



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

162.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 18 al 22 de junio del 2018

Punto 4.1 del orden del día provisional

CE162/11, Add. I
7 de mayo del 2018
Original: inglés

INFORME PRELIMINAR DE LA EVALUACIÓN DE FIN DE BIENIO DEL PROGRAMA Y PRESUPUESTO DE LA OPS 2016-2017/SEGUNDO INFORME INTERINO DEL PLAN ESTRATÉGICO DE LA OPS 2014-2019

Informe sobre los resultados de la OPS: 2016-2017

Índice

I. Prólogo de la Directora	3
II. Introducción	5
III. Logro de resultados	6
Progreso hacia el logro de las metas de impacto del Plan Estratégico	6
Principales logros, retos y experiencias exitosas de los países por categoría.....	14
Categoría 1: Enfermedades transmisibles	14
Categoría 2: Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo	19
Categoría 3: Determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida.....	25
Categoría 4: Sistemas de salud.....	30
Categoría 5: Preparación, vigilancia y respuesta	34
Categoría 6: Liderazgo, gobernanza y funciones habilitadoras	39
Resumen de la evaluación de las categorías y áreas programáticas	42
IV. Ejecución del presupuesto	46
V. Riesgos, enseñanzas, conclusiones y recomendaciones	56
Análisis de riesgos	56
Enseñanzas extraídas	60
Conclusiones y recomendaciones	64
Anexo A. Evaluación de fin de bienio: proceso y método	68
Anexo B. Abreviaturas.....	72
Anexo C. Lista de países y territorios con sus siglas	73

I. Prólogo de la Directora

El presente informe sobre los resultados de fin de bienio se publica en un momento crítico para la Región de las Américas. No solo estamos en la transición a un nuevo bienio, sino que además nos hemos planteado el desafío de aplicar los ambiciosos compromisos asumidos por los Estados Miembros en la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030. Este informe preliminar brinda la oportunidad de reflexionar sobre los avances, los retos y las enseñanzas extraídas respecto de la salud en un momento en que la Región trabaja para lograr los objetivos de la Agenda de Salud Sostenible y, al mismo tiempo, cumplir con los compromisos establecidos en el actual Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 durante el período 2018-2019.

Para la Organización, este informe constituye una piedra angular de la rendición de cuentas y la transparencia, así como una expresión de su compromiso permanente de tener una influencia cuantificable sobre la salud en todos los países y territorios de la Región. Responde además al mandato de los Estados Miembros de la OPS (resolución CD52.R8) de abordar de manera conjunta la rendición de cuentas y la responsabilidad en la ejecución del Plan Estratégico de la OPS y sus respectivos programas y presupuestos. El énfasis en obtener resultados que tengan un alto grado de impacto marca el tono de lo que espero que sean deliberaciones y reflexiones sustantivas sobre los logros y los retos del último bienio.

En el bienio 2016-2017 la Región alcanzó muchos logros ejemplares en el campo de la salud: la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis en otros seis países y territorios, la eliminación del sarampión en la Región, la eliminación del tétanos materno y neonatal en Haití, la comprobación de la eliminación de la oncocercosis en Guatemala, y la validación de la eliminación del tracoma como problema de salud pública en México. Los países han ampliado el acceso a la atención de calidad mediante el enfoque de la atención primaria de salud. Un ejemplo es el programa Mais Médicos, que presta atención a 40 millones de personas subatendidas en Brasil. Se logró reducir la mortalidad por medio de métodos innovadores para mejorar la salud maternoinfantil, como se observó con la puesta en marcha de la iniciativa “Cero muertes maternas por hemorragias” y de programas como Casas Maternas en Nicaragua. Se ejecutaron intervenciones eficaces basadas en la evidencia en toda la Región, como la aplicación de advertencias nutricionales en el frente de los envases de los productos alimenticios. Por último, la Organización proporcionó una respuesta oportuna y apropiada en todas las situaciones de emergencia con posibles consecuencias para la salud en el bienio 2016-2017, incluida la respuesta al virus del Zika.

Quisiera aprovechar esta oportunidad para dar las gracias a los Estados Miembros por su compromiso con el proceso de evaluación conjunta. Este proceso, único en la Organización Mundial de la Salud y en la comunidad de las Naciones Unidas, se ha convertido en un mecanismo clave para que la Oficina Sanitaria Panamericana y los países trabajen juntos en la rendición de cuentas con respecto a los resultados. Esta evaluación preliminar sobre la base de la información de la Oficina brinda una perspectiva crítica no solo de nuestros logros colectivos, sino también los problemas que están obstaculizando

nuestro progreso. En el informe final se incluirán los aportes de la evaluación conjunta con los Estados Miembros.

Estoy segura de que las enseñanzas extraídas de esta evaluación nos serán sumamente útiles a medida que avancemos para concluir de manera satisfactoria el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 y redoblar nuestros esfuerzos para aplicar la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030.

II. Introducción

1. De conformidad con la resolución CD52.R8 (2013), la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) se complace en presentar este informe preliminar sobre los resultados de la segunda evaluación interina de la ejecución del Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 y la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017. Estas evaluaciones forman parte del compromiso de la Organización con la rendición de cuentas y la transparencia, y están basadas en la sólida tradición y las mejores prácticas de la OPS en la implementación de la gestión basada en resultados.

2. En la evaluación se informa el progreso alcanzado en el logro de las metas de impacto, los resultados inmediatos y los resultados intermedios en el ámbito de la salud establecidos en el Plan Estratégico 2014-2019 y en el Programa y Presupuesto 2016-2017, y además se muestran los principales retos que se enfrentan. De conformidad con el enfoque de cooperación centrada en los países que ha adoptado la Organización, en el informe se destacan las experiencias exitosas para mostrar la cooperación técnica de la OPS/OMS con los países. En el informe también se presenta un análisis de la ejecución del presupuesto, los riesgos controlados y las enseñanzas extraídas que fundamentaron las recomendaciones formuladas para el bienio 2018-2019.

3. Debe señalarse que este informe se realizó sobre la base de la información preliminar de la que disponía la Oficina a fines de abril del 2018. Al momento de redactarse el informe, se había realizado solo 60% de la evaluación conjunta de los indicadores de resultados inmediatos e intermedios con los Estados Miembros debido a ciertas circunstancias imprevistas (la repercusión de situaciones de emergencia y brotes de enfermedades, así como cambios políticos en algunos Estados Miembros). En el informe final que se presentará al Consejo Directivo en septiembre del 2018 se incluirán los resultados de la evaluación conjunta, así como el análisis técnico de la Oficina.

4. En este informe preliminar se incorporan las recomendaciones formuladas por los Estados Miembros en el Subcomité de Programa y Presupuesto y Administración en su 12.^a sesión, en marzo del 2018. En el informe final que se presente al 56.^o Consejo Directivo en septiembre del 2018 se incluirá cualquier recomendación que formule el Comité Ejecutivo de la OPS, en su 162.^a sesión, en junio del 2018. Las conclusiones del informe fueron además la principal contribución que la Región de las Américas hizo a la evaluación del Presupuesto por Programas de la OMS 2016-2017, que se presentó a la Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2018.

III. Logro de resultados

5. En esta sección se resume el progreso alcanzado en el logro de los resultados del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 y del Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017. Luego de analizar la situación regional con respecto a las metas de impacto establecidas en el Plan Estratégico, se destacan algunos de los logros y retos más importantes en el bienio, así como las experiencias exitosas de los países. Por último, en esta sección se ilustra la manera en que las intervenciones emprendidas conjuntamente por la Oficina y los Estados Miembros contribuyen al logro de los resultados intermedios y las metas de impacto por medio de una cadena de resultados de varios niveles. En el anexo A se ofrecen detalles sobre el método de evaluación de los resultados a nivel de las metas de impacto, los resultados intermedios y los resultados inmediatos.

Progreso hacia el logro de las metas de impacto del Plan Estratégico

6. En el Plan Estratégico, los Estados Miembros y la Oficina se comprometieron a alcanzar 26 objetivos correspondientes a nueve metas de impacto para el año 2019. En consonancia con la visión estratégica del Plan, los indicadores de las metas de impacto miden el progreso de la Región en cuanto a la mejora de la salud y el bienestar con equidad. Además de medir las tendencias regionales, en el Plan se establece la manera de medir la equidad conforme al siguiente fundamento:¹

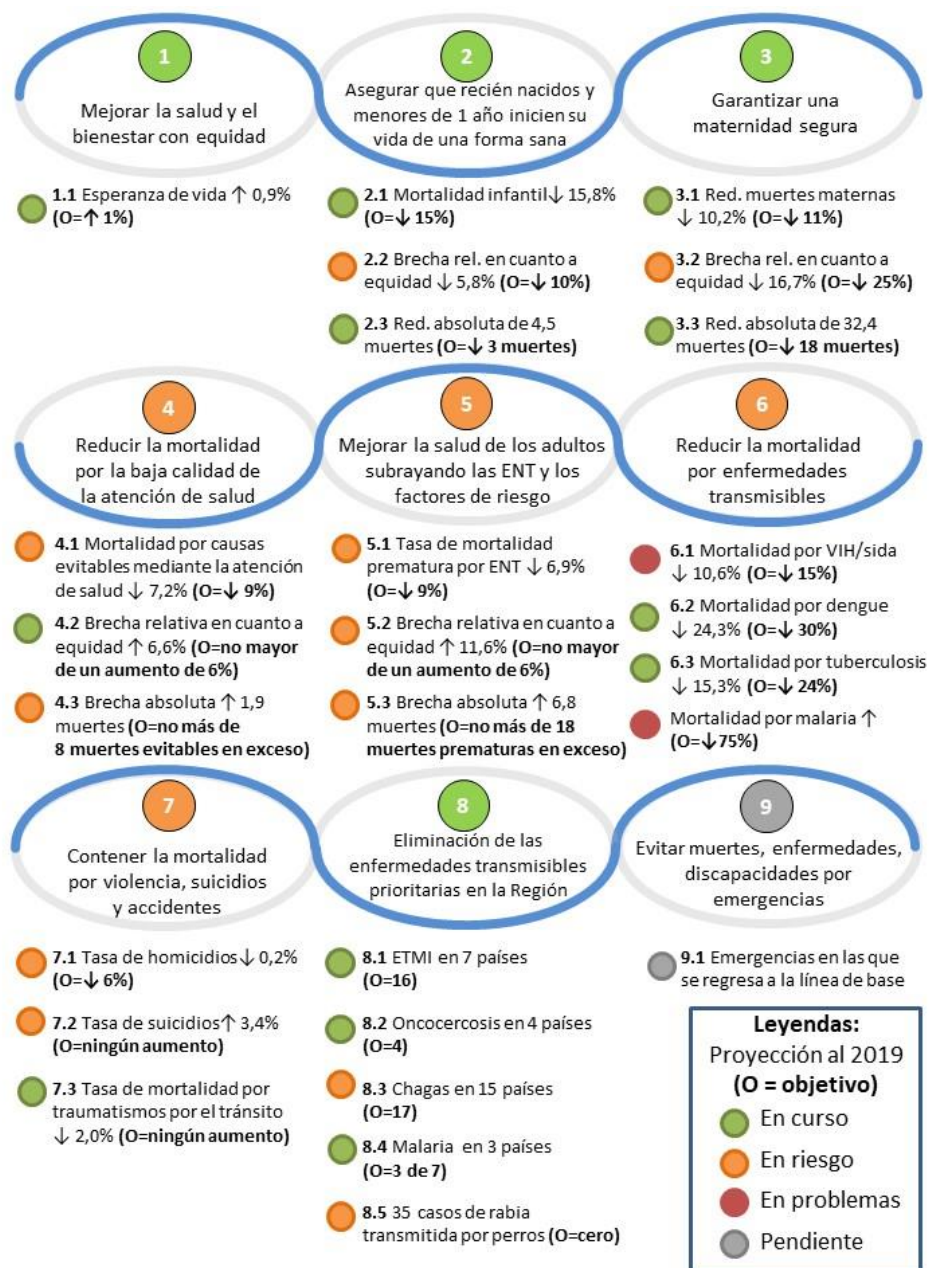
Si la ejecución del Plan está en consonancia con la orientación estratégica de la Organización, para fines del ciclo de planificación en el 2019, la OPS podrá mostrar mejoras tangibles en la salud de la población, en particular en la salud de aquellos grupos que se encuentran en los niveles inferiores del gradiente social. Esto, por definición, debería producir una reducción de las inequidades en salud al subsanar las brechas entre los países y dentro de ellos. Esto implica un enfoque explícito con respecto a la equidad en salud y un compromiso de medir el impacto logrado en este tema. Para cumplir con el objetivo de reducir las inequidades en salud, en este Plan se definen metas e indicadores específicos con respecto a la equidad en el ámbito de la salud.

7. Como se demuestra en la evaluación a continuación, la Región ha logrado grandes avances en cuanto a la mejora de la salud y el bienestar, pero persisten retos importantes que requieren atención inmediata si se espera alcanzar las metas establecidas para el 2019. Como se muestra en la figura 1, el logro de cuatro de las nueve metas está en curso (meta 1, esperanza de vida sana; meta 2, que los recién nacidos inicien su vida de una manera saludable; meta 3, maternidad sin riesgo; y meta 8, eliminación de las enfermedades transmisibles). Otras cuatro están en riesgo (meta 4, mortalidad debida a la calidad de la atención; meta 5, mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles; meta 6, mortalidad por enfermedades transmisibles; y meta 7, mortalidad prematura por la

¹ Organización Panamericana de la Salud, 2014. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 (*Documento Oficial 345*).

violencia y los traumatismos). Está pendiente la evaluación de una de las metas (meta 9, muerte, enfermedad y discapacidad por emergencias). Además, 12 de los 26 objetivos de impacto están en curso de ser logrados para el 2019.

Figura 1. Estado de los objetivos de las metas de impacto: proyección para el 2019²



² En la figura 1 se observan los objetivos definidos en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 y la proyección de su estado para el 2019. Como se explica en el anexo A, los valores de la línea de base y los objetivos pueden haber cambiado porque la información sobre la mortalidad se actualiza de manera continua.

8. En el caso de las metas de impacto en las que se consideró explícitamente la dimensión de la equidad, se adoptó un marco común de seguimiento para evaluar simultáneamente los cambios con el transcurso del tiempo en la tendencia regional promedio del indicador de salud, así como su grado de desigualdad. En la figura 2 se describe este marco de forma esquemática, y se destacan cuatro resultados posibles. Solo una de estas posibilidades es ideal: la número 1, en el cuadrante superior izquierdo. Si aplicamos este marco a una meta de impacto específica —por ejemplo, a la meta 3 sobre maternidad segura— lo ideal sería que la Región, en promedio, registre una mejora de la salud (por ejemplo, que entre el 2014 y el 2019 haya una disminución de la razón de mortalidad materna promedio regional) y una reducción del gradiente de desigualdad (por ejemplo, que entre el 2014 y el 2019 disminuya el índice de desigualdad de la pendiente de la mortalidad materna). Cuando examinamos el logro general de una meta de impacto, el análisis sobre el logro de la situación ideal indicará si la Región está alcanzando la meta sin dejar a nadie atrás.

Figura 2. Marco para evaluar las tendencias regionales teniendo en cuenta la equidad

		DESIGUALDAD SOCIAL EN MATERIA DE SALUD	
		menor	mayor
TENDENCIA PROMEDIO DE LA SALUD	mejor	1. más salud, sin dejar a nadie atrás	2. más salud, pero dejando a gente atrás
	peor	3. menos salud, sin dejar a nadie atrás	4. menos salud, y dejando a gente atrás

Adaptación de Minujin y Delamónica. Mind the Gap! 2002

Meta 1: Mejorar la salud y el bienestar con equidad

9. La tendencia de la esperanza de vida ajustada en función del estado de salud (EVAS) para la Región de las Américas registró un aumento del 3,3% entre el 2000 y el 2015.³ Las estimaciones del valor de la EVAS entre el 2016 y el 2019 se basaron en proyecciones elaboradas por la OPS utilizando un modelo de regresión. Estas proyecciones indican que la EVAS aumentó en la Región de 67,0 en el 2014 a 67,3 en el 2017. Si esta tendencia se mantiene, entre el 2014 y el 2019 registrará un incremento de hasta 0,9% para

³ Los valores de la esperanza de vida ajustada en función del estado de salud son producidos por el Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria.

ubicarse en 67,6, lo que demuestra que el objetivo de aumentarla en 1% para el 2019 puede alcanzarse.

10. Aunque no se los considera explícitamente objetivos de esta meta, se prevé que para el 2019 se habrán reducido tanto la desigualdad en cuanto a la brecha relativa (es decir, la razón de la EVAS entre los grupos de países en la parte superior e inferior del índice de necesidades de salud ampliado, o INSa) y la desigualdad en el gradiente absoluto (es decir, la EVAS en exceso en el gradiente del INSa cuantificada por el índice de desigualdad de la pendiente).⁴ La brecha relativa se reduce de 0,92 en el 2014 a 0,94 en el 2019 (es decir, 1,8% más cerca de la referencia de equidad); el índice de desigualdad de la pendiente baja de 4,3 a 2,9 años (es decir, 1,4 años menos en la desigualdad entre los que se encuentran en la parte superior y la parte inferior en el gradiente del INSa).

Meta 2: Asegurar que los recién nacidos y los menores de 1 año inicien su vida de una manera saludable

11. Los valores de la tasa de mortalidad infantil del 2016 al 2019 se basan en proyecciones hechas por la OPS utilizando modelos estadísticos.⁵ A nivel regional, esta tasa disminuyó aproximadamente 44% entre el 2000 y el 2015, lo que implica un descenso anual promedio de 3,8%. La reducción regional fue de 10,1% entre el 2014 (12,9) y el 2017 (11,6), y las proyecciones indican que llegará a 15,8% entre el 2014 (12,9) y el 2019 (10,9). Esto significa que el objetivo de lograr una reducción del 15% para el 2019 podría alcanzarse.

12. También está en curso el logro para el 2019 del objetivo relativo a la equidad absoluta correspondiente a esta meta, sobre la base de una reducción absoluta proyectada de 4,5 muertes de menores de 1 año en exceso por 1.000 nacidos vivos entre el 2014 y el 2019 en el gradiente interpaís del INSa (objetivo: una reducción de por lo menos 3 muertes de menores de 1 año en exceso por 1.000 nacidos vivos). Sin embargo, aunque la brecha relativa en cuanto a la equidad se está reduciendo, las proyecciones indican que el descenso ocurrirá a un ritmo menor al esperado (la reducción actual es de 5,8% en lugar del 10% establecido como objetivo). Esto indica que es necesario intensificar las intervenciones específicas en los países clave de la OPS.

⁴ En el INSa se indica cuáles son los países en el quintil más necesitado y cuáles están en el grupo de referencia (los países en el quintil menos necesitado), basándose en indicadores socioeconómicos y de salud. Este índice fue elaborado por la OPS para centrar los recursos y los esfuerzos de cooperación técnica en los países clave, es decir, aquellos países que más necesitan la cooperación técnica que presta la OPS/OMS en la Región (*Política del presupuesto de la OPS*, 2012). También se adoptó en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 como una variable de estratificación para medir el cierre de brechas de equidad entre los países en el campo de la salud. Cuatro de las nueve metas de impacto del Plan Estratégico miden explícitamente las brechas de equidad y representan el compromiso de los Estados Miembros y la Oficina de ir más allá de los promedios regionales para llegar a los más necesitados, de conformidad con los valores de equidad y solidaridad de la OPS y el mandato de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de que nadie se quede atrás.

⁵ Los valores de la tasa de mortalidad infantil del 2000 al 2015 se obtuvieron de las estimaciones de mortalidad infantil más recientes del Grupo Interinstitucional de Estimación de la Mortalidad Infantil de las Naciones Unidas.

Meta 3: Garantizar una maternidad segura

13. Considerando los datos notificados disponibles hasta el 2015, la tendencia de la razón de mortalidad materna estimada muestra que se registró un descenso acelerado de 76,0 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos en el 2000 a 53,6 muertes por 100.000 en el 2014 y 52,0 muertes por 100.000 en el 2015. Para los años posteriores al 2015, se proyecta que la cifra se ubicó en 50,2 muertes por 100.000 nacidos vivos en el 2017 y que descenderá a 48,2 muertes por 100.000 en el 2019. La proyección general para el período 2014-2019 es una reducción del 10,2%, lo que indica que el objetivo de una reducción del 11% para el 2019 podría alcanzarse.

14. Sin embargo, hay dos grandes motivos de preocupación. En primer lugar, los datos preliminares indican que el descenso de la razón de mortalidad materna se ha estancado en varios países, y que en algunos este indicador incluso aumentó en el 2017. En segundo lugar, los diez países que tienen la razón de mortalidad materna más alta en la Región han registrado pocas mejoras en sus cifras de mortalidad materna, y en algunos casos incluso ha habido algún aumento.

15. Está en curso el logro para el 2019 del objetivo relativo a equidad absoluta correspondiente a esta meta, sobre la base de una reducción absoluta proyectada de 32,4 muertes maternas en exceso por 100.000 nacidos vivos entre el 2014 y el 2019 en el gradiente interpaís del INSa (objetivo: una reducción de por lo menos 18 muertes maternas en exceso por 100.000 nacidos vivos). Sin embargo, aunque la brecha relativa en cuanto a la equidad se está reduciendo, las proyecciones indican que el descenso ocurrirá a un ritmo menor al previsto (la reducción actual es de 16,7% en lugar del 25% establecido como objetivo). Esto indica que es necesario intensificar las intervenciones en los países clave de la OPS.

Meta 4: Reducir la mortalidad debida a la baja calidad de la atención de salud

16. La tasa de mortalidad por causas evitables mediante la atención de salud se calculó utilizando el conjunto más completo de datos sobre mortalidad notificados por los Estados Miembros hasta el año 2013. Los valores del 2014 al 2019 se basan en proyecciones hechas por la OPS utilizando un modelo estadístico. La tendencia de la tasa de mortalidad por causas evitables mediante la atención de salud indica que hubo un descenso de 22,4% entre el año 2000 y el 2013. Se estima que esta tasa disminuyó un 4,4% más entre el 2014 y el 2017 (de 118,7 a 113,5 por 100.000 habitantes), y las proyecciones indican que la reducción entre el 2014 y el 2019 en la Región será del 7,2% (110,1 por 100.000 habitantes). Esto significa que es muy poco probable que se alcance el objetivo de lograr una reducción del 9% para el 2019.

17. Tampoco está en curso para el 2019 el logro del objetivo relativo a equidad absoluta correspondiente a esta meta dado el aumento absoluto proyectado de 1,9 muertes prevenibles en exceso por 100.000 habitantes entre el 2014 y el 2019 en el gradiente interpaís del INSa (objetivo: una reducción de por lo menos 8 muertes prevenibles en exceso por 100.000 nacidos vivos). Sin embargo, aunque la brecha relativa en cuanto a

equidad se está ampliando —principalmente debido a que la tasa de mortalidad por causas evitables mediante la atención de salud se está reduciendo con mayor celeridad en los países que el INSa agrupa entre los menos necesitados que entre los más necesitados— aún se prevé que está en curso el logro del indicador para el 2019, puesto que las proyecciones indican que habrá un aumento de 6,6%, solo un poco mayor a lo previsto (un aumento no mayor al 6,0%).

Meta 5: Mejorar la salud de la población adulta haciendo hincapié en las enfermedades no transmisibles y los factores de riesgo

18. Entre los años 2000 y 2013, la tasa de mortalidad prematura por ENT en la Región⁶ disminuyó en 18,4%; la reducción anual promedio fue de 1,4%. Según las proyecciones, esta tendencia se mantuvo en el período comprendido entre el 2014 y el 2017, cuando esta tasa pasó de 265,4 a 254,3 por 100.000 habitantes y la reducción anual promedio también fue de 1,4%. Sin embargo, las proyecciones indican que entre el 2014 y el 2019 el descenso será del 6,9% (247,2 por 100.000 habitantes). Esto quiere decir que no es probable que se alcance el objetivo de lograr una reducción del 9% para el 2019.

19. Tampoco está en curso el logro para el 2019 del objetivo relativo a equidad absoluta correspondiente a esta meta dado el aumento absoluto proyectado de 6,8 muertes prevenibles en exceso por 100.000 habitantes entre el 2014 y el 2019 en el gradiente interpaís del INSa (objetivo: una reducción de por lo menos 18 muertes prevenibles en exceso por 100.000 habitantes). Asimismo, la brecha relativa de la equidad se está ampliando a un ritmo más acelerado de lo previsto, puesto que se proyecta un aumento de 11,6% y se había establecido como objetivo un aumento no mayor al 6%. De hecho, se prevé que la mortalidad prematura causada por las ENT se incremente en los países que el INSa agrupa entre los menos necesitados y disminuya en el grupo de países menos necesitados, lo que empeoraría la desigualdad en cuanto a la mortalidad prematura por ENT a expensas de los países más necesitados.

Meta 6: Reducir la mortalidad por enfermedades transmisibles

20. *Infección por el VIH/SIDA:* La tasa de mortalidad regional por la infección por el VIH/sida registró una baja de aproximadamente 28,8% entre el 2000 y el 2013 (una reducción anual promedio de 2,3%).⁷ Según las proyecciones, también hubo un descenso entre el 2014 y el 2017, al pasar de 3,6 a 3,3 por 100.000 habitantes, lo que implica una disminución de 6,5% y una reducción anual promedio de 2,3%. Se prevé que la tasa de mortalidad seguirá disminuyendo, y se ubicará en 3,2 por 100.000 habitantes en el 2019. Sin embargo, considerando que para el período comprendido entre el 2014 y el 2019 se

⁶ La tasa de mortalidad prematura por ENT en la Región se calculó utilizando el conjunto más completo de datos sobre mortalidad notificados por los Estados Miembros hasta el año 2013. Los valores del 2014 al 2019 se basan en proyecciones hechas por la OPS utilizando un modelo estadístico.

⁷ La tasa de mortalidad a causa de la infección por el VIH en la Región se calculó utilizando el conjunto más completo de datos sobre mortalidad notificados por los Estados Miembros hasta el año 2013. Los valores del 2014 al 2019 se basan en proyecciones hechas por la OPS utilizando un modelo estadístico.

proyecta una reducción del 10,6%, el logro del objetivo regional (una reducción del 15%) está en problemas.

21. Debe señalarse que el aumento en el número de personas bajo tratamiento antirretroviral sigue teniendo una influencia positiva en la mortalidad relacionada con la infección por el VIH/sida. Considerando el impacto de estas intervenciones, otros modelos, como los utilizados por el programa Spectrum⁸ (que se basa en las tendencias y las estimaciones de los países sobre el número de personas bajo tratamiento antirretroviral en los próximos años), indican que es posible lograr que la mortalidad disminuya en más del 20% para el 2019; de ser así, podría lograrse el objetivo regional de reducir en 15% la mortalidad por la infección por el VIH/sida. Las evaluaciones que se hagan en el futuro tendrán en cuenta estos nuevos modelos y herramientas.

22. *Dengue:* Está en curso el logro del objetivo de reducir al menos en un 30% la tasa de letalidad debida al dengue para el 2019 (0,050% en el 2019 en comparación con 0,070% en el 2012). En general, la tasa de letalidad sigue disminuyendo en la Región (0,053% en el 2017); sin embargo, Brasil, Colombia, Perú y República Dominicana han enfrentado problemas. Para superarlos, en el bienio 2018-2019 la OPS/OMS brindará apoyo al fortalecimiento de las capacidades nacionales para el manejo integrado del dengue y otras enfermedades arbovirales, poniendo el acento en la atención primaria para evitar que se registren casos graves y muertes por dengue.

23. *Tuberculosis.* La tasa de mortalidad regional por tuberculosis registró una baja de 22,4% entre el 2000 y el 2013, lo que implica una reducción anual promedio de 3,7%. Se estima que esta tasa disminuyó otro 9,5% más entre el 2014 y el 2017, al pasar de 1,27 a 1,15 por 100.000 habitantes, y que la reducción anual promedio se ubicó en 3,3%. Las proyecciones indican que la tasa de mortalidad por tuberculosis en la Región descenderá en 15,3% entre el 2014 y el 2019 (1,08 por 100.000 habitantes). Esto quiere decir que es muy poco probable que se alcance el objetivo de lograr una reducción del 24% para el 2019. En varios países persisten tasas altas de mortalidad en los casos de coinfección por tuberculosis y VIH y en los de tuberculosis multirresistente, lo que afecta negativamente la tasa general de disminución.

24. *Malaria:* El logro del objetivo de reducir al menos en 75% para el 2019 el número de muertes por malaria está en problemas. Las tasas de mortalidad y morbilidad por malaria han aumentado, especialmente debido a un incremento de la transmisión en Venezuela en los años 2016 y 2017. Además, el número de muertes por malaria en el 2016 también subió en comparación con las cifras registradas en el 2015, debido a una epidemia en la zona de la costa del Pacífico de Colombia.

⁸ SPECTRUM fue desarrollado por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) en colaboración con la OMS y en coordinación con los países.

Meta 7: Contener la mortalidad debida a la violencia, los suicidios y los accidentes entre adolescentes y adultos jóvenes (15 a 24 años de edad)

25. La tasa de suicidios, homicidios y mortalidad por traumatismos debidos al tránsito en jóvenes de 15 a 24 años se calculó utilizando el conjunto más completo de datos sobre mortalidad notificados por los Estados Miembros hasta el año 2013. Los valores del 2014 al 2019 se basan en proyecciones hechas por la OPS utilizando un modelo estadístico.

26. La tasa regional de homicidios en este grupo etario disminuyó en 0,51% entre el 2000 y el 2013. La reducción entre el 2014 y el 2017 fue mínima, puesto que pasó de 27,7 a 27,6 por 100.000 habitantes, y se prevé que esta tasa se mantendrá invariable hasta el 2019. Esto pone en peligro el logro del objetivo correspondiente (una reducción del 6% en los homicidios en este grupo etario).

27. La tasa regional de suicidios en los jóvenes entre 15 y 24 años aumentó en 8,7% entre el 2000 y el 2013. Las proyecciones para el período comprendido entre el 2014 y el 2017 indican que se mantuvo el mismo patrón, al pasar de 7,7 a 7,9 por 100.000 habitantes, y las proyecciones para el 2019 muestran un aumento del 3,9% (9,0 por 100.000 habitantes). Por lo tanto, existe el riesgo de que no se alcance el objetivo de que no haya un aumento en la tasa de suicidios en el período 2014-2019.

28. La tasa regional de mortalidad por traumatismos debidos al tránsito en los jóvenes entre 15 y 24 años se redujo en 5,3% entre el 2000 y el 2013. Las proyecciones indican que entre el 2014 y el 2017 hubo un descenso de 1,2%, al pasar de 17,4 a 17,2 por 100.000 habitantes, y que habrá una reducción adicional de hasta 2,0% para el 2019, con lo cual se llegará a una tasa de 17,1 por 100.000 habitantes. Por lo tanto, hay muchas probabilidades de que se logre el objetivo de que no haya ningún aumento en esta tasa de mortalidad.

Meta 8: Eliminar las enfermedades transmisibles prioritarias en la Región

29. *Eliminación de la transmisión maternoinfantil de la infección por VIH y la sífilis:* La medición original de este objetivo de impacto se basó en datos notificados por los países por medio de una plataforma mundial de la OMS/UNICEF/ONUSIDA denominada “Monitoreo Global del Sida”. Sin embargo, la plataforma descontinuó el uso de uno de los subindicadores utilizados para la evaluación compuesta (casos notificados de infección perinatal por el VIH), y sin esa información es difícil evaluar el progreso en los países, como estaba previsto inicialmente. Por lo tanto, se modificó el indicador a “número de países en los que se ha validado la eliminación de la transmisión maternoinfantil de la infección por el VIH y la sífilis”.

30. Usando este indicador, la línea de base es cero países para el 2013 y el objetivo es llegar a 10 países para el 2019. La eliminación de la transmisión maternoinfantil de la infección por el VIH y la sífilis congénita se ha validado en siete países y territorios (seis en los años 2016 y 2017). Esto significa que está en curso el logro para el 2019 de este objetivo revisado en la Región.

31. *Oncocercosis*: Se ha certificado la eliminación de esta enfermedad en Colombia, Ecuador, Guatemala y México, por lo que se ha logrado el objetivo de eliminarla en cuatro países.

32. *Transmisión de la enfermedad de Chagas en países endémicos*: Los dos países que no han podido avanzar hacia la eliminación de la enfermedad de Chagas son Venezuela y Ecuador; no se dispone de información actualizada sobre intervenciones de prevención y control de esta enfermedad en el primero, y las actividades de prevención y control no se han realizado según lo planificado en el segundo. Deben tomarse medidas en las zonas costeras donde el *Triatoma dimidiata* es la causa de la transmisión. Debido a esta situación, el logro de este objetivo está en riesgo.

33. *Malaria*: Se mantuvo la eliminación en Argentina y Paraguay; se espera que ambos países obtengan la certificación en el bienio 2018-2019. Belice también está trabajando para lograr la eliminación. Lamentablemente, Costa Rica notificó un pequeño número de casos autóctonos en el 2017. Sin embargo, el logro del objetivo de que tres países eliminen la enfermedad para el 2019 está en curso.

34. *Rabia humana transmitida por el perro*: Está en curso el logro del objetivo (cero casos en los 35 países para el 2019). En el 2014, 17 Estados Miembros notificaron no haber tenido ningún caso de rabia transmitida por el perro. En 2017, el número de países que no registró ningún caso aumentó a 33; solo Bolivia y Haití notificaron casos ese año. Es necesario mejorar la promoción de la causa a alto nivel y aumentar la movilización de recursos para brindar apoyo al compromiso de los países prioritarios de combatir esta enfermedad, en especial Guatemala y República Dominicana además de Bolivia y Haití, donde se presentan los principales problemas.

Meta 9: Evitar las muertes, las enfermedades y las discapacidades resultantes de situaciones de emergencia

35. El análisis de la meta 9 se está realizando actualmente. En junio del 2018 se presentará una actualización a los Estados Miembros en el Comité Ejecutivo, en su 162.^a sesión.

Principales logros, retos y experiencias exitosas de los países por categoría

36. En esta sección se destacan los principales logros, retos y experiencias exitosas de los países por categoría del Plan Estratégico. En los informes por categoría disponibles en el portal del Programa y Presupuesto de la OPS en la web puede encontrarse un detallado análisis programático, presupuestario y de riesgos.

Categoría 1: Enfermedades transmisibles

37. En el bienio 2016-2017, la Organización Panamericana de la Salud trabajó para lograr el objetivo general de reducir la carga de las enfermedades transmisibles, incluida la infección por VIH/sida, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y las hepatitis virales;

la tuberculosis; la malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores; las enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas; y las enfermedades prevenibles mediante vacunación. Esta labor comprendió actividades de vigilancia, prevención, control y eliminación de enfermedades infecciosas.

Principales logros

- a) La OMS certificó que otros seis países eliminaron la transmisión materno-infantil de la infección por el VIH y la sífilis congénita.⁹ Además, Cuba fue recertificada por otros dos años.
- b) En septiembre del 2016, la Región de las Américas se convirtió en la primera de la OMS en eliminar el sarampión. También se declaró la eliminación del tétanos materno y neonatal en Haití, el último país de la Región en alcanzar este objetivo.
- c) La eliminación de la malaria se mantuvo en Argentina y Paraguay.
- d) En el 2016, la OMS verificó la eliminación de la oncocercosis en Guatemala, y en el 2017 se validó la eliminación del tracoma en México como problema de salud pública.
- e) La transmisión vectorial domiciliar del *Trypanosoma cruzi* fue interrumpida en Boquerón, el departamento más grande de Paraguay, que forma parte de la zona remota del Gran Chaco. En Colombia, se logró la interrupción de la transmisión vectorial domiciliar del *T. cruzi* en 65 municipios endémicos de cinco departamentos.
- f) Se están realizando avances significativos hacia el logro de los objetivos regionales de acceso y cobertura universales en cuanto a los servicios de atención y tratamiento de la infección por el VIH, conocidos como las metas 90-90-90. En el 2016, se estimaba que 81% de las personas con infección por el VIH conocían su estado con respecto a la infección; 72% de las personas diagnosticadas con infección por el VIH estaban recibiendo tratamiento antirretroviral; y 79% de las personas que recibían tratamiento antirretroviral tenían una sólida supresión viral. En promedio, el número de personas en tratamiento antirretroviral en la Región se ha incrementado en más del 8% anual en los últimos cinco años.
- g) Se ha registrado un aumento general en la introducción de vacunas nuevas en toda la Región. Para el último año del bienio, 90% de la cohorte de nacimiento vive en países donde se utiliza la vacuna antineumocócica conjugada (PCV); 85% de los países han introducido la vacuna contra el rotavirus; 80% de la cohorte de niñas de 9 a 14 años viven en países donde se ha introducido la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH); y 42 países están utilizando la vacuna antigripal.
- h) Para fines del 2017, todos los países habían incorporado la Estrategia Fin a la Tuberculosis en sus planes y directrices nacionales.
- i) La aprobación del *Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016-2020* (resolución CD55.R7) reforzó el compromiso de los países con la eliminación de

⁹ Anguilla, Antigua y Barbuda, Bermuda, Islas Caimán, Montserrat y Saint Kitts y Nevis.

esta enfermedad. Se ha logrado un avance significativo en la elaboración y adaptación de planes y estrategias para la eliminación de la malaria; 14 de los 21 países donde la enfermedad es endémica han completado sus planes nacionales u hojas de ruta para la eliminación de la malaria.

Retos

- a) **El progreso de los países hacia las metas en cuanto a la atención y el tratamiento de la infección por el VIH es desigual:** persisten las brechas en el acceso a los servicios de pruebas, atención y tratamiento de la infección por el VIH y a servicios asequibles de seguimiento por medio de pruebas de laboratorio (para conocer la carga viral del VIH). El VIH ha desarrollado resistencia al tratamiento antirretroviral que actualmente se usa en el esquema preferido de primera línea, y el acceso a la nueva clase de tratamientos recomendados por la OMS es limitado. Además, la sostenibilidad de las intervenciones de prevención de la infección por el VIH para los grupos de población clave y la participación de la sociedad civil siguen siendo problemáticas, a pesar de ser fundamentales en la respuesta a la infección por el VIH. La mayor parte de los países de la Región (27 de 35) dependen del financiamiento internacional para llevar a cabo actividades de prevención dirigidas a los grupos de población clave, y solo 60% (15 de los 25 países de América Latina y el Caribe que proporcionaron información) cuentan con recursos de sus presupuestos nacionales para financiar iniciativas de la sociedad civil.
- b) **Los precios altos del diagnóstico de la hepatitis C y los medicamentos usados como tratamiento de esta enfermedad,** junto con las restricciones por motivos de propiedad intelectual, impiden que la mayor parte de los países establezcan programas contra las hepatitis virales y proporcionen los servicios conexos necesarios.
- c) **Persisten algunas brechas en la detección de casos de tuberculosis y tuberculosis multirresistente.** Entre ellas se encuentran que la población en general no reconoce los síntomas de la tuberculosis, el diagnóstico tardío por parte del personal de salud, los obstáculos en el acceso a los servicios de salud y, en el caso de la tuberculosis multirresistente, las limitaciones en la capacidad de diagnóstico. La etapa previa a la eliminación de la tuberculosis plantea una situación nueva para los países. En colaboración con la OMS, es necesario definir los criterios y procesos relacionados con la etapa previa a la eliminación en los países que tienen una carga baja de la enfermedad, a fin de sustentar la cooperación técnica con los países.
- d) **El aumento en la transmisión de la malaria** en Venezuela constituye un obstáculo para el logro de los objetivos regionales establecidos en cuanto a la eliminación de esta enfermedad. Además, las brechas actuales en la cobertura de los sistemas de salud en los países donde la malaria es endémica dificultan el acceso de las personas que viven en zonas rurales a un diagnóstico y tratamiento oportunos, por lo que es necesario abordar esas brechas.
- e) **Algunos datos científicos recientes sobre la reactividad inmunitaria cruzada entre los virus del dengue y el Zika** indican que se ha menoscabado la posibilidad

- de dar un diagnóstico exacto y oportuno de los casos de dengue por medio de pruebas de laboratorio. Además, la persistencia de la transmisión de los virus del chikunguña, el Zika y el dengue ha generado importantes desafíos financieros, técnicos y de gestión.
- f) **La prioridad baja que tienen las enfermedades infecciosas desatendidas en las agendas de salud pública de los países**, así como los limitados recursos asignados para combatir estas enfermedades, siguen obstaculizando el progreso en este ámbito.
 - g) **La eliminación de la rabia transmitida por el perro** en Bolivia, Haití, Guatemala y República Dominicana sigue siendo un desafío. Es necesario intensificar las iniciativas de promoción de la causa y movilización de recursos para mejorar la prestación de actividades de cooperación técnica.
 - h) **La inversión y el apoyo a los programas nacionales de vacunación son insuficientes**, lo que sigue afectando su sostenibilidad en algunos países. En consecuencia, la Región corre el riesgo de perder la certificación de libre de sarampión, que fue otorgada por el Comité Internacional de Expertos de Documentación y Verificación de la Eliminación del Sarampión, la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita en las Américas en septiembre del 2016. Además, considerando los mensajes conflictivos del movimiento antivacunación, es necesario que se brinde un apoyo constante a los programas de vacunación y se transmita un mensaje claro sobre los beneficios de estos programas.

Experiencias exitosas en los países

Región de las Américas |
La Región es declarada
libre de sarampión



En septiembre del 2016, la Región de las Américas se convirtió en la primera del mundo en eliminar el sarampión, una enfermedad viral que puede causar graves problemas de salud, como pulmonía y edema cerebral, e incluso la muerte. Este logro se alcanza tras 22 años de esfuerzos que incluyeron campañas masivas de vacunación contra el sarampión, las paperas y la rubéola en todo el continente. El sarampión es la quinta enfermedad prevenible mediante vacunación que se elimina en la Región, después de la erradicación de la viruela en 1971, la poliomielitis en 1994, y la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en el 2015.

Antes de que se iniciara la vacunación masiva en 1980, el sarampión causaba casi 2,6 millones de muertes cada año en todo el mundo. Entre 1971 y 1979, más de 100.000 muertes ocurridas en la Región se atribuyeron al sarampión. De acuerdo con un estudio sobre la costo-efectividad de la eliminación de esta enfermedad en América Latina y el Caribe, gracias a la vacunación entre el 2000 y el 2020 se habrán prevenido 3,2 millones casos de sarampión y 16.000 muertes por esta enfermedad en la Región.



Caribe | Nacen más bebés libres de la infección por el VIH y la sífilis

La OMS certificó que seis países y territorios eliminaron la transmisión materno-infantil de la infección por el VIH y la sífilis congénita: Anguilla, Antigua y Barbuda, Bermuda, Islas Caimán, Montserrat y Saint Kitts y Nevis. El total en la Región se eleva a siete si se cuenta que Cuba recibió la certificación en el 2015. Este logro es una prueba de que un factor clave —la integración de la salud materno-infantil en los servicios de salud sexual y reproductiva y de la infección por el VIH— aumentó la aceptación de esta iniciativa. La adopción de un enfoque integrado en los programas de salud materno-infantil sustenta las nuevas estrategias de salud adoptadas por la OPS/OMS en lo que respecta a la infección por el VIH, las hepatitis virales y las infecciones de transmisión sexual.

Guatemala y México | Eliminación de las enfermedades desatendidas que persisten en los grupos vulnerables y las poblaciones indígenas



Guatemala y México lograron un progreso importante en la eliminación de la oncocercosis y el tracoma, respectivamente. La OPS/OMS ha estado comprometida en los esfuerzos por combatir activamente la oncocercosis, una enfermedad que causa ceguera y afecta

principalmente a las poblaciones indígenas de Guatemala. En respuesta a la resolución CD35.R14 del Consejo Directivo de la OPS, en 1993 se creó el programa para la eliminación de la oncocercosis en la Región de las Américas. A mediados del 2016, la OMS certificó que Guatemala había eliminado esta enfermedad, con lo cual se convirtió en el cuarto país del mundo en lograrlo.

En México, el último foco del tracoma estaba ubicado en cinco municipios en el estado de Chiapas cuya población era predominantemente pobre e indígena. En el 2017, México se convirtió en el primer país del continente y el tercero del mundo en el cual la OMS valida la eliminación del tracoma como problema de salud pública. Esto se logró intensificando los esfuerzos para combatir el tracoma por medio de brigadas de campo que aplicaban los cuatro componentes de la estrategia SAFE (sigla en inglés de cirugía, antibióticos, higiene facial y mejoras medioambientales) y abordando los determinantes sociales de la salud. La OPS y otros asociados brindaron apoyo a las autoridades nacionales y subnacionales de salud para que recompilaran las pruebas sobre la eliminación de la enfermedad.

Categoría 2: Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo

38. En el bienio 2016-2017 persistieron los esfuerzos por abordar la carga de las enfermedades no transmisibles, incluidas las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades pulmonares crónicas, la diabetes y los trastornos de salud mental, así como la discapacidad, la violencia y los traumatismos, mediante la promoción de la salud y la reducción de los riesgos, y la prevención, el tratamiento y el seguimiento de las enfermedades no transmisibles (ENT) y sus factores de riesgo.

Principales logros

- a) El porcentaje de menores de 5 años que presentan retraso del crecimiento disminuyó a 6,6% en la Región, con lo cual se superó la meta de una reducción de 7,5% para el 2019.
- b) La prevalencia de las deficiencias visuales en la Región disminuyó a 2,78% en todas las edades y a 10,37% en los mayores de 50 años. Esto se logró en parte gracias a un aumento en la disponibilidad de la cirugía de cataratas en la Región (de 30% en algunos hospitales públicos).
- c) Uruguay ganó una disputa legal entablada por Philip Morris International que objetaba las políticas del país en cuanto al empaquetado y etiquetado de productos del tabaco. El dictamen fue ratificado por el Centro Internacional de Arreglo de Diferencias relativas a Inversiones (CIADI) del Banco Mundial, al alegar que estas políticas no violan los términos de un tratado de inversión. El CIADI consideró los argumentos que la OPS presentó en un alegato escrito (*amicus curiae*).
- d) En febrero del 2017, se aprobó un plan estratégico de seguridad vial en la República Dominicana, y se estableció un organismo central de seguridad vial. Esto representa un progreso significativo en un país que tiene una de las tasas más altas de

- mortalidad por traumatismos debidos al tránsito no solo en la Región sino también en todo el mundo.
- e) Doce países y dos mecanismos subregionales de integración están aplicando o están considerando aplicar sistemas de advertencia sobre nutrientes en el frente de los envases de alimentos, conforme a información científica basada en la evidencia suministrada por la OPS/OMS.
 - f) En alianza con la Escuela de Salud Pública de Harvard, la OPS ha sido pionera en la generación de la evidencia necesaria para que se entienda mejor la repercusión económica de las ENT, el costo de la falta de acción y el rendimiento de la inversión. Esto incluye asociarse con organizaciones para capacitar a los funcionarios de los ministerios de finanzas y salud en las medidas fiscales que afectan el tabaco, el alcohol y las bebidas azucaradas.
 - g) La 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó la *Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022* con el objetivo de acelerar la ejecución del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.
 - h) La integración de la salud mental en la atención primaria de salud se expandió a 34 países y territorios de la Región. Además, las comunidades indígenas de varios países han acordado incluir la salud mental y la prevención del suicidio entre las intervenciones prioritarias.
 - i) El número de países con políticas nacionales sobre el consumo de alcohol aumentó de siete a trece.
 - j) Con la aprobación de la Declaración Ministerial de Mesoamérica sobre Migración y Salud y la puesta en marcha de la Iniciativa Conjunta de Salud de las Personas Migrantes y sus Familias junto con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), los ministros de salud acordaron por primera vez adoptar una hoja de ruta amplia, centrada en la persona y específica al contexto para apoyar intervenciones que se realicen con el fin de promover y proteger la salud de los refugiados y los migrantes.
 - k) Por medio de la iniciativa REGULA, que tiene como objetivo fortalecer la capacidad institucional de las autoridades de salud de los Estados Miembros para regular los factores de riesgo de las ENT, se ha elaborado un registro de leyes sobre factores de riesgo en 19 países latinoamericanos.

Retos

- a) **Es necesario fortalecer los programas de ENT.** Se sigue prestando poca atención a las políticas y reglamentos relacionados con las ENT, y la pugna entre las distintas prioridades nacionales contribuye a mantener esta situación. Persisten las dificultades para incluir los problemas generados por el uso de sustancias en las agendas prioritarias de los ministerios de salud, un paso clave para fortalecer el enfoque de la salud pública en la manera en que se aborda el problema de las drogas en la Región. Si bien el tema de la violencia en general, y la violencia contra las

- mujeres y los niños en particular, figura en una posición prominente en las agendas políticas de los países, no necesariamente se encuentra en las primeras posiciones de las agendas de los ministerios de salud. Asimismo, los servicios de oftalmología, audiolgía y rehabilitación tampoco son prioritarios, y en muchos países no están bien integrados o bien financiados, a pesar de que se ha demostrado que existe una necesidad cada vez mayor de esos servicios. La disponibilidad de estos servicios a menudo es limitada, se encuentra fragmentada en diferentes sectores y depende en gran medida del trabajo de organizaciones no gubernamentales (ONG) y organizaciones religiosas.
- b) **La colaboración multisectorial es limitada** para abordar las ENT y los factores de riesgo, que requieren esfuerzos y compromiso político sostenidos más allá del sector de la salud. La violencia, la seguridad vial y la seguridad humana también requieren la colaboración y el compromiso de múltiples sectores para lograr los resultados previstos.
 - c) **En general, los países tienen sistemas de información débiles** en cuanto a las necesidades de salud mental, los indicadores relativos al alcohol y el consumo de sustancias psicoactivas. Existen importantes brechas de datos con respecto a los problemas de salud de los migrantes, los traumatismos debidos al tránsito y los factores preventivos y de riesgo conexos, así como la violencia. Las limitaciones en cuanto a los datos sobre la necesidad y la disponibilidad de los servicios de rehabilitación representan un reto; además, el mapeo de estos servicios en toda la Región es muy deficiente, lo que dificulta la planificación estratégica.
 - d) **Los problemas en la aplicación de los compromisos socava el desempeño en diferentes esferas.** A pesar de que funcionarios de los gobiernos y representantes de los asociados participan en la elaboración de los planes de salud mental, la ejecución de estos planes sigue siendo baja. En la mayoría de los casos, las políticas y los planes no se traducen en acción, muchas veces debido a limitaciones en el compromiso o en el conocimiento especializado. A nivel nacional y local, la capacidad de planificación en el ámbito de la salud para incorporar el enfoque de la seguridad humana es limitada, al igual que la elaboración de programas para fortalecer la resiliencia en el sector de la salud. La aplicación de la ley con respecto a la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol, las normas relativas al exceso de velocidad y el uso de cascos, cinturones de seguridad y dispositivos de restricción para niños es débil en toda la Región, particularmente en el Caribe. El sector de la salud requiere más esfuerzos para promover la legislación relativa a la seguridad vial y su cumplimiento.
 - e) **La naturaleza crónica y multifactorial de las ENT restringe el financiamiento** por parte de donantes externos, y los gobiernos aún no logran comprometer suficientes fondos nacionales para apoyar la ejecución de políticas y programas relativos a las ENT.
 - f) **La discapacidad, la rehabilitación, la rehabilitación en la comunidad y la inclusión social siguen considerándose parte de un único tema,** y a menudo se entienden o interpretan de manera equivocada. Es necesario dar un mayor énfasis

al funcionamiento físico de las personas, lo que además permitiría establecer un vínculo más estrecho entre la labor que se hace en este ámbito y el sector de la salud.

- g) **Reducir el consumo de sal es un objetivo muy difícil de lograr.** Las medidas destinadas a reducir el contenido de sal no son populares, y el seguimiento del consumo de sal es un proceso complejo y costoso, pues requiere la recolección de muestras de orina de 24 horas. En consecuencia, resulta difícil establecer líneas de base o medir el progreso de las medidas adoptadas.
- h) **La reformulación de los productos alimenticios constituye un problema extremadamente complejo en el Caribe,** especialmente en las islas más pequeñas que tienen pequeñas industrias manufactureras locales.

Experiencias exitosas en los países



Uruguay | Renovación del compromiso de alto nivel con las medidas para controlar las ENT

La Reunión de Alto Nivel sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, organizada en el 2011 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, constituyó un hito en la agenda de las ENT y reflejó el compromiso político mundial de abordar las enfermedades crónicas. Sin embargo, en el 2015 la OMS examinó el progreso alcanzado e indicó que si se mantenían las tendencias de la mortalidad prematura debida a las principales ENT, no se lograría la meta de reducir en un tercio la mortalidad prematura por ENT para el 2030 (meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible).

Con el fin de revitalizar el compromiso político con respecto a las ENT, la OMS, en colaboración con el gobierno de Uruguay, convocó una Conferencia Mundial sobre Enfermedades No Transmisibles en octubre del 2017, auspiciada por el Presidente de Uruguay, Dr. Tabaré Vázquez. El objetivo de la conferencia era subrayar la vinculación clave que existe entre la reducción de las muertes prematuras por ENT, la promoción de la salud mental y el bienestar, y la mejora de la coherencia de las políticas en las áreas que afectan la gobernanza, la prevención, el tratamiento y la vigilancia de las ENT. La conferencia contó con la presencia de cuatro jefes de Estado (Argentina, Chile, Paraguay y Zimbabwe), la

princesa de Marruecos y representantes de los ministerios de salud de la Región. Hubo aproximadamente 400 participantes de alrededor de 90 países.

Un resultado clave de la conferencia fue la elaboración de la hoja de ruta de Montevideo para el período 2018-2030 sobre las enfermedades no transmisibles como prioridad para el desarrollo sostenible, que obtuvo el apoyo de todos los participantes. Aunque aún es demasiado pronto para sacar conclusiones sobre la repercusión de la conferencia con respecto a un mayor compromiso de los países y el progreso hacia el logro de la meta 3.4, esta colaboración subraya la importancia de que la OMS dé una respuesta coordinada, acorde con la visión de “Una OMS”, y pone de relieve el liderazgo de la Región en cuanto a las ENT y sus factores de riesgo en la antesala de la tercera reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre las ENT, que tendrá lugar en el 2018.



Chile | Sensibilizar a los consumidores acerca de qué productos son más saludables

Chile tiene el consumo per cápita de bebidas gaseosas más alto del mundo, y ocupa el segundo lugar en cuanto a ventas per cápita de productos ultraprocesados en la Región de las Américas. Con el fin de reducir la oferta y la demanda de productos poco saludables, y siguiendo las recomendaciones de la OPS/OMS, los poderes ejecutivo y legislativo elaboraron un nuevo marco normativo sobre etiquetado y comercialización de alimentos. Esta iniciativa se vio beneficiada por el enfoque que busca fomentar la participación de todo el gobierno y el apoyo de la comunidad académica, la sociedad civil y los organismos internacionales. La ley 20606 fue aprobada por el poder legislativo en el 2012, y su aplicación comenzó en junio del 2016.

La ley regula el entorno alimentario por medio de las etiquetas en el frente del empaquetado de los productos, que deben informar a los consumidores cuando los productos tienen alto contenido de azúcar, grasas saturadas, sodio o calorías. Restringe la promoción de estos productos dirigida a los niños así como su venta en las escuelas. Estas políticas regulatorias

se han adoptado junto con una serie de medidas para promover la educación nutricional y la actividad física.

Una evaluación inicial indica que los chilenos han acogido con beneplácito la implementación de la ley y han cambiado sus patrones de compra para optar por alternativas más saludables. Otra consecuencia positiva de estas normas ha sido la reducción del contenido de sodio, azúcar, grasas saturadas o calorías en muchos productos.

Entre los factores clave que contribuyeron con el éxito en la adopción de la ley de etiquetado frontal de los productos alimenticios en Chile se encuentra el firme compromiso de las autoridades en abordar con urgencia el problema del sobrepeso y la obesidad en la población. Las políticas se elaboraron sobre la base de pruebas sólidas que indican que medidas normativas de este tipo constituyen un medio costo-efectivo de mejorar la alimentación y prevenir la obesidad, y se establecieron mediante un enfoque social, político y de derechos humanos. Las políticas se formularon y se pusieron en marcha con la participación activa de la sociedad civil a lo largo de todo el ciclo de las políticas, desde su formulación hasta el establecimiento de mecanismos de seguimiento y rendición de cuentas, con lo cual se logró que la aceptaran todos los sectores de la población.

República Dominicana | Avances en el sistema de atención de la salud mental



En el bienio 2016-2017, la República Dominicana reformó los servicios de salud mental para incluirlos dentro de la estructura del modelo nacional de atención de salud. Con la cooperación técnica de la OPS/OMS, el Ministerio de Salud logró transformar el hospital psiquiátrico del país en un centro de rehabilitación psicosocial. Esta reestructuración tenía como objetivo mejorar la calidad de la atención, el acceso oportuno a la atención y la rehabilitación comunitaria de pacientes con trastornos de salud mental. Se centró en los derechos humanos y la

humanización de la atención, así como en la integración de la salud mental en el sistema de salud, fortaleciendo así el bienestar de las familias y las comunidades.

En el marco de esta reforma de la salud, se tomaron otras medidas, como la elaboración del plan nacional de salud mental 2017-2020; el fortalecimiento de la capacidad para los prestadores de salud en el primer nivel de atención, sobre la base de la estrategia de mhGAP; la incorporación de los trastornos de salud mental en el sistema nacional de vigilancia epidemiológica; y la definición de una red de servicios comunitarios de salud mental. Para permitir esta transformación se incrementó el presupuesto asignado a la salud mental. En conjunto, estas medidas garantizarán la sostenibilidad de los cambios en las políticas.

Gracias a estas reformas, se está prestando a los pacientes una atención integral de la salud mental en unidades de atención primaria. Se establecieron unidades de intervención en casos de crisis en los hospitales nacionales para dar un tratamiento adecuado y continuo a las personas con trastornos mentales aplicando el enfoque del curso de la vida. Esto incluyó la integración con las unidades pediátricas y el acceso oportuno a los medicamentos psiquiátricos.

Cientos de personas con trastornos mentales, incluidos los pacientes que residían en el antiguo hospital psiquiátrico y sus cuidadores, han recibido orientación y atención médica apropiada, lo que ha dado un impulso a su desarrollo personal y ha mejorado su calidad de vida al regresar a sus comunidades para disfrutar de un modo de vida productivo y saludable.

Categoría 3: Determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida

39. La organización aceleró los esfuerzos para promover la buena salud en las etapas clave de la vida, considerando la necesidad de abordar los determinantes sociales de la salud (condiciones sociales en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen) y la aplicación de los enfoques basados en la igualdad de género, la etnicidad, la equidad y los derechos humanos.

Logros clave

- a) Gracias a la aplicación de la iniciativa “Cero muertes maternas por hemorragia”, en cuatro países se evitaron muertes maternas en los hospitales que participaron en las intervenciones de esta iniciativa.
- b) La iniciativa de la OMS “Ciudades y comunidades adaptadas a las personas mayores” ha sido adoptada por 66 ciudades de Canadá, 171 ciudades de los Estados Unidos y al menos una ciudad o comunidad en Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, México y Uruguay. Además, 12 países han establecido mecanismos para fomentar la participación de las comunidades y la sociedad civil en el proceso de elaboración de políticas en todos los sectores, utilizando el enfoque de municipios, ciudades y comunidades saludables.

- c) Quince países están cumpliendo su compromiso de revisar y abordar las inequidades y desigualdades en materia de salud como parte de la labor de la Comisión sobre Equidad y Desigualdades en Salud en la Región de las Américas.
- d) Catorce países han elaborado o actualizado sus políticas y estrategias sobre la salud de los adolescentes.
- e) Diecisiete países han revisado y adaptado sus planes nacionales sobre el envejecimiento basándose en la estrategia y plan de acción mundiales de la OMS sobre el envejecimiento y la salud.
- f) La 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana adoptó la *Política sobre etnicidad y salud* en el 2017, lo que representó un paso importante hacia el establecimiento de un compromiso en toda la OMS en cuanto a las inequidades en la salud por razones étnicas.
- g) En consonancia con la *Estrategia y plan de acción sobre el cambio climático*, de la OPS, y conforme a la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (CMNUCC), 27 países completaron sus evaluaciones de vulnerabilidad y adaptación al cambio climático y la salud, y cinco publicaron su perfil de país con respecto al cambio climático según lo previsto en la CMNUCC.

Retos

- a) **Es necesario avanzar con mayor rapidez hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).**
- b) **Deben reducirse las brechas en los datos y los sistemas de información.** La cobertura y la calidad de los datos sobre la salud a lo largo de todo el curso de la vida sigue siendo un desafío en la Región. Para reducir las inequidades, es necesario fortalecer los sistemas de vigilancia y hacer un seguimiento de las inequidades en la salud por medio del uso de datos desglosados y análisis epidemiológicos, que no están disponibles en la mayor parte de los países.
- c) **Aún no se han generalizado los enfoques holísticos.** Los enfoques que los diferentes Estados Miembros adoptan en cuanto al género, la equidad, los derechos humanos y la etnicidad a veces son confusos e inciertos. Es importante seguir trabajando para abordar de manera cohesiva y holística estos cuatro temas transversales, que son fundamentales para los determinantes de la salud.
- d) **El envejecimiento y la etnicidad siguen siendo poco prioritarios.** A pesar de la evidencia cada vez mayor de que los cambios demográficos están cambiando las pautas de morbilidad, en algunos países aún no han definido el envejecimiento como un problema prioritario de salud. No hay puntos focales de envejecimiento; en algunos casos en que sí existen, están fuera de los ministerios de salud. También varía de un país a otro el compromiso de abordar las inequidades étnicas en la salud; debe prestarse más atención a la consolidación de un enfoque coherente de salud intercultural en las políticas y los planes de los Estados miembros.

- e) **La asignación de recursos y el desarrollo institucional siguen siendo insuficientes.** La igualdad de género en el sector de la salud sigue enfrentando un déficit institucional relacionado con el presupuesto y la dotación de personal, lo que obstaculiza los esfuerzos que realizan algunos países para abordar esta cuestión emergente. De manera análoga, los determinantes ambientales no siempre se incorporan a las actividades básicas de salud pública, y los proyectos de salud ambiental a nivel local suelen estar fragmentados. Los ministerios de salud solo dan respuestas limitadas con respecto a la designación del personal y el financiamiento de actividades específicas sobre el cambio climático.
- f) **La colaboración con los interesados directos fuera del sector de la salud es limitada.** Trabajar con organismos gubernamentales que no pertenecen al sector de la salud pero toman decisiones importantes sobre el derecho a la salud y los derechos humanos conexos sigue siendo un desafío. Con unas pocas excepciones, el sector de la salud no ha participado plenamente en la agenda sobre el cambio climático. En cuanto a la aplicación de estrategias y programas nacionales para reducir el uso de combustibles sólidos para cocinar, la necesidad de difundir información en un ámbito en el que el sector de la salud tradicionalmente no ha participado a veces desacelera el progreso.

Experiencias exitosas en los países

Trinidad y Tabago |
Prevenición de la
hemorragia posparto
mediante técnicas de
bajo costo que salvan
vidas



En Trinidad y Tabago, 99% de los nacimientos tienen lugar en establecimientos de salud, públicos y privados, y son atendidos por profesionales de la salud capacitados. Sin embargo, hasta hace poco, aún ocurrían muertes maternas en los hospitales, por lo general en las 48 horas siguientes al parto, principalmente debido a hemorragias postparto. En el bienio 2016-2017, la OPS colaboró con el Ministerio de Salud y con las direcciones regionales de salud de este país en varias iniciativas para mejorar la salud maternoinfantil. Entre las medidas concretas que se pusieron en práctica se encontraron una misión de evaluación y la aplicación del plan de acción resultante de esa evaluación. Se capacitó a 45 profesionales de la salud en el tratamiento médico de la hemorragia postparto, y los hospitales locales adoptaron tecnologías de bajo costo para realizar intervenciones relacionadas con las hemorragias postparto con el fin de evitar muertes maternas por esta causa.

Utilizando herramientas de la OPS/OMS, las direcciones regionales de salud evaluaron el desempeño del sistema de salud para mejorar la salud de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente y las condiciones clave de los servicios obstétricos hospitalarios. Al mismo tiempo, se introdujo el sistema de información perinatal en todas las direcciones regionales de salud para que los médicos puedan tener datos fácilmente accesibles para realizar auditorías, y se dictaron programas de capacitación sobre la vigilancia de las muertes maternas y la respuesta a este problema de salud. La aplicación de este enfoque amplio e integrado ha permitido evitar muertes maternas en Trinidad y Tabago.



Nicaragua | Casas Maternas: por una maternidad segura y un inicio saludable de la vida para los recién nacidos

En Nicaragua, a pesar de los avances y las numerosas intervenciones que lleva a cabo el gobierno, la población rural se enfrenta a la pobreza y tiene duras condiciones de vida. La OPS/OMS, con el Ministerio de Salud, los gobiernos locales, las parteras y las comunidades, está brindando apoyo a la estrategia Casas Maternas, que se ha puesto en práctica en todo el país con el fin de reducir la mortalidad materna y perinatal.

Por medio de esta estrategia, se prestan servicios clínicos de vital importancia en las áreas de salud reproductiva y salud de la madre, el recién nacido y el niño. Una Casa Materna es un establecimiento que da albergue a mujeres embarazadas para atenderlas y hacerles seguimiento durante las últimas semanas de embarazo y transferirlas a una institución de salud para que un profesional de salud capacitado las atienda en el parto. Después del parto, la mujer y el recién nacido son transferidos de nuevo a la Casa Materna para la atención postparto, que normalmente se presta por un período de siete días. Además, los equipos de

salud familiar y comunitaria les hacen un seguimiento cuando ya están en sus casas para que haya continuidad en la atención maternoinfantil.

La iniciativa Casas Maternas contribuye a mejorar la salud sexual y reproductiva, la atención médica en el puerperio inmediato y la atención neonatal en un ambiente culturalmente apropiado. Se pone el acento en los recién nacidos con peso bajo al nacer, lo que incluye la promoción de la estrategia Familia Canguro. La puesta en marcha de esta iniciativa ha requerido coordinación con el Ministerio de Salud, el Sistema Local de Atención Integral en Salud (SILAIS), los gobiernos municipales, la asociación de parteras y las brigadas médicas. Las Casas Maternas también brindan apoyo a la educación comunitaria y las redes de grupos de apoyo a mujeres.

En los últimos tres años, no se ha registrado ninguna muerte materna entre las mujeres que han participado en esta iniciativa. Además, las Casas Maternas han fortalecido y empoderado a las comunidades participantes.



Cuba | Por la igualdad de género a una edad temprana

La identidad de género, que es uno de los determinantes sociales de la salud, comienza a formarse a una edad temprana. Teniendo esto en cuenta, la Escuela Nacional de Salud Pública y la Facultad de Comunicación de la Universidad de La Habana colaboraron con la OPS/OMS para diseñar una propuesta educativa a fin de desarrollar capacidades relacionadas con el género en profesores y familias. El objetivo es avanzar hacia la igualdad de género, que es el Objetivo de Desarrollo Sostenible 5.

Con este fin, se emprendió la creación y aplicación de diversos productos e intervenciones, como parte de un proyecto dirigido a niñas y niños de 7 a 12 años. Se elaboraron diversos materiales sobre el género, entre ellos un manual para niñas y niños, una manual de buenas prácticas, una biblioteca virtual para maestros, carteles informativos para las aulas de clases, un libro de pasatiempos y productos multimedios para niñas y niños. Asimismo, se diseñó e impartió un curso sobre género y educación popular para docentes.

Los resultados indican que el proyecto ha sido exitoso. Los niños y niñas que han participado en el proyecto pudieron aplicar en su vida cotidiana y en la escuela los conocimientos que adquirieron con esta iniciativa, lo que los ayuda a ver la vida de una manera diferente.

Categoría 4: Sistemas de salud

40. Durante el bienio, continuó la labor para fortalecer los sistemas de salud basados en la atención primaria, mejorar la gobernanza y el financiamiento a fin de alcanzar gradualmente el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, organizar la prestación de servicios integrados centrados en la persona, promover el acceso y el uso racional de las tecnologías sanitarias, fortalecer los sistemas de información e investigación sobre la salud y la integración de la evidencia en las políticas y la atención de salud, facilitar la transferencia de conocimientos y tecnologías, y desarrollar recursos humanos para la salud.

Logros

- a) Se amplió el acceso y la calidad de la atención en 16 países por medio de diferentes estrategias focalizadas, entre ellas la reforma del modelo de atención para mejorar el acceso con un enfoque de atención primaria de salud. En Brasil, 60 millones de personas están beneficiándose del programa Mais Médicos, con 40 millones de personas atendidas por médicos cubanos en el marco de la cooperación técnica de la OPS.
- b) A fines del 2017, 26 países habían elaborado políticas, estrategias o planes de salud nacionales integrales en el contexto de la estrategia de acceso universal a la salud y cobertura universal de salud; 17 estaban estableciendo marcos financieros para la salud universal y 13 estaban estableciendo el marco de seguimiento para la salud universal.
- c) El Fondo Estratégico de la OPS aumentó sus niveles de compras a US\$ 178 millones; 23 de los 30 países signatarios usaron el Fondo.
- d) Los Estados Miembros siguieron fortaleciendo sus sistemas de información para la salud: 21 países ampliaron la cobertura del registro de nacimientos y 16 países alcanzaron sus objetivos respecto de los certificados de defunción; además, se observaron mejoras importantes en la calidad de las estadísticas vitales.
- e) En el 2017 se adoptó una estrategia regional de recursos humanos para la salud. Siete países del Caribe oriental elaboraron políticas de recursos humanos para la salud, y 12 países de América Latina actualizaron sus políticas.
- f) En colaboración con todos los Estados Miembros, se elaboró la edición del 2017 de *Salud en las Américas*, publicación emblemática de la OPS que reseña el progreso basado en la evidencia y los retos para la salud de los últimos cinco años.

Retos

- a) **Los niveles de financiamiento** necesarios para fortalecer los sistemas de salud y alcanzar las metas establecidas para ellos a menudo **son insuficientes**. La OPS/OMS sigue proporcionando orientación para promover la comprensión de los

- retos para las políticas de financiamiento de la salud, así como un diálogo fundamentado y constructivo sobre estos temas.
- b) Se está trabajando en la Región para llevar a cabo iniciativas de transformación y fortalecimiento de los sistemas de salud a fin de avanzar hacia la cobertura universal de salud y el acceso universal a la salud. No obstante, muchas de las opciones de política y muchos de los cambios legislativos que se están considerando pueden dar lugar a una mayor **segmentación y fragmentación de los sistemas de salud**. Además, la poca participación de la sociedad civil en el diálogo a nivel nacional socava el enfoque amplio de la sociedad necesario para los procesos de transformación de la salud.
 - c) **La transparencia y la rendición de cuentas en la asignación de medicamentos y tecnologías sanitarias requiere una mayor regulación**. Se necesita información imparcial, sin conflictos de intereses, para la selección acertada, la incorporación, la prescripción y el uso de medicamentos y tecnologías sanitarias.
 - d) Se necesitan considerables esfuerzos y recursos para desarrollar e implementar tecnologías y herramientas a fin de **reducir la brecha digital y aumentar el acceso a la información en las zonas remotas**.
 - e) Aunque la Región ha hecho algunos avances en el ámbito de los recursos humanos para la salud, persisten las **inequidades en la disponibilidad, la distribución y la calidad del personal de salud**. Hay disparidades entre los países y dentro de ellos, entre diferentes niveles de atención y entre los sectores público y privado. Eso obstaculiza la ampliación progresiva de los servicios, en particular a nivel de la atención primaria.

Experiencias exitosas en los países

Brasil | El programa Mais Médicos amplía los servicios de salud en el camino a la salud universal



La gran extensión territorial y superficie selvática de Brasil plantean un reto para lograr la cobertura universal de salud y el acceso universal a la salud. Debido a problemas de contratación y retención, en ciertas zonas y poblaciones, principalmente pobres e indígenas, hay una carencia crítica de médicos.

En el 2013, el gobierno creó el programa Mais Médicos para ayudar a aliviar la escasez de médicos en las comunidades desatendidas. Sobre la base de la colaboración entre Brasil y

Cuba, y con el apoyo de la OPS/OMS, el programa Mais Médicos trajo alrededor de 19.000 médicos y los incorporó en el Programa de Salud Familiar de 27 estados del país. Alrededor de 700 municipios recibieron un médico por primera vez, lo que ha beneficiado a más de 60 millones de personas. El programa ha ayudado a extender la atención primaria de salud a poblaciones remotas y subatendidas.



Nicaragua | Ampliar el acceso a productos de calidad mediante transferencias de tecnología

Los países en desarrollo enfrentan el reto de asegurar el acceso sostenible a vacunas de buena calidad, seguras y eficaces debido a la falta de producción local o regional, lo cual lleva a una dependencia total de los mercados mundiales que no siempre garantizan la disponibilidad oportuna de estos productos. Una forma de abordar este problema es promoviendo y apoyando la fabricación local de vacunas, sumada a la transferencia de tecnología.

Siguiendo este enfoque, se celebró un convenio de cooperación bilateral entre los gobiernos de Nicaragua y la Federación de Rusia en relación con la construcción de una fábrica de vacunas antigripales en Nicaragua, con capacidad para satisfacer las necesidades del país y de otros países de la Región. La OPS/OMS ha proporcionado apoyo técnico para este proyecto de transferencia de tecnología. La construcción de la fábrica está en las etapas finales, cerca de la validación y certificación, y se planifica comenzar la producción a principios del 2018.

Junto con el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), el Ministerio de Salud, el Instituto de Investigaciones sobre Vacunas y Sueros de San Petersburgo y el nuevo Instituto Mechnikov, la OPS/OMS ha promovido y apoyado la participación de otros interesados, como la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-Managua, UNAN-León), así como la colaboración de países que tienen experiencia con el desarrollo de vacunas, como Cuba, Venezuela y Chile, usando la modalidad de cooperación entre países para el desarrollo de la salud.

El proceso de transferencia de tecnología para la producción de vacunas antigripales en Nicaragua ofrece una oportunidad para aumentar el acceso a estas vacunas en el país y en la Región, fortaleciendo al mismo tiempo la autoridad reguladora nacional. También ha fomentado la demanda de una nueva fuerza laboral calificada en Nicaragua y de infraestructura de investigación y desarrollo.



Ecuador y Perú | Colaboración binacional para mejorar la salud de grupos en condiciones de vulnerabilidad

En una de las cinco zonas fronterizas entre Ecuador y Perú, se llevó a cabo el proyecto binacional entre Ecuador y Perú titulado “Mejora de la salud de grupos de población en situaciones de vulnerabilidad”. Las personas que viven en la zona tienen mayores probabilidades de vivir en condiciones de vulnerabilidad y, en consecuencia, sus resultados en materia de salud no son tan buenos como cabría esperarse. Eso se manifiesta en una mayor prevalencia de enfermedades infecciosas, mortalidad materna y neonatal, embarazo en la adolescencia, violencia de género y desnutrición en la primera infancia. Además, los obstáculos geográficos y culturales, así como otros determinantes sociales, limitan el acceso de estos grupos a una atención de salud integral y de buena calidad.

En el 2017 se ejecutaron intervenciones con un enfoque intercultural para reducir los obstáculos culturales al acceso a los servicios. Estas intervenciones, que se centraron en componentes de los sistemas y servicios de salud, incluyeron mejoras graduales en el tratamiento de los pacientes en los centros de salud para emergencias obstétricas y neonatales, intervenciones nutricionales, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en la atención de salud prenatal. El uso del “diálogo entre saberes” fortaleció la participación de las poblaciones indígenas en el manejo de su salud y generó consenso sobre las estrategias de intervención. Las intervenciones también vincularon los sistemas de salud tradicionales y convencionales, promoviendo y fortaleciendo un reconocimiento cultural mutuo y creando la sinergia necesaria para abordar problemas de salud prioritarios.

Categoría 5: Preparación, vigilancia y respuesta

41. La Región siguió reduciendo la mortalidad, la morbilidad y la perturbación de la sociedad resultante de las epidemias, los desastres, los conflictos y las emergencias ambientales y relacionadas con la alimentación al centrarse en la reducción de riesgos, los preparativos, la respuesta y las actividades de recuperación que aumentan la resiliencia y aplican un enfoque multisectorial para contribuir a la seguridad en el ámbito de la salud.

Logros clave

- a) Se respondió de manera oportuna y apropiada a todas las emergencias con posibles efectos para la salud en 33 países y varios territorios dentro de las 72 horas siguientes al inicio del evento.
- b) En Haití, la tasa general de letalidad institucional por el cólera se mantuvo debajo del 1%.
- c) Los equipos médicos de emergencia de dos países, Costa Rica y Ecuador, fueron verificados mediante el proceso de clasificación mundial de la OMS y se agregaron a la nómina mundial de equipos clasificados por la OMS. Se consolidó el Grupo Regional de Equipos Médicos de Emergencia de las Américas.
- d) Doce Estados Partes del Caribe se hicieron miembros del Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA), en gran parte gracias a la colaboración estrecha y continua de la OPS/OMS con este organismo.
- e) La Organización mantuvo una cobertura las 24 horas, los siete días de la semana, de las comunicaciones urgentes de los Estados Miembros y las representaciones de la OPS/OMS y emitió alertas sobre amenazas para la salud pública.
- f) Todos los países forman parte de por lo menos una red regional de laboratorios establecida formalmente y con capacidad para responder a agentes patógenos virales emergentes y reemergentes en la Región.
- g) Catorce países y territorios han elaborado planes nacionales de acción para combatir la resistencia a los antimicrobianos.
- h) Se continuó con la implementación de la iniciativa de hospitales inteligentes. Se están modernizando tres establecimientos de salud para mejorar su resiliencia frente a los desastres y reducir su impacto en el medioambiente: el Hospital Princesa Alice en Granada, el Centro de Salud La Plaine en Dominica y el Hospital Chateaubelair en San Vicente.
- i) Para combatir la fiebre aftosa, se creó un banco regional de antígenos y vacunas (BANVACO).
- j) Se estableció el nuevo Programa de Emergencias de Salud de la OPS, de conformidad con el documento A69/30 de la Asamblea Mundial de la Salud.

Retos

- a) **El apoyo político a las prioridades sigue a la zaga y la colaboración ha sido difícil a veces.** La presencia de las ONG y los donantes en el control del cólera en Haití es cada vez más escasa. La situación política en algunos Estados Miembros, en particular la “verticalización” de la respuesta a los brotes de enfermedades y su control, ha afectado la colaboración de la Oficina a nivel de país. Con respecto a la inocuidad de los alimentos, ningún país de la Región la ha establecido como prioridad de salud pública, y eso afecta directamente las actividades de cooperación técnica.
- b) **Persisten las demoras en la difusión de información.** Se han registrado cuellos de botella en los procesos adoptados a nivel de país para revisar la información elaborada con el fin de difundirla en los Estados Miembros mediante los canales establecidos por el Reglamento Sanitario Internacional (RSI). Los textos preparados para su difusión a menudo se envían a funcionarios de alto nivel en los Estados Miembros para su revisión y aprobación, lo cual puede afectar considerablemente en el tiempo que se tarda en publicarlos.
- c) **Los desastres y las emergencias afectaron negativamente la capacidad de la Organización para realizar algunas de las actividades planificadas durante el bienio 2016-2017.** Una serie de emergencias y crisis en toda la Región durante el bienio consumió tiempo y recursos, en particular los brotes de fiebre amarilla y de infección por el virus del Zika y sus complicaciones, el terremoto en Ecuador, el huracán Matthew en Haití, y los huracanes María e Irma en varios territorios del Caribe. Eso creó presiones en la capacidad logística y de recursos humanos para responder a consecuencias en múltiples países, como ocurrió cuando varios huracanes sucesivos azotaron el Caribe en septiembre del 2017. Es necesario buscar otros medios para entregar productos y transportar personal esencial de salud. Las transacciones financieras con algunos proveedores se han visto afectadas por la perturbación de los sistemas financieros y bancarios nacionales en los países afectados (a veces se exige el pago al contado).
- d) **La debilidad de los sistemas de información sigue siendo un problema.** Las brechas en los sistemas de información y la metodología en algunos países dificultaron el cumplimiento de los procedimientos establecidos para la solicitud, el envío y la coordinación de equipos médicos de emergencia a fin de asegurar la continuidad de la atención médica clínica en situaciones de emergencia y desastres. Se necesitan mecanismos de gestión de datos más eficientes para integrar la información sobre temas de salud humana y sanidad animal entre los ministerios para la vigilancia, el control y la prevención eficiente de las enfermedades zoonóticas, las enfermedades transmitidas por los alimentos y la resistencia a los antimicrobianos. En la mayoría de los países, la salud humana y la sanidad animal están a cargo de ministerios diferentes; en consecuencia, hay brechas en la recopilación y el análisis de datos, así como en la evaluación de los análisis de riesgos.

- e) **Persisten las dificultades en la determinación del impacto de las intervenciones en la resistencia a los antimicrobianos.** La resistencia a los antimicrobianos es un problema complejo que abarca muchos sectores (por ejemplo, salud, agricultura y ganadería, y medioambiente). Es difícil demostrar el impacto en la salud pública del programa de resistencia a los antimicrobianos debido a las dificultades para establecer y medir indicadores a nivel de impacto, como una disminución de la mortalidad atribuible a la resistencia a los antimicrobianos.
- f) **Las brechas en la coordinación de los laboratorios en relación con los preparativos para la gripe** obstaculizaron la ejecución de las actividades planificadas de formación de capacidad.
- g) **El Botiquín Médico Interinstitucional de Emergencia carece de medicamentos y suministros** para el tratamiento de enfermedades crónicas en situaciones de emergencia.

Experiencias exitosas en los países



Costa Rica y Ecuador | Equipos médicos de emergencia certificados por la OMS

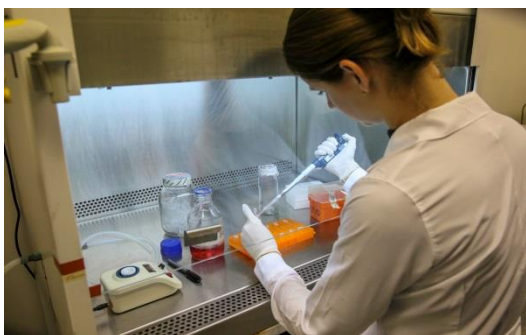
En una emergencia, asegurar el despliegue oportuno de equipos médicos internacionales que proporcionen atención clínica de buena calidad es esencial para salvar vidas, prevenir discapacidades y proteger la salud de las poblaciones afectadas. Los equipos médicos de emergencia están integrados por profesionales de la salud (médicos, enfermeras, fisioterapeutas, auxiliares médicos y otros) que proporcionan atención clínica directamente a las poblaciones afectadas por las emergencias y desastres de aparición súbita, junto con apoyo a los sistemas locales de salud. Los equipos trabajan conforme a directrices mundiales que establecen criterios para la clasificación y normas mínimas. La finalidad es tener una lista mundial de equipos médicos que cumplan las normas mínimas establecidas por la OMS y que puedan desplegarse con la mayor rapidez posible en situaciones de emergencia.

Desde el 2015, la OPS ha trabajado con países del continente con el propósito de fortalecer los mecanismos para solicitar y enviar apoyo de equipos médicos de emergencia, así como herramientas flexibles para formar y registrar los equipos, de conformidad con el *Plan de*

acción para coordinar la asistencia humanitaria, aprobado por el Consejo Directivo de la OPS en el 2014.

En febrero del 2017, el equipo médico de emergencia de tipo 1 de la Caja Costarricense de Seguro Social se convirtió en el primer equipo de la Región de las Américas en recibir esa clasificación de la OMS. Este equipo puede proporcionar atención ambulatoria por lo menos a 100 personas por día, además de estabilizar a los pacientes que deben ser trasladados a servicios de nivel superior. En septiembre del 2017, Ecuador recibió la certificación de la OMS para dos equipos médicos de emergencia de tipo 2 y una célula quirúrgica especializada. Estos equipos, además de desempeñar las funciones de los equipos médicos de emergencia de tipo 1, tienen una capacidad de hospitalización de por lo menos 20 camas y pueden proporcionar atención de urgencia las 24 horas, realizar intervenciones quirúrgicas generales y de urgencia, incluidas intervenciones quirúrgicas obstétricas, y tratar fracturas y traumatismos.

Ecuador se convirtió en el primer país de la Región en utilizar una Célula de Información y Coordinación Médica (CICOM) para la coordinación y el despliegue de equipos médicos de emergencia cuando 21 equipos nacionales y cinco internacionales respondieron al terremoto que sacudió al país en abril del 2016. Gracias a la capacitación sobre equipos médicos de emergencia ofrecida por la OPS en Ecuador, que casualmente tuvo lugar apenas unos días antes del terremoto, el país pudo responder al desastre siguiendo las directrices y normas para los equipos médicos de emergencia.



Región de las Américas |
Mejorar la capacidad de
diagnóstico de laboratorio
para detectar enfermedades
arvobirales, incluida la
infección por el virus del Zika

La infección por el virus del Zika es una enfermedad emergente, transmitida por la picadura de un mosquito infectado (principalmente *Aedes aegypti*, que también transmite el chikunguña, el dengue y la fiebre amarilla). La circulación autóctona del virus del Zika (ZIKV) en la Región de las Américas se confirmó por primera vez en febrero del 2014 en la Isla de Pascua (Chile). Para fines de diciembre del 2016, 48 países y territorios de la Región habían confirmado la transmisión autóctona por vector del ZIKV. Además, cinco países notificaron la transmisión sin vector del ZIKV, probablemente por medio del contacto sexual (Argentina, Canadá, Chile, Estados Unidos y Perú).

La OPS colaboró estrechamente con los países con la finalidad de formar su capacidad para responder al virus del Zika. Entre otras intervenciones, la OPS proporcionó apoyo y asesoramiento sobre la detección del virus y el diagnóstico diferencial respecto de otras

enfermedades arbovirales, capacitó a profesionales de 22 países sobre el diagnóstico de laboratorio de la infección por el ZIKV, y compró reactivos críticos y suministros para los laboratorios de referencia de 23 países.

Como resultado de esta cooperación técnica, el número de casos confirmados de infección por el ZIKV se incrementó en forma sostenida en los países que recibieron apoyo, lo cual demuestra el aumento de la capacidad de diagnóstico en el país para la detección oportuna de arbovirus, entre ellos el ZIKV. Esta mayor capacidad facilitará la acción regional de vigilancia, prevención y control integrados de las enfermedades arbovirales de importancia para la salud pública en la Región de las Américas.

Brasil | Análisis oportuno de la situación, evaluación de riesgos y seguimiento de la respuesta para controlar el brote de fiebre amarilla



El brote de fiebre amarilla que tuvo lugar en el bienio 2016-2017 fue el mayor notificado en Brasil en decenios, con 777 casos en seres humanos confirmados en laboratorio, 261 muertes y 1.659 epizootias en primates no humanos. El último caso de ese brote confirmado por laboratorio se notificó el 15 de junio del 2017. La mayoría de los casos y epizootias se notificaron en el sudeste del país.

La OPS/OMS desplegó epidemiólogos y gerentes de datos en los estados brasileños afectados para apoyar a las autoridades locales con la recopilación y el análisis de datos y los informes. En todos los estados afectados se establecieron salas de situación con sistemas de gestión adecuados para la recopilación de datos y la investigación de casos. Además, la OPS/OMS proporcionó datos para planificar la introducción del uso de una fracción de la dosis de la vacuna en los brotes y formular planes de acción para la detección activa de focos sin vacunar en algunos municipios. La OPS/OMS también apoyó a las autoridades nacionales en el fortalecimiento de la vigilancia de los eventos adversos posvacunales.

La OPS/OMS, con su acción crucial, proporcionó análisis oportunos y concluyentes de la situación y evaluaciones de riesgos, facilitando el seguimiento de la respuesta a este evento agudo de salud pública.

Categoría 6: Liderazgo, gobernanza y funciones habilitadoras

42. La Organización siguió proporcionando liderazgo en el ámbito de la salud y fortaleciendo sus servicios institucionales y funciones habilitadoras para facilitar el suministro eficaz y eficiente de cooperación técnica.

Logros clave

- a) La Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (ASSA2030), elaborada con los Estados Miembros y aprobada en la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, representa la primera respuesta regional a largo plazo del sector de la salud a los Objetivos de Desarrollo Sostenible.
- b) La Organización estableció plataformas y mecanismos para promover el diálogo sobre políticas en todos los sectores a nivel regional y de país, manteniendo una respuesta eficaz a los problemas de salud que afectaban a las poblaciones de los países con una situación política compleja.
- c) Durante el bienio se elaboraron 16 estrategias de cooperación con el país (ECP), con lo cual el total de ECP vigentes llegó a 26.
- d) La elaboración del Programa y Presupuesto de la OPS 2018-2019, con un enfoque de abajo arriba y de asignación de prioridades junto con los Estados Miembros, culminó con el respaldo pleno de los Estados Miembros y un aumento de 1,1% en el margen presupuestario. El nuevo portal en la web del Programa y Presupuesto de la OPS, que se anunció en septiembre del 2017 en la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, permite a los Estados Miembros y otros interesados externos estar al corriente de la ejecución programática y financiera del Programa y Presupuesto de la OPS.
- e) La cartera de asociados financieros se diversificó y se fortaleció. La Organización firmó acuerdos financieros con 11 asociados nuevos, así como con organizaciones con las cuales no había tenido acuerdos en los últimos cinco años.
- f) El Consejo Directivo y la Conferencia Sanitaria Panamericana aprobaron 29 resoluciones que abarcan las políticas, las estrategias y los planes de acción que guiarán el trabajo de la Organización a mediano y largo plazo.
- g) La OPS recibió otra opinión de auditoría sin modificaciones para el 2016. Eso se debe a que la Organización está cumpliendo las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público (IPSAS).
- h) El Sistema de Información Gerencial de la OPS (PMIS) se implementó plenamente, a tiempo y dentro de los límites del presupuesto; se documentaron los procesos, se capacitó a los usuarios y se estableció el Comité Consultivo del PMIS. Se introdujeron mejoras continuamente en el PMIS y se simplificaron procesos y operaciones.
- i) Se terminó de preparar el marco interno de control, se creó la función de cumplimiento y se le asignó personal.

- j) A fines del bienio se aprobó un nuevo plan estratégico de comunicaciones de la OPS para el período 2018-2022. El plan prevé un cambio importante en las comunicaciones de la Organización sobre la base de una nueva estrategia de posicionamiento de la imagen institucional de la OPS.
- k) Las comunicaciones institucionales sobre el brote de la infección por el virus del Zika y la respuesta a las emergencias se administraron mediante plataformas eficaces y redes clave para fortalecer y mejorar la labor de divulgación en estrecha colaboración con los Estados Miembros y otros interesados clave.

Retos

- a) **Los cambios en el panorama político de los Estados Miembros** han requerido inteligencia estratégica y análisis frecuentes a nivel de país y regional para que la Organización pueda proporcionar cooperación técnica apropiada.
- b) **Un número sin precedentes de desastres naturales y brotes de enfermedades** afectó a los países de la Región en el bienio 2016-2017. En consecuencia, la Organización se vio obligada a proporcionar apoyo adicional urgente al mismo tiempo que continuaba con sus programas habituales de cooperación técnica.
- c) **El reposicionamiento del sistema de desarrollo de las Naciones Unidas** a fin de presentar la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, como parte de la reforma de las Naciones Unidas solicitada por el Secretario General, requiere que la OPS examine su colaboración con el sistema de las Naciones Unidas.
- d) En el contexto de la globalización, los asuntos prioritarios que afectan a la Región —como el logro de la salud universal, el impacto del cambio climático en la salud y el acceso a medicamentos y vacunas asequibles y de buena calidad— requieren cada vez más una **acción concertada de todas las regiones de la OMS**.
- e) **Los esfuerzos para la movilización de recursos** siguen viéndose afectados por un entorno sumamente competitivo y un contexto político complejo.
- f) **La introducción del PMIS y los cambios institucionales, como el enfoque integrado del presupuesto**, han requerido más tiempo y capacitación del personal, así como una comunicación constante con los funcionarios, para efectuar una transición sin problemas de los sistemas y prácticas antiguos sin que la cooperación técnica se viera afectada adversamente.
- g) **La diferencia en los niveles de capacidad de comunicación**, especialmente en las representaciones de la OPS/OMS, dificulta las comunicaciones uniformes y de buena calidad necesarias para apoyar la cooperación técnica de la OPS.

Experiencias exitosas en los países

Región de las Américas |
Se aprueba la Agenda
de Salud Sostenible
para las Américas 2018-2030



La Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (ASSA2030) se convirtió en el máximo documento de referencia para la planificación de políticas y estrategias de la Organización cuando fue aprobada por la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre del 2017. La ASSA2030 demuestra el liderazgo de la Región en la formulación de la primera agenda estratégica regional a largo plazo del sector de la salud en respuesta a los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Esta agenda guiará la preparación de dos planes estratégicos de la OPS y ayudará a orientar la acción colectiva de los Estados Miembros y los asociados a lo largo de la tercera década del siglo XXI para alcanzar el grado más alto posible de salud y bienestar, haciendo hincapié en no dejar a nadie atrás.

La ASSA2030 es producto de amplias consultas con los Estados Miembros y de una colaboración intensa entre la Oficina y el Grupo de Trabajo de los Países, que trabajó durante nueve meses para elaborar este documento seminal. El grupo estuvo formado por 16 Estados Miembros de todas las subregiones (Antigua y Barbuda, Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y Uruguay). Aprovechando las sólidas prácticas de planificación estratégica desarrolladas en la Región, se usó un proceso democrático e incluyente, encabezado por los países, para llegar a un consenso sobre las metas y los objetivos de la ASSA2030. De la elaboración de la ASSA2030 también surgieron enseñanzas útiles para la negociación y el consenso entre los Estados Miembros para el desarrollo de la salud en la Región.

Véase más información en www.paho.org/health-agenda-americas.



Región de las Américas | Apoyo a la respuesta de los países al virus del Zika mediante comunicaciones estratégicas

Durante el brote de la infección por el virus del Zika, la OPS ayudó a establecer plataformas y redes eficaces para gestionar las comunicaciones institucionales y fortalecer la divulgación de mensajes oportunos. Se crearon varios productos de comunicación sobre el trabajo de la OPS en la Región y los ministerios adaptaron esos materiales, colocándoles su logotipo, o diseñaron sus propios materiales a fin de incorporar los mensajes clave de la OPS. La Organización también proporcionó apoyo a los responsables de las comunicaciones de ministerios de salud a nivel nacional y local. La OPS informó sobre aspectos clave de la respuesta al virus en Barbados, Brasil, Colombia, Cuba, El Salvador, Puerto Rico y Trinidad y Tabago.

Al encabezar la respuesta en el ámbito de la comunicación, la OPS mantuvo una fuerte coordinación con la OMS, las representaciones de la OPS/OMS y las oficinas regionales de los organismos de las Naciones Unidas. Se formaron alianzas nuevas con actores no tradicionales, como Plaza Sésamo y Cartoon Network, para difundir mensajes clave sobre el virus y la prevención. Plaza Sésamo calcula que más de 40 millones de personas vieron estos anuncios de servicio a la comunidad en América Latina y el Caribe.

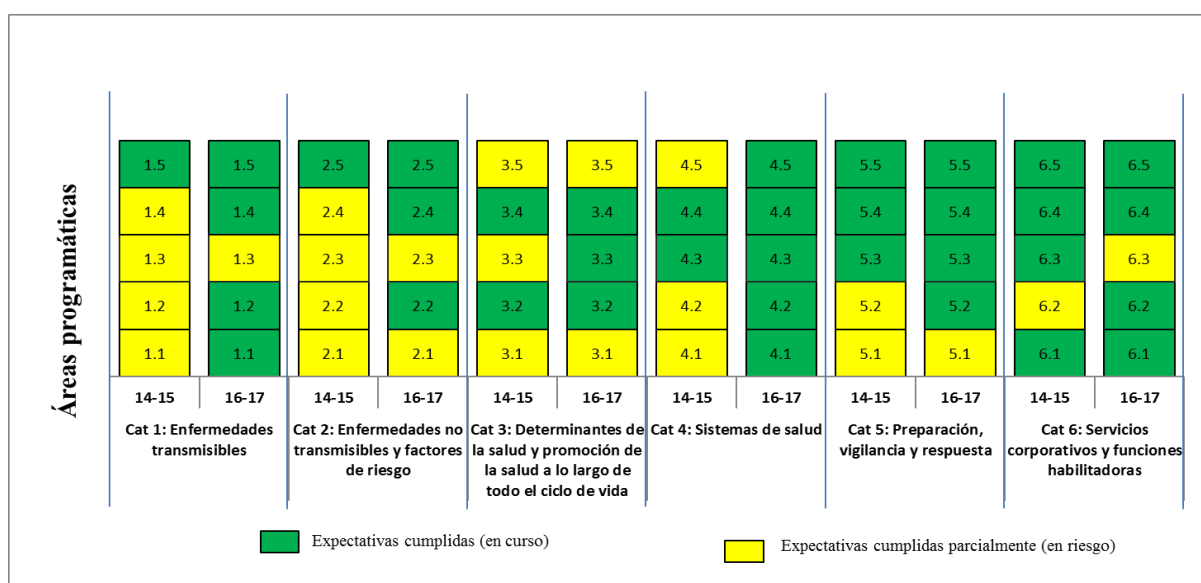
La OPS también exploró alianzas con Facebook para ampliar su labor de divulgación sobre el virus del Zika. En un estudio de casos de Facebook se observó que, en las cuentas de país de la OPS en Brasil y Colombia, el número de seguidores aumentó durante el brote. Por ejemplo, el número de seguidores en Facebook de la oficina de la OPS en Brasil pasó de 3.000 antes del brote a casi 40.000 luego de él.

Resumen de la evaluación de las categorías y áreas programáticas

43. En esta sección se resumen los resultados de la ejecución del Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017 y el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Se describe el estado de las categorías y áreas programáticas, incluido el progreso en la consecución de los 83 indicadores de resultados intermedios y los 122 indicadores de resultados inmediatos con la acción conjunta de los Estados Miembros y la Oficina. En el portal del Programa y Presupuesto de la OPS en la web se pueden encontrar informes detallados por categoría y área programática, incluida una evaluación de los indicadores de resultados intermedios y de resultados inmediatos.

44. Como se puede observar en la figura 3, el logro de los resultados de tres de las seis categorías estaba en curso en el bienio, mientras que otras tres corren el riesgo de no lograr los resultados fijados para el 2019. De las 30 áreas programáticas, 23 estaban en curso, mientras que las otras siete estaban en riesgo, aunque se había avanzado mucho en cada una de ellas. Esta evaluación general muestra una mejora en las perspectivas en comparación con la evaluación del bienio 2014-2015, cuando se determinó que se habían alcanzado parcialmente las expectativas en cinco categorías y solo 17 áreas programáticas estaban en curso.

Figura 3. Evaluación de las categorías y áreas programáticas (2014-2015 y 2016-2017)



Evaluación de los indicadores de resultados intermedios y de resultados inmediatos

45. Durante el segundo bienio del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, la Región siguió avanzando en los indicadores de resultados intermedios.¹⁰ Como se muestra en la figura 4, 10 de 83 indicadores de resultados intermedios ya se han alcanzado o excedido (12%), mientras que 56 están en curso (67%) y en 9 no hubo progreso (11%). Otros 8 indicadores (10%) no pudieron evaluarse con la información disponible al momento de prepararse este informe. En la figura 5 se muestra que 83 de 122 indicadores de resultados inmediatos (68%) se alcanzaron o se excedieron, 37 (30%) se alcanzaron parcialmente y

¹⁰ De acuerdo con su definición en la cadena de resultados del Plan Estratégico, los resultados intermedios “son cambios colectivos o individuales en los factores que afectan a la salud de la población, a los cuales contribuirá el trabajo de los Estados Miembros y la Oficina”. Se alcanzan con la consecución acumulativa de los resultados inmediatos, que son “los cambios en los sistemas, los servicios y los instrumentos a escala nacional, producto de la colaboración entre la Oficina y los Estados Miembros de la OPS, de los cuales son responsables de manera conjunta”.

2 no se alcanzaron (2%) o no había datos para medir el indicador al momento de prepararse el presente informe.

46. Los problemas principales por los cuales no se alcanzaron indicadores de resultados intermedios y de resultados inmediatos fueron la falta de información fidedigna, el apoyo político insuficiente, la capacidad institucional limitada y la acción intersectorial débil, así como las prioridades en pugna en las agendas regionales y nacionales. Para hacer frente a estas dificultades, es necesario acelerar las intervenciones en los programas correspondientes y darles seguimiento cuidadosamente durante los próximos dos años. En la sección VII se presentan más reflexiones sobre las enseñanzas extraídas.

Figura 4. Panorama de la evaluación de los indicadores de resultados intermedios, 2014-2019

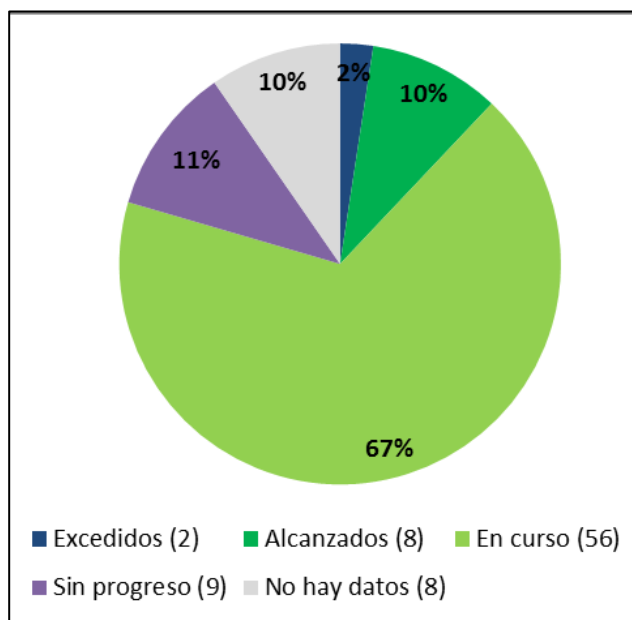
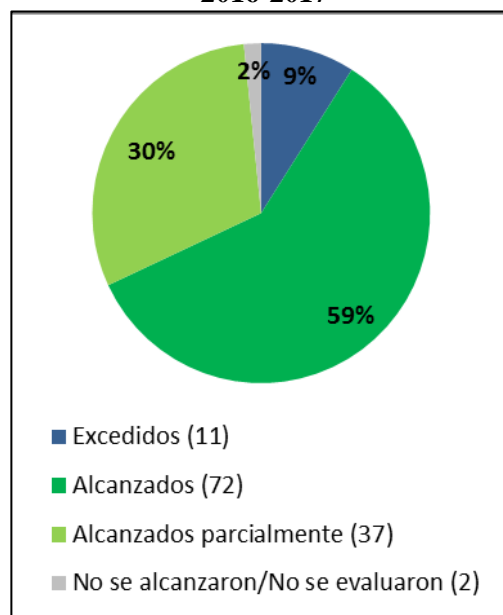


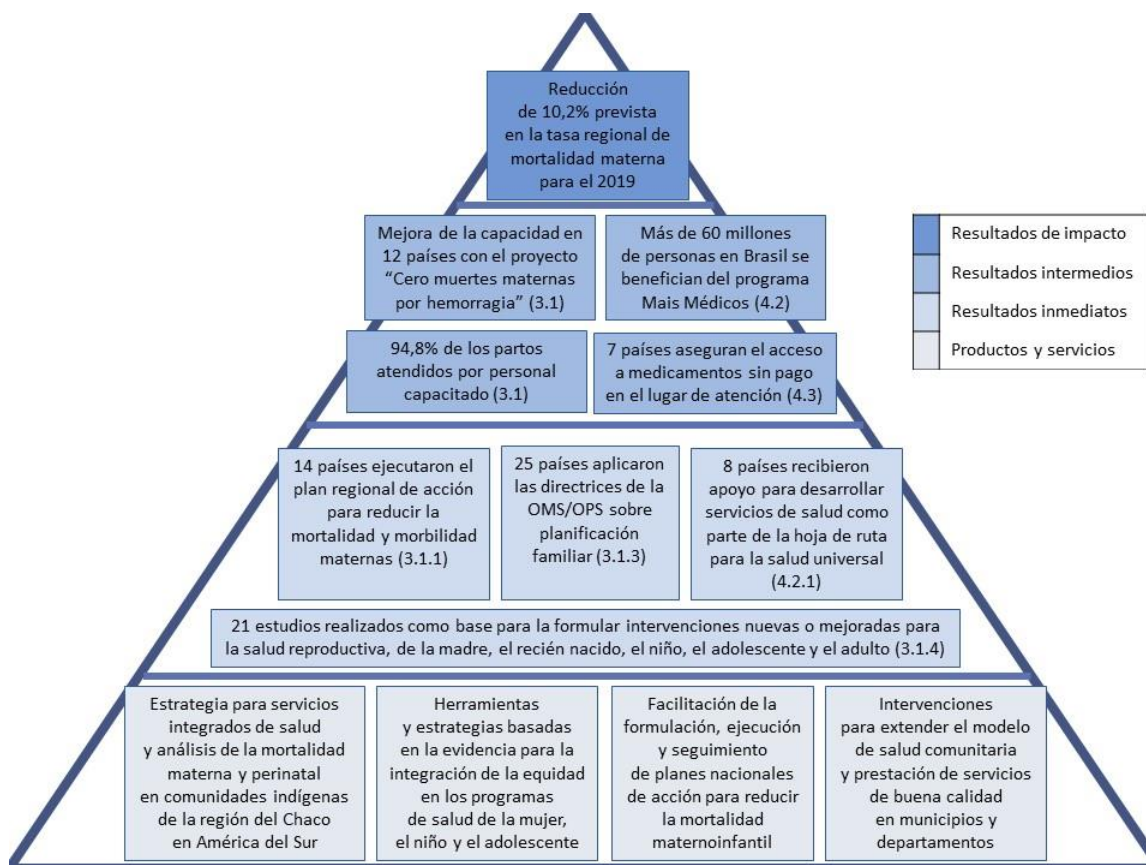
Figura 5. Panorama de la evaluación de los indicadores de resultados inmediatos, 2016-2017



Promoción del impacto en toda la cadena de resultados de la OPS

47. Para contribuir al impacto, la Oficina colabora con los países y los asociados, principalmente mediante el logro de los resultados intermedios y los resultados inmediatos. El análisis en diferentes áreas técnicas ha mostrado que la ejecución de los programas contribuye a un impacto de mayor nivel, pero esta relación positiva puede ser compleja y depende de muchos factores ajenos a las intervenciones del sector de la salud; de ahí la necesidad de fomentar la participación de otros sectores. En la figura 6 se usan los objetivos de la meta de impacto sobre la mortalidad materna para ilustrar la manera en que las intervenciones de la Oficina, llevadas a cabo junto con los Estados Miembros, contribuyen al logro de los resultados intermedios y de las metas de impacto.

Figura 6. Ilustración de la contribución de la Oficina al impacto basada en la cadena de resultados



48. A nivel de los resultados inmediatos (3.1.1), los Estados Miembros y la Oficina son responsables conjuntamente de la preparación y ejecución de los planes nacionales de acción sobre la mortalidad materna y perinatal, de acuerdo con el *Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave*, que finalizó en el 2017. Esta evaluación indica que, a fines del 2017, 14 de 20 países destinatarios habían ejecutado planes de ese tipo, lo cual significa que no se logró el resultado previsto, aunque se logró algún grado de avance.

49. A nivel de resultados intermedios, el objetivo es aumentar la capacidad y la cobertura de los servicios y reducir los riesgos. En ese sentido, se observaron avances en la proporción de partos en hospitales atendidos por personal capacitado (3,1).¹¹ En el 2017, este indicador llegó a 94,8%, lo cual representa un avance en comparación con el 94,1%

¹¹ Aunque el indicador de este resultado intermedio (3.1.2) sigue en vigor en el Plan Estratégico de la OPS, cambió en la publicación sobre los indicadores básicos. Desde el 2015, la OPS mide los partos en hospitales como sustituto de la atención del parto por personal calificado (ya que en los hospitales hay personal capacitado que proporciona atención calificada) y los países han estado proporcionando información sobre el indicador nuevo.

notificado en los indicadores básicos de la OPS en el 2016, cuando se midió este indicador nuevo por primera vez.

50. Como se señaló anteriormente, se prevé que la mortalidad materna disminuirá 10,2% entre el 2014 y el 2019, lo cual muestra que el objetivo regional de una reducción de 11% posiblemente se alcance en el 2019. Sin embargo, el análisis muestra grandes diferencias dentro de los países y entre ellos, lo que indica la necesidad de impulsar la acción donde más se la necesite, en particular en los países clave de la OPS, a fin de que nadie se quede atrás. Con este fin, la Organización está llevando a cabo el proyecto “Cero muertes maternas por hemorragia”, cuya finalidad es mejorar la capacidad para responder a emergencias obstétricas. Además, se han llevado a cabo proyectos en Colombia, Nicaragua y Paraguay centrados en comunidades específicas como modelos, con medidas para reducir las inequidades en el acceso a servicios de salud de buena calidad, en particular para las mujeres y los niños de zonas rurales, pueblos indígenas y afrodescendientes, con la esperanza de que estas actividades se amplíen y se den a conocer como buenas prácticas.

51. De cara al futuro, la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente* y el inicio del movimiento “Todas las mujeres, todos los niños América Latina y el Caribe” proporcionan un marco para la promoción y ejecución de intervenciones específicas emprendidas con el fin de mejorar la salud de las mujeres, las embarazadas y los recién nacidos con un enfoque del curso de la vida.

IV. Ejecución del presupuesto

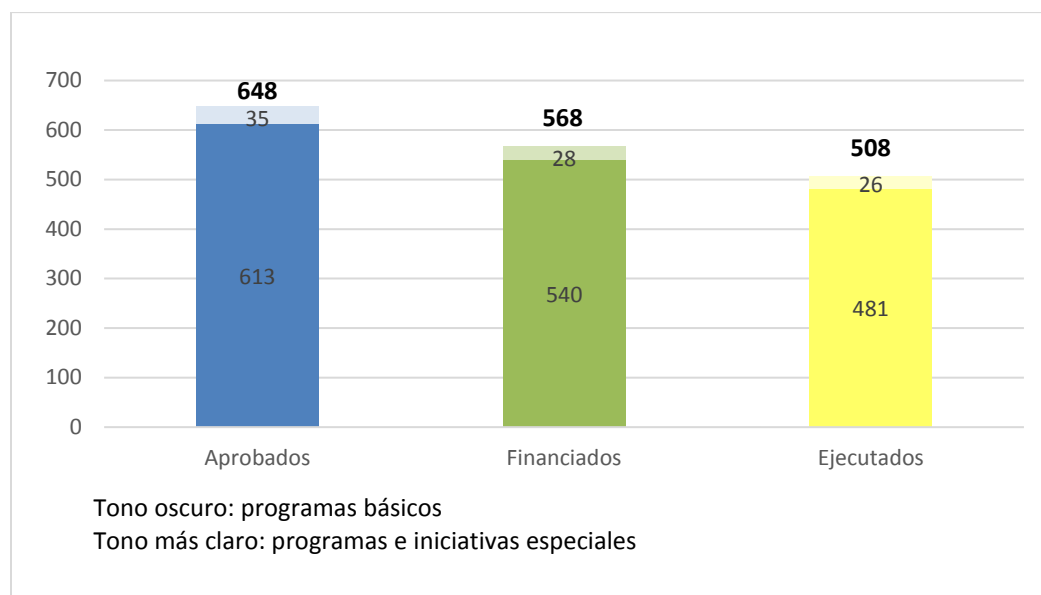
52. En el análisis de la ejecución del presupuesto y los recursos se tienen en cuenta los fondos disponibles para ejecutar el Programa y Presupuesto 2016-2017 aprobado, el nivel de ejecución de estos fondos, las brechas de financiamiento y los esfuerzos para movilizar recursos a fin de subsanar las brechas.

53. El Programa y Presupuesto establece el nivel estimado de recursos que necesita la Oficina para ejecutar el programa de trabajo, incluidos los recursos necesarios para cada categoría y área programática. Durante el bienio se movilizan recursos para cerrar la brecha de financiamiento de la Organización en relación con el Programa y Presupuesto aprobado. La brecha de financiamiento institucional se reduce gradualmente durante el bienio a medida que se movilizan y adjudican los recursos. Se analiza la asignación de recursos por categoría, área programática, prioridad programática y nivel funcional para determinar si la Organización pudo seguir la orientación de los Cuerpos Directivos en el sentido de proporcionar asignaciones apropiadas a las áreas programáticas prioritarias.

Panorama del presupuesto: 2016-2017

54. El Programa y Presupuesto aprobado para el bienio 2016-2017 fue de \$612,8 millones para los programas básicos y \$35 millones para los programas especiales y emergencias, lo que asciende a un total de \$647,8 millones (figura 7). Además del Programa y Presupuesto, se estima que se movilizaron \$990 millones de iniciativas patrocinadas por los gobiernos a nivel nacional.

Figura 7. Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017: panorama de los fondos aprobados, financiados y ejecutados (en millones de dólares de Estados Unidos)



Cuadro 1. Fuentes de financiamiento del Programa y Presupuesto 2014-2015 y 2016-2017 (en dólares de Estados Unidos)

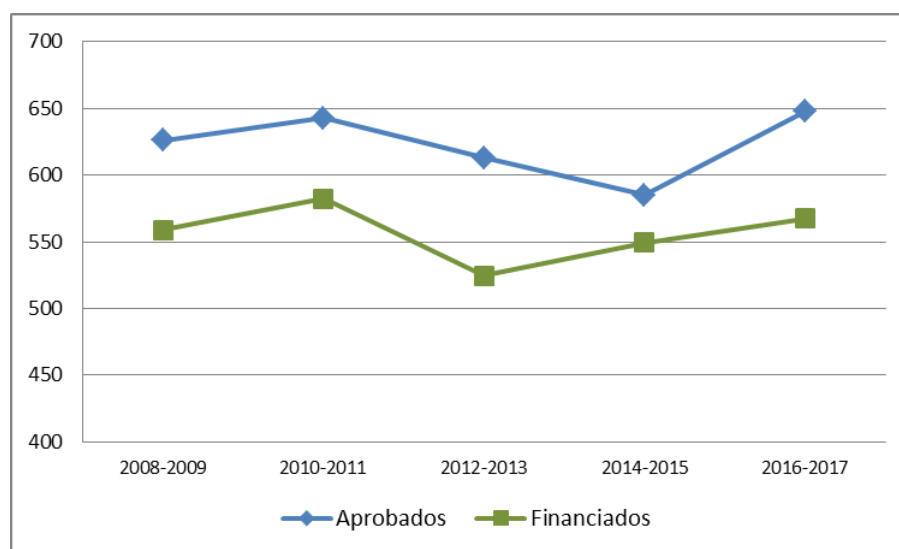
Fuente de financiamiento	Financiado en 2014-2015	Financiado en 2016-2017	Cambio porcentual en 2016-2017	Diferencia
Contribuciones señaladas de la OPS e ingresos varios	198.400.000	217.735.000	10%	19.335.000
Otras fuentes	211.900.000	208.994.000	-1%	(2.906.000)
Asignación de la OMS a la Región de las Américas	139.100.000	140.992.000	1%	1.892.000
TOTAL	549.400.000	567.721.000	3%	18.321.000

Nota: Incluye fondos no distribuidos y transferidos.

55. Como se resume en el cuadro 1, los fondos recibidos en el 2016-2017 ascendieron a \$567,7 millones (incluidos los fondos del 2014-2015 transferidos al ejercicio siguiente). De este monto, \$521,6 millones estuvieron disponibles para su ejecución durante el 2016-2017; los \$46,1 millones restantes pasaron al 2018-2019. Los \$521,6 millones disponibles constituyen 81% del Programa y Presupuesto aprobado.

56. En la figura 8 se muestran las tendencias del Programa y Presupuesto de la OPS en cuanto a los montos aprobados y financiados en los últimos 10 años. El financiamiento del Programa y Presupuesto 2016-2017 alcanzó un nivel compatible con el de bienios anteriores, pero no llegó al nivel del presupuesto aprobado.

**Figura 8. Programa y Presupuesto: tendencias del financiamiento
(en millones de dólares de Estados Unidos)**



57. La ejecución general del Programa y Presupuesto alcanzó 78% del nivel aprobado y 97% del financiamiento disponible. En el cuadro 2 se proporciona un resumen más detallado de los componentes del Programa y Presupuesto, junto con la disponibilidad de financiamiento y los niveles de ejecución por categoría y área programática.¹² En las secciones siguientes se presenta un análisis de cada segmento del presupuesto.

**Cuadro 2. Programa y Presupuesto 2016-2017:
Fondos aprobados, disponibles y ejecutados, por categoría y área programática
(en millones de dólares de Estados Unidos)**

Categoría y área programática	Presupuesto aprobado	Fondos disponibles	Fondos ejecutados	Fondos disponibles como % de los fondos aprobados	Fondos ejecutados como % de los fondos aprobados	Fondos ejecutados como % de los fondos disponibles
1. Enfermedades transmisibles	102,4	81,5	80,6	80%	79%	99%
1.1 Infección por el VIH/sida e ITS	15,5	9,0	9,0	58%	58%	100%
1.2 Tuberculosis	7,3	6,9	6,9	95%	95%	100%
1.3 Malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores	19,5	17,6	17,4	91%	90%	99%
1.4 Enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas	13,4	12,1	12,1	90%	90%	100%
1.5 Enfermedades prevenibles mediante vacunación	46,7	35,9	35,2	77%	75%	98%

¹² No incluye los fondos transferidos al bienio 2018-2019.

Categoría y área programática	Presupuesto aprobado	Fondos disponibles	Fondos ejecutados	Fondos disponibles como % de los fondos aprobados	Fondos ejecutados como % de los fondos aprobados	Fondos ejecutados como % de los fondos disponibles
2. Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo	58,0	41,0	40,6	71%	70%	99%
2.1 Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo	29,9	22,1	21,9	74%	73%	99%
2.2 Salud mental y trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas	7,3	6,4	6,4	89%	88%	99%
2.3 Violencia y traumatismos	6,2	4,9	4,8	79%	78%	99%
2.4 Discapacidades y rehabilitación	5,4	2,4	2,4	44%	43%	99%
2.5 Nutrición	9,2	5,2	5,2	56%	56%	100%
3. Determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida	81,2	48,6	48,3	60%	59%	99%
3.1 Salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto, y salud sexual y reproductiva	44,9	24,8	24,6	55%	55%	99%
3.2 Envejecimiento y salud	2,7	2,3	2,3	86%	85%	99%
3.3 Género, equidad, derechos humanos y etnicidad	9,2	6,9	6,9	75%	75%	99%
3.4 Determinantes sociales de la salud	12,0	6,4	6,3	53%	53%	99%
3.5 Salud y medio ambiente	12,5	8,3	8,3	67%	66%	100%
4. Sistemas de salud	109,2	85,7	83,5	79%	77%	97%
4.1 Gobernanza y financiamiento en el ámbito de la salud; políticas, estrategias y planes nacionales en materia de salud	17,4	17,8	17,7	102%	102%	100%
4.2 Servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad	13,7	14,3	14,3	105%	105%	100%
4.3 Acceso a productos médicos y fortalecimiento de la capacidad regulatoria	24,7	19,8	18,1	80%	73%	91%
4.4 Información y evidencia sobre los sistemas de salud	33,3	22,8	22,6	69%	68%	99%
4.5 Recursos humanos para la salud	20,1	11,0	10,8	55%	54%	98%
5. Preparación, vigilancia y respuesta	59,8	56,1	54,5	94%	91%	97%
5.1 Capacidad de alerta y respuesta (para el RSI)	9,9	7,4	7,4	75%	75%	100%
5.2 Enfermedades epidémicas y pandémicas	14,6	17,6	16,3	121%	112%	93%
5.3 Gestión de las emergencias, los riesgos y las crisis	30,3	23,9	23,9	79%	79%	100%
5.4 Inocuidad de los alimentos	5,0	7,2	6,9	143%	137%	96%
Subtotal: Categorías 1a 5	410,7	313,0	307,6	76%	75%	98%

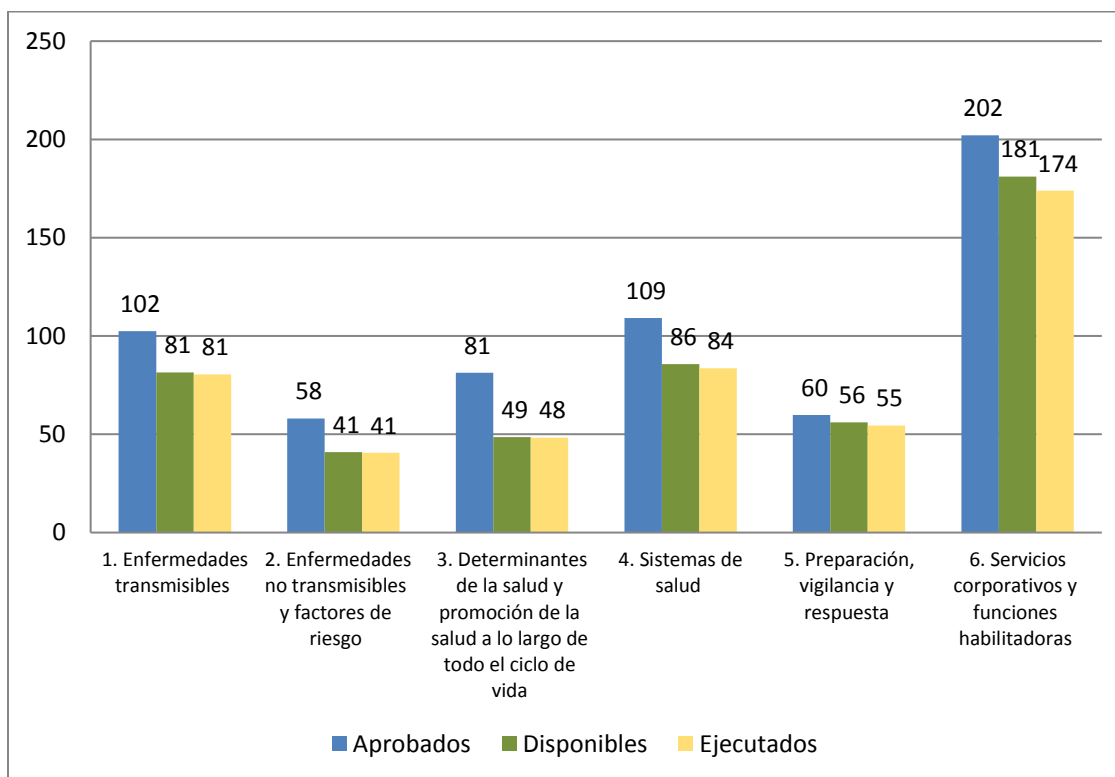
Categoría y área programática	Presupuesto aprobado	Fondos disponibles	Fondos ejecutados	Fondos disponibles como % de los fondos aprobados	Fondos ejecutados como % de los fondos aprobados	Fondos ejecutados como % de los fondos disponibles
6. Servicios corporativos y funciones habilitadoras	202,1	181,1	173,9	90%	86%	96%
6.1 Liderazgo y gobernanza	46,5	42,3	41,6	91%	90%	99%
6.2 Transparencia, rendición de cuentas y gestión de riesgos	8,3	9,4	9,0	113%	109%	96%
6.3 Planificación estratégica, coordinación de recursos y presentación de informes	24,0	13,0	12,5	54%	52%	96%
6.4 Gestión y administración	110,8	105,4	100,0	95%	90%	95%
6.5 Comunicaciones estratégicas	12,5	11,1	10,8	89%	86%	97%
Subtotal: Programas básicos (categorías 1 a 6)	612,8	494,1	481,4	81%	79%	97%
Programas especiales y respuesta a emergencias	35,0	27,6	26,1	79%	75%	95%
Mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis	1,2	3,1	3,0	259%	253%	98%
Programa de erradicación de la fiebre aftosa	11,8	4,4	4,4	38%	38%	100%
Respuesta a brotes y crisis	22,0	20,0	18,6	91%	85%	93%
Total del Programa y Presupuesto	647,8	521,6	507,5	81%	78%	97%
Iniciativas patrocinadas por el gobierno	990,0	1.077,6	1.071,6	109%	108%	99%

Programas básicos

58. El presupuesto aprobado para el segmento de programas básicos fue de \$612,8 millones (cuadro 2). Se financió 81% del segmento de programas básicos. El nivel inferior de financiamiento en este bienio fue evidente en todas las categorías del Programa y Presupuesto, aunque no por igual en todas las áreas programáticas (véase el cuadro 2). La reducción de la disponibilidad de recursos afectó directamente a los niveles de ejecución del Programa y Presupuesto aprobado.

59. En la figura 9 se presenta un resumen de la distribución de los programas básicos por categoría. De las categorías técnicas, la categoría 5 alcanzó niveles de financiamiento de más de 90%, y las categorías 1 y 4 se financiaron casi en un 80%. En cambio, las categorías 2 y 3 permanecieron subfinanciadas, con 70% y 60% de su presupuesto aprobado, respectivamente. La disponibilidad de recursos es fundamental para la obtención de resultados, y la grave subfinanciación de estas dos categorías prioritarias impidió que avanzaran en el cierre de las brechas programáticas.

Figura 9. Programa y Presupuesto 2016-2017: panorama de los programas básicos por categoría (en millones de dólares de Estados Unidos)

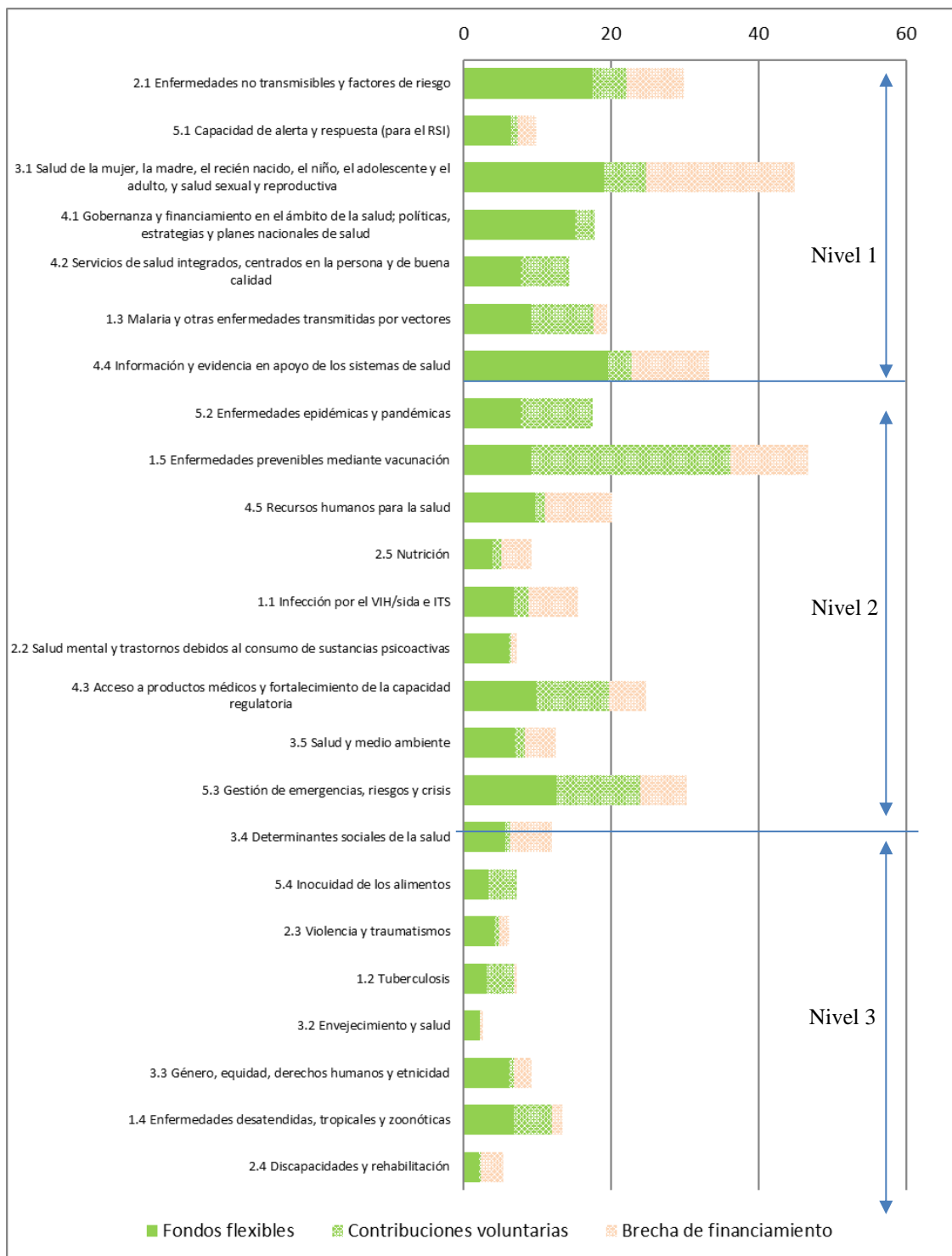


60. Como ya se mencionó, la ejecución presupuestaria general se vio afectada por los niveles de financiamiento disponible durante el bienio, y también por el momento en que se recibieron los fondos. Si bien la ejecución del Programa y Presupuesto alcanzó solo 79% para los programas básicos, los fondos disponibles se ejecutaron plenamente o casi en su totalidad.

61. En el cuadro 2 se presenta un panorama del Programa y Presupuesto por categoría y área programática, y se proporcionan detalles sobre la disponibilidad de fondos y los niveles de ejecución. Como se muestra en el cuadro, los niveles de financiamiento de los programas básicos no fueron homogéneos en todas las áreas programáticas. De las 24 áreas programáticas técnicas, 15 se financiaron en un 75% o más, mientras que seis recibieron un nivel de financiamiento notablemente inferior. Estas seis áreas programáticas son las siguientes: 1.1 Infección por el VIH/sida e ITS (58%); 2.4 Discapacidades y rehabilitación (44%); 2.5 Nutrición (56%); 3.1 Salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto, y salud sexual y reproductiva (55%); 3.4 Determinantes sociales de la salud (53%), y 4.5 Recursos humanos para la salud (55%).

62. Con respecto a la categoría 6, hubo una disminución de alrededor de 10% tanto del financiamiento como del gasto en comparación con el bienio 2014-2015. Eso refleja los esfuerzos de la Organización para traspasar recursos a los programas técnicos y tomar medidas para aumentar la eficiencia en las áreas administrativas.

**Figura 10. Programa y Presupuesto 2016-2017:
asignación de prioridades programáticas y asignación de recursos
en los programas básicos (en millones de dólares de Estados Unidos)**



63. Si se comparan los niveles de financiamiento con la asignación de prioridades programáticas, se observa que solo cinco de las ocho prioridades de la Organización alcanzaron un nivel de financiamiento disponible de 75% o más de su presupuesto aprobado, lo cual indica que sigue habiendo una falta de concordancia entre la asignación de prioridades de los Estados Miembros y el financiamiento del Programa y Presupuesto proporcionado por los donantes. Cabe destacar, en particular, el nivel bajo de financiamiento disponible para el área programática 3.1 (Salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto, y salud sexual y reproductiva). Los Estados Miembros han asignado una prioridad muy alta a esta área programática y hay un mandato firme para que la Organización avance en este tema de salud pública, lo cual se refleja en la decisión de los Estados Miembros de mantener un nivel presupuestario elevado a pesar de los antecedentes de financiamiento bajo.

64. Cabe señalar que la estructura formal del presupuesto no siempre muestra la naturaleza multisectorial del trabajo de la OPS en muchas áreas programáticas. El trabajo programático a menudo abarca más de un área programática, pero puede atribuirse a una sola. Eso se observa en particular en áreas programáticas que atraen más donantes y pueden alcanzar objetivos comunes con áreas programáticas que atraen menos contribuciones voluntarias, pero hay líneas de subordinación claras que exigen un vínculo específico con el Programa y Presupuesto.

65. La Oficina, en cumplimiento de los mandatos recibidos de los Estados Miembros, ha usado financiamiento flexible para fortalecer las áreas programáticas que más lo necesitaban, haciendo hincapié en las áreas clasificadas como prioritarias en el Programa y Presupuesto 2016-2017. Como se observa en la figura 10, el nivel de fondos flexibles asignados a las tres áreas programáticas de mayor prioridad (2.1, 5.1 y 3.1) fue muy alto en comparación con el financiamiento disponible (79%, 87% y 77%, respectivamente) que se recibió durante el bienio.

66. La Oficina sigue trabajando para movilizar recursos, a nivel tanto programático como estratégico, a fin de realizar las tareas técnicas que se le han encomendado y de subsanar las brechas financieras. Durante el bienio 2016-2017, esta labor arrojó un resultado de alrededor de \$120 millones en contribuciones voluntarias (aproximadamente 24% de los fondos disponibles para los programas básicos). Del total de las contribuciones voluntarias de la OPS, 42% se recibieron de los diez donantes principales que se indican en el cuadro 3. De estas contribuciones, \$20 millones (39% de los fondos proporcionados por los diez donantes principales) se asignaron a programas de la categoría 1. Por otro lado, el nivel de prioridad de algunas áreas programáticas de la categoría 2 es muy alto; sin embargo, esta categoría recibió solo 3% de los fondos de los diez donantes principales. La Oficina elogia la buena disposición de los donantes para apoyar el Programa y Presupuesto, a la vez que insta a una mayor consonancia estratégica con las prioridades establecidas por los Estados Miembros.

**Cuadro 3. Los diez donantes principales del Programa y Presupuesto de la OPS
2016-2017**

Donante	Fondos disponibles (US\$)	1. Enfermedades transmisibles	2. Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo	3. Determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida	4. Sistemas de salud	5. Preparación, vigilancia y respuesta	6. Servicios corporativos y funciones habilitadoras
Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)	13.654.630	62%	1%	16%	8%	14%	
Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos	10.385.695	67%	8%			25%	
Departamento de Relaciones Exteriores, Comercio y Desarrollo (Canadá)	6.963.566	12%	9%	44%	24%	11%	
Alianza GAVI	6.702.681	41%			59%		
Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido (DPDI)	5.501.834					100%	
Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)	1.631.269			1%	52%	45%	3%
Gobierno de Luxemburgo	1.592.533			19%	81%		
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)	1.551.706	3%	14%	3%	55%	25%	
Comisión Europea	1.526.930	5%		7%		88%	
Fundación Bill y Melinda Gates	1.416.487	72%			28%		

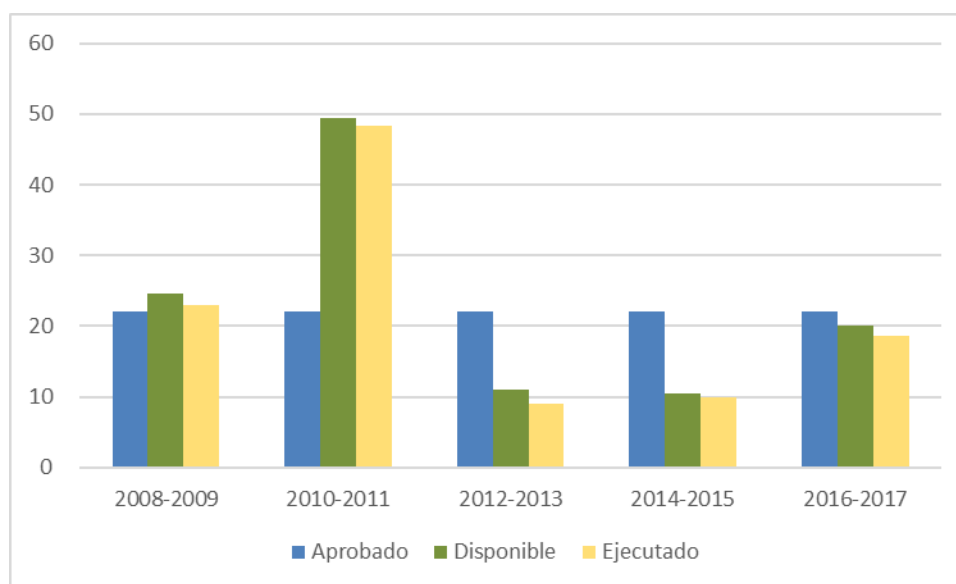
Programas especiales y emergencias

67. El segmento del presupuesto para programas especiales y emergencias aprobado por los Estados Miembros fue de \$35 millones. El financiamiento disponible para ese segmento llegó a \$27,5 millones, es decir, 79% del presupuesto aprobado. Aunque los componentes de erradicación de la poliomielitis y respuesta a brotes y crisis estuvieron bien financiados, el programa de erradicación de la fiebre aftosa recibió financiamiento solo para 38% de su presupuesto aprobado. Eso se debe en parte a que algunas actividades relacionadas se llevaron a cabo en el marco de los programas básicos. En los tres

programas, los niveles de ejecución como porcentaje del presupuesto aprobado coincidieron con el nivel de financiamiento, que llegó a más de 90% de los fondos disponibles.

68. La Organización respondió enérgicamente al llamamiento de los Estados Miembros para proteger a la Región de las consecuencias para la salud de las situaciones de emergencia y los desastres. Como resultado del mayor número de eventos de ese tipo, entre ellos el brote de la infección por el virus del Zika y sus complicaciones, el financiamiento y la ejecución del componente de respuesta a brotes y crisis del Programa y Presupuesto llegó a 85% en el bienio 2016-2017. Los fondos disponibles aumentaron considerablemente con respecto a los dos bienios anteriores, lo cual refleja la escala y la gravedad de las emergencias y los brotes en el bienio 2016-2017, así como la volatilidad relativa de este componente.

**Figura 11. Respuesta a brotes y crisis:
panorama del presupuesto, el financiamiento y la ejecución**



Iniciativas patrocinadas por los gobiernos

69. La modalidad de acuerdos nacionales patrocinados por los gobiernos (conocida también como contribuciones voluntarias nacionales) se está usando cada vez más para prestar cooperación, y algunos gobiernos están facilitando cantidades considerables de fondos para apoyar y llevar a cabo programas nacionales de cooperación técnica. En el bienio 2016-2017, la OPS recibió \$142,4 millones en concepto de contribuciones voluntarias nacionales, sin contar el proyecto Mais Médicos. Aunque la distribución de los recursos varió según el país, la mayor parte de los países dedicó un porcentaje considerable de los fondos a la cooperación técnica para fortalecer los sistemas y servicios de salud.

70. El nivel de las contribuciones voluntarias nacionales varía mucho según el país y el bienio. La mayor parte de los países que efectuaron contribuciones voluntarias

nacionales en el bienio 2014-2015 también las efectuaron en el bienio 2016-2017, pero cinco países no lo hicieron. El monto de las contribuciones voluntarias nacionales recibidas en este bienio fue mucho menor que en el 2014-2015 (\$254,16 millones), debido principalmente a una disminución del valor en dólares de las contribuciones voluntarias nacionales de Brasil por la fluctuación del tipo de cambio.

Cuadro 4. Contribuciones voluntarias nacionales efectuadas a la OPS, 2016-2017
(en dólares de Estados Unidos)

Gobierno	Disponible	Ejecutado
Gobierno de Brasil (sin contar el programa Mais Médicos)	117.372.765	112.174.018
Gobierno de Colombia	14.144.837	14.084.995
Gobierno de Argentina	3.115.293	3.102.562
Gobierno de la República Dominicana	2.626.680	2.626.680
Gobierno de México	1.923.128	1.836.226
Gobierno de Perú	1.411.670	1.404.289
Gobierno de Costa Rica	520.181	205.966
Gobierno de Ecuador	560.337	560.337
Gobierno de Trinidad y Tabago	304.890	45.634
Gobierno de Chile	123.729	123.729
Gobierno de Uruguay	121.118	121.118
Gobierno de Paraguay	98.285	98.285
Gobierno de Panamá	81.624	80.938
Gobierno de Guatemala	2.480	2.480
Subtotal	142.407.016	136.467.255
Mais Médicos (Brasil)	935.199.230	935.149.039
Total de contribuciones voluntarias nacionales en el 2016-2017	1.077.606.246	1.071.616.294

V. Riesgos, enseñanzas, conclusiones y recomendaciones

71. En esta sección se resumen los principales riesgos y las medidas de mitigación, así como las enseñanzas, las conclusiones y las recomendaciones de la ejecución del Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017. Esta sección contiene más detalles sobre el análisis de las secciones precedentes y responde a la solicitud de los Estados Miembros de presentar un análisis más sistemático que pueda guiar la labor de la Organización en el bienio 2018-2019, en vista del nuevo Plan Estratégico 2020-2025.

Análisis de riesgos

72. En el bienio 2016-2017, la OPS siguió ejecutando su programa de gestión de riesgos institucionales para detectar, monitorear, evaluar y manejar los riesgos actuales de las operaciones y las actividades de cooperación técnica de la OPS. El programa de gestión

de riesgos institucionales también incluye un análisis y una determinación de los riesgos a nivel nacional e institucional.

73. El registro de riesgos de la OPS es el mecanismo formal que capta la información sobre los riesgos suministrada por la red de puntos focales en la materia. El Comité Permanente para la gestión de riesgos (constituido por personal directivo de alto nivel de la Oficina) examina, valida y prioriza los riesgos institucionales. La Gerencia Ejecutiva de la Oficina examina periódicamente las medidas internas de control de la Oficina y hace cumplir la normativa a fin de asegurar una sólida rectoría financiera y programática. En términos generales, los riesgos principales para el desempeño de la Organización se detectaron y se mitigaron oportunamente durante el bienio 2016-2017.

74. En el Plan Estratégico 2014-2019 se señaló un conjunto de riesgos para cada una de las seis categorías del Plan. De manera más específica, a partir del registro de riesgos correspondiente al 2016-2017 y de un análisis de la información obtenida de los informes de evaluación de las categorías se estableció un conjunto más reducido de los riesgos más importantes, que se resumen a continuación junto con una breve descripción de su posible impacto y algunas de las actividades de mitigación realizadas durante el bienio.

75. **RIESGO: Los cambios en las prioridades relacionadas con la salud a nivel mundial, regional o nacional traen como consecuencia una disminución del apoyo político y financiero a intervenciones específicas, lo cual puede afectar los resultados en materia de salud.**

- a) Este riesgo sigue siendo pertinente para la mayoría de las categorías. A fin de mitigarlo, la OPS trabajó a la par de las autoridades nacionales y otros actores a nivel regional y nacional, intensificando la rectoría y la gobernanza del financiamiento para la salud, el trabajo intersectorial y el trabajo para alcanzar los ODS. La elaboración de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 y la asignación de prioridades programáticas para la formulación del Programa y Presupuesto de la OPS 2018-2019 son algunos ejemplos de esa colaboración.
- b) La Oficina redobló sus esfuerzos para movilizar recursos, atraer a donantes nuevos y a otros que no habían contribuido por algún tiempo, y fortalecer la capacidad de movilizar contribuciones voluntarias nacionales. A nivel de país, continuará la tarea de promoción de la causa con los ministerios de salud y de finanzas, así como con asociados importantes, como la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), a fin de aumentar el margen fiscal para la salud en el nuevo bienio. El renovado énfasis que se está dando a la salud universal en todo el mundo, como se observa en el proyecto del 13.º Programa General de Trabajo de la OMS, representa una oportunidad para movilizar más recursos en el próximo bienio.
- c) Además, algunas intervenciones se llevaron a cabo aprovechando al máximo los recursos humanos y económicos nacionales. Se amplió la cooperación entre países para el desarrollo de la salud en la Región y la cooperación triangular para

responder mejor a las prioridades de los países y las necesidades en todos los niveles de la Organización, especialmente en el caso de los países clave de la OPS.

76. RIESGO: La movilidad transfronteriza aumenta la presión en los servicios y programas de prevención, control y eliminación de enfermedades.

- a) La migración humana plantea uno de los mayores retos de salud pública en todo el mundo, y este riesgo sigue siendo pertinente para los programas y servicios de salud pública en la Región. El tema de la migración es sumamente delicado por razones geopolíticas, económicas y humanitarias. Este riesgo requiere una respuesta colectiva de los Estados Miembros, con la participación de todos los sectores pertinentes.
- b) Para mitigar este riesgo, en el 2016 los Estados Miembros aprobaron un documento de política sobre la salud de los migrantes (documento CD55/11) a fin de intensificar la promoción de la causa y fomentar la movilización de recursos nacionales para elaborar políticas y programas sensibles a las necesidades de salud de las poblaciones migrantes. Además, la OPS, por medio de sus oficinas regionales, subregionales y en los países, está fortaleciend]o la coordinación interinstitucional y los mecanismos de colaboración para lograr sinergias y eficiencia en la cooperación técnica, en particular con la Organización Internacional para las Migraciones y otros interesados, a fin de mejorar la salud y la protección de los migrantes en los países de origen, de tránsito y de destino.

77. RIESGO: Las situaciones de emergencia, los disturbios y otras perturbaciones sociales afectan a las operaciones de la OPS.

- a) Este riesgo sigue siendo pertinente para los Estados Miembros y para las operaciones de la OPS. Durante este bienio, la Región tuvo que afrontar y responder al impacto de varias emergencias, entre ellas desastres naturales (por ejemplo, los huracanes Matthew, Irma y María, los terremotos en Ecuador y México, y las graves inundaciones en Perú) y brotes de enfermedades infecciosas (por ejemplo, por el virus del Zika y el dengue, la fiebre amarilla y el chikunguña). Además del impacto en las poblaciones afectadas, estos eventos crean presión sobre las operaciones de la OPS cuando es necesario desviar personal y recursos de actividades regulares y planificadas.
- b) Como parte de las medidas de mitigación, la Oficina se aseguró de que cada representación de la OPS/OMS tuviera un plan de continuidad de las operaciones para garantizar que las perturbaciones de la cooperación técnica fuesen mínimas. Se estableció un mecanismo de coordinación en la Oficina para apoyar a los países afectados por emergencias y administrar el apoyo oportuno a los equipos de país. Además, la OPS diseñó y aprobó un plan de continuidad de las operaciones para la Sede. La Oficina también colabora con los Estados Miembros en las etapas de respuesta y recuperación.

78. RIESGO: La variedad de políticas y normas jurídicas establecidas en la Región limita el acceso y la utilización de los sistemas de atención de salud, así como la ejecución de ciertos programas de salud.

- a) Como ejemplo de este riesgo, la poca capacidad de reglamentación a nivel nacional permite que las industrias del tabaco, el alcohol, los alimentos procesados y las bebidas azucaradas interfieran y obstaculicen el progreso en los países. La reducción de este riesgo podría tener un efecto positivo y directo en la salud de la población.
- b) Para mitigar este riesgo, una de las medidas tomadas que dio buenos resultados fue una serie de actividades de capacitación para personal técnico de instituciones gubernamentales sobre la tributación del tabaco y la importancia fundamental de la legislación para la prevención y el control de las ENT.

79. RIESGO: La debilidad de los sistemas de información de salud y de la capacidad de análisis de datos impide que los países adopten políticas basadas en la evidencia y realicen intervenciones sostenibles para mejorar los resultados en materia de salud.

- a) Los países necesitan sistemas de información de salud y datos robustos para vigilar la situación y los resultados en materia de salud, incluidas las metas de los ODS relacionadas con la salud. Como consecuencia de la debilidad en esta área, los países están teniendo dificultades para avanzar, centrar su acción en la reducción de las desigualdades y tomar decisiones sostenibles que mejoren la salud y el bienestar de la población. Ha habido un cambio notable en la voluntad de los países de dar importancia a este tema, y se están asignando recursos considerables para desarrollar mejores sistemas de información de salud y fortalecer la generación y el análisis de datos para mejorar la administración de los sistemas de salud y apoyar la adopción de decisiones basadas en la evidencia. De todas maneras, es necesario trabajar más para ampliar la recopilación de datos a las poblaciones más pobres y marginadas.
- b) Además, la falta de datos ha llevado a un uso excesivo de encuestas, estimaciones y proyecciones para informar sobre ciertos indicadores (por ejemplo, la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes, las estimaciones del Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la Estimación de la Mortalidad en la Niñez y las encuestas sobre la lactancia materna). Esto constituye un riesgo específico para el seguimiento y el análisis de los resultados y el impacto en materia de salud, así como para la adopción de decisiones estratégicas.
- c) Las medidas de mitigación incluyen la promoción continua de la causa con los Estados Miembros para invertir en esta área y la colaboración con ellos con la finalidad de formar capacidad nacional para fortalecer los sistemas de información de salud. A fin de abordar este riesgo particular se requiere una acción intersectorial a nivel de país, razón por la cual la Oficina ha creado un departamento dedicado exclusivamente a encabezar la labor que se realice con un enfoque integrado en esta área.

80. RIESGO: Las fallas de seguridad del sistema de información de la OPS pueden afectar la confidencialidad, la integridad o la disponibilidad de información.

- a) La Oficina usa ampliamente la tecnología de la información para realizar su trabajo. Considerando que se ha acentuado la dependencia respecto de la tecnología, es indispensable mantener permanentemente un alto nivel de confianza en la seguridad de los datos de la Oficina. En el 2016, la Oficina recibió asesoramiento estratégico del Centro Internacional de Cálculos Electrónicos (CICE) con respecto a la ciberseguridad. Se evaluaron las medidas de ciberseguridad sobre la base de las prácticas óptimas del sector descritas en la norma ISO 27001 de la Organización Internacional de Normalización y se definió una hoja de ruta a este respecto.
- b) Se señalaron medidas de mitigación para fortalecer la capacidad de la Oficina en materia de ciberseguridad, entre ellas la creación de un cargo de oficial de seguridad de la información de tiempo completo; la participación constante en la labor realizada para instituir servicios de seguridad que sean administrados externamente a fin de velar por la seguridad de la red; el diseño de un marco consolidado para las normas y los procedimientos de seguridad de la información; y el fortalecimiento de la capacidad para hacer copias de seguridad de los datos y recuperarlos. En el documento CE162/INF/4 se puede encontrar más información sobre la ciberseguridad.

Enseñanzas extraídas

81. La ejecución del Programa y Presupuesto 2016-2017 ha proporcionado importantes enseñanzas que permiten a la Organización aprovechar los éxitos y evitar las prácticas improductivas. La aplicación de estas enseñanzas mejorará la cooperación técnica de la OPS y aumentará su impacto en la salud pública en los bienios futuros: de inmediato en la ejecución del Programa y Presupuesto 2018-2019 y a mediano plazo en la elaboración del próximo Programa y Presupuesto 2020-2021.

82. Acceso universal a la salud, cobertura universal de salud y promoción de sistemas de salud fuertes y resilientes

- a) El marco de la salud universal y su estrategia regional intensificaron el impulso y el compromiso de los Estados Miembros de promover aún más el acceso equitativo y la cobertura de los servicios, fortalecer la rectoría y la gobernanza de las respuestas nacionales, aumentar la eficiencia por medio de sistemas de salud más integrados y fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes de la salud.
- b) Abordar la gobernanza con un enfoque amplio e integrado que cree mecanismos interconectados de reglamentación es fundamental para las transformaciones institucionales que promueven el acceso equitativo a los servicios de salud. Una mayor participación social ha promovido políticas más receptivas, la transparencia y la sostenibilidad. La gobernanza y la reglamentación eficaces han resultado cruciales para la elaboración, el financiamiento y la ejecución de políticas y planes.

- c) A fin de avanzar en la atención de los grupos poblacionales marginados y subatendidos, es necesario fomentar la participación de las comunidades y empoderarlas para que se hagan cargo de su propia salud. Por ejemplo, en Guyana, la microplanificación detallada de una campaña masiva de administración de medicamentos para combatir la filariasis linfática ayudó a las comunidades a llegar a zonas y poblaciones de difícil acceso, abordar los obstáculos que dificultaban la prestación de servicios, estimar los recursos necesarios y dar seguimiento a los resultados para demostrar la cobertura. Estos esfuerzos también brindaron la oportunidad de mejorar el diálogo con los líderes comunitarios y de fortalecer la capacidad del país para llevar a cabo campañas de ese tipo.
- d) El trabajo en fases coordinadas a nivel comunitario es una estrategia eficaz para lograr cambios en la atención de las personas mayores, fortaleciendo el papel de los ancianos en su propia comunidad y la ejecución de programas basados en la evidencia que mejoren su capacidad funcional.
- e) La descentralización de las instituciones de enseñanza y la contratación de estudiantes procedentes de zonas rurales pueden aumentar la obtención, el despliegue y la retención de personal de salud en entornos rurales remotos.

83. Fortalecimiento de los sistemas de información de salud para fundamentar mejor las políticas y las intervenciones de salud

- a) La experiencia a nivel regional y de país ha sacado a la luz las brechas en cuanto a la disponibilidad y la calidad de la información sobre salud. El hecho de que la recopilación de datos no siempre es oportuna sigue limitando su utilidad para la planificación.
- b) La capacidad de interpretación y análisis de los datos también es insuficiente en muchos países. Es crucial aumentar la capacidad en esta área a fin de que los datos puedan usarse en la formulación de políticas y de garantizar que las intervenciones de salud se dirijan a las zonas donde más se necesiten.

84. Determinación de los factores cruciales para tener éxito en la respuesta ante emergencias de salud y brotes de enfermedades

- a) Una de las enseñanzas más importantes de la serie reciente de situaciones de emergencia y brotes de enfermedades fue que los sistemas de salud débiles no pueden hacer frente eficazmente a tales eventos. Para que los sistemas de salud puedan responder a las emergencias de salud futuras, absorber el impacto y adaptarse a los cambios en las exigencias, los países tienen que efectuar las inversiones necesarias para establecer sistemas de salud fuertes y resilientes.
- b) La inversión en el establecimiento de equipos médicos de emergencia nacionales ha resultado ser la forma más eficaz de responder oportunamente a las emergencias.

85. Movilización de apoyo para las prioridades en el ámbito de la salud mediante una promoción eficaz de la causa en diversos sectores

- a) La formulación de argumentos sólidos a favor de las inversiones en salud ha resultado eficaz para movilizar recursos de otros sectores, además del sector de la salud. Por ejemplo, en varios países, el análisis (económico y social) de la carga de enfermedad y los argumentos a favor de las inversiones para combatir las hepatitis han resultado ser herramientas eficaces de promoción de la causa y de planificación estratégica para organizar una respuesta nacional fuerte y movilizar a asociados y fondos a fin de combatir las hepatitis.
- b) En el contexto de los ODS, se requiere una acción multisectorial para avanzar en la agenda de los determinantes de la salud. Eso, a su vez, depende en gran medida del éxito del sector de la salud para impulsar acciones concretas por parte de sus asociados en otros sectores, tanto en el ámbito público como en el privado, en particular cuando se trata de movilizar apoyo a leyes relacionadas con la salud que también tienen un gran impacto en otros sectores.
- c) La cooperación interprogramática también ha sido una estrategia muy útil para la mancomunación de esfuerzos, la optimización de recursos y el avance con diversos programas. Así ha ocurrido, por ejemplo, al abordar la salud mental del adolescente; la demencia y el envejecimiento; la salud mental, la etnicidad y los derechos humanos; el apoyo psicosocial en emergencias; el envejecimiento y las enfermedades no transmisibles; el cambio climático y las enfermedades transmitidas por vectores; el proyecto “Cero muertes maternas por hemorragia”; el virus del Zika, y los servicios de rehabilitación.

86. Diálogo de alto nivel sobre políticas y reproducción de políticas exitosas para abordar las enfermedades no transmisibles

- a) Para abordar los factores de riesgo de las ENT, se requiere acción legislativa y un diálogo de alto nivel sobre políticas. Asimismo, para tener un efecto importante en las ENT, se necesitan cambios en las políticas, los comportamientos y las prácticas de los prestadores de servicios de salud, así como pasar de un sistema de atención esporádica de casos agudos a la atención continua y a largo plazo de las enfermedades crónicas. Estos cambios requieren un compromiso político sostenido, la inversión de recursos y un diálogo social más amplio entre todos los interesados.
- b) Suele llevar más tiempo alcanzar los objetivos regionales a nivel de impacto y de resultados intermedios, en particular con respecto a las ENT, los factores de riesgo y el aumento del margen fiscal para la salud, debido a la necesidad de lograr el consenso a lo largo del tiempo (véase el punto anterior). Es importante tener esto en cuenta porque está relacionado con el establecimiento de objetivos y el seguimiento y la evaluación continuos.
- c) Como ejemplo de una iniciativa exitosa, los resultados preliminares de la política de rotulación del frente de los envases en Chile muestra que las advertencias han sido eficaces para aumentar la conciencia del consumidor en el punto de compra de alimentos. Una etiqueta fácil de entender para el público en general contribuyó en ese sentido. Además, la política ha llevado a la industria a reformular ciertos productos para reducir los ingredientes poco saludables.

87. Colaboración eficaz con los países, los asociados y el sector privado para abordar las prioridades en el ámbito de la salud

- a) La colaboración sostenida con los Estados Miembros en la planificación estratégica y la optimización del conocimiento y la pericia de las autoridades nacionales de salud y la Oficina han llevado a una mejora de la calidad, un sentido de implicación por parte de los países y la sostenibilidad de la participación. Eso ha dado lugar a la formulación de prácticas óptimas y herramientas innovadoras (por ejemplo, planificación estratégica, evaluación conjunta, planificación de abajo arriba y metodologías de asignación de prioridades) que contribuirán a una mayor eficiencia y eficacia de la cooperación técnica de la OPS y a la obtención de los resultados intermedios y el impacto en materia de salud.
- b) Los enfoques subregionales con un compromiso político han resultado eficaces para aplicar estrategias a fin de promover el acceso a los medicamentos, fortalecer la capacidad de reglamentación y compartir recursos entre los Estados Miembros con capacidad limitada.
- c) Una modalidad de cooperación técnica cada vez más importante consiste en iniciativas patrocinadas por el gobierno a nivel nacional, financiadas mediante contribuciones voluntarias nacionales. En muchos países, estas iniciativas forman una parte importante e integral del paquete nacional de cooperación técnica que proporciona la OPS.
- d) La creación de alianzas y relaciones de confianza con homólogos nacionales y otros organismos de las Naciones Unidas ha resultado crucial para asegurar el acceso a información confidencial o limitada durante emergencias. Actualmente, la OPS se beneficia del acceso a esa información por medio de sitios web administrados por contrapartes y otros organismos. Para asegurar la creación de alianzas y relaciones basadas en la confianza, fue esencial coordinar con los países y celebrar reuniones para abordar objetivos comunes.

88. Financiamiento para la Oficina Sanitaria Panamericana y eficiencia administrativa

- a) En el contexto del presupuesto integrado del 2016-2017, el suministro de financiamiento en forma de tramos periódicos, sin ninguna garantía en lo que respecta al total que se recibirá, planteó un reto para la ejecución oportuna de los planes de trabajo. Muchas representaciones de la OPS/OMS y divisiones técnicas en Washington actuaron de una manera económicamente conservadora debido a la incertidumbre acerca del financiamiento flexible que recibirían y del momento en que lo recibirían. En el bienio 2018-2019, la Oficina ha tratado de remediar esta situación proporcionando niveles estimados de financiamiento flexible desde un primer momento y distribuyendo la mayor cantidad posible de financiamiento flexible al comienzo del bienio. Sin embargo, el financiamiento flexible de la OMS para la Oficina Regional para las Américas (AMRO), que se estima aproximadamente en \$100 millones para el bienio 2018-2019, sigue distribuyéndose en tramos imprevisibles.

- b) A fin de aumentar la eficiencia de los servicios administrativos y habilitadores de la Oficina, se encontraron grandes oportunidades para simplificar los procesos y reducir los costos. Gracias a ello se redujo el presupuesto de la categoría 6 para el bienio 2018-2019.

Conclusiones y recomendaciones

89. La evaluación del Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017 muestra un gran avance hacia el cumplimiento de los compromisos del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Los compromisos mundiales, regionales y subregionales adoptados recientemente (los ODS, la ASSA2030, la Hoja de Ruta de Montevideo, la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente*, el movimiento “Todas las mujeres, todos los niños América Latina y el Caribe” y la *Estrategia subregional de cooperación del Caribe*, entre otros) constituyen logros importantes para la Organización, a pesar de los retos considerables durante la etapa de ejecución. Durante el bienio también surgieron nuevos enfoques integrados de cooperación técnica, como la vinculación de los servicios de rehabilitación como parte inherente de la respuesta de salud durante la epidemia de la enfermedad por el virus del Zika. A lo largo del bienio, la Organización siguió desempeñando su papel de liderazgo en la promoción de la salud pública en la Región, difundiendo al mismo tiempo prácticas óptimas y enseñanzas a nivel mundial.

90. Se ha reconocido el papel de la OPS y el sector de la salud para facilitar el diálogo intersectorial y la consecución de los ODS. Sin embargo, el desarrollo de los procesos y mecanismos a nivel de país es desigual. A menudo no hay suficientes conocimientos especializados para posibilitar el diálogo de política y los procesos intersectoriales. Es necesario fortalecer la capacidad en los países y en la Oficina, tanto para la elaboración de hojas de ruta nacionales que tengan un fuerte componente de salud como para apoyar a los países en la medición de hitos en cuanto a la salud.

91. Al examinar la cadena completa de resultados en esta evaluación, desde los resultados inmediatos hasta los de impacto, la Organización logró comprender mejor la manera en que las intervenciones a diversos niveles contribuyen al logro de las metas de impacto. El progreso hacia los objetivos regionales de impacto ha requerido el compromiso de todos los Estados Miembros, la Oficina y sus asociados. Aunque en este informe se presentan resultados preliminares, es importante recordar que se necesita un período más largo para obtener resultados más elevados a nivel de impacto. La ejecución del Plan Estratégico, mediante su Programa y Presupuesto, ha procurado catalizar el desarrollo equitativo de la salud en toda la Región, pero queda mucho por hacer durante el bienio 2018-2019 y posteriormente.

92. Aunque la medición de las tendencias regionales proporciona una idea general del progreso, los datos desglosados (por subregión, país y nivel subnacional) y las mediciones de la inequidad (por ejemplo, las disparidades entre quintiles demográficos) suministran información útil para fundamentar las políticas e intervenciones. La Región ha avanzado mucho en la mejora de la medición de la equidad a nivel regional, pero debe seguir propugnando esta agenda. El seguimiento de la equidad en la salud y la acción con respecto a los determinantes sociales de la salud tienen que ir de la mano con la formulación y

aplicación de políticas, planes y programas nacionales de desarrollo de la salud que favorezcan la equidad.

93. La evaluación conjunta que se está realizando con los Estados Miembros —ya en su etapa final— representa una mayor consolidación de la gestión basada en los resultados. Partiendo de las experiencias anteriores, los Estados Miembros participaron activamente en los procesos participativos y encabezados por los países que usó la Oficina para perfeccionar la metodología de asignación de prioridades en el 2016 (por medio del Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico) y elaborar la ASSA2030 en el 2017 (por medio del Grupo de Trabajo de los Países), lo cual redundó en grandes beneficios en lo que se refiere al sentido de implicación y el compromiso. La Organización seguirá trabajando con los Estados Miembros para ampliar esta modalidad a fin de fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas institucional.

94. De conformidad con la asignación de prioridades programáticas, la Organización usó sus fondos flexibles para abordar la falta de consonancia persistente entre la asignación de prioridades (expresada en las asignaciones en el Programa y Presupuesto) y las contribuciones voluntarias específicas de los donantes. La introducción de un enfoque integrado de la gestión del presupuesto permitió una asignación más estratégica de los fondos flexibles, aunque también planteó retos, como se señaló anteriormente.

95. A continuación se presenta una serie de recomendaciones a fin de aprovechar las enseñanzas extraídas de este informe en la elaboración del nuevo Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 y el Programa y Presupuesto 2020-2021, y de fortalecer la ejecución durante el bienio en curso (2018-2019).

96. **RECOMENDACIÓN: Acelerar la campaña en pro de la salud universal en la Región**

- a) Sistematizar y difundir prácticas adecuadas para avanzar hacia la salud universal a fin de poner de relieve las oportunidades para efectuar y mantener cambios estratégicos.
- b) Establecer cuáles son los grupos más vulnerables y en riesgo, y aplicar un enfoque holístico para abordar sus necesidades de salud.
- c) Seguir trabajando con los ministerios de salud en la creación de sistemas de salud resilientes y, al mismo tiempo, forjar alianzas con otros ministerios e interesados para avanzar con la agenda de salud pública.
- d) Fortalecer el papel de liderazgo de las autoridades de salud y su capacidad para administrar eficazmente los procesos de transformación de los sistemas de salud, en coordinación con otros organismos de los Estados Miembros y con la participación de los actores sociales interesados.
- e) Preparar un catálogo de prácticas adecuadas de atención materna y neonatal que puedan promoverse.

97. **RECOMENDACIÓN: Fortalecer los sistemas de información de salud**
- a) Apoyar a los Estados Miembros en el desarrollo de sistemas de información que les permitan señalar las necesidades de salud, monitorear eficazmente el estado de salud de la población y dar seguimiento al desempeño del sistema de salud.
 - b) Aumentar la disponibilidad de información sobre la situación de salud de los migrantes internacionales en los sistemas de vigilancia.
 - c) Mejorar la calidad y comparabilidad de los datos en la Región y en el mundo sobre la violencia contra la mujer.
 - d) Seguir desarrollando sistemas de información de recursos humanos para la salud e institucionalizar un marco para el análisis y el uso de la información.
 - e) Invertir en la creación de capacidad en los países para informar sobre los indicadores de salud básicos, así como sobre las inequidades, por subregión y país, a fin de seguir mejor el progreso y focalizar las intervenciones, y fortalecer las herramientas para monitorear los objetivos de impacto con mayor regularidad.
 - f) Renovar la acción para armonizar las mediciones entre los indicadores del Plan Estratégico y otros datos recopilados por la Oficina —entre ellos, si es posible, la armonización de las mediciones y los métodos de medición con los marcos para la presentación de informes (por ejemplo, los ODS, el Plan General de Trabajo de la OMS y la ASSA2030)— a fin de asegurar la uniformidad y coherencia y de evitar la duplicación.
98. **RECOMENDACIÓN: Crear capacidad nacional para responder a las situaciones de emergencia y los brotes de enfermedades**
- a) Promover y apoyar la plena capacidad de aplicación del RSI, aprovechando los sistemas nacionales de salud y los marcos nacionales para el manejo de emergencias.
 - b) Fortalecer la respuesta de emergencia a las enfermedades prevenibles mediante vacunación en caso de que se reintroduzcan el sarampión, la rubéola o la poliomielitis en la Región.
 - c) Instituir el sistema de manejo de incidentes a nivel nacional como enfoque primario de la respuesta a brotes y desastres.
99. **RECOMENDACIÓN: Intensificar la promoción de la causa en distintos sectores para apoyar la consecución de los ODS**
- a) Acelerar la acción multisectorial y la colaboración dentro de los países y entre ellos.
 - b) Fortalecer las redes para llevar la promoción de la salud al nivel local y contribuir a iniciativas de desarrollo sostenible y promoción de la salud.
 - c) Elaborar o actualizar planes y estrategias nacionales sobre los determinantes ambientales de la salud.

100. RECOMENDACIÓN: Adoptar medidas para revertir la marea de mortalidad y morbilidad por enfermedades no transmisibles

- a) Preconizar y promover la participación de alto nivel de los Estados Miembros en la tercera reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre las ENT.
- b) Aumentar el compromiso político en todos los niveles con la reducción del consumo nocivo de alcohol mediante la adopción de políticas y planes nacionales para reducir el consumo per cápita y los daños relacionados con el alcohol.
- c) Establecer alianzas estratégicas con expertos, la sociedad civil y otros sectores para promover y defender medidas normativas contra la fuerte oposición de la industria alimentaria, utilizando las enseñanzas de la experiencia con el control del tabaco.
- d) Promover sistemas de salud mental comunitarios como parte integrante del sistema de salud en general, con financiamiento suficiente, para garantizar el acceso a servicios de salud mental para quienes los necesiten.

101. RECOMENDACIÓN: Mejorar la calidad, la cantidad y la oportunidad del financiamiento de la Oficina y seguir mejorando la eficiencia institucional

- a) Ampliar los esfuerzos para agrandar y diversificar la base de financiamiento de la Organización.
- b) Recomendar a la OMS que aumente la previsibilidad y la oportunidad de la distribución de fondos flexibles a AMRO y otras oficinas regionales.
- c) Examinar las oportunidades para ahorrar más en la categoría 6, manteniendo y mejorando al mismo tiempo el desempeño de las funciones habilitadoras y administrativas.
- d) En el nuevo Plan Estratégico de la OPS 2020-2025, separar las funciones de liderazgo y gobernanza de las funciones administrativas a fin de reflejar con mayor precisión los gastos generales de la Organización.

Anexos

Anexo A. Evaluación de fin de bienio: proceso y método

1. En esta sección se describen brevemente los componentes del proceso de evaluación de fin de bienio y el método utilizado, entre ellos la evaluación provisional de las metas de impacto, la evaluación conjunta con los Estados Miembros y el análisis de la ejecución del presupuesto y los recursos. El proceso de evaluación se ciñe a los requisitos aprobados por los Estados Miembros (resoluciones CD52.R8, CD53.R3 y CD54.R16) y al compromiso de los Estados Miembros y la Oficina con la rendición de cuentas conjunta y la transparencia.

Evaluación de las metas de impacto

2. En el Plan Estratégico 2014-2019 se establecieron nueve metas de impacto con 26 objetivos e indicadores para medir el progreso a nivel regional. Las metas de impacto se definen como “cambios sostenibles con respecto a la salud de la población a los cuales contribuyen los Estados Miembros de la OPS, la Oficina y otros asociados.” Cada meta tiene uno o varios indicadores que miden el progreso hacia esos cambios. Para establecer y refinar los indicadores de las metas de impacto en el Plan Estratégico de la OPS, el Comité Ejecutivo en su 153.º sesión (2013) formó el Grupo de Trabajo de los Países, en el cual colaboraron los Estados Miembros y la Oficina.

3. Los indicadores utilizan información sobre mortalidad observada que se obtiene de los países. Los datos no se corrigen ni en los casos de clasificación errónea ni en relación con el subregistro. En el caso de la mortalidad materno-infantil, los países estuvieron de acuerdo en usar estimaciones actualizadas de los grupos interinstitucionales que producen estas estimaciones. Dado que para indicadores como la esperanza de vida ajustada en función del estado de salud se necesita más información, además de los datos de mortalidad, como la morbilidad y los factores de riesgo, los países estuvieron de acuerdo en usar las estimaciones de la esperanza de vida ajustada en función del estado de salud efectuadas por el Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria, cuando correspondiera.

4. En el momento de los cálculos iniciales (2013), la serie más completa que había sobre la mortalidad correspondía al período comprendido entre los años 1999 y 2009. Los objetivos para el período del 2014 al 2019 se basaron en proyecciones de la Oficina basadas en modelos estadísticos en los cuales se usaron modelos de suavizado exponencial, según lo acordado y aprobado por los Estados Miembros de la OPS y la Oficina. Es importante señalar que la magnitud de los indicadores podría cambiar porque la base de datos se actualiza continuamente a medida que se reciben datos nuevos de los países y la calidad de la información sobre la mortalidad mejora.

5. Se hace el seguimiento de los indicadores de las metas de impacto usando los datos básicos de salud de la OPS y otras fuentes de información, como los datos que los países notifican a la OPS, la OMS y otros mecanismos oficiales. Las evaluaciones provisionales de este informe se hicieron de conformidad con las especificaciones técnicas del

compendio de indicadores.¹³ La evaluación general de la meta considera el análisis cuantitativo y cualitativo integrado de sus indicadores correspondientes, incluidas las dimensiones de la equidad según corresponda.

Evaluación conjunta de los indicadores de resultados intermedios y de resultados inmediatos con los Estados Miembros

6. Cada dos años, los Estados Miembros y la Oficina evalúan conjuntamente los indicadores de resultados intermedios y de resultados inmediatos contenidos en el Plan Estratégico y el Programa y Presupuesto, respectivamente, usando los criterios estandarizados del compendio de indicadores. Para facilitar este proceso se usa el Sistema de Seguimiento del Plan Estratégico de la OPS, creado en el 2015.

7. Los indicadores de resultados intermedios en evaluación siguen siendo los mismos que los de la versión del Plan Estratégico aprobada en septiembre del 2014. Los indicadores de resultados intermedios revisados aprobados en septiembre del 2017 entraron en vigor en el 2018 y, por consiguiente, no se abordan en este informe.

8. Con respecto a las líneas de base y las metas para los indicadores de resultados inmediatos del bienio 2016-2017, se proporcionaron estimaciones iniciales en el Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017, aprobado en septiembre del 2015. Sin embargo, tras la conclusión de la evaluación de fin de bienio correspondiente al 2014-2015, en septiembre del 2016, se obtuvo un panorama más exacto y actualizado. Por consiguiente, fue necesario actualizar las líneas de base y las metas de la siguiente manera:

- a) En los casos en que los indicadores de resultados inmediatos eran continuos en los dos bienios (es decir, que los criterios de medición no habían cambiado), los resultados de la evaluación del 2014-2015 constituyeron un aporte inicial para determinar si un país estaría incluido en la línea de base para el 2015 o en la meta para el 2017.
- b) En los casos en que se introdujo un compromiso nuevo para el bienio 2016-2017 (por ejemplo, resistencia a los antimicrobianos), los equipos técnicos de la Oficina establecieron las líneas de base y metas preliminares utilizando la información disponible.

9. La evaluación conjunta se inició en enero del 2018 y se ofreció capacitación para los puntos focales designados por las autoridades nacionales de salud. Las evaluaciones de los países comenzaron en febrero en colaboración con las representaciones de la OPS/OMS. Cuando los países terminan las evaluaciones, los resultados son validados por la red de categorías y áreas programáticas de la Oficina.¹⁴ La finalidad de esta validación

¹³ Organización Panamericana de la Salud. Compendio de indicadores del impacto y resultados intermedios: Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Octubre del 2014. Se encuentra en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=28307&Itemid=270&lang=es

¹⁴ La red de categorías y áreas programáticas es una red de equipos gerenciales y técnicos de la Oficina, así como de representantes de los países. Los facilitadores de cada categoría dirigen un equipo de facilitadores

es que los criterios de medición establecidos en el compendio de indicadores se apliquen de manera sistemática y correcta. La validación técnica solo puede completarse cuando todos los Estados Miembros han introducido sus evaluaciones en el sistema de seguimiento del Plan Estratégico. Se había programado que este proceso concluyera para fines de abril del 2018, pero debido a retrasos imprevistos llevará más tiempo y los resultados completos solo estarán disponibles para la sesión del Consejo Directivo en septiembre del 2018.

10. Los resultados de todos los países y territorios, junto con la información adicional disponible a nivel regional, se consolidan para determinar si se han alcanzado las metas. Los indicadores de tipo regional son evaluados por la Oficina. En conjunto, esta información constituye la base para evaluar el estado de los indicadores de resultados inmediatos y de resultados intermedios.

Evaluación de las categorías y áreas programáticas

11. Se usa la evaluación combinada de los indicadores de resultados inmediatos y de resultados intermedios, junto con otra información cualitativa y cuantitativa, para determinar el estado de las áreas programáticas y las categorías del Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017 y del Plan Estratégico 2014-2019.

Criterios para la clasificación

12. La Organización usa los siguientes criterios de clasificación para determinar el estado de las metas de impacto, las categorías y las áreas programáticas:

- a) **Alcanzado:** Se ha alcanzado plenamente o se ha excedido la meta del indicador.
- b) **En curso:** Se prevé que más de 90% de los resultados previstos se habrán logrado para fines del 2019.
- c) **En riesgo:** Se prevé que entre 75% y 90% de los resultados previstos se habrán logrado para fines del 2019. Algunos obstáculos están frenando el progreso necesario para lograr los resultados para fines del 2019. Posiblemente se necesiten medidas correctivas para que estén nuevamente en curso.
- d) **En problemas:** Se prevé que menos de 75% de los resultados previstos se habrán obtenido para fines del 2019. Hay grandes obstáculos que están frenando el progreso. Es poco probable que se obtengan los resultados a menos que se adopten medidas correctivas significativas e inmediatas.

13. Para evaluar los indicadores de resultados inmediatos y de resultados intermedios, se mide el logro de las metas de los indicadores. Los aportes de los países y territorios por medio del Sistema de Seguimiento del Plan Estratégico son la fuente primaria de

de los resultados intermedios, las áreas programáticas y los resultados inmediatos, que evalúan los resultados intermedios e inmediatos bajo su responsabilidad. Los directores de departamento y jefes de unidad de la Oficina participan como facilitadores de las categorías y las áreas programáticas, respectivamente.

información utilizada en la evaluación de los resultados inmediatos, complementada por otras fuentes de información. El logro se clasifica de la siguiente manera:

- a) **Alcanzado:** Se ha alcanzado la meta del indicador (número de países o territorios, número o porcentaje en el caso de los indicadores regionales). Se ponen de relieve los casos en los cuales se ha excedido la meta de indicador.
- b) **Alcanzado parcialmente o en curso:** Se realizaron avances respecto de la línea de base (número de países o territorios, número o porcentaje en el caso de los indicadores regionales), pero no se alcanzó la meta. Se ponen de relieve las razones por las cuales no se logró el indicador.
- c) **Ningún progreso:** No hubo ningún aumento respecto de la línea de base (número de países o territorios, número o porcentaje en el caso de los indicadores regionales). Se ponen de relieve los factores que obstaculizan el progreso y los casos en que ha habido una disminución respecto de la línea de base.

Anexo B. Abreviaturas

Abreviatura	Descripción
AMRO	Oficina Regional para las Américas
ASSA2030	Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030
CIADI	Centro Internacional de Arreglo de Diferencias Relativas a Inversiones
CMNUCC	Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático
ECP	estrategia de cooperación en los países
ENT	enfermedades no transmisibles
mhGAP	Programa Mundial de Acción en Salud Mental de la OMS
ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PMIS	Sistema de Información Gerencial de la OSP
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
SIDA	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana
ZIKV	virus del Zika

