto a organización y tecnología.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
16.4.1	Proporción de propuestas y proyectos pertinentes relacionados con informática y seguimiento de las aplicaciones para determinar el progreso y la situación por medio de procesos de gestión de la cartera.	0%	40%	80%
16.4.2	Niveles de cumplimiento de las metas acordadas para el nivel del servicio, para los servicios administrados relacionados con informática.	0%	50%	75%
16.4.3	Número de oficinas de país que utilizan información para la gestión que sea coherente, integrada y cercana al tiempo real.	36	36	36
RPR N.º 16.5	Se habrán creado servicios de apoyo gerencial y administrativo que permiten el funcionamiento eficaz y eficiente de la Organización.			
Indicador No	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
16.5.1	Nivel de satisfacción de los usuarios con ciertos servicios administrativos y de gestión (entre otros, seguridad, viajes, transporte, servicios de correo, limpieza y servicios de alimentos).	bajo (satisfacción de menos de 50%)	mediano (satisfacción de 50% a 75%)	alto (satisfacción de más de 75%)
16.5.2	Proporción de procedimientos de trabajo normalizados que utiliza el personal de la Oficina durante emergencias regionales	0%	50%	100%
16.5.3	Proporción de puntos de referencia internos satisfechos o superados para servicios especializados como adquisiciones y traducción	POR DECIDIR	10% sobre punto de partida	20% sobre punto de partida

RPR N.º 16.6	Se habrá logrado un ambiente de trabajo físico que es propicio para el bienestar y la seguridad del personal en todas las entidades.			
Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
16.6.1	Proporción de contratos de acuerdo con el plan de capital para la infraestructura de la Oficina destinado a proyectos aprobados que se otorgan y obras de construcción terminadas en su mayor parte en forma oportuna.	100%	100%	100%
16.6.2	Proporción de componentes de la Oficina que han ejecutado las políticas y los planes para mejorar la salud y la seguridad del personal en el lugar de trabajo, entre otros el acatamiento de las Normas Mínimas de Seguridad Operacional (MOSS).	65%	75%	100%
16.6.3	Proporción de los componentes (Sede, representaciones de la OPS/OMS y centros panamericanos) que mejoran y mantienen su infraestructura física, transporte, equipo de oficina, mobiliario y equipo de informática, de acuerdo con sus planes de trabajo bienales.	75%	90%	100%

Una ejecución eficiente y eficaz

261. Durante los cinco últimos años, la Oficina Sanitaria Panamericana ha ejecutado varias iniciativas de cambio institucional que representan una reorientación fundamental de la manera en que la Organización desempeña sus funciones. Los cinco objetivos establecidos por la Directora para el cambio institucional, a saber, 1) centrar más la atención en los países, 2) fomentar modalidades innovadoras de cooperación técnica, 3) establecer un foro regional, 4) convertirse en una organización discente y basada en conocimientos, y 5) mejorar los métodos de gestión, condujeron al establecimiento de equipos interfuncionales con el mandato de buscar la mejor forma de alcanzar dichos objetivos. Estos equipos, denominados “equipos de la Hoja de ruta”, en gran parte han concluido su trabajo.

Los objetivos de cambio institucional y los equipos de la Hoja de ruta

262. Este plan estratégico incorpora RPR e indicadores para medir el logro de estos objetivos para el cambio institucional:

- a) centrar más la atención en los países;
- b) convertirse en una organización discente y basada en conocimientos (lo cual incluye el foro regional); y
- c) mejorar los métodos de gestión, en particular mediante la gestión orientada a la consecución de resultados (GOCR).

263. El objetivo relacionado con las modalidades de la cooperación técnica está presente en todo el plan estratégico y, de hecho, en el trabajo cotidiano de las representaciones de la OPS en los países y en las unidades técnicas regionales.

264. Los equipos de la Hoja de ruta han concluido su trabajo y formulado recomendaciones a la Dirección. Los cambios resultantes en las modalidades y los enfoques de la administración del trabajo se habrán incorporado en la actividad de la Organización para fines de 2007, allanando el camino para una mejor ejecución del plan estratégico.

265. En consonancia con la naturaleza integral de este plan y la labor planificada de seguimiento y presentación de informes (véase más abajo), la Oficina ya no proporcionará actualizaciones a los Cuerpos Directivos con respecto a las actividades de fortalecimiento institucional y los objetivos de cambio institucional, puesto que ya han concluido y se han incorporado en la planificación institucional y la gestión de la Organización por medio de este plan estratégico y de otros instrumentos.

Las estrategias de cooperación en los países

266. La estrategia de cooperación en los países (ECP) es la planificación estratégica de la Oficina a nivel de país. Para 2012, todos los países de América Latina y el Caribe habrán terminado de preparar una ECP, tarea que se realizará en los niveles central, regional y de país de la Oficina junto con las autoridades nacionales y todos los actores importantes del país en el ámbito de la salud para definir la cooperación técnica de la Oficina a fin de que responda mejor a las necesidades del país. La relación entre el plan estratégico de la Oficina y las estrategias de cooperación en los países es recíproca. Se analizaron las ECP como aporte a este plan estratégico y se producirá el efecto inverso cuando se apruebe: el plan estratégico guiará las ECP en la Región (véase el diagrama 1 más arriba). Los planes de trabajo bienales de las representaciones de la OPS/OMS y los centros panamericanos de la OPS se ciñen plenamente a su respectiva ECP en los casos en que ya está terminada.

La gestión orientada a la consecución de resultados

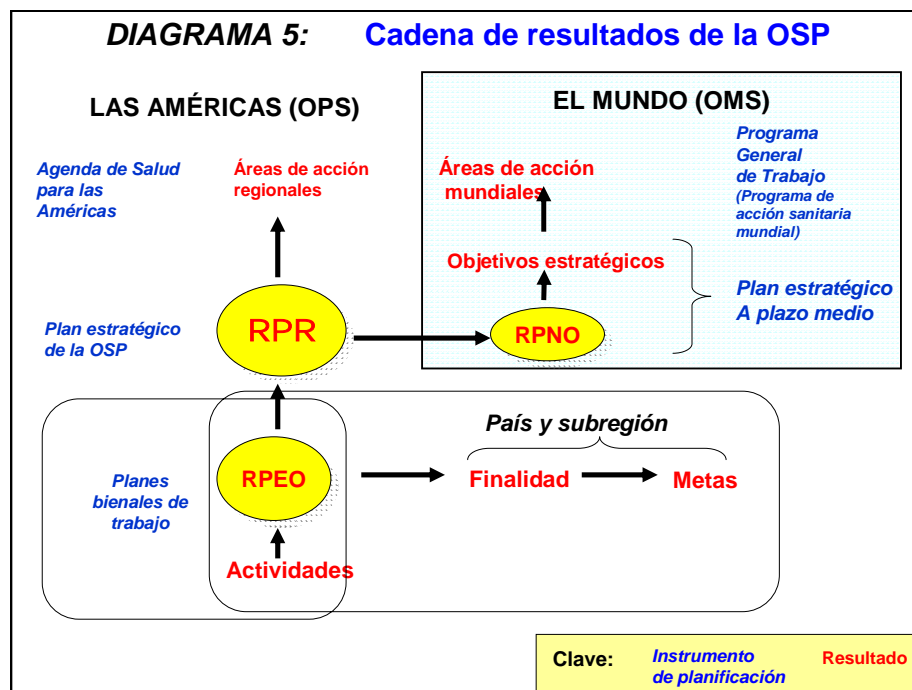
267. La implantación en curso de la gestión orientada a la consecución de resultados (GOCR) como instrumento de gestión en la Oficina tiene dos metas principales: 1) que la Organización se centre en los resultados durante la planificación, ejecución y evaluación de sus programas, y 2) mejorar la responsabilidad y la transparencia ante los Estados Miembros.

268. Durante casi dos decenios, la Oficina ha formulado planes y presupuestos orientados a obtener resultados: el mismo Sistema de Planificación y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES) se basa en el enfoque del marco lógico utilizado en la GOCR. La cultura del trabajo orientado a la consecución de resultados no es nueva en la Oficina; lo que es nuevo para el período de planificación 2008-2012 a este respecto es lo siguiente (algunos de estos elementos se mencionan con más detalles en otras partes de este documento):

- a) Los resultados previstos de la Organización son uniformes desde el nivel más alto (mundial) hasta el más bajo (plan de trabajo, país) y viceversa. La cadena de resultados puede verse en el diagrama 5, que figura a continuación. Por primera vez se pueden agregar indicadores de los resultados en los diferentes niveles, lo cual permite mejorar el seguimiento del desempeño y los informes al respecto (véase más adelante la sección sobre seguimiento, examen previo y evaluación posterior).
- b) Los resultados previstos específicos de cada oficina (RPEO) contribuyen al logro de los resultados previstos a nivel regional (RPR) mediante la agregación. Por lo tanto, cada RPR representa los resultados del trabajo colectivo de la Oficina

- Sanitaria Panamericana, del cual es responsable. Esto es un concepto nuevo en la Organización (véase el diagrama 6 más abajo).
- c) Los indicadores específicos de la GOCR para medir los logros de este método de gestión figuran en los objetivos estratégicos 15 y 16.
 - d) El marco de rendición de cuentas se elaborará y se ejecutará de conformidad con el nuevo marco de rendición de cuentas de la OMS.
 - e) Además del marco de rendición de cuentas, se expedirá una nueva delegación de autoridad, armonizando el grado de autoridad con la responsabilidad por los resultados.
 - f) Se terminará de establecer el marco de gestión para proporcionar orientación a los gerentes de todos los niveles a fin de que puedan realizar su trabajo de la manera más eficaz y eficiente posible.
 - g) La Evaluación Estratégica y Alineación de los Recursos (SARA) permitirá que los recursos (incluido el personal) estén asignándose en condiciones óptimas para alcanzar los objetivos y los resultados previstos de la Organización.
 - h) La creación de la función de evaluación asignada a una entidad específica en la Oficina permitirá una evaluación más objetiva de los logros programáticos tras la ejecución de los programas.

269. Con la aplicación de estas medidas, la Oficina seguirá estando a la vanguardia de la integración de la GOCR en el sistema de las Naciones Unidas. Los siguientes diagramas ilustran la relación entre los resultados a diversos niveles de la Organización y los RPR como el foco principal para la Oficina.





Evaluación estratégica y alineación de los recursos

270. A fines de 2006, la Oficina inició la Evaluación Estratégica y Alineación de los recursos (SARA, por sus siglas en inglés,) que consiste en una revisión sistemática de todos los componentes de la Oficina para que:

- a) las funciones que desempeña cada entidad contribuyan al logro de las prioridades estratégicas de la OPS definidas por los Cuerpos Directivos (incluso por medio de este plan estratégico) y de otros mandatos aplicables; y
- b) los recursos disponibles (humanos, económicos y materiales) se asignen de forma tal que se logre la máxima eficiencia y eficacia posibles en el desempeño de estas funciones.

271. La SARA se basa en una autoevaluación y es sumamente participativa. Puede conducir a cambios en la estructura de la Organización y el traslado de recursos entre áreas funcionales. Se calcula que esta actividad concluirá en todos los componentes de la OPS hacia fines de 2007.

Una Oficina Sanitaria Panamericana más fuerte para el 2008 y los años siguientes

272. La Oficina, y más específicamente sus directivos, se mantienen firmes en el compromiso de continuar llevando a la práctica los resultados del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI, las recomendaciones del informe especial del Auditor Externo de 2004 y el informe sobre las actividades de los servicios de supervisión interna durante el período de planificación 2008-2012.

273. Con la conclusión del trabajo de los equipos de la Hoja de ruta y la incorporación de los objetivos relativos al cambio institucional en este plan estratégico, así como la inclusión de los indicadores fundamentales de los logros para la SARA, este plan estratégico se convierte en algo que sus antecesores a menudo no fueron: una sumatoria verdaderamente integral de todos los resultados importantes, tanto programáticos como institucionales, que la Organización debe obtener durante el período de 2008 a 2012.

274. Cuando termine la parte principal de la SARA hacia fines de 2007, la Organización habrá pasado por un período de cambios y reestructuración importantes durante los cinco años que concluyen en 2008. Aunque sin duda alguna seguirán efectuándose mejoras, estos cambios ayudarán a la Oficina a cumplir su misión de forma eficiente y eficaz.

Financiamiento del plan estratégico

275. La OPS está trabajando con la OMS en un método de gestión orientada a la consecución de resultados a fin de determinar los recursos necesarios para realizar su trabajo. El costo de la consecución de resultados específicos durante un período determinado se expresa mediante un presupuesto integrado que comprende todas las fuentes de fondos.

276. La OPS recibe fondos de tres fuentes principales:

- a) el presupuesto ordinario de la OPS, que consiste en las contribuciones señaladas (cuotas) de los Estados Miembros de la OPS más los ingresos varios;
- b) la parte del presupuesto ordinario de la OMS correspondiente a la Región de las Américas, o sea la proporción de AMR; y
- c) contribuciones voluntarias. La mayoría de las contribuciones voluntarias que recibe la OPS son el producto de negociaciones directas con sus donantes, en tanto que una cantidad menor es encauzada por los donantes a la Región por medio de la OMS.

277. Aunque los fondos provenientes de las fuentes indicadas en los incisos 1 y 2 precedentes no se consideran destinados a un fin particular, las contribuciones voluntarias pueden estarlo. El financiamiento eficaz del plan estratégico de la OPS y los presupuestos por programas conexos exigirá una administración cuidadosa de las diferentes fuentes y tipos de ingresos a fin de lograr el financiamiento completo de las actividades planificadas. Los fondos no destinados a un fin específico, como las contribuciones señaladas, proporcionan una base de recursos predecible y flexible que facilita el financiamiento de las actividades básicas de la Organización. Los fondos destinados a fines específicos, que representan la mayoría de las contribuciones voluntarias actualmente negociadas, son menos flexibles y predecibles y, por lo tanto, tienen mayores probabilidades de contribuir a déficit de financiamiento con relación a los requisitos de los presupuestos por programas.

278. Los fondos recibidos de donantes para fines específicos constituyen un reto para la armonización de las actividades planificadas por la Organización y los recursos movilizados en la práctica. En la medida en que se pueda persuadir a los donantes de que proporcionen mayores contribuciones voluntarias no asignadas a un fin específico, que la OMS llama también “contribuciones voluntarias básicas negociadas”, la Organización logrará financiar plenamente su plan estratégico y presupuesto por programas, aumentando en consecuencia la probabilidad de obtener los resultados previstos. Con este fin, la OPS apoya plenamente los esfuerzos de la OMS para tratar activamente de aumentar la proporción de las contribuciones voluntarias básicas negociadas y continuará sus propios esfuerzos en esta área. La OPS seguirá financiando el plan estratégico con todos los recursos disponibles para ese fin, con la expectativa de recibir una proporción creciente de las contribuciones voluntarias básicas negociadas.

279. En el cuadro 1 se resume el presupuesto calculado para el plan estratégico de la OPS.

Cuadro 1

	Plan estratégico			
	PB 2006-2007	PB 2008-2009	PB 2010-2011	PB 2012-2013
OPS	333.094.000	344.566.000	684.000.000	746.000.000
OMS	198.018.000	282.000.000		
	531.112.000	626.566.000	684.000.000	746.000.000

280. El plan estratégico de la Oficina tiene un presupuesto de poco más de US\$ 2.000 millones para el período de tres bienios que concluye en 2012-2013. Esta proyección empieza con un presupuesto de US\$ 627 millones (que incluye los fondos de toda

procedencia) para 2008-2009 y prevé aumentos bienales de aproximadamente 9%, en consonancia con los costos previstos de US\$ 14.000 millones para el Plan Estratégico a Plazo Medio de la OMS y el entorno económico de costos inflacionarios en la Región.

281. El gran aumento del costo de las transacciones internacionales para los presupuestos en dólares estadounidense está sintiéndose en todo el mundo y la OPS no es una excepción. Un análisis cuidadoso de los costos y las tendencias actuales permite prever un aumento de 13 a 15% para el bienio 2008-2009. Para el presupuesto ordinario de la OPS, esto representa un aumento de alrededor de US\$ 37 millones en los costos, de los cuales aproximadamente US\$ 24 millones corresponden al costo del personal con nombramiento de plazo fijo.

282. Otra posibilidad, más optimista, que requiere la acción de fuerzas estabilizadoras que frenen la devaluación del dólar estadounidense a corto plazo, es que los costos proyectados aumenten alrededor de 10% para el próximo bienio. Esto se traduciría en unos US\$ 26 millones para el presupuesto ordinario, de los cuales aproximadamente US\$ 17 millones corresponderían al costo del personal con nombramiento de plazo fijo. Es más, en el curso del bienio la Directora ha suprimido otros 12 puestos de plazo fijo (además de los 41 puestos abolidos durante 2004-2005), limitando de esta forma el aumento previsto en los costos a cerca de US\$ 14 millones para el personal con nombramiento de plazo fijo para 2008-2009, cifra que representa un aumento de 8,3% en comparación con el componente del presupuesto para el personal con nombramiento de plazo fijo para 2006-2007 y un aumento de 5,3% respecto del total del presupuesto para 2006-2007.

283. Considerando la posición expresada por muchos Estados Miembros con respecto a su capacidad para aceptar aumentos del presupuesto, la Oficina está dispuesta a partir de este supuesto en la preparación del proyecto de presupuesto por programas para 2008-2009, en el entendimiento de que la realidad económica quizá sea diferente.

284. En el cuadro 2 se compara el presupuesto para 2008-2009 con el presupuesto aprobado para 2006-2007.

Cuadro 2. Financiamiento del presupuesto por programas para 2008-2009

Fuente	2006-2007	2008-2009	Cambio porcentual
Contribuciones señaladas de los Estados Miembros	173.300.000	180.066.000	3,9%
+ Ingresos varios	14.500.000	14.500.000	0,0%
= Total de la participación de la OPS (presupuesto ordinario)	187.800.000	194.566.000	3,6%
+ Participación de la OMS (presupuesto Ordinario)	77.768.000	85.000.000	9,3%
= Total del presupuesto ordinario	265.568.000	279.566.000	5,3%
+ Contribuciones voluntarias previstas *	265.544.000	347.000.000	30,7%
= Total de los recursos necesarios	531.112.000	626.566.000	18,0%

* Representa el total combinado de los recursos que se prevé recibir de los donantes de la OPS y de la OMS.

285. El proyecto de presupuesto para 2008-2009 de US\$ 627 millones representa un aumento de 18% respecto del presupuesto de US\$ 531 millones aprobado para 2006-2007. La mayor parte del aumento consiste en contribuciones voluntarias previstas de US\$ 347 millones, que representan un aumento de 30,7%, de los cuales US\$ 197 millones provendrán de la OMS. Ese presupuesto, agrupado por objetivos estratégicos, fue preparado junto con la sede de la OMS y las demás regiones por equipos que trabajaron mancomunadamente a nivel mundial.

286. La parte correspondiente al presupuesto ordinario del presupuesto de US\$ 280 millones representa un aumento de US\$ 14 millones, o 5,3%, en comparación con el bienio 2006-2007, y es atribuible en su totalidad al aumento previsto de los costos del personal con nombramientos de plazo fijo. Se propone financiar este aumento con un incremento de 3,9% de la porción de las contribuciones señaladas de la OPS y el resto con el aumento de 9,3% de la parte del presupuesto destinada a la Región de las Américas (el presupuesto de la OMS presentado al Consejo Ejecutivo en enero de 2007 incluía US\$ 85 millones para la Región).

287. Cabe señalar que, para los próximos años, hay varios costos considerables que no están relacionados con el personal y que no se incluyen en el aumento propuesto del presupuesto ordinario, entre ellos la aplicación obligatoria de las Normas Internacionales de Contabilidad Pública en las Naciones Unidas, la participación prevista de la OPS en el proyecto del Sistema Mundial de Gestión que está llevando a cabo la OMS y los gastos relacionados con el Plan Maestro de Inversiones de Capital.

288. La Oficina se da cuenta de que, en vista de la realidad presupuestaria con que se enfrentan muchos Estados Miembros, los aumentos del presupuesto deben mantenerse en un mínimo. De la misma manera, también es importante que los Estados Miembros tengan presente que los fondos adicionales para gastos necesarios, como las Normas Internacionales de Contabilidad Pública, el Sistema Mundial de Gestión y el Plan Maestro de Inversiones de Capital, deberán priorizarse en el presupuesto designado para las actividades programáticas regionales, que ya está reduciéndose en términos nominales y sufriendo la presión adicional de la inflación.

289. El poder adquisitivo del presupuesto operativo de la Organización para las actividades programáticas se ha menguado durante los últimos bienios porque los presupuestos aprobados por los Estados Miembros sólo han considerado aumentos en los costos netos de personal. La mengua es particularmente aguda para el nivel regional (como los centros regionales y las unidades con sede en Washington), donde la razón de los costos de personal con nombramientos de plazo fijo a los costos de las actividades es normalmente mayor que en los países debido a la naturaleza del trabajo. A medida que el costo de los cargos de plazo fijo aumenta, resulta cada vez más difícil para la Oficina tratar de aumentar su eficiencia mediante una mayor simplificación de las operaciones y la realineación de áreas programáticas, a pesar de los esfuerzos realizados para reducir los gastos de plazo fijo.

290. Esta situación se agrava por el hecho de que la Política del Presupuesto Regional por Programas asignará progresivamente una proporción más grande del presupuesto a los países durante los próximos dos bienios, como ocurrió en 2006-2007. La reducción adicional del presupuesto ordinario para las actividades regionales crea un reto para el desempeño de las funciones normativas de la Organización y para la capacidad de las unidades regionales de brindar el apoyo que los países necesitan.

291. En vista de que las contribuciones voluntarias proporcionadas por los donantes se destinan en general a objetivos específicos y son menos predecibles, la Oficina seguirá haciendo todo lo posible por administrarlas teniendo en cuenta los resultados generales previstos en el plan estratégico. Por lo tanto, los fondos del presupuesto ordinario serán indispensables para muchas de las funciones básicas de la Organización. Debe señalarse que el aumento de US\$ 14 millones del presupuesto ordinario sólo aborda la parte de las funciones básicas de la Organización relacionada con los costos de personal.

292. En el cuadro 3 se presenta un panorama regional del presupuesto en relación con los 16 objetivos estratégicos y se compara el proyecto de presupuesto por programas de 2008-2009 con el presupuesto aprobado para 2006-2007. Cabe destacar que, a efectos de la comparación, se ha empleado un método de referencia cruzada (ideado por la OMS) para convertir el presupuesto de 2006-2007 de 38 áreas de trabajo a 16 objetivos estratégicos.

**Cuadro 3. Proyecto de presupuesto por programas para 2008-2009
por objetivo estratégico**

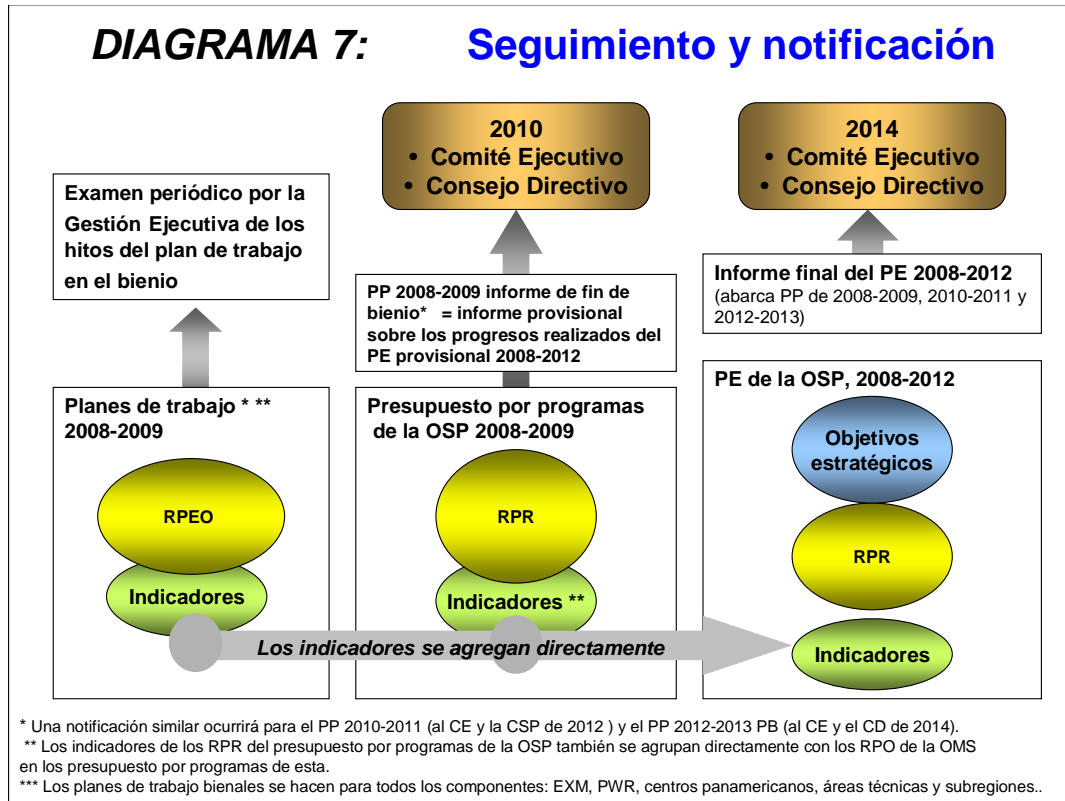
Objetivo estratégico		Punto de partida 2006-2007	Presupuesto 2008-2009	Variación porcentual
		OPS/OMS	OPS/OMS	
OE 1	Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles.	65.509.000	77.828.000	19%
OE 2	Combatir la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria.	64.504.000	76.331.000	18%
OE 3	Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos.	18.297.000	23.331.000	28%
OE 4	Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el periodo neonatal, la infancia y la adolescencia, y mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas.	21.535.000	36.523.000	70%
OE 5	Reducir las consecuencias sanitarias de las emergencias, desastres, crisis y conflictos y minimizar su impacto social y económico.	34.381.000	38.990.000	13%
OE 6	Promover la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir los factores de riesgo relacionados con las afecciones asociadas al consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, las dietas malsanas, la inactividad física y las prácticas sexuales de riesgo.	15.207.000	24.896.000	64%
OE 7	Abordar los determinantes sociales y económicos subyacentes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad sanitaria e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos.	8.619.000	13.070.000	52%
OE 8	Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud.	23.992.000	27.223.000	13%
OE 9	Mejorar la nutrición, la salubridad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de vida y en apoyo de la salud pública y el desarrollo sostenible.	18.407.000	27.495.000	49%
OE 10	Mejorar la organización, gestión y prestación de servicios de salud	31.286.000	32.367.000	3%
OE 11	Fortalecer el liderazgo, la gobernanza y la base científica de los sistemas de salud.	33.904.000	34.104.000	1%
OE 12	Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias.	16.825.000	19.824.000	18%
OE 13	Asegurar la existencia de un personal de salud disponible, competente, capaz de responder a las necesidades y productivo, con miras a mejorar los resultados sanitarios.	17.078.000	20.500.000	20%
OE 14	Extender la protección social mediante una financiación equitativa, suficiente y sostenible.	14.216.000	17.092.000	20%
OE 15	Proporcionar liderazgo, fortalecer la gobernanza y fomentar las alianzas y la colaboración con los países para cumplir el mandato de la OMS de hacer avanzar el programa de acción sanitaria mundial consignado en el Undécimo Programa General de Trabajo.	52.799.000	55,779,000	6%
OE 16	Desarrollar y sostener a la OMS como organización flexible y discente, facilitándole los medios necesarios para cumplir su mandato de manera más eficiente y eficaz.	94.553.000	101,213,000	7%
TOTAL		531.112.000	626.566.000	18%

Seguimiento, examen previo y evaluación posterior

293. Anteriormente, la presentación de informes sobre el progreso realizado en la ejecución de los planes estratégicos se veía obstaculizada por la falta de integración entre los diferentes niveles de planificación de la Organización. Por ejemplo, el conjunto de objetivos, resultados previstos e indicadores usados en los planes de trabajo a nivel de país para 2007-2007 era diferente del que constaba en el presupuesto por programas para 2006-2007, que a su vez era diferente del plan estratégico para 2003-2007, así como de los resultados previstos a nivel de toda la Organización y de indicadores del presupuesto por programas mundial de la OMS para 2006-2007.

294. Como ya se dijo, este tema se ha abordado de forma pormenorizada en relación con el período de planificación que comienza en 2008, en el cual hay una integración vertical de los resultados previstos e indicadores entre todos los niveles de planificación, desde el Plan Estratégico a Plazo Medio de la OMS, de alcance mundial, hasta este plan estratégico de la Oficina y el presupuesto por programas respectivo, además de los planes de trabajo (en el sistema AMPES). Aunque este sistema nuevo tal vez tenga algunos aspectos negativos, en particular una reducción de la flexibilidad para la programación a nivel de país, los beneficios superan las desventajas: una verdadera planificación institucional orientada a la consecución de resultados y la posibilidad de vigilar e informar mediante la agregación directa de resultados.

295. Este último punto es la principal innovación para el período de planificación estratégica 2008-2012: la obtención de los resultados previstos (evaluada con el sistema SMART de indicadores específicos, cuantificables, asequibles, pertinentes y sujetos a una cronología determinada) puede agregarse directamente y en la mayoría de los casos automáticamente en el sistema AMPES, desde el nivel de país hasta los niveles regional y mundial, cada dos años. Como los resultados previstos a nivel regional en el presupuesto por programas serán exactamente los mismos que los que figuran en este plan estratégico, los informes sobre el presupuesto por programas de fin de bienio servirán de informes provisionales sobre el progreso realizado en relación con el plan estratégico. La suma de los tres bienios comprendidos en este plan constituirá la base del informe final sobre este plan estratégico, que será presentado a los Cuerpos Directivos en 2014. A continuación se presenta gráficamente la relación entre los instrumentos de planificación en lo que se refiere al seguimiento y la presentación de informes, destacándose los documentos decisivos que se presentan a los Cuerpos Directivos.



296. Según se observa, el seguimiento y la evaluación de los programas se centrarán en los planes de trabajo de entidades y, por agregación, en el presupuesto por programas (2008-2009, 2010-2011 y 2012-2013). Se ha dedicado mucho tiempo y esfuerzo a la mejora del sistema AMPES para incorporar los cambios necesarios a fin de permitir el control de la calidad mediante la vigilancia de los indicadores SMART. El seguimiento y la presentación regular de los resultados de una manera sistemática permitirán a los gerentes evaluar y ajustar sus estrategias de ejecución y los planes de trabajo según sea necesario, lo cual es un elemento clave de la plena aplicación de la gestión orientada a la consecución de resultados en la Organización.

297. La Oficina también informará a la OMS sobre los logros de los Estados Miembros de las Américas con respecto a los objetivos estratégicos. La OMS después preparará un informe mundial con respecto a la consecución de los objetivos estratégicos al nivel mundial.

298. La experiencia adquirida durante los tres bienios (que constará en las evaluaciones del presupuesto por programas) tal vez conduzca a ajustes en los RPR (e incluso en un objetivo estratégico). Los cambios del ambiente externo también podrían plantear la necesidad de modificar las estrategias de la Oficina y los resultados previstos.

Cuando tales cambios se necesiten a nivel de RPR o superior, se someterán al examen y la aprobación de los Cuerpos Directivos.

Evaluación

299. La función de evaluación se separa institucionalmente de las funciones de planificación, seguimiento y evaluación para fomentar la imparcialidad en la realización de las evaluaciones. La función de evaluación (y el personal respectivo) se implantó apenas en 2007. Por consiguiente, las modalidades de trabajo con respecto a la periodicidad y el alcance todavía están en desarrollo.

Intervención del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración

300. Se solicita al Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración que examine este documento y aporte contribuciones a la Oficina para que se pueda revisar y mejorar este plan estratégico a fin de presentarlo al Comité Ejecutivo en junio del 2007.
