



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



150ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 18 a 22 de junho de 2012

Tema 4.3 da Agenda Provisória

CE150/13, Rev. 1 (Port)
1 de junho de 2012
ORIGINAL: INGLÊS

**PROJETO DE AVALIAÇÃO DE FIM DO BIÊNIO
DO PROGRAMA E ORÇAMENTO 2010-2011/
SEGUNDO RELATÓRIO DE PROGRESSO DO PLANO ESTRATÉGICO
DA OPAS 2008-2012**

ÍNDICE

	<i>Página</i>
I. SUMÁRIO EXECUTIVO.....	3
II. INTRODUÇÃO.....	6
III. VISÃO GERAL DO PROCESSO DE MONITORAMENTO DE DESEMPENHO E AVALIAÇÃO (PMIS) NA OPAS.....	7
IV. DESEMPENHO PROGRAMÁTICO E ORÇAMENTÁRIO.....	10
(A) Grandes Avanços, Desafios e Lições Aprendidas.....	10
(B) Avaliação Programática pelo OE.....	22
<i>Progresso em relação ao alcance dos OEs.....</i>	<i>22</i>
<i>Progresso em relação ao alcance dos RERs.....</i>	<i>24</i>
<i>Status dos indicadores de RER.....</i>	<i>27</i>
(C) Orçamento e Mobilização de Recursos.....	27
<i>Visão Geral do Orçamento Total.....</i>	<i>27</i>
<i>Segmento Programas de Base.....</i>	<i>28</i>
<i>Segmento Crise por Surto e Resposta (OCR).....</i>	<i>36</i>
<i>Contribuições Voluntárias Nacionais (CVNs).....</i>	<i>37</i>
V. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	39
VI. ANEXOS	
Anexo I. Relatórios de Progresso do Objetivo Estratégico	
Anexo II. Metas do Indicador de RER não Atingidas em 2010-2011	
Anexo III. Países e Territórios	
Anexo IV. Acrônimos	

**PROJETO DE AVALIAÇÃO DE FIM DO BIÊNIO
DO PROGRAMA E ORÇAMENTO 2010-2011/
SEGUNDO RELATÓRIO DE PROGRESSO DO PLANO ESTRATÉGICO
DA OPAS 2008-2012**

I. RESUMO EXECUTIVO

1. A finalidade deste relatório é informar os Órgãos Diretivos do progresso em relação à implementação do Plano Estratégico 2008–2012. Ajusta-se ao compromisso da Organização com a responsabilidade e a transparência em linha com sua estrutura de gestão baseada em resultados. O relatório apresenta a avaliação de fim do biênio para o Programa e Orçamento 2010–2011 e para o segundo relatório de progresso interino sobre a implementação do Plano Estratégico da OPAS 2008–2012 (doravante denominado Plano Estratégico).

2. O relatório depende da informação fornecida pelo processo de Monitoramento de Desempenho e Avaliação (PMA) conduzido na Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA). Consiste em análises de implementação programáticas e orçamentárias por Objetivo Estratégico (OE) e por cada nível diferente da Organização. A informação sobre a mobilização de recursos da RSPA para cobrir a lacuna de financiamento para o Programa e Orçamento 2010-2011 aprovado também oferece uma análise da alocação de recursos pelas prioridades programáticas.

3. Segundo os resultados da avaliação, a Organização continua progredindo constantemente para atingir as metas fixadas para 2013 no Plano Estratégico. A avaliação de fim do biênio mostra que dos 16 Objetivos Estratégicos (OEs), 12 estão no caminho e 4 estão em risco. Dos 90 Resultados Esperados em Nível Regional (RER), 81 estão no caminho, 8 estão em risco, e 1 está com problemas. Das 256 metas do indicador do RER, 232 (91%) foram atingidos; vale mencionar que mais de 41% dos indicadores do RER excederam suas metas para 2011 — e, destes, mais da metade já alcançou ou superou suas metas para 2013.

4. Segundo o progresso observado nos diferentes OEs, a Região avançou bastante em direção ao alcance das metas ao nível de impacto da saúde pública para 2013, como exposto no Plano Estratégico. Por exemplo, a Região progrediu notavelmente reduzindo ainda mais a mortalidade infantil, com 31 países apresentando taxa de mortalidade para crianças abaixo de 5 anos de menos que 32,1 mortos por 1.000 nascidos vivos — superando, conseqüentemente, a meta para 2013 (de 26 países). Além disso, a Região avançou em direção ao alcance das metas de eliminação para as Doenças Tropicais Negligenciadas (NTDs), com 14 países sendo certificados como tendo interrompido a transmissão vetorial da doença de Chagas; em 2006, somente 3 países tinham essa

certificação. A Região reduziu ainda mais o número de casos de malária nos países endêmicos, resultando em uma redução geral de 43% do número total de casos, comparado com a linha de base de 2000. Houve uma diminuição contínua da incidência de TB, o que descendeu a 29 casos por 100.000 em 2009, comparado com 39 casos em 2006. Nas Américas, as vidas de aproximadamente 174.000 crianças foram salvas como consequência da manutenção e ampliação da abrangência da imunização. Um total de 5 países atingiu uma taxa de transmissão materno-fetal (TMF) para o HIV de menos de 2%; e 9 países chegaram à meta de acesso universal para o tratamento antirretroviral (ARV). As mortes por Doenças Não Transmissíveis (DNTs) caíram para 2,1 milhões em 2007, em comparação com os 2,4 milhões em 2000. Além disso, 7 países conseguiram reduzir o consumo de tabaco em 10%.

5. Apesar do significativo progresso observado anteriormente, há alguns desafios dignos de serem observados. Por exemplo, o impacto em curso da crise global financeira poderia comprometer a capacidade dos países de continuar progredindo na redução das lacunas e na manutenção dos avanços conseguidos na saúde pública; na redução vagarosa da taxa de mortalidade materna e a necessidade de aumentar a colaboração multissetorial para abordar os determinantes sociais de saúde (que incluem equidade, direitos humanos, e a proteção dos grupos vulneráveis). A luta contra as DNTs e os problemas de saúde relacionados com o estilo de vida e a nutrição, e a segurança alimentar, continuam sendo questões proeminentes. A fim de assegurar detecção, resposta e administração de emergências de saúde pública de interesse internacional (PHEICs), os países devem fortalecer suas capacidades nacionais centrais de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) (2005). Deve-se aumentar a cobertura da proteção social na saúde através do financiamento adequado e sustentável.

6. O segmento de programa de base aprovado do Programa e Orçamento 2010-2011 (PB) para o biênio foi US\$ 643 milhões,¹ dos quais a Organização disponibilizou \$583 milhões (91%) para o biênio. A taxa de implementação desses fundos para o biênio foi de 89% (\$521 milhões). É importante observar que, em termos gerais, há uma correlação muito boa entre as taxas de implementação para programas e orçamentos: 91% de todas as metas do indicador do RER foram atingidas através da implementação de 89% dos fundos orçamentários disponíveis para o biênio. Dos \$643 milhões alocados para os programas de base e orçamento aprovados, \$287 milhões vieram do Orçamento Regular. A diferença de \$356 milhões constituiu a lacuna de financiamento inicial. Ao final do biênio, a Organização foi capaz de mobilizar mais \$296 milhões — portanto, reduzindo a lacuna de financiamento para \$60 milhões.

¹ Salvo indicação em contrário, todas as cifras monetárias citadas neste relatório estão expressas em dólares dos Estados Unidos.

7. Além do segmento de programa de base, o PB incluía outros dois segmentos: Crise por Surto e Resposta (OCR) e Contribuições Voluntárias Nacionais (CVNs). Durante o biênio, a Organização recebeu \$48 milhões para OCR, e outros \$348 milhões de CVNs. A taxa de implementação para esses fundos foi de 98% para OCR e 75% para CVNs.

8. Combinando os três segmentos do PB, a Organização obteve um total geral de \$979 milhões disponíveis para o biênio, com uma taxa de implementação total de 85%.

9. Houve uma transferência positiva na alocação de recursos segundo a prioridade programática designada aos diversos OEs, particularmente em 3 dos 5 OEs de alta prioridade (a saber: saúde da mãe e da criança, prevenção e controle de doenças transmissíveis, e prevenção e controle de doenças crônicas²). Porém, serão necessários esforços adicionais para melhorar o alinhamento da alocação de recursos com as prioridades programáticas.

10. Durante o biênio, a RSPA continuou a investir em programas e iniciativas para otimizar os recursos da Organização, inclusive nova consolidação da sua estrutura de Gestão Baseada em Resultados (RBM) e implementação das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS). Contudo, há uma necessidade de abordar algumas questões importantes antes de implementar plenamente a RBM por toda a Organização. Essas incluem mais fortalecimento de seu componente confiabilidade, aprimorando a documentação e a aplicação de lições aprendidas, simplificando o processo de planejamento, e fortalecendo ambas a qualidade e a coerência dos diferentes componentes do Plano Estratégico da OPAS para melhor refletir progresso em direção às realizações ao nível de impacto e resultados em todos os níveis da Organização. Além disso, há uma necessidade de se continuar a promover e implementar o enfoque horizontal interprogramático — particularmente para confrontar os novos desafios.

² Os termos “Doenças Não Transmissíveis” (DNTs), “Doenças Crônicas Não Transmissíveis” (DCNTs), e “doenças crônicas” são usados como sinônimos por todo este documento e, geralmente, por toda a Organização como um todo.

II. INTRODUÇÃO

11. Como estabelecido no Plano Estratégico da OPAS 2008–2012, à Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) requer-se que, a cada dois anos, apresente relatórios de progresso aos Órgãos Diretivos da Organização sobre a implementação do Plano. Este relatório cobre o biênio de 2010-2011 e representa o segundo relatório de progresso apresentado aos Órgãos Diretivos da OPAS por aquele período.

12. O relatório depende da informação fornecida mediante o processo de Monitoramento de Desempenho e Avaliação (PMA) conduzido na RSPA. Consiste em análises de implementação programáticas e orçamentárias de desempenho da Organização, inclusive uma análise por nível organizacional (entidades do país, sub-regional e regional), assim como pelo Objetivo Estratégico (OE). O relatório também inclui informação sobre mobilização de recursos da RSPA para cobrir a lacuna de financiamento no Programa e Orçamento aprovados 2010-2011, assim como na alocação dos recursos pelo nível organizacional e pelo OE.

13. O relatório incorpora as recomendações fornecidas pelos Estados Membros sobre o primeiro relatório de progresso para 2008-2009, apresentado ao 50º Conselho Diretor da OPAS em setembro de 2010. Também incorpora a contribuição obtida do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração (SPBA). O relatório final, que será apresentado à 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana (PASC), em setembro de 2012, incluirá as recomendações da 150ª Sessão do Comitê Executivo da OPAS em junho de 2012.

14. Este relatório compõe-se de seis seções: Seções I, II, e III cobrem, respectivamente o resumo executivo, a introdução, e a visão geral do processo de PMA. A Seção IV inclui as análises institucionais do desempenho programático e orçamentário, assim como mobilização de recursos. A Seção V inclui um resumo das conclusões e recomendações. Finalmente, a Seção VI contém os Anexos I–IV; os Relatórios de Progresso detalhados para cada um dos 16 OEs, com seus RERs respectivos e indicadores do RER, estão incluídos no Anexo I.

III. VISÃO GERAL DO PROCESSO DE MONITORAMENTO DE DESEMPENHO E AVALIAÇÃO (PMA) NA OPAS

15. O relatório reflete a avaliação realizada no final de 2010-2011. Como se estabelece no processo de Monitoramento de Desempenho e Avaliação (PMA) da Organização, a avaliação envolveu todos os administradores de entidade da RSPA e suas equipes, assim como a Gestão Executiva (EXM). Durante este exercício, o desempenho de cada uma das 69 entidades da RSPA e o progresso em direção à realização dos 16 Objetivos Estratégicos (OEs), 90 Resultados Esperados em Nível Regional (RERs) e 256 indicadores do RER do Plano Estratégico da OPAS 2008–2012 foram examinados. Este exercício proporcionou a contribuição principal para a preparação do relatório de progresso que será apresentado aos Órgãos Diretivos da OPAS durante 2012.

16. A avaliação inclui tanto métodos quantitativos como qualitativos, descritos a seguir.

17. Primeiro, o cumprimento das metas do indicador do RER fixadas para o final de 2011 é avaliado com base na informação fornecida pelos administradores de entidade. Esta parte da metodologia é quantitativa — a meta foi ou não atingida — e os administradores de entidade são responsáveis pelo alcance dos resultados sob suas responsabilidades e pela informação que fornecem. Para os indicadores do tipo “número de países”, os relatórios dos administradores de entidade do país são agregados para determinar se o número de países requerido para chegar à meta do indicador do RER foi conseguido. Posteriormente, é executada uma análise qualitativa dos RERs e, finalmente, com base nesta informação, faz-se uma análise qualitativa dos OEs. Em ambos os casos, aborda-se o número de metas dos indicadores do RER que foram alcançados.

18. Os seguintes critérios de classificação foram aplicados para o monitoramento programático e orçamentário dos RERs e OEs:

- taxa de implementação 90–100% = Verde, ou “no caminho”: não são esperados impedimentos ou riscos para significativamente afetar progresso;
- taxa de implementação de 75%–89% = Amarelo, ou “no caminho”: progresso corre risco e ação é necessária para superar atrasos, impedimentos e riscos;
- taxa de implementação <75% = Vermelho, ou “com problemas”: progresso corre sério risco devido aos impedimentos ou riscos que poderiam excluir a realização das metas.

19. Taxas de 75% e acima para implementação programática e 90% para implementação orçamentária são consideradas um desempenho aceitável no final do período de planejamento, como estabelecido no Plano Estratégico 2008–2012.

20. Uma descrição breve da metodologia usada em cada componente do relatório está incluída a seguir.

Avaliação Programática

21. *Análise pelo OE:* O avanço em direção ao alcance dos Objetivos Estratégicos (OEs), fixados para o final do *Plano Estratégico*, é avaliado pelos Facilitadores do OE. Eles analisam o nível agregado da realização dos RERs respectivos e fatores contribuindo para o progresso ou impedimento ao alcance do OE (avaliação qualitativa), levando em consideração as metas do indicador do RER atingidas (avaliação quantitativa). O Facilitador do OE nivela o status do OE no final do biênio e determina se está no caminho, em risco, ou com problemas no que se refere à sua realização até 2013.

22. *Análise pelo RER:* A avaliação dos RERs é realizada pelos Facilitadores do RER. Eles avaliam o nível do alcance das metas do indicador de RER (avaliação quantitativa) e fatores contribuindo ou dificultando o alcance de RER (avaliação qualitativa). O Facilitador de RER avalia o status do RER no final do biênio no que se refere à sua realização até 2013, determinando está no caminho, em risco, ou com problemas.

23. *Análise pela meta do indicador de RER:* A realização dos indicadores de RER é medida mediante o alcance das suas metas respectivas fixadas para cada biênio; isto é, são alcançadas ou não.

Avaliação Orçamentária

24. *Implementação orçamentária:* Esta é avaliada para a Organização como um todo; pelo nível de organização (entidades do país, sub-regional e regional); pelo OE; e pela procedência dos fundos, inclusive ambos o Orçamento Regular (RB) e Outras Fontes (OS). A taxa orçamentária de implementação é atingida pela divisão dos gastos sobre a quantia total de fundos disponíveis para o biênio.

25. *Mobilização de recursos:* Programa e Orçamento (PB) estabelece a quantidade estimada de fundos (custo planejado) necessária ao implemento do programa de trabalho aprovado pelos Órgãos Diretivos para um dado biênio. O PB também estabelece a quantia estimada de fundos requeridos para cada OE. Durante o biênio, a RSPA mobiliza os recursos para preencher a lacuna de cada OE. Em linha com a Gestão Baseada em Resultados (RBM), cada entidade planeja o custo do seu plano bienal de trabalho (independentemente da fonte dos fundos) segundo a quantia estimada de recursos necessários para alcançar seus resultados esperados e produção durante aquele biênio. Durante o biênio, recursos são mobilizados para preencherem a lacuna de

financiamento dos OEs e entidades, o que, por sua vez, contribuem para o preenchimento da lacuna de financiamento no âmbito da Organização. (Em qualquer ponto do biênio, a diferença entre o cálculo original e os atuais recursos disponíveis de qualquer fonte para cumprir o programa consiste na lacuna de financiamento.)

IV. DESEMPENHO PROGRAMÁTICO E ORÇAMENTÁRIO

(A) Grandes Avanços, Desafios e Lições Aprendidas

26. O resumo abaixo destaca alguns dos grandes avanços, desafios e lições aprendidas durante o biênio 2010-2011. Os Relatórios de Progresso do OE (no Anexo I) incluem informações detalhadas sobre cada OE.

(1) Grandes avanços e desafios

27. Os avanços e os desafios destacados abaixo foram identificados dentro dos três componentes da *Estrutura Estratégica para Cooperação* elaborada no Plano Estratégico da OPAS:

- Completude da agenda inconclusa
- Proteção dos avanços já conseguidos
- Enfrentamento dos novos desafios

(a) Completude da Agenda Inconclusa

Progressos

- (i)* Em 2010-2011, na Região das Américas, houve notável progresso, em termos de redução da mortalidade infantil e melhoria da saúde materna — portanto contribuindo para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas (ODMs) 4 e 5. Segundo os Indicadores Básicos de 2010 da OPAS, 31 dos países da Região tiveram uma taxa de mortalidade para crianças com menos de 5 anos de menos que 32,1 por 1.000 nascidos vivos; conseqüentemente, a Região já superou o objetivo de 2013 (de 26 países). Vale mencionar também o aumento do número de partos assistidos por funcionários da área de saúde capacitados, na América Latina e no Caribe, que agora se encontra em estimados 92,9% — portanto superando a meta de 2013 (de 90%).
- (ii)* Houve avanços no sentido de atingir as metas regionais de eliminação para as Doenças Tropicais Negligenciadas (DTNs) como a oncocercose, a doença de Chagas e a esquistossomose. Quatorze (14) países obtiveram certificações de interrupção da transmissão vetorial da doença de Chagas, e a Colômbia está no processo de receber a certificação por ter eliminado a oncocercose.
- (iii)* Os casos de malária continuaram diminuindo em 18 dos 21 países endêmicos da Região. Segundo o Relatório Mundial da Malária de 2011 da OMS, os casos notificados na Região das Américas foram reduzidos de

1.182.418, em 2000, para 678.164, em 2010 — o que quantifica uma redução de 43% do número de casos. Da mesma forma, os 130 mortos notificados neste mesmo ano constituem uma diminuição de 65% no número de mortes, comparado com a linha de base de 2000.

- (iv) Desde 2006, a diminuição contínua na incidência de tuberculose (TB) por 100.000 habitantes (incluindo os pacientes portadores do HIV com TB) indica que a meta de 2013 de 27 casos de incidência de TB, na verdade, será atingida; na realidade, em 2009, o número baixara para 29.
- (v) O progresso em curso foi observado ao abordar gênero, diversidade cultural, direitos humanos, e a saúde dos povos indígenas e outros grupos étnicos, assim como de outros grupos vulneráveis. Um total de 31 países está agora implementando planos de avançar com o gênero no setor da saúde; 11 países reexaminaram ou formularam políticas e leis de maneira compatível com os instrumentos internacionais dos direitos humanos; e 21 países estão implementando políticas, planos ou programas para melhorar a saúde dos povos indígenas. Além disso, 17 países implementaram a iniciativa Rostos, Vozes e Lugares.
- (vi) Enquanto os desafios permanecem abordando questões de nutrição e segurança alimentar, 26 países ou já implementaram ou estão no processo de implementar mecanismos de coordenação multissetoriais, políticas, planos ou programas para prevenir a desnutrição dentro de sua estrutura nacional de segurança alimentar e nutrição.

Desafios

- (i) Como observado no Plano de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Grave Morbidade Materna (aprovado pelo 50º Conselho Diretor da OPAS em 2010), quase nenhum dos países estão reduzindo a mortalidade materna em uma taxa suficiente para chegar à meta do ODM-5 — incluindo aqueles com números mais baixos de morbidade e mortalidade maternas (MMR), como o Canadá e os Estados Unidos. Um total de nove países da Região apresenta números de MMR acima da média regional de 88,9 por 100.000 nascidos vivos. Além disso, 95% de toda a mortalidade materna é prevenível — como indicado pelas causas mais frequentes de morte (hipertensão induzida por gravidez, hemorragia, complicações advindas de abortos realizados em condições perigosas, trabalho de parto obstrutivo, sépsis, e outras causas diretas).
- (ii) Enquanto os países continuaram reduzindo a incidência da malária, diversos desafios permanecem. Estes incluem o sustento e o reforço de vigilância em todos os níveis do sistema de saúde para detectar ameaças de malária e, conseqüentemente, desencadear respostas apropriadas com atrasos mínimos.

Um outro desafio reside em identificar a resistência aos medicamentos antimaláricos (antimaláricos).

- (iii) A abordagem Meios Saudáveis ganhou impulso sob a agenda renovada de Promoção da Saúde (HP), com uma ênfase nos determinantes sociais e ambientais da saúde. Porém, são necessários maiores esforços para implementar plenamente a estratégia e as ações renovadas delineadas em Escolas Promotoras da Saúde: O Fortalecimento da Iniciativa Regional — Estratégias e Linhas de Ação 2003–2012, como aprovado pelo Conselho Diretor de OPAS.
- (iv) A ação interssetorial continua sendo um desafio para abordar os Determinantes Sociais de Saúde (SDH), inclusive as questões relacionadas à mudança climática. Em 2011, tanto a Consulta Regional sobre os Determinantes Sociais da Saúde como a Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde tiveram, predominantemente, a participação do setor da saúde — apesar dos esforços de envolver outros setores. Alguns países ainda não estão abordando o tema da mudança climática e saúde. Há também o desafio de implantar as políticas de administração de vetores ecologicamente válidas.
- (v) Os desafios na área da nutrição incluem as seguintes necessidades:
 - Promoção do diálogo com atores múltiplos e contrapartes.
 - Identificação das prioridades nacionais em nutrição por parte dos ministérios da saúde.
 - Melhoria das bases de dados existentes em processos nutricionais para crianças pequenas.
 - Motivação dos países para continuarem a melhorar seus programas.
 - Mobilização da vontade política necessária e dos recursos financeiros para incorporar os indicadores do status de nutrição nos sistemas de vigilância em saúde.
 - Mobilização dos recursos para promover e apoiar a pesquisa, assim como disseminar informação com base científica.

28. Assinala-se que OE9 (sobre Nutrição e Segurança Alimentar) está em risco de não atingir suas metas para 2013.

(b) *Proteção dos Avanços Já Conseguidos*

Progressos

- (i) A Região das Américas continuou a manter e a ampliar a cobertura de imunização, o que resultou em aproximadamente 174.000 vidas de

crianças sendo salvas todos os anos. Todos os países e territórios mantêm seus status “livres da poliomielite” e esperam manter a erradicação por 2013 e além. Eles também conseguiram a interrupção da transmissão endêmica do sarampo, da rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita (SRC).

- (ii) Houve contínuos progressos na implementação da Estratégia Renovada de Atenção Primária à Saúde, com 7 países já colocando em prática a estratégia e 18 no processo de fazê-lo.
- (iii) As autoridades sanitárias nacionais continuaram fortalecendo suas funções de gestão e liderança. Um total de 29 países formulou políticas, assim como planos de médio e longo prazo. Dezoito (18) países estabeleceram comissões nacionais para monitorar o cumprimento das normas éticas na pesquisa científica. Em 12 países, as Autoridades Reguladoras Nacionais (ARNs) para Medicamentos e Produtos Biológicos foram avaliadas, e com 4 desses designados como ARNs de Referência Regional. Um total de 17 países formulou políticas e programas nacionais do setor da saúde para a reabilitação, que foram alinhados com as recomendações para incapacidades e reabilitação, e com os requisitos da Convenção da ONU para os Direitos das Pessoas com Incapacidades.
- (iv) Os países continuaram investindo nas intervenções para melhorar o acesso à assistência e a qualidade da atenção. Vinte e dois (22) países implementaram a Estratégia da OPAS/OMS em Qualidade da Atenção e Segurança dos Pacientes, e 19 países incorporam em suas constituições nacionais ou o direito à saúde (o que resguarda o acesso a medicamentos) ou o direito ao acesso a medicamentos e tecnologias de saúde.

Desafios

- (i) Enquanto houve progresso na ampliação da proteção social e no aumento do financiamento sanitário, existe a necessidade de se ampliar significativamente a cobertura da proteção social na saúde através de financiamento adequado e sustentável, o que é fator crítico se avanços contínuos forem conseguidos na redução de lacunas, proteção dos ganhos já obtidos, e no enfrentamento dos novos desafios da saúde pública.
- (ii) A vigilância epidemiológica das Doenças Imunopreveníveis (VPDs) e a qualidade da informação nos relatórios periódicos devem ser ambas fortalecidas. O impacto das intervenções de vacinação dirigidas aos municípios de baixa cobertura não é facilmente demonstrado, já que ainda não há dados disponíveis.

- (iii) Enquanto os países avançaram na melhoria da qualidade da atenção, assim como na segurança dos pacientes, a integração desta iniciativa através dos programas de saúde continua sendo um desafio.
 - (iv) Como novas prioridades em saúde pública são definidas, há uma necessidade contínua e crescente de apoiar questões relacionadas à política, regulamentação e ao uso de medicamentos e tecnologias de saúde —, assim como à integração de enfoques interculturais dentro de políticas e sistemas de saúde. De modo semelhante, as áreas de doenças e outras prioridades de saúde pública requererão apoio significativo adicional, usando um enfoque comum com base nos sistemas de saúde. A necessidade de integração através das áreas técnicas é de extrema importância — incluindo dentro dos ministérios da saúde — no que conecta o trabalho realizado na área de administração de medicamentos com as áreas do programa contra doenças e com os serviços de saúde dos países —, assim como dentro das Autoridades Reguladoras Nacionais.
 - (v) Para implantar a Política de Investigação em Saúde, será necessário aumentar os recursos (incluindo financiamento), parcerias, cooperação técnica, e integração de pesquisa no planejamento e no oferecimento de assistência de saúde.
 - (vi) A ampliação da cooperação Sul-Sul de recursos humanos para a saúde (HRH) requereu o fortalecimento da coordenação entre as entidades regionais, sub-regionais e nacionais responsáveis por políticas de desenvolvimento, assim como parcerias renovadoras com os principais países em HRH para cooperação técnica e financeira.
 - (vii) Houve progresso limitado na produção de evidência empírica necessária ao aumento da conscientização sobre o impacto dos gastos de saúde catastróficos e suas consequências ao aumentar os riscos financeiros de famílias caindo na pobreza. Será necessário expandir os esforços do país e a cooperação técnica, inclusive o financiamento, para apoiar a produção de evidências nesse tema. Não há dados para apoiar os estudos de equidade em países onde há grandes disparidades na utilização dos e no acesso aos serviços de saúde.
- (c) *Enfrentamento dos Novos Desafios*
- Progressos*
- (i) A taxa estimada de incidência da infecção pelo HIV continuou diminuindo. Em 2010, a taxa calculada foi de 18 casos por 100.000 habitantes — mais baixa do que a meta estabelecida de 23 por 100.000 para 2013.

- (ii) Cinco países notificaram ter atingido uma taxa de transmissão materno-fetal (TMF) para o HIV de menos de 2%; e 7 países adicionais estão no caminho, com uma taxa de HIV-TMF entre 2% e 7%.
- (iii) O acesso ao tratamento antirretroviral (ARV) melhorou. Ao final de 2011, 9 países haviam atingido a meta de acesso universal de cobertura a 80% ou mais dos que precisam; e mais 5 países apresentaram cobertura estimada de 70%–79%. Vale mencionar o aumento no número de países participando no Fundo Estratégico da OPAS, o que aumentou de 21 para 24 países.
- (iv) A Região das Américas conseguiu avanços importantes em resposta aos desafios das Doenças Não Transmissíveis (DNTs) e de problemas de saúde e comportamentos relacionados com estilo de vida, com maior compromisso político e técnico com as DNTs nos âmbitos regional, sub-regional e nacional. Isso foi aumentado com a reunião de Alto Nível das Nações Unidas (UNHLM) sobre Doenças Não Transmissíveis. O Fórum Pan-Americano para Ação nas DNTs foi estabelecido como uma plataforma para reunir governo, negócios e sociedade civil para aumentar conscientização e expandir as práticas bem sucedidas. As mortes na América Latina e no Caribe (ALC) foram reduzidas a 2,1 milhões até 2007 (atingindo, assim, a meta para 2013); e a taxa de mortalidade decorrente de lesões causadas por acidentes de trânsito foi reduzida para 15,8 por 100.000 habitantes (segundo números de 2007). Programas para as DNTs foram estabelecidos em 22 países, com ênfase no diabetes, nas Doenças Cardiovasculares (DCVs) e no câncer. Além disso, o Modelo de Atenção de Afecções Crônicas foi adotado por mais de 20 países com o fim de melhorar a qualidade dos serviços de saúde para a administração integrada de DNTs. Além disso, 22 países agora possuem uma política ou um plano nacional para as DNTs e compartilharam as experiências através da rede CARMEN (o nome vem de sua sigla espanhola para “Ação Colaborativa para Prevenção de Fatores de Risco e Administração Eficaz de Doenças Não Transmissíveis”).
- (v) Durante os quatro últimos anos, os países das Américas progrediram significativamente na implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) da OMS. Sete (7) países reduziram a taxa de prevalência do consumo de tabaco em 10%; 11 países adotaram a legislação de ambiente 100% livre de tabaco; 4 adotaram as proibições de anúncio, promoção e patrocínio do tabaco; e 17 sancionaram as regulamentações para o empacotamento e rotulagem de produtos do tabaco.
- (vi) A Região das Américas continuou a demonstrar forte liderança no setor da saúde ao responder a desastres, emergências e epidemias. Também foi

priorizada a área de redução de risco. Com a aprovação do 50º Conselho Diretor da OPAS do Plano Regional de Ação para Hospitais Seguros, o setor da saúde se tornou o primeiro setor a desenvolver um plano regional de ação entre aqueles contribuindo para o Marco de Ação de Hyogo (MAH) para criar resistência ao desastre. De acordo com este plano, 28 países implementaram o Índice para Hospital Seguro. Um Índice de Segurança para os Serviços de Saúde Menores foi também formulado e implementado. Durante o biênio, a Região foi afetada por grandes eventos catastróficos. Estes incluíam terremotos no Haiti e no Chile; cólera no Haiti; inundações na América Central, na República Dominicana, nas Bahamas, na Bolívia, e na Colômbia; e uma erupção vulcânica no Equador. Os países responderam a esses desastres de uma maneira eficaz e solidária. É importante observar que a OPAS, em colaboração com os países, respondeu a todos os tipos de emergências segundo os cronogramas e protocolos estabelecidos.

Desafios

- (i) Permanecem os desafios para operacionalizar plenamente a política e o plano regionais para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) através de um enfoque verdadeiramente multissetorial (como delineado em Estratégia e Plano de Ação da OPAS para um enfoque integrado à prevenção e ao controle de doenças crônicas, inclusive dieta, atividade física e saúde, como aprovado pelo 47º Conselho Diretor da OPAS em 2006). Existe, também, a necessidade de se melhorar e seguir a integração das DCNTs e seus fatores de risco comuns com outros programas para introduzir as plataformas transversais e, portanto, reduzir as desvantagens associadas aos enfoques verticais. Os países provaram sua capacidade de estabelecer vigilância às DCNTs. Todavia, um grande desafio permanece em termos de sustentabilidade, uma vez que tal vigilância requer recursos humanos bem preparados, assim como recursos financeiros estáveis.
- (ii) A sustentabilidade dos programas nacionais de Preparativos de Emergências requererá um contínuo compromisso com a designação dos recursos necessários humanos e financeiros.
- (iii) A interferência da indústria do tabaco, inclusive as campanhas de responsabilidade social empresarial, continua a ser um desafio para a sustentação e o avanço do trabalho de controle do tabagismo.
- (iv) Um aumento do consumo de álcool devido aos investimentos da indústria do álcool para aumentar a sua participação no mercado latino-americano e caribenho constitui um grande desafio para os programas que abordam a redução de consumo de álcool.

(2) *Principais Conquistas da Cooperação Técnica da RSPA*

- (a) A RSPA continuou a fornecer liderança em assuntos críticos para a saúde e a empenhar-se em parcerias dentro do Sistema das Nações Unidas (NU) no grupo saúde e alinhamento, assim como em questões de harmonização da saúde, nos níveis regionais e de país. A RSPA estava ativamente ocupada com países e sócios na bem sucedida Reunião de Alto Nível das Nações Unidas (NHLM) para Doenças Não Transmissíveis (DNTs), destacando que as DNTs devem ser priorizadas nos âmbitos nacional, sub-regional, regional e global. Isso é ilustrado pela Conferência Global sobre os Determinantes Sociais da Saúde (Rio+20) e por tais iniciativas estratégicas de cooperação técnica, como a iniciativa Maternidade Segura, a Aliança Pan-Americana de Nutrição e Desenvolvimento, a iniciativa Rostos, Vozes, e Lugares, e o desenvolvimento do Plano de Ação Regional para Eliminação da Transmissão Materno-Fetal de HIV e Sífilis Congênita. Além disso, foram elaboradas Estratégias de Cooperação com os Países (CCSs) para 34 países e territórios, assim como 3 Estratégias de Cooperação Sub-Regionais (SRSs). Durante 2010-2011, os Órgãos Diretivos da OPAS (GB) aprovaram 32 Resoluções respaldando 4 Políticas, 15 Estratégias e Planos de Ação e 3 Documentos-Proposta, assim como adotando outras decisões importantes sobre questões de saúde pública (esses documentos podem ser encontrados no website da OPAS em http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=42&Itemid=189).
- (b) A RSPA continuou a moldar a agenda de pesquisas e a estimular a geração, a difusão e a aplicação do conhecimento valioso através de vários relatórios e publicações, inclusive, entre outros, o seguinte:
- Terremoto no Haiti — Janeiro 2010: Lições a serem aprendidas para o próximo grande desastre de início súbito.
 - Informativo Trinta Anos Imunização: a história do PAI nas Américas.
 - Primeiro Relatório Regional sobre a Situação Sanitária de Jovens Indígenas (OPAS/CEPAL/AECID).
- (c) A avaliação e o planejamento de resposta à infecção de HIV/AIDS utilizando uma perspectiva de sistemas de saúde foram conduzidos em 10 países, e ferramentas para incorporar a prevenção do HIV em planos nacionais foram disseminados e aplicados em 14 países. Sete (7) estudos no nível de país sobre desigualdades e iniquidades no acesso aos e na utilização dos serviços de saúde foram produzidos; esses estudos são chave para apoiar a avaliação e a implementação das políticas de redução das disparidades em saúde. Além disso, foi estabelecida uma plataforma virtual para uma Comunidade de Prática na Atenção Primária à Saúde (APS), realizou-se uma avaliação regional da APS, e uma estrutura/metodologia analítica para avaliar o desempenho dos sistemas de

- saúde com “lentes” de APS foi desenvolvida. Um curso virtual sobre a APS, em inglês, foi implementado pelo Campus Virtual da OPAS em Saúde Pública (VCPH). Houve um aumento significativo no número de livros didáticos e materiais fornecidos através do Programa Ampliado de Livros Didáticos e os Materiais de Aprendizagem (PALTEX, do nome em espanhol *Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción*). O PALTEX mostrou um aumento de 58 novas edições e 93 novos títulos, para um total de 739 itens disponibilizados durante 2010-2011.
- (d) Houve um progresso sustentado no desenvolvimento de projetos, produtos e serviços que fortalecem a função da Organização nos âmbitos regional e global como uma fonte autorizada de informações e conhecimento relacionado com as ciências da saúde. Entre outras, vale destacar as três iniciativas principais decorrentes dos processos coletivos:
- A Estratégia *e-Saúde*.
 - A Estratégia de Gestão de Conhecimento e Comunicação.
 - A adoção de um modelo de Redes de Relações Estratégicas.
- (e) A RSPA continuou a conduzir o desenvolvimento de normas e padrões, assim como promover e monitorar a sua implementação. Isto inclui a produção de cinco manuais para apoiar a implementação das Redes Integradas de Prestação de Serviços de Saúde (IHSDNs), que abarca uma revitalização da cooperação técnica nos hospitais dentro da estrutura das IHSDN nos âmbitos global, regional e do país. Isso incluía uma proposta de uma agenda regional em hospitais; a Pesquisa Global de Saúde dos Estudantes Escolar (GSHS), com a participação de 22 países; e o desenvolvimento de uma ferramenta de cálculo de custos, de um guia prático e de diretrizes laboratoriais para a implantação do Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Materno-Fetal de HIV e Sífilis Congênita. De modo semelhante, uma análise da legislação de 11 países foi finalizada através do enfoque dos direitos humanos.
- (f) Ao estabelecer cooperação técnica, catalisar mudanças e formar capacidade institucional sustentável, a RSPA vem sistematicamente revisando seus processos e explorando novas modalidades para cooperação técnica. Por exemplo, a nova modalidade para a cooperação técnica com os Centros Colaboradores da OPAS/OMS e as Instituições de Referência Nacionais aprimorou a capacidade da Organização de responder aos seus Estados Membros. É também válido observar que esforços contínuos da Organização para investir na otimização do uso dos seus recursos — incluindo a utilização de tal tecnologia de informação como conferências on-line via Elluminate, um sistema telefônico moderno, e a centralização de infraestrutura de informação — ajudou a melhorar a eficiência enquanto contendo ainda custos operacionais. Esforços adicionais desta maneira incluem a consolidação do Domínio da OPAS

e da rede privada da OPAS, mais consolidação da estrutura de RBM por toda a Organização e a Implementação contínua das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS). É importante observar que a Organização recebeu uma Opinião de Auditoria desqualificada para 2010. Além disso, as negociações bem sucedidas com os sócios estratégicos — tanto tradicionais como não tradicionais — resultaram na RSPA tendo mobilizado \$70 milhões durante um período de três anos (2011–2013).

- (g) A RSPA continuou a vigiar a situação sanitária e a avaliar as tendências de saúde. Isso foi realizado mediante programas em curso e iniciativas específicas, incluindo a Plataforma de Informação e Inteligência de Saúde Pública; a publicação anual dos Indicadores Básicos da Situação da Saúde nas Américas e os Indicadores Básico de Doenças Não Transmissíveis 2011; a Consulta Regional sobre os Determinantes Sociais de Saúde, onde recomendações foram definidas e difundidas para contribuir a Declaração Rio negociada pelos Estados Membros na Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais de Saúde. A Plataforma Regional para Acesso e Inovação para Saúde foi desenvolvida e está programada para ser lançada em janeiro de 2012 como um instrumento regional para apoiar a implementação da Estratégia Global em Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual.

Desafios para a Cooperação Técnica da RSPA

- (a) Ainda que avanços significativos foram conseguidos na implementação da OPAS da RBM — particularmente em termos de planejamento e de monitoramento de desempenho e avaliação (PMA) — sua relevância, coerência, integração, e correlação podem ser melhoradas através da cadeia de resultados advindos do Plano Estratégico — desde os OEs até os indicadores do RER. Além disso, o processo de PMA pode ser melhor utilizado para realizar as mudanças necessárias aos indicadores e metas, considerando quaisquer alterações que possam surgir durante a implementação do Plano Estratégico.
- (b) A RSPA precisa continuar a aprimorar e promover modelos bem sucedidos para um enfoque integrado à cooperação técnica, a fim de maximizar o seu impacto na saúde pública. Isto inclui documentar e avaliar as lições aprendidas.
- (c) A falta de um sistema de informação integrado para gestão da RSPA compromete a capacidade de continuar a melhorar a eficiência e obter qualidade e informação oportuna para a administração e a tomada de decisão.
- (d) A ausência de uma estratégia integrada de mobilização de recursos institucional — acoplada a fracos mecanismos para atrair parceiros não tradicionais, inclusive o setor privado — continua sendo um desafio.
- (e) Enquanto alguns parceiros reconheceram o valor de um enfoque de programa para as Contribuições Voluntárias (CVs), a RSPA enfrenta desafios contínuos

com o financiamento reservado para tal fim. É importante continuar a fortalecer o enfoque de programa nas negociações para CVs enquanto que ainda equilibrando a diversidade de interesses entre parceiros através das prioridades coletivas fixadas no Plano Estratégico.

(3) Lições Aprendidas

- (a) A necessidade de fortalecer a defesa de causa e a solidariedade foi uma lição valiosa aprendida no caso da defesa de causa para a erradicação de sarampo/rubéola nos fóruns globais —, assim como a necessidade dos países de permanecerem atentos, para que possam abordar rapidamente importações à Região.
- (b) Um bom exemplo de que lições podem ser aprendidas reside no apoio e na solidariedade oferecidas por outros países quando a legislação do tabaco de um país foi atacada pela indústria do tabaco; isso deve ser maximizado em iniciativas futuras.
- (c) As alianças, articulação, cooperação e coordenação foram temas comuns nas lições aprendidas durante este biênio. Alguns exemplos incluem o seguinte:
- A formação de alianças com países e organismos foi chave ao desenvolvimento e ao lançamento da Rede da América Latina e do Caribe para Sistemas de Informação Sanitária (RELACISIS, acrônimo originado do nome em espanhol, *Red Latinoamericana y del Caribe para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información de Salud*). A RELACISIS foi resultado de uma parceria estratégica entre a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), a OPAS e o Monitoramento e Avaliação para Estimar e Utilizar os Resultados (MEASURE-Avaliação), com a participação ativa por parte de todos os países envolvidos.
 - O sucesso da estratégia de reabilitação baseada na comunidade, que foi enunciada tanto com a rede assistencial e com a participação intersetorial, possibilitou proporcionar maior cobertura de atendimento para preencher as necessidades das pessoas com incapacidades e suas famílias, promover promoção da saúde e prevenção de incapacidades, e também promover a reabilitação e integração social de pessoas com incapacidades.
 - Outra lição aprendida foi a importância de se melhorar a articulação das agendas para as doenças não transmissíveis, o desenvolvimento sustentável e os determinantes sociais da saúde.
- (d) A análise e a atualização contínua do processo da ECP resultou em agendas estratégicas bem melhoradas, proporcionando importante contribuição para a formulação dos próximos planos estratégicos da OPAS e da OMS. Além disso, a ECP foi uma contribuição valiosa para o processo da Estrutura de Assistência

- das Nações Unidas ao Desenvolvimento (MANUD), principalmente para destacar a importância da saúde na agenda comum das Nações Unidas no nível de países.
- (e) As lições aprendidas nas atividades que incluíam colaboração, coordenação, cooperação e formação de redes entre ambos os países e organismos demonstraram o valor desses enfoques. Por exemplo, a renovação da Rede do Centro Colaborador da OPAS/OMS em Saúde Ocupacional mostrou que os valores centrais das redes colaboradoras e as alianças estratégicas para conseguir os objetivos comuns continuam sendo maneiras eficazes de colaborar, comunicar, criar e inovar com pensamento crítico entre os membros da rede. A estratégia para a colaboração por redes é relevante: fortaleça a liderança e a governança, assim como a capacidade requerida para o seu funcionamento eficaz (exemplos incluem o Observatório de HRH e o Campus Virtual em Saúde Pública). Porém, isto requer ambos compromissos de médio e longo prazo institucionais para sua sustentabilidade. O uso das redes sociais no trabalho de administração de desastres produziu resultados positivos e pode ser ampliado com o desenvolvimento de uma estratégia para a sua integração sistemática.
- (f) Outra importante lição digna de ser ressaltada é como maximizar eventos recorrentes e concordantes e/ou basear-se em iniciativas existentes para melhorar a cooperação técnica e facilitar a implementação de projetos. Um exemplo disto foi aproveitar o Dia Mundial da Saúde (WHD) para promover os conceitos inovadores, como demonstrado com o lançamento da iniciativa Saúde Urbana durante o WHD 2010. Além disso, o sucesso dos preparativos para o cólera no Caribe foi em parte devido à experiência anterior dos países do Caribe ao elaborar e testar seu respectivo Plano Nacional para Pandemia da Influenza.
- (g) Lições valiosas também foram aprendidas na área de política e planos para saúde pública:
- O valor dos enfoques integrados em cooperação técnica foi destacado nos importantes avanços produzidos nos países em termos de fortalecimento da formulação de política e ao regulamentar o uso dos medicamentos e tecnologias em saúde.
 - De modo semelhante, aprendeu-se que é necessária a integração das atividades na área das Doenças Infecciosas Negligenciadas (NIDs) em outros programas de saúde pública a fim de se atingir as metas. Por exemplo, a maioria dos países continua avaliando as suas Funções Essenciais em Saúde Pública (FESP) sem elaborar um plano específico para fortalecer aquelas que mais precisam de atenção; isto é somente um exemplo da necessidade de fortalecer o monitoramento e a avaliação e de melhorar a qualidade e a relevância dos indicadores.

- Os sistemas de pesquisa em saúde robustos nacionais permitem que os países maximizem os benefícios da pesquisa, e a Política da OPAS para Pesquisa fortaleceu um enfoque sistemático na sua implementação. Metas quantitativas podem ser atingidas em alguns indicadores; porém, os avanços qualitativos talvez não sejam robustos o bastante. Por exemplo, os países podem elaborar planos de desenvolvimento institucionais ou projetar políticas públicas para reduzir o risco financeiro associado às doenças; mas a sustentabilidade, a eficiência e a qualidade desses planos e políticas continuam sendo um problema.
- (h) A função da OPAS como fonte autorizada e “corretora” das informações de saúde pública com base científica e do conhecimento está se tornando, cada vez mais, essencial, dado a sobrecarga de informação de saúde e a ascensão do uso de redes sociais.
- (i) O valor e a importância das ferramentas e das diretrizes para implementar iniciativas foram identificados no sucesso do Índice de Segurança de Hospital, que demonstrou que ferramentas práticas de baixo custo, altamente eficazes podem expandir a participação e servir de estímulo para determinar prioridades e sair da teoria à prática. Por outro lado, identifica-se que enquanto os Estados Membros estão comprometidos com o enfoque dos Determinantes Sociais de Saúde, esses necessitam de ferramentas concretas para avançar com sua agenda. Finalmente, uma lição aprendida foi que os processos de integração são difíceis, complexos e de longo prazo, requerendo mudanças sistemáticas extensas. A integração não significa que todos os componentes da rede devem ser integrados em uma única modalidade, já que modalidades múltiplas e níveis de integração podem coexistir dentro de um único sistema. Os países requerem, sim, diretrizes operacionais sobre como implementar as Redes Integradas de Prestação de Serviços de Saúde (IHSDNs); um primeiro passo nesta direção foi tomado com o desenvolvimento de cinco diretrizes para apoiar os processos de integração.

(B) Avaliação Programática pelo OE

29. Esta seção inclui a análise institucional do progresso para alcançar os 16 OEs, os 90 RERs e 256 metas do indicador de RER do Plano Estratégico como um todo. Os Relatórios de Progresso por todos os Objetivos Estratégicos (OEs), seus Resultados Esperados no Nível Regional (RERs) e seus indicadores respectivos do RER — com detalhes relevantes — estão incluídos no Anexo I.



Progresso em relação ao alcance dos OEs

30. No final do segundo período de implementação do Plano Estratégico 2010-2011, 12 dos OEs estavam no caminho (verde) e 4 estavam em risco (amarelo: SO1, SO9, SO13, e SO14). Vale a pena observar que não havia nenhum OE com problemas (vermelho). A avaliação dos RERs e os indicadores do RER indicam um aprimoramento geral no progresso em direção ao alcance das metas fixadas sob cada OE. A Tabela 1

apresenta um resumo geral do status dos RERs e os indicadores do RER para cada OE ao final de 2011.

Tabela 1: Progresso em direção ao Alcance dos Objetivos Estratégicos, Biênio 2010-2011

Objetivos Estratégicos	Classificação do OE	Status dos RERs	Status das Metas do Indicador de RER
OE1: Doenças transmissíveis		7 de 9 no caminho e 2 em risco	18 de 22 atingidas e 4 não atingidos
OE2: Infecção por HIV/AIDS, TB e malária		5 de 6 no caminho e 1 em risco	21 de 24 atingidas e 3 não atingidos.
OE3: Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs)		6 de 6 no caminho	26 de 27 atingidas e 1 não atingido.
OE4: Saúde da mãe, das crianças, dos adolescentes e dos idosos		8 de 8 no caminho	15 de 15 atingidas
OE5: Emergências e desastres		7 de 7 no caminho	17 de 17 atingidas
OE6: Promoção da saúde e fatores de risco		6 de 6 no caminho	12 de 14 atingidas e 2 não atingidas
OE7: Determinantes socioeconômicos de saúde		5 de 6 no caminho e 1 em risco	11 de 12 atingidas e 1 não atingido
OE8: Ambiente mais sadio		6 de 6 no caminho	13 de 13 atingidas
OE9: Nutrição, inocuidade dos alimentos e segurança alimentar		4 de 6 no caminho, 1 em risco e 1 com problemas	10 de 14 atingidas e 4 não atingidas
OE10: Serviços de saúde		3 de 3 no caminho	6 de 7 atingidas e 1 não atingida.
OE11: Liderança de sistemas de saúde e governança		5 de 5 no caminho	14 de 14 atingidas
OE12: Produtos médicos e tecnologias		3 de 3 no caminho	8 de 9 atingidas e 1 não atingida
OE13: Recursos humanos para a saúde		3 de 5 no caminho e 2 em risco	10 de 13 atingidas e 3 não atingidas
OE14: Proteção e financiamento social		4 de 5 no caminho e 1 em risco	8 de 10 atingidas e 2 não atingidas
OE15: Liderança da OPAS/OMS e governança		3 de 3 no caminho	14 de 15 atingidas e 1 não atingida
OE16: Organização flexível e de aprendizagem		6 de 6 no caminho	29 de 30 atingidas e 1 não atingida
Resumo do OE da OPAS	13 (81%) dos 16 OEs no caminho	81 (90%) dos 90no caminho, 8 em risco, e 1 com problemas	232 (91%) dos 256 indicadores de RER atingiram suas metas para 2011

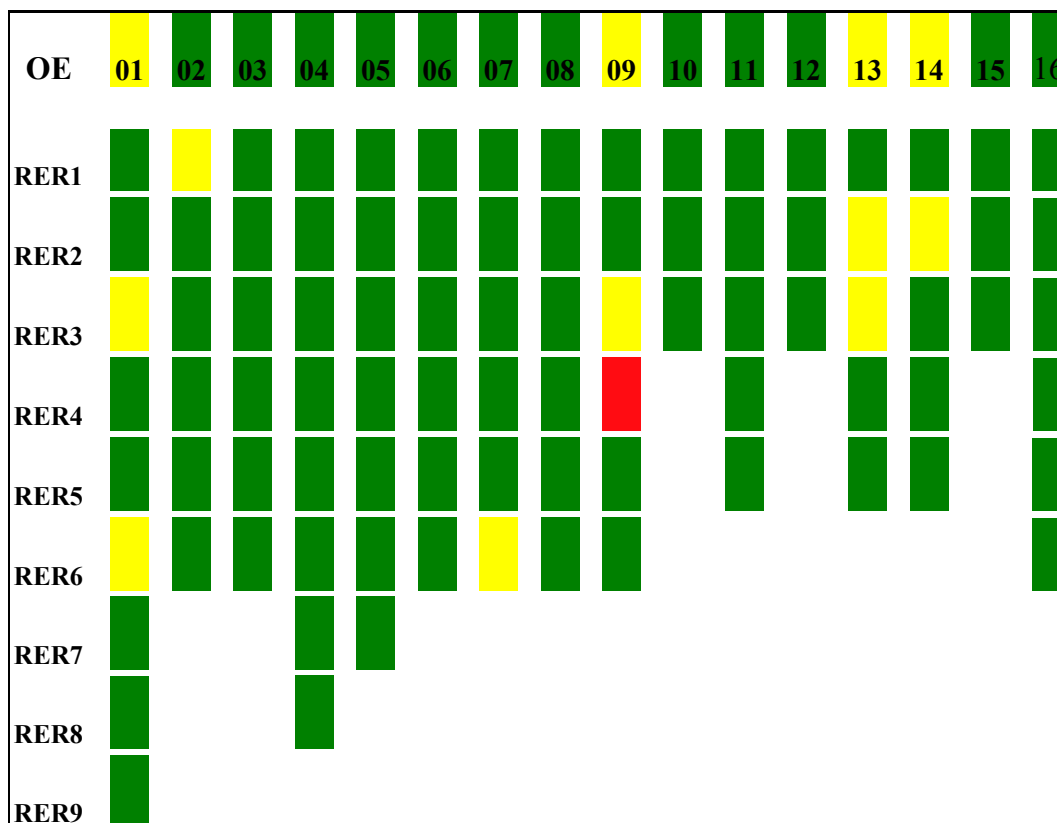
 No caminho  Em risco

Progresso em relação ao alcance dos RERs

31. Como demonstrado na Tabela 1, 81 (90%) dos 90 dos RERs estavam no caminho (verde), 8 (10%), em risco (amarelo), e 1 estava com problemas (vermelho). O RER com problemas era o 9.4, “Desenvolvimento, fortalecimento e implementação de planos e programas para melhorar nutrição ao longo da vida”. A Figura 1 mostra a classificação por cor para cada RER, e a Tabela 2 contém os 8 RERs em situação de risco. Comparado com 2008-2009, houve uma redução de 13 no número dos RERs em risco. Porém, dos 8 RERs em risco, 6, também estiveram em risco em 2008-2009. Estes são marcados com asteriscos na Tabela 2 para facilitar a consulta.

32. A Figura 1 mostra a classificação dos OEs e seus RERs respectivos. Os OEs com os RERs em risco incluem OE1 (Doenças transmissíveis), OE2 (Infecção por HIV/AIDS, TB e malária), OE7 (Determinantes socioeconômicos de saúde), OE9 (Nutrição, inocuidade dos alimentos e segurança alimentar), OE13 (Recursos humanos para saúde) e OE14 (Proteção social e financiamento). O OE9 é o único com um RER com problemas (vermelho), como destacado anteriormente.

**Figura 1: Progresso em relação ao Alcance dos OEs e RERs,
 Final de Biênio, 2010-2011**



■ No caminho
 ■ Em risco
 ■ Com problemas

- | | |
|--|---|
| OE1: Doenças transmissíveis | OE9: Nutrição, inocuidade dos alimentos e segurança alimentar |
| OE2: Infecção por HIV/AIDS, TB e malária | OE10: Serviços de saúde |
| OE3: Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) | OE11: Liderança dos sistemas de saúde e governança |
| OE4: Saúde da mãe, de crianças, adolescente e idosos | OE12: Produtos médicos e tecnologias |
| OE5: Emergências e desastres | OE13: Recursos humanos para a saúde |
| OE6: Promoção da saúde e fatores de risco | OE14: Proteção e financiamento social |
| OE7: Determinantes socioeconômicos de saúde | OE15: Liderança da OPAS/OMS e governança |
| OE8: Ambiente mais sadio | OE16: Organização flexível e de aprendizagem |

33. Como demonstrado na Tabela 2, a maioria dos RERs em risco e com problemas (RER 9.4) está relacionada com a política de alto nível, os planos e as intervenções para aumentar e sustentar os avanços. Estes requerem o compromisso político contínuo por parte dos Estados Membros, assim como a defesa de causa por parte da RSPA, para

priorizá-los mais nas agendas nacionais. Alguns desses RERs também incluem novos compromissos que requerem esforços e recursos adicionais de dentro e fora do setor da saúde (por exemplo, políticas públicas e esquemas financeiros para proteção social, nutrição e segurança alimentar, assim como as Regulamento Sanitário Internacional). Muita atenção deve ser prestada a esses RERs e seus indicadores em 2012–2013, a fim de abordar os desafios que prejudicam o progresso realizado nos temas respectivos.

Tabela 2: Resultados Esperados no Nível Regional “em Risco” e “Com problemas”, 2010-2011

Objetivo Estratégico	RER No.	RER
OE1: Doenças transmissíveis	1.3	Prevenção, controle e eliminação de doenças negligenciadas e doenças transmissíveis**
	1.6	Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e alerta e resposta ante epidemias**
OE2: Infecção por HIV/AIDS, TB, e malária	2.1	Prevenção de, tratamento de e atenção ao HIV/AIDS, TB e da malária**
OE7: Determinantes socioeconômicos de saúde	7.6	Políticas, planos e programas que aplicam um enfoque intercultural com base na atenção primária à saúde, e alianças estratégicas e parcerias para melhorar a saúde e o bem-estar de povos indígenas e grupos raciais/étnicos
OE9: Nutrição, inocuidade dos alimentos e segurança alimentar	9.3	Vigilância, monitoramento e avaliação da segurança alimentar, nutrição e opções de política**
	9.4	Formulação, fortalecimento e implementação de planos e programas para melhoria da nutrição ao longo da vida***
OE13: Recursos humanos para a saúde	13.2	Estabelecimento de um conjunto de indicadores básicos e sistemas de informação sobre recursos humanos para a saúde
	13.3	Formulação e implementação de estratégias e incentivos para recrutar e contratar os funcionários da área de saúde com base na atenção primária à saúde
OE14: Proteção e financiamento social	14.2	Políticas públicas e esquemas financeiros para reduzir os riscos financeiros associados a doenças e acidentes**

Observação: Títulos curtos para os RERs são utilizados para facilitar a consulta.

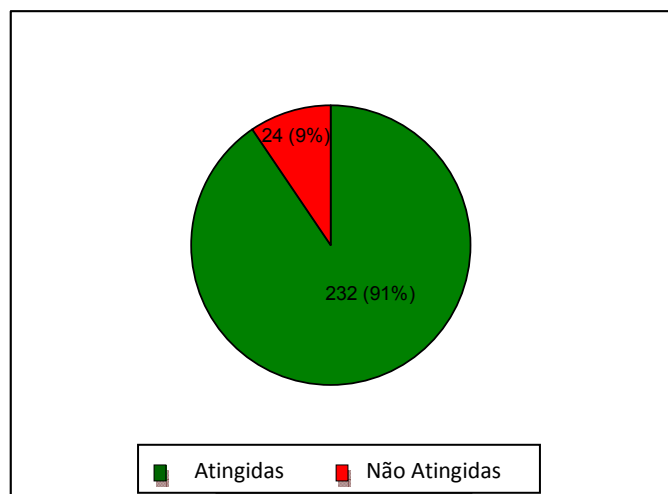
** Em risco desde 2008-2009; os relatórios de avaliação do OE incluídos no Anexo I proporcionam detalhes sobre o status de cada RER.

*** RER com problemas (9.4 é o único nesta situação).

Status dos indicadores de RER

34. A avaliação das metas do indicador do RER mostra que de um total de 256 indicadores, 232 foram atingidos e 24 não o foram (figura 2). Isto marca um aumento de 6 pontos de porcentagem nas metas atingidas comparado com o biênio 2008-2009. É importante destacar que dos 232 indicadores que atingiram suas metas, 41% (96 indicadores) superou suas metas de 2011; e mais da metade destes até cumpriram ou superaram suas metas para 2013. Vale mencionar, também, que consideráveis avanços foram conseguidos nos 24 indicadores que não tinham sido atingidos (a metodologia usada aqui somente considera aqueles que cumpriram plenamente suas metas como as tendo alcançado; não há nenhuma concessão para avanços parciais). Os detalhes sobre cada indicador do RER estão incluídos nos Relatórios de Progresso do OE no Anexo I, inclusive a lista de países que atingiram suas metas ao final de 2011 para aqueles tipos de indicadores que fornecem o número de países que alcançaram aquelas metas particulares. Um resumo dos indicadores do RER que não atingiram suas metas para 2011 está incluído no Anexo II.

**Figura 2: Alcance das Metas do Indicador de RER,
Final de Biênio, 2010-2011**



(C) Orçamento e Mobilização de Recursos e

Visão Geral do Orçamento Total

35. Durante o biênio, houve um total de \$979 milhões para os três segmentos do Programa e Orçamento 2010-2011 (PB): Programas de Base (\$583 milhões), Crise por Surto e Resposta (OCR) (\$48 milhões) e as Contribuições Voluntárias Nacionais

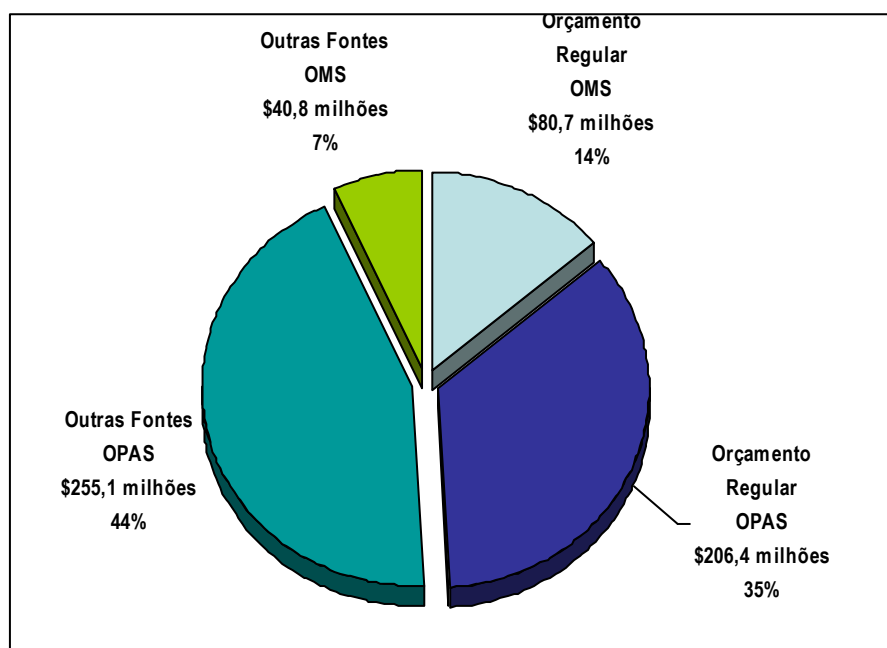
(NVCs)³ (\$348 milhões). A implementação do orçamento total foi de 85% (\$830 milhões dos \$979 milhões). A implementação pelos segmentos foi: 89% para os programas de base (\$21 milhões dos \$583 milhões); 98% para OCR (\$47 milhões dos \$48 milhões); e 75% para CVNs (\$262 milhões dos \$348 milhões). A análise de cada segmento do orçamento é apresentada a seguir.

Segmento Programas de Base

36. O orçamento aprovado para este segmento foi de \$643 milhões, dos quais \$583 milhões (91%) estiveram disponíveis para o biênio. Isso representa um aumento de \$24 milhões sobre a quantidade de fundos disponíveis em 2008-2009 (\$559 milhões). Como demonstrado na Figura 3, da quantidade total de fundos disponíveis para o biênio, 49% ou \$287 milhões foram aprovados do Orçamento Regular (RB, com \$206 milhões oriundos da OPAS e \$81 milhões da OMS — ou seja, a proporção destinada para seu Escritório Regional para as Américas, AMRO, que é a OPAS), enquanto 51% ou \$296 milhões vieram de outras fontes (OE, com \$255 milhões oriundos da OPAS e \$41 milhões da OMS).

³ As Contribuições Voluntárias Nacionais eram anteriormente identificadas como “Projetos internos financiados pelo governo”.

Figura 3: Fundos Disponíveis para o Biênio, 2010-2011, pela Fonte (em \$)



37. A Tabela 3 mostra a distribuição dos fundos disponíveis pelo nível organizacional. Vale mencionar que a distribuição dos fundos disponíveis por nível organizacional (como uma porcentagem do total de fundos disponível para o biênio) cumpriu com a Política Orçamentária Regional para Programas (RPBP).⁴ Enquanto esta política se aplica apenas aos fundos de RB, também orientou a alocação dos fundos do OE.

Tabela 3: Visão Geral do Orçamento por Nível Organizacional, Biênio 2010-2011

Nível Organizacional	Orçamento para Programas Aprovado 2010-2011 (em milhares de \$)	Fundos Disponíveis para o Biênio (em milhares de \$)	Fundos Disponíveis para o Biênio (como porcentagem de Programas e Orçamento 2010-2011)	Distribuição dos Fundos Disponíveis (como porcentagem dos fundos totais disponíveis)
País	234.860	236.818	101%	41%
Sub-Regional	43.699	32.249	74%	6%
Regional	364.392	313.947	86%	54%
Total	642.951	583.014	91%	100%

⁴ A RPBP estipulou a seguinte distribuição de fundos de RB para o biênio 2010-2011: nível de país, 40%; nível sub-regional, 7%; e nível regional, 53%.

38. A implementação do orçamento total dos programas de base foi de \$521 milhões (89% dos \$583 milhões que estiveram disponíveis para o biênio). Como demonstrado na Tabela 4, o âmbito regional teve a taxa mais elevada de implementação, seguido pelo nível de país.

Tabela 4: Implementação Orçamentária por Nível Organizacional e Origem dos Fundos, Final do Biênio, 2010-2011

Nível Organizacional	Fundos Disponíveis para o Biênio (em milhares de \$)	Gastos (em milhares de \$)	Taxa de Implementação (em %)
País	236.818	202.576	86%
Sub-Regional	32.249	26.070	81%
Regional	313.947	292.347	93%
Total	583.014	520.993	89%

Mobilização de Recursos

39. Dos \$643 milhões aprovados para o Orçamento para Programas 2010-2011, \$287 milhões era esperado do Orçamento Regular (\$206,4 milhões da OPAS e 80,7 milhões da OMS). A diferença, \$356 milhões, era a lacuna inicial de financiamento esperada para ser completada por Outras Fontes. Durante o biênio, a Organização pôde mobilizar \$295 milhões, portanto reduzindo a lacuna de financiamento para abaixo de \$60 milhões ou 17%. A Tabela 5 mostra a lacuna de financiamento no começo e no final do biênio, e a Figura 4 mostra a redução progressiva da lacuna de financiamento durante o biênio. A Organização foi bem-sucedida ao mobilizar cerca de 5% (\$15 milhões) a mais de fundos provenientes de Outras Fontes, em comparação com 2008-2009. Os parceiros que muito contribuíram para a redução da lacuna de financiamento durante 2010-2011 foram os seguintes Governos e organizações internacionais:

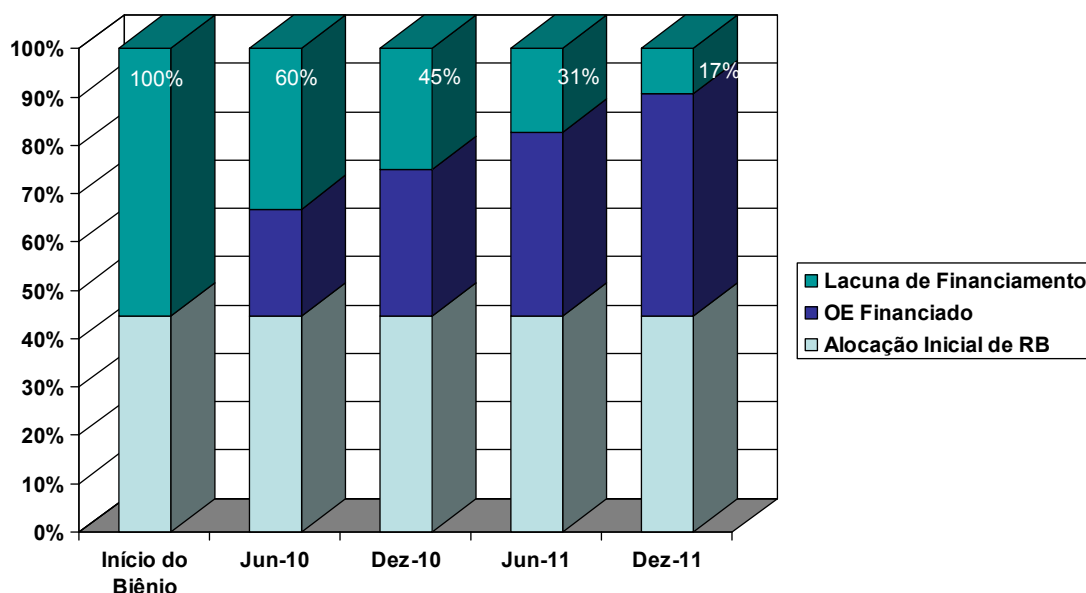
- Canadá, através da Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional (CIDA), Health Canada, e os Ministérios das Relações Exteriores.
- Espanha, através da Agência Espanhola de Cooperação Internacional (AECI).
- Os Estados Unidos da América, através dos Centros para Controle e Prevenção de Doenças (CDC), o Departamento de Estado, a Agência Reguladora de Alimentos e Medicamentos (FDA), e a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID).
- A Suécia, através do Organismo de Desenvolvimento Internacional da Suécia (Sida).
- A Noruega, através do Organismo de Desenvolvimento da Noruega (NORAD).

- Os Países Baixos.
- A Comissão Europeia (CE).
- A Agência das Nações Unidas, ou seja, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Banco Mundial e o Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP).
- A Aliança Mundial para Vacinas e Imunização (GAVI).
- A Fundação Pan-Americana para a Saúde e Educação (PAHEF).

Tabela 5: Status da Lacuna de Financiamento, Final de Biênio, 2010-2011

Tipo do Financiamento	Início do Biênio (em milhares de \$)	Final do Biênio (em milhares de \$)
Programa e Orçamento Aprovados 2010-2011 (PB 10-11)	642.951	642.951
Orçamento Regular	287.100	286.697
Recursos Mobilizados	0	295.915
Lacuna de Financiamento	(355.851)	(59.936)

Figura 4: Status da Lacuna de Financiamento durante o Biênio, 2010-2011



Financiamento por Objetivo Estratégico

40. A Figura 5 e a Tabela 6 mostram o orçamento por OE, segundo o orçamento aprovado para programas de base, fundos disponíveis para o biênio e gastos. Dos 16 OEs, 12 obtiveram mais de 75% do seu nível esperado de financiamento. Dos 14 OEs centrais de cooperação técnica (OE1–OE14), o OE9 (Nutrição, inocuidade dos alimentos e segurança alimentar) apresentou a taxa mais elevada de financiamento comparada com o seu orçamento aprovado, seguido pelos OE12 (Produtos e tecnologia da área médica) e OE4 (Saúde materna, de crianças, adolescentes e idosos). Os OE15 e OE16 (Capacitação de funções) também apresentaram altos níveis de financiamento.

41. Como demonstrado na Tabela 6, todos os OEs apresentaram uma taxa de implementação orçamentária total de 75% ou acima, com exceção do OE4 (74%).

Figura 5: Visão Geral do Orçamento por Objetivo estratégico, 2010-2011

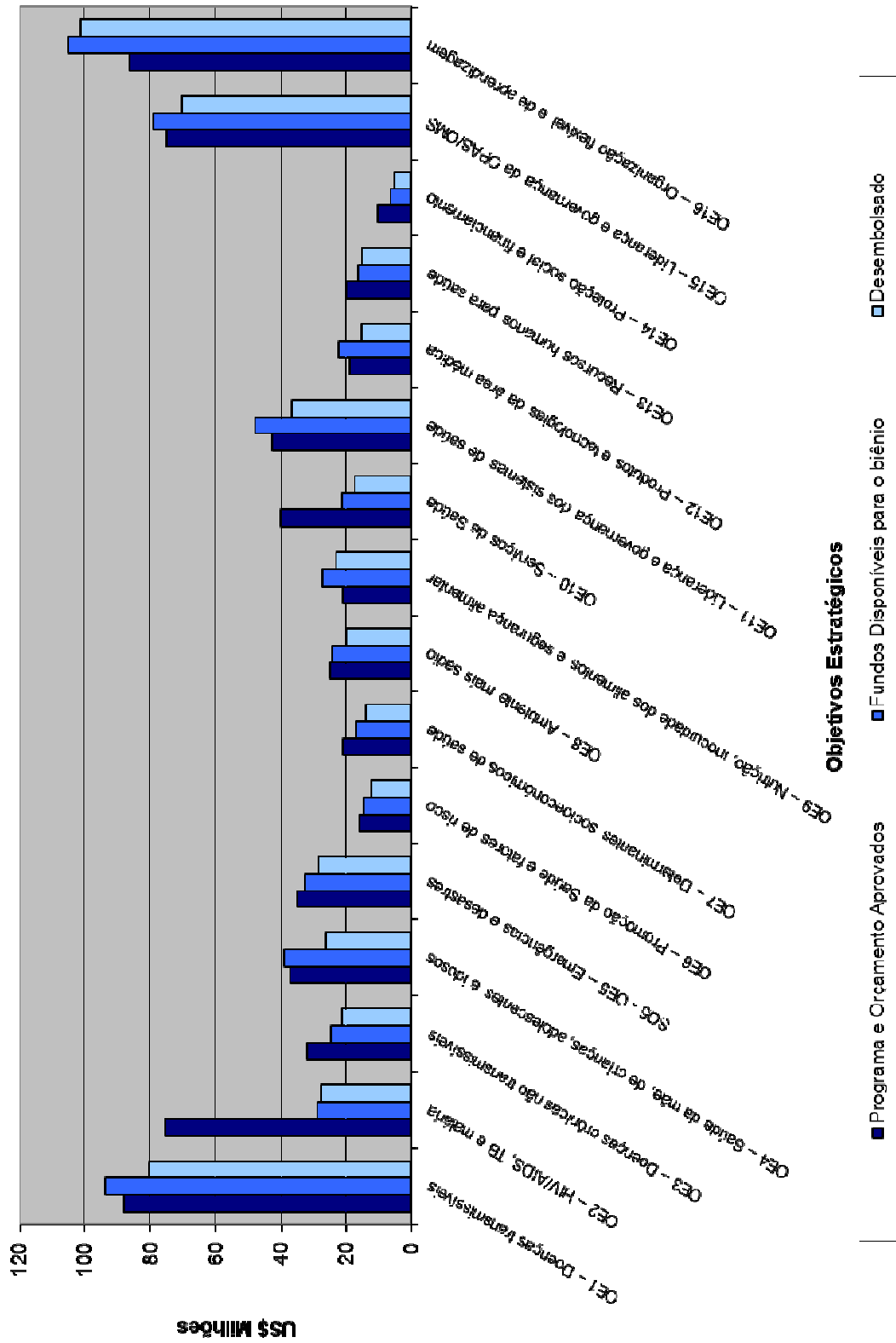


Tabela 6: Orçamento por Objetivo Estratégico, Final de Biênio, 2010-2011

Objetivo Estratégico	Programa e Orçamento Aprovados (em milhões de \$)	Fundos Disponíveis para o Biênio (em milhões de \$)		Gastos (em milhões de \$)	
		Total	%	Total	%
OE1: Doenças transmissíveis	87,9	90,6	103%	80,8	89,2%
OE2: Infecção por HIV/AIDS, TB e malária	75,1	33,9	45%	30,0	88,5%
OE3: Doenças crônicas não transmissíveis	31,9	23,8	75%	21,1	88,7%
OE4: Saúde materna, de crianças, adolescentes e idosos	37,1	40,6	109%	30,0	73,9%
OE5: Emergências e desastres	35,0	32,9	94%	27,5	83,6%
OE6: Promoção da saúde e fatores de risco	16,0	13,6	85%	12,3	90,4%
OE7: Determinantes socioeconômicos de saúde	21,0	17,0	81%	14,8	87,1%
OE8: Ambiente mais sadio	24,9	22,7	91%	20,1	88,5%
OE9: Nutrição, inocuidade dos alimentos e segurança alimentar	20,9	28,1	134%	25,4	90,4%
OE10: Serviços de saúde	40,0	20,6	52%	17,1	83,0%
OE11: Liderança e governança dos sistemas de saúde	42,8	39,8	93%	36,9	92,7%
OE12: Produtos e tecnologias da área médica	19,0	21,0	111%	17,8	84,8%
OE13: Recursos humanos para a saúde	19,9	15,2	76%	14,0	92,1%
OE14: Proteção social e financiamento	10,3	6,2	60%	5,9	95,2%
OE15: Liderança e governança da OPAS/OMS	74,9	75,3	101%	70,0	93,0%
OE16: Organização flexível e de aprendizagem	86,3	101,7	118%	97,2	95,6%
Total	643,0	583,0	91%	520,9	89,3%

Análise da Alocação de Recursos versus Priorização de Objetivo Estratégico

42. O Plano Estratégico classificou os OEs por prioridade programática (excluindo os OEs relacionados à capacitação de funções, OE15 e OE16) para orientar a mobilização de alocação de recursos durante a implementação de plano.

43. A Tabela 7 mostra os OEs classificados de acordo com sua prioridade programática, de 1 (prioridade mais elevada) a 14 (prioridade mais baixa), como aprovado no Plano Estratégico. Também mostra os fundos disponíveis para cada OE para os biênios 2008-2009 e 2010-2011. A diferença de porcentagem entre os dois biênios mostra uma modificação positiva na alocação dos recursos entre 3 dos 5 OEs de mais alta prioridade (OE4, OE1 e OE3). Ao avaliar esses números, deve-se observar que o alinhamento dos recursos com as prioridades programáticas é um processo complexo devido à flexibilidade limitada na alocação da maioria dos recursos disponíveis para a Organização durante um biênio. Por exemplo, mais de 70% dos fundos do RB estão vinculados aos postos com contrato por prazo determinado (FTPs), que não são transferidos facilmente ou distribuídos aos diferentes OEs devido à associação técnica dos postos com os seus OEs relevantes. Além disso, a maioria das Contribuições Voluntárias recebidas pela Organização continuam sendo altamente reservadas, o que restringe a capacidade da RSPA para alocar recursos segundo a hierarquização prioritária dos OEs, conforme aprovado no Plano Estratégico. Enquanto que a Organização continua se esforçando para melhorar o alinhamento entre as prioridades programáticas e a alocação dos recursos, este é um processo gradual que poderia levar vários anos de abordagem.

Tabela 7: Hierarquização Prioritária Programática vs. Alocação de Recursos, 2008-2009 e 2010-2011

Objetivo Estratégico	Hierarquização Prioritária	Fundos Disponíveis para o Biênio (milhões de \$)		% de Diferença: 2008-2009 a 2010-2011
		2008-2009	2010-2011	
OE4: Saúde da mãe, de crianças, adolescente e idosos	1	24,7	40,6	64%
OE1: Doenças transmissíveis	2	75,1	90,6	21%
OE2: Infecção por HIV/AIDS, TB e malária	3	34,9	33,9	-3%
OE3: Doenças crônicas não transmissíveis	4	21,0	23,8	13%
OE7: Determinantes socioeconômicos de saúde	5	17,5	17,0	-3%
OE13: Recursos humanos para a saúde	6	14,8	15,2	3%
OE10: Serviços de saúde	7	34,4	20,6	-40%
OE8: Ambiente mais sadio	8	19,1	22,7	19%
OE6: Promoção da saúde e fatores de risco	9	14,2	13,6	-4%
OE14: Proteção social e financiamento	10	4,9	6,2	27%
OE11: Liderança e governança dos sistemas de saúde	11	31,1	39,8	28%
OE12: Produtos e tecnologias da área médica	12	19,2	21,0	9%
OE5: Emergências e desastres	13	49,3	32,9	-33%
OE9: Nutrição, inocuidade dos alimentos e segurança alimentar	14	15,8	28,1	78%

Segmento Crise por Surto e Resposta (OCR)

44. Durante o biênio, um total de \$48,2 milhões estiveram disponíveis para este segmento, o que superou por mais de 100% o orçamento calculado de \$22 milhões

apresentado no PB 2010-2011. Isto se deve à natureza imprevisível desses fundos, que estão disponíveis em caso de um desastre, emergência ou epidemias/pandemias.

45. Como esperado, quase todos os fundos para OCR foram implementados (98%). Esses fundos foram usados principalmente para apoiar os países afetados pelos desastres e emergências — como os terremotos no Haiti e no Chile; as inundações na América Central, na República Dominicana, nas Bahamas, na Bolívia e na Colômbia; uma erupção vulcânica no Equador; e a epidemia de cólera no Haiti. É importante observar que cerca de 50% desses fundos foram implementados no Haiti.

Contribuições Voluntárias Nacionais (CVNs)

46. Um total de \$348 milhões em CVNs esteve disponível sob este segmento durante 2010-2011 implementação dos programas de cooperação técnica nacionais em 10 Estados Membros (Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, Guatemala, Honduras, México, Peru e Suriname). As contribuições de cada país estão incluídas na Tabela 8.

Tabela 8: Financiamento das Contribuições Voluntárias Nacionais por País

Estado Membro	Fundos Disponíveis (em \$)
Argentina	5.001.165
Bolívia	61.039
Brasil	318.190.742
Colômbia	19.118.255
Equador	538.706
Guatemala	35.294
Honduras	312.596
México	2.885.336
Peru	1.696.692
Suriname	93.505
Total	347.933.330

47. A quantia de fundos de CVNs aumentaram em cerca de 50% comparados com o biênio anterior (de \$230 milhões em 2008-2009 para \$348 milhões em 2010-2011). O Brasil continua a ser o grande usuário desta modalidade de financiamento para a cooperação técnica, representando mais de 90% dos fundos totais de CVN.

48. É importante observar que a CVN é uma modalidade para cooperação técnica de financiamentos em um determinado país, servindo para aumentar as intervenções como identificado na Estratégia de Cooperação de Países (ECP). Assim sendo, os fundos de CVN são usados para lidar com as prioridades determinadas na ECP do país respectivo e

são implementados através dos planos de trabalho bienais como parte do programa geral de cooperação técnica da OPAS com e para cada país particular. Em consequência, esses fundos contribuem diretamente para atingir as metas do indicador do RER nestes países. Além da contribuição direta ao avanço das prioridades de saúde pública nos países que utilizam esta modalidade, esses fundos também facilitaram o intercâmbio da colaboração entre países — desse modo, contribuindo para abordar as questões de saúde pública comuns importantes entre os países (por exemplo, a interrupção da transmissão da doença pelo vetor de Chagas na América do Sul).

V. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

49. A avaliação de fim do biênio 2010-2011 foi o segundo exercício cobrindo um biênio inteiro dentro da estrutura de RBM. Avanços significativos foram conseguidos pela RSPA ao consolidar a sua estrutura de RBM. Contudo, existe a necessidade de dirigir-se a certas questões importantes para implementar plenamente a RBM em toda a Organização. Estas incluem o maior fortalecimento do componente de responsabilidade; o aprimoramento da documentação e aplicação das lições aprendidas; a simplificação do processo de planejamento; e o fortalecimento tanto da qualidade como da cobertura dos OEs, RERs e indicadores do RER. Um tema comum nos relatórios foi a questão de se compreender completamente a relevância de cada RER e seus indicadores do RER respectivos, assim como as metas *vis-à-vis* cooperação técnica empreendida — particularmente no nível de país.

50. O exercício de Desempenho, Monitoramento e Avaliação (PMA) foi conduzido de maneira participativa por toda a Organização. Este processo permitiu a identificação sistemática dos avanços, desafios e as lições aprendidas. Os exercícios permitiram a implementação do ajuste necessário durante a execução do Programa e Orçamento 2010-2011. Além disso, serviram de base para o desenvolvimento do Programa e Orçamento 2012–2013 e fornecerão informações sobre em que basear a formulação do próximo Plano Estratégico 2014–2019.

51. Ainda que foram conseguidos avanços notáveis em qualidade tanto de informações como de notificação, existem áreas importantes (como saúde materna, doenças crônicas, saúde mental e acesso a serviços de saúde) para os quais há dados limitados atualizados e validados — ou ausência de dados — para, adequadamente, medir o progresso feito em direção ao alcance dos indicadores de impacto. Isto constituiu uma limitação quando foram definidas as linhas de base do impacto e dos indicadores do RER, desse modo, afetando o monitoramento e o processo de avaliação. Além disso, a fraca relação entre certos indicadores do RER e os indicadores dos OEs ao nível de impacto afetou a uniformidade da avaliação na demonstração do progresso realizado referente ao alcance do impacto em nível do OE.

52. O progresso conseguido durante o biênio 2010-2011 indica que a Organização continua avançando constantemente para atingir as metas do Plano Estratégico para 2013. Dos 16 OEs, 12 estavam no caminho e 4 estavam em risco. Dos 90 RERs, 81 estavam no caminho, 8, em risco, e 1 com problemas.

53. Dos 256 indicadores do RER, 232 (91%) alcançaram os seus objetivos para 2011. O monitoramento e a avaliação em curso são fundamentais para as intervenções diretas para aqueles indicadores do RER que estão ficando para trás — especialmente aqueles que estão comprometendo o alcance dos OEs e RERs para 2013. Os fatores que

contribuíram para o não alcance dos 24 indicadores que não atingiram suas metas de 2011 incluem:

- A qualidade de alguns indicadores não permite uma medição apropriada do progresso realizado pelos países (por exemplo, acesso a serviços de saúde).
- Algumas das metas foram pouco realistas e não consideraram a situação particular dos países (ou seja, RSI e HRH) e os desafios que enfrentam ao tentar a manter as conquistas (por exemplo, para doenças negligenciadas como a raiva).

54. Deve-se prestar especial atenção à manutenção dos ganhos enquanto ainda trabalhando em direção ao alcance das metas não atingidas. É necessário assegurar que ao fixar os indicadores e as metas, estes devem ser realistas e relevantes à situação nos países, levando em consideração os riscos necessários e as suposições.

55. A implementação orçamentária total para 2010-2011, inclusive os três segmentos do PB, foi de 85% (\$830 milhões dos \$979 milhões). A implementação por segmento foi: 89% para os programas da base (\$521 milhões dos \$583 milhões); 98% para a OCR (\$47 milhões dos \$48 milhões); e 75% para as CVNs (\$262 milhões dos \$348 milhões).

56. Dos \$643 milhões aprovados para o segmento do programa de base, \$287 milhões vieram do Orçamento Regular. A diferença, \$356 milhões, constituiu a lacuna de financiamento inicial. Ao final do biênio, a Organização mobilizou \$296 milhões — portanto, reduzindo a lacuna de financiamento para \$60 milhões.

57. Observa-se uma tendência em ascensão na quantia dos fundos de CVN recebidos durante os dois últimos biênios (aumentado de \$230 milhões, em 2008-2009, para \$348 milhões, em 2010-2011). Esses fundos contribuíram para o progresso no alcance das metas de saúde pública nos países que estão utilizando esta modalidade para financiar a cooperação técnica da OPAS. Necessita-se de mais análises desta modalidade de financiamento e sua incorporação nos planos estratégicos futuros, assim como nos programas e orçamentos correspondentes.

58. Durante o biênio houve o aprimoramento da coordenação e da alocação de recursos. Porém, existe a necessidade de se continuar a fortalecer a coordenação interprogramática, a fim de assegurar a utilização ótima dos recursos disponíveis e mais direcionamento para a mobilização de recursos.

59. Há também uma necessidade de se fortalecer a integração das atividades de cooperação técnica, particularmente, conforme novas iniciativas surgem. Este foi um comentário presente na maioria das análises realizadas pelas Unidades Técnicas da

OPAS. Requer uma revisão de como equilibrar os programas verticais com um enfoque integrado para executar as atividades.

60. As lições aprendidas de cada OE, RER e indicador do RER devem ser analisadas com o fim de identificar os sucessos e fracassos, permitindo, assim, que a Organização coloque essas lições na prática para melhorar o planejamento futuro e os ciclos de orçamento.

Anexos

VI. ANEXOS

RELATÓRIOS DE PROGRESSO DO OBJETIVO ESTRATÉGICO (OE)

Relatório de Progresso do OE1

OE1: Reduzir o ônus sanitário, social e econômico das doenças transmissíveis				Em risco	
Visão Geral do Orçamento					
Orçamento Aprovado (PB 10–11)	Fundos Disponíveis			Gastos (%)	Financiado (%)
	RB	OE	Total		
\$87.985.000	\$23.870.000	\$66.698.379	\$90.568.379	89%	103%
Progresso em direção ao alcance do OE até 2013					
Progresso em direção ao alcance das metas de indicadores de nível de impacto do OE, como estabelecido no Plano Estratégico da OPAS 2008–2012					
Indicador 1: Redução da taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos devido às doenças imunopreveníveis na Região					
Linha de Base: 47 por 100.000 crianças abaixo de 5 anos em 2002					
Meta: 31 por 100.000 até 2013					
<p>Embora dados específicos não estivessem disponíveis no momento, com base nas projeções para a Região, relatando o impacto da introdução de novas vacinas na redução da taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos por doenças imunopreveníveis (VPDs), a meta deve ser atingida até 2013. Esse resultado é esperado pela ampla cobertura de vacinação (em geral >80%) conseguida pelos países entre coortes alvo contra estas doenças mais geralmente associadas com morte na infância (tais como rotavírus, pneumococo, meningococo e <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b). Os países que não introduziram as vacinas expressaram seu compromisso em fazê-lo em um futuro próximo. Calcula-se que as vidas de 174.000 crianças na Região das Américas são salvas a cada ano como resultado da imunização, e espera-se que este número continue aumentando com a introdução de novas vacinas.</p>					
Indicador 2: Número de países mantendo certificação da erradicação da poliomielite na Região					
Linha de Base: 38 países em 2006					
Meta: 38 países até 2013					
<p>Atualmente, todos os países das Américas mantêm seu status livre da poliomielite e esperam manter a erradicação por 2013 e além. Um plano de ação foi elaborado para manter as Américas livre da poliomielite durante a transição das eras pré- e pós-erradicação. O plano inclui uma estratégia extensa para melhorar todos os aspectos de proteção das comunidades e vigilância epidemiológica. Levando em conta que a Região das Américas permanece em risco de importar o vírus de países onde está ainda circulante, foi conduzida uma análise de riscos regional; e foram elaboradas estratégias específicas para manter a erradicação no contexto global. Finalmente, espera-se que os países mantenham as normas de certificação para a vigilância da paralisia flácida aguda (PFA), em cumprimento dos indicadores de vigilância, e informem periodicamente ao âmbito regional.</p>					

Indicador 3: Número de países conseguindo e mantendo a eliminação de sarampo, rubéola, síndrome da rubéola congênita e tétano neonatal na Região

Linha de Base: 0 país em 2006

Meta: 38 países até 2013

No final de 2011, todos os 38 países/territórios da Região haviam conseguido a interrupção da transmissão endêmica do sarampo, da rubéola e da síndrome da rubéola congênita (SRC). Num esforço para manter a eliminação, todos os países estão implementando intervenções recomendadas pela OPAS, inclusive a implementação periódica das campanhas de acompanhamento, o fortalecimento dos seus planos de resposta rápida para detectar e responder rapidamente aos surtos, a vigilância integrada de alta qualidade para sarampo/rubéola que alcança os indicadores de vigilância e atividades da vacinação direcionadas objetivando a cobertura de >95% nas municipalidades. Todos os países e territórios também estabeleceram comissões nacionais e estão no processo de finalizar relatórios de país que serão submetidos ao Comitê Técnico Internacional durante o primeiro semestre de 2012. Da mesma forma, na Conferência Sanitária Pan-Americana (PASC), em setembro de 2012, um relatório de progresso será apresentado, assim como um plano de ação para consolidar esta meta.

No que se refere à eliminação do tétano neonatal, o Haiti é o único país que não alcançou a meta; e tem pouca probabilidade de consegui-lo até 2013, a menos que um plano seja elaborado e colocado em prática ao longo de 2012. Um grande componente do plano do país para eliminar o tétano neonatal seria conduzir uma campanha de vacinação.

Indicador 4: Número de países que cumpriram os requisitos da capacidade central em vigilância, resposta e pontos da entrada, como estabelecido no Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de 2005

Linha de Base: 0 países no 2007

Meta: 35 países até 2013

Vinte e seis (26) países apresentaram os seus relatórios anuais à Assembleia Mundial da Saúde (AMS). Embora os países tenham conseguido níveis enormemente variáveis da capacidade central, nenhum satisfaz plenamente todos os requisitos do Regulamento Sanitário Internacional (RSI).

Indicador 5: Redução da taxa de letalidade devido à dengue (dengue hemorrágica / síndrome do choque da dengue) na Região

Linha de Base: 1,3% em 2006

Meta: 1,0% até 2013

A taxa de letalidade atual é 0,071 sob a nova classificação da OMS. A introdução desta nova classificação de dengue, em 2010, implica uma importante mudança tanto na administração quanto na evolução da doença. O denominador da taxa real é o número total de casos de dengues. Por isso, a taxa real é de 0,070, com uma redução na proporção dos casos graves que descenderam de 2,62%, em 2006, para 1,65%, em 2011). Isto indica que, às vezes quando a doença era mais grave, houve sucesso na prevenção dos casos de dengue de se tornarem graves. Casos mais bem administrados e um melhor acompanhamento explicam este avanço.

Quando o indicador original para este documento foi criado, não foi previsto que uma mudança na classificação ocorreria no futuro. Com a nova classificação, não se faz mais nenhuma referência à dengue hemorrágica/síndrome do choque da dengue, conforme foi afirmado anteriormente para este indicador.

Durante os cinco últimos anos, não apenas houve um aumento de mortes por dengue, como também um aumento do número total de casos de dengue. A tendência para o indicador é de queda (menos de 1%). Por isso, não se considera que a transição à nova classificação trará grandes consequências. Uma vantagem adicional é que a nova classificação está sendo usada no âmbito global, de tal maneira que dados regionais das Américas podem, agora, ser comparados com o restante das regiões.

Indicador 6: Número de países com certificação da transmissão por vetores da doença de Chagas interrompida, nos 21 países endêmicos da Região

Linha de Base: 3 países em 2006

Meta: 15 países até 2013

Até o momento, 14 países são certificados como tendo interrompido a transmissão vetorial da doença de Chagas (Argentina, Belize, Bolívia, Brasil, Chile, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Paraguai, Peru, e Uruguai).

Indicador 7: Número de países endêmicos na Região com a certificação de eliminação da oncocercose.

Linha de Base: 0 dos 6 países endêmicos

Meta: 1 país até 2013

A Colômbia solicitou oficialmente a certificação para a eliminação da oncocercose.

Avaliação do OE 2010-2011

Este OE é avaliado como estando em risco, mas houve avanços significativos em nível de RER durante esse biênio. Dos 9 RERs, 7 foram avaliados como estando no caminho (verde) e 2, em risco (amarelo); os 2 em risco são o RER 1.3, relacionado com as doenças zoonóticas negligenciadas, e o RER 1.6, relacionado com a implementação do RSI. Das 22 metas de indicadores do RER, 18 foram atingidas e 4 não o foram. É importante observar que dos 18 indicadores atingidos, 7 superaram a meta de 2011; e desses 7 indicadores, 5 já atingiram a meta de 2013.

Principais Progressos

- A OPAS colaborou com as autoridades haitianas para elaborar um plano de ação de país para a próxima campanha de acompanhamento para sarampo/rubéola/poliomielite, a fim de proteger os benefícios obtidos até agora ao eliminar essas doenças — enquanto que fortalecendo os serviços de vacinação de rotina no país.
- Resposta da ilha Hispaniola ao surto do cólera: Devido à falta de conhecimento e experiência com o cólera na ilha Hispaniola, a OPAS assegurou a instalação imediata de especialistas para a administração de casos, o controle de infecções, higiene de água e sanitária (WASH) e vigilância epidemiológica. As amostras e materiais isolados identificados pelo Laboratório de Saúde Pública Nacional (LNSP) foram canalizados aos Centros de Referência Internacionais para confirmação. No Haiti, sistemas de alerta e resposta foram, conseqüentemente, desenvolvidos e implantados com oito equipes descentralizadas instaladas no campo onde o surto estava no pico, desde o final de 2010 até princípios de 2011. Na República Dominicana, o foco foi na qualidade da atenção na administração de casos e no fortalecimento da rede de distribuição de água confiável nas províncias. Ao mesmo tempo, os planos de resposta ao cólera no resto do Caribe e na América Central foram examinados e atualizados por dados baseados na informação da ilha Hispaniola.
- Houve constantes esforços na área de Prevenção e Controle de Infecções (IPC) nos países de língua inglesa do Caribe: Belize, Guiana e Trinidad e Tobago estão atualmente consolidando seus planos e intervenções nacionais.
- A capacidade de avisos antecipados está em ordem nos Estados Membros e nos Escritórios de Países da OPAS.
- Um livro da OPAS, Boletim Informativo Trinta Anos de Imunização: A História do PAI nas Américas, foi publicado sobre o Programa Ampliado de Imunização (PAI). Destaca as experiências e as lições aprendidas que fizeram do Programa de Vacinação das Américas uma das iniciativas mais bem-sucedidas no mundo para a manutenção da vida.
- Houve avanços em direção ao alcance das metas para eliminação regionais para as doenças infecciosas negligenciadas (NIDs), como a oncocercose, a doença de Chagas e a esquistossomose.
- Em 2011 chegou-se a um consenso regional em relação a um enfoque uniforme para monitorar o RSI. Um dos desafios principais ao monitoramento foi a falta de uma ferramenta padronizada de monitoração no

âmbito global. A iniciativa tomada pelos Países Membros do Mercosul — que os levou a desenvolver a avaliação de capacidades centrais e a planejar um jogo de ferramentas em 2008, com outros países da Região posteriormente seguindo seu exemplo — teve um impacto crítico sobre a execução do RSI nas Américas. Todos os 35 Estados Partes na Região realizaram pelo menos uma avaliação de suas capacidades centrais, segundo indicado no Anexo 1 do RSI, que enfoca em vigilância e resposta (Anexo 1.A RSI) — e, em menor grau e de uma maneira menos sistemática, em pontos designados de entrada (Anexo 1.B RSI). Como resultado dessas avaliações, ao final de 2011, pelo menos 30 dos 35 Estados Partes haviam conduzido o planejamento de atividades e desenvolvido e/ou coordenado o ajuste de planos existentes relevantes para estabelecer a capacidade central até 15 de junho de 2012. Também, ao final de 2011, pelo menos 10 Estados Partes conduziram contabilidade de custos em seus planos.

- Um enfoque multidisciplinar e colaborativo mais forte foi adotado entre a Equipe Regional de Alerta e Resposta, os especialistas técnicos da OPAS e os Escritórios de Representação da OPAS/OMS, para detectar, avaliar e comprovar ameaças à saúde pública 24 horas por dia.
- A função da OPAS foi fortalecida como um ponto focal do RSI: Considerando os incidentes em saúde pública de interesse internacional (PHEICs), 710 incidentes foram avaliados; e 61 alertas epidemiológicos, 30 relatórios, 4 mapas interativos e 39 advertências e recomendações sobre ameaças à saúde pública internacionais foram expedidos.
- Houve um aumento da capacidade laboratorial: Novos mecanismos de resistência foram detectados com o apoio da colaboração horizontal da Rede de Vigilância de Resistências aos Antimicrobianos.

Desafios Principais

- O impacto das intervenções de vacinação dirigidos aos municípios de baixa cobertura não é demonstrado facilmente, já que os dados ainda não estão disponíveis e os países continuam a realizar planos de ação que objetivam alcançar estas populações vulneráveis.
- Há uma necessidade de fortalecer a vigilância epidemiológica das doenças imuno-preveníveis e assegurar a qualidade dos dados nos relatórios periódicos.
- Recursos insuficientes nos níveis nacional e internacional colocam em perigo o cumprimento das metas de eliminação de NID e dificultam o alcance das capacidades centrais para o RSI e atividades alerta e resposta para os incidentes de saúde pública de interesse internacional 24 horas por dia.
- Há um número limitado de recursos humanos especializados que são treinados para responder aos riscos para a saúde pública.
- É necessário fortalecer a colaboração multidisciplinar através das áreas da OPAS a fim de avaliar e verificar incidentes, para cumprir com plenamente com o mandato da OPAS.
- Deve-se manter um alto nível de defesa de causa para orientar os ministérios da saúde ao tomarem decisões fundamentadas sobre a extensão da data final para a execução do RSI.
- Existe a necessidade de identificar sinergias e parcerias, e examinar as políticas de recursos humanos, para, assim, assegurar o estabelecimento e a manutenção de competências no campo da epidemiologia e outras disciplinas relacionadas com a saúde pública.

Lições Aprendidas

- A colaboração com parceiros estratégicos é crítica para o apoio da revitalização do programa de vacinação no Haiti.
- A defesa de causa para erradicação de sarampo/rubéola deve continuar em fóruns globais, e os países devem permanecer atentos para rapidamente lidar com os casos importados à Região.
- A integração de atividades para NID em outros programas de saúde pública é necessária para se atingir as metas.
- A pesquisa foi chave para criar uma resposta mais forte e focada para a prevenção e controle das doenças infecciosas de prioridade.
- O Dia Mundial da Saúde de 2011 colocou a resistência aos antimicrobianos em foco e facilitou as atividades de cooperação técnica em nível de país.

Relatório de Progresso dos Resultados Esperados no Nível Regional (RER) do OE1

RER 1.1: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para maximizar o acesso equitativo de todas as pessoas a vacinas de qualidade garantida, incluindo produtos e técnicas de imunização novas e subutilizadas; fortalecer os serviços de vacinação; e integrar outras intervenções de saúde infantil e da família com a vacinação.					No caminho
Avaliação do RER (3 de 4 metas do indicador de RER atingidas, com 2 excedidas e 1 não atingida)					
<p>A OPAS trabalhou em colaboração com os Estados Membros e parceiros estratégicos para fortalecer e manter a confiança dos programas de imunização (IM) ao fornecer serviços equitativos, de qualidade, a todos os indivíduos. A cooperação técnica fornecida durante 2010-2011 apoiou o aprimoramento na cobertura de vacinação em todos os níveis, enquanto que priorizou, simultaneamente, as intervenções eficazes para atingir as áreas de risco e superar os desafios que continuam dificultando o acesso aos serviços de IM. Esforços contínuos asseguraram que o Fundo Rotativo (RF) da OPAS mantém sua visibilidade para obter vacinas de qualidade, inócuas, com o menor custo possível. As vastas experiências das Américas em introduzir novas vacinas e fortalecer a vigilância foram compartilhadas com outras regiões da OMS. Esses avanços set tornaram evidentes através dos esforços dos países e através do cumprimento dos indicadores dos RER 1.1 para 2010-2011. O indicador relacionado com os municípios de baixa cobertura continua apresentando desafios, apesar dos esforços de país e da mobilização de recursos com os parceiros. Embora se espere que dados disponíveis em 2012 demonstrarão melhoras marcantes, os países continuarão implementando intervenções para aumentar a cobertura de vacinação nessas áreas durante o próximo biênio.</p>					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final de 2011	Meta 2013	Comentários ⁵
1.1.1: Número de países que conseguiram mais de 95% de cobertura de vacinação no âmbito nacional (DPT3 como um marcador)	20	22	27	25	<p>Linha de Base 2009: ABM, ANI, ARG, BAH, BLZ, BRA, CUB, DOM, ECU, ELS, GRA, GUY, MEX, NIC, PAN, SAL, SAV, SCN, TRT, USA</p> <p>Meta 2011: HON, PER</p> <p>Honduras, um país alvo em 2011, alcançou com êxito cobertura de 96% com a vacina DPT3. O Peru, também um país-alvo em 2011, identificou lacunas de cobertura no âmbito municipal e continuará se esforçando ainda mais para melhorar a cobertura nesses mesmos municípios alvo. Em 2011, embora 3 países saíram da linha de base (ELS, MEX, como USA), mais 10 países e territórios (BOL, CHI, FDA, GUT, HON, JAM, PAR, SUR, TCA e VEN) conseguiram cobertura de 95%, resultando em um total de 27 países e territórios atingindo a meta para este indicador. Consequentemente, a meta prevista de 22 países, ao final de 2011, foi superada por 5 países. Os países que não atingiram as metas de cobertura planejaram, contudo, intervenções para atingir as populações não-vacinadas. Recomenda-se que os países continuem elaborando e implementando os planos de ação para o Programa Ampliado de Imunização (PAI), a fim de assegurar vasta cobertura em 2012–2013.</p>

⁵ A lista de países incluídas nesta coluna corresponde às informações disponíveis ao encerramento da avaliação.

1.1.2: Porcentagem de municípios com cobertura de vacinação inferior a 95% na América Latina e no Caribe (DPT3 como marcador com linha de base de 076 municípios em 2005)	44%	34%	42%	32%	<p>Embora tenha sido observada uma melhora de 2%, 42% de todas as municipalidades nos países da América Latina e do Caribe (ALC) notificaram cobertura inferior a 95%. Espera-se que os dados de 2011 (disponíveis em abril de 2012) demonstrem uma diminuição no número de municípios de baixa cobertura pelos seguintes fatores:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Houve cooperação técnica com os países apresentando número mais elevado de municípios em risco (BRA, COL, HAI, PER e VEN); (2) Os países continuam a desenvolver e a implementar os planos de ação para assegurar cobertura homogênea. (3) Os parceiros continuam a prestar apoio ao priorizar ampla cobertura nessas áreas.
1.1.3: Número de países que incluíram vigilância sentinela de rotavírus e/ou pneumococo no sistema nacional de vigilância epidemiológica	5	10	18	15	<p>Linha de Base 2009: BRA, ECU, ELS, NIC, PAN</p> <p>Meta 2011: BLZ, BOL, COR, GUY, HON, MEX, PAR, URU</p> <p>Um total de 18 países confirmou que vigilância sentinela do rotavírus e/ou pneumocócica tinha sido estabelecida em seus sistemas nacionais durante o biênio. Incluíam todos os 5 países da linha de base, os 8 países alvo para 2011, mais 5 países: COL, DOR, GUT, PER e VEN.</p>
1.1.4: Número de países que compram as vacinas para seu Programa Nacional de Imunização através do Fundo Rotativo da OPAS para a Compra de Vacinas	32/38	33/38	34/38	34/38	<p>Linha de Base 2009: ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, FDA, GRA, GUT, GUY, HON, JAM, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, SCN, SUR, TRT, URU, VEN</p> <p>Meta 2011: CHI, NEA</p> <p>No final de 2011, um total de 34 países e territórios estava comprando as vacinas para seus programas nacionais de vacinação através do Fundo Rotativo (RF) da OPAS. O acréscimo mais recente é o CHI, o qual comprou quase todas suas vacinas através do RF em 2010 e planeja o seguir fazendo em 2012. Além disso, as NEA confirmaram que obtêm vacinas através do Fundo Rotativo.</p>
RER 1.2: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para manter a eliminação do sarampo e a erradicação da poliomielite; e obter a eliminação da rubéola, Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) e tétano neonatal.					No caminho
Avaliação do RER (2 de 2 metas do indicador de RER atingidas)					
<p>Cooperação técnica foi fornecida para complementar os esforços do país em manter a eliminação de sarampo/rubéola/SRC e a erradicação da poliomielite na Região. Todos os países implementaram as intervenções de vacinação e vigilância para manter esses avanços. O Plano de Ação para Manter as Américas Livres de Poliomielite durante a transição da era pré- para a era pós-erradicação foi desenvolvido com o fim de aumentar a proteção e a vigilância da comunidade. A implementação deste plano também requererá que os países mantenham as normas de certificação para a vigilância da paralisia flácida aguda (PFA). A Região conseguiu a eliminação das endemias de rubéola/SRC em 2010 está no caminho para conseguir documentação e comprovação da eliminação das endemias de sarampo/rubéola/SRC em 2012. Um grande desafio é a</p>					

constante ameaça de casos importados, o que aumenta os riscos de que a transmissão de sarampo/rubéola endêmicas seja restabelecida. Os países devem permanecer atentos para rapidamente detectar e responder a tais importações.					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final de 2011	Meta 2013	Comentários
1.2.1: Número de países com atividades de vigilância e vacinação para manter a erradicação da poliomielite	38/38	38/38	38/38	38/38	<p>Linha de Base 2009: ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, FDA, GRA, GUT, GUI, HAI, HON, JAM, MEX, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, SCN, SAL, SAV, SUR, TRT, URU, USA, VEN</p> <p>Meta 2011: Manutenção</p> <p>Todos os 38 países conduzem, atualmente, atividades de vigilância e vacinação para manter a erradicação da poliomielite, assim como para minimizar o risco da reintrodução do vírus selvagem da pólio na Região. Embora o HAI tenha prorrogado sua campanha contra a pólio (e sarampo/rubéola) até março de 2012, o país inclui a vacina contra a pólio em seu programa de rotina e continua a relatar vigilância de PFA semanalmente.</p>
1.2.2: Número de países que implementaram intervenções para a eliminação da rubéola e da síndrome da rubéola congênita (SRC)	38/38	38/38	38/38	38/38	<p>Linha de Base 2009: ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SCN, SAL, SAV, SUR, TRT, URU, USA, VEN</p> <p>Meta 2011: FDA, NEA</p> <p>Todos os 38 países e territórios implementaram intervenções para conseguir a eliminação da rubéola e da SRC, tendo progredido significativamente ao documentar e comprovar a eliminação dessas doenças. Somente o HAI e o MEX não atingiram a meta do indicador, apesar de terem implementado com êxito as intervenções para eliminação recomendadas pela OPAS.</p>
RER 1.3: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para proporcionar acesso de todas as populações a intervenções para prevenção, controle e eliminação das doenças transmissíveis negligenciadas, inclusive doenças zoonóticas					Em risco
Avaliação do RER (3 de 5 metas do indicador de RER atingidas, com 1 excedida e 2 não atingidas)					
<p>Importantes avanços foram conseguidos em direção ao alcance destes RER e seus indicadores. No que se refere à lepra, 18 países atingiram as metas ou para a eliminação ou para a manutenção das linhas de base; mas a Argentina saiu da linha de base. Para a raiva humana, a meta de eliminação para o biênio foi atingida em 2011. Para as doenças zoonóticas, os países continuam elaborando, atualizando e testando os planos de preparativos. No que se refere à doença de Chagas, três dos quatro países-alvo conseguiram interrupção da transmissão e/ou certificação da eliminação (Colômbia não o fez). Argentina e Nicarágua recuperaram seus status de linha de base. Além disso, a eliminação ou a interrupção da transmissão dos vetores secundários foi conseguida em alguns países de linha de base. As novas diretrizes para as doenças infecciosas negligenciadas (NIDs) foram difundidas e sua implementação começou em todos os países-alvo. Avanços significativos foram conseguidos individualmente para o tracoma, a filariose, a esquistossomose e a oncocercose; o avanço mais recente foi a certificação da eliminação da oncocercose na Colômbia. A mobilização dos recursos financeiros e humanos para as NIDs continua sendo um desafio para atingir as metas até 2015, conforme indicado mediante Resolução CD49.R19, "Eliminação das Doenças Negligenciadas e Outras Infecções Relacionadas com a Pobreza", aprovada pelo 49º Conselho Diretor da OPAS em 2009.</p>					

Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final de 2011	Meta 2013	Comentários
1.3.1: Número de países que eliminaram a lepra nos níveis nacional e sub-nacional como um interesse de saúde pública	17/24	19/24	18/24	24/24	<p>Linha de Base 2009: ARG, COR, ECU, ELS, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PER, SAL, SUR, TRT, URU</p> <p>Meta 2011: COL, CUB, DOR</p> <p>De 19 países, 18 conseguiram ou mantiveram o seu status de eliminação em âmbito sub-nacional. Enquanto a ARG saiu da linha de base, CUB e COL atingiram as metas em 2011. CUB também está perto da eliminação no segundo nível sub-nacional. Embora a DOR não tenha atingido a meta em 2011, o país formulou um plano e trabalhará para atingir a meta até 2013. O BRA é o único país na Região que não atingiu a meta no âmbito nacional. BOL, DOR, PAR e VEN terão de que trabalhar para atingir a meta no âmbito sub-nacional.</p> <p>A meta para a lepra no biênio anterior (2008-2009) estava relacionada com a implementação da nova estratégia de lepra da OMS, um elemento que foi formulado naquele momento. Depois da revisão do Plano Estratégico da OPAS 2008–2012, o indicador foi aprimorado para mostrar um nível de alcance melhor, mas mais estrito — incluindo a eliminação da lepra em âmbito sub-nacional — como parte do indicador.</p> <p>O caso da ARG mostra a importância de se continuar a defesa de causa nos países para manter os avanços. Depois de sair da linha de base, uma missão técnica, em outubro de 2011, avaliou programa nacional contra lepra do país e ofereceu recomendações. A ARG começou a adaptar as diretrizes de assistência ao enfermo, o que demonstra sua vontade de recuperar este indicador. O âmbito regional está monitorando o progresso ao implementar as recomendações.</p> <p>Missões técnicas já foram estabelecidas para os países-alvo restantes fixados para 2013.</p>
1.3.2: Número de países que eliminaram a raiva humana transmitida por cães	14	16	17	18	<p>Linha de Base 2009: ARG, BLZ, CHI, COL, COR, ECU, GUY, HON, NIC, PAN, PAR, PER, SUR, URU</p> <p>Meta 2011: CUB, ELS, MEX, VEN</p> <p>Em 2011, 17 países eliminaram a raiva humana transmitida por cães, inclusive 4 países-alvo: CUB, ELS, MEX e VEN. O PER está no processo de recuperar seu status de país de linha de base; declarou maioria de seu território nacional livre da raiva humana transmitida por cães, salvo pelos departamentos de Puno e Madre de Deus.</p>

1.3.3: Número de países que mantêm vigilância e preparação para enfrentar as doenças zoonóticas emergentes ou reemergentes	13	19	20	23	<p>Linha de Base 2009: ARG, BLZ, BRA, CHI, COL, COR, DOR, ECU, HON, MEX, PAN, PAR, TRT</p> <p>Meta 2011: CUB, DOM, GUT, NIC, PER, URU, VEN 20 países empreenderam vigilância e preparativos para doenças zoonóticas emergentes ou reaparecendo. PAR está trabalhando para recuperar readquirir o status de linha de base.</p>
1.3.4: Número de países com índice de infestação domiciliar por vetores triatomíneos inferior a 1%	11/21	15/21	12/21	18/21	<p>Linha de Base 2009: ARG, BRA, CHI, ELS, GUT, HON, MEX, NIC, PAR, PER, URU</p> <p>Meta 2011: BLZ, BOL, COL, COR (ARG e NIC precisam recuperar, já que perderam o status de linha base de 2009)</p> <p>Apesar do não alcance desse indicador, os avanços conseguidos na luta contra a doença de Chagas foram consideráveis. Segundo a meta estabelecida pelo Índice de Infestação Domiciliar, 12 de 21 países atingiram a meta ao baixar a infestação doméstica pelos seus principais vetores de Triatominae para abaixo de 1%. Dos países-alvo de 2011, BLZ, BOL e COR atingiram a meta. Esforços consideráveis de cooperação técnica foram, também, destinados aos países em recuperação que estavam previamente na linha de base; ARG e NIC também atingiram a meta. Todos os outros países da linha de base mantiveram seus status. Em 2013, haverá esforços para atingir a meta nos países COL, ECU, PAN e VEN; e a base será fixada para outros esforços na GUY e no SUR.</p> <p>É importante enfatizar a necessidade dos países de manterem seus progressos. De outro modo, a cooperação técnica terá que ser reorientada em direção aos países em recuperação que já atingiram os resultados.</p> <p>É também necessário indicar que a doença de Chagas não se refere exclusivamente a somente um tipo de vetor. Nestes países onde a transmissão pelo vetor primário foi interrompida, as atividades de controle se deslocaram ao controle dos vetores secundários. Espera-se que o desafio para o biênio 2012-2013 seja maior, já que a maioria dos países-alvo está localizada ao redor da bacia amazônica.</p> <p>As mudanças climáticas que promovem a proliferação de vetores, a persistência dos determinantes sociais, a dificuldade de acesso às áreas afetadas e os desafios políticos, tudo previne que sejam realizados avanços mais rápidos para este indicador.</p>

1.3.5: Número de países que adotaram programas ou estratégias para a vigilância, prevenção, controle ou eliminação das doenças tropicais negligenciadas	3	7	7	11	<p>Linha de Base 2009: GUY, MEX, SUR</p> <p>Meta 2011: HON, BRA, DOR, HAI</p> <p>Sete (7) países atingiram suas metas, inclusive todos os países-alvo para 2011. O BRA começou um programa nacional sobre as NIDs, implementando um plano de ação em Recife, e consolidou atividades para a oncocercose e a tracoma. DOR implementou vigilância da filariose linfática (FL) e da malária (MAL) em áreas fronteiriças com o HAI e também iniciou preparativos para uma pesquisa nacional sobre helmintíase transmitida por contato com o solo (STH) e a esquistossomose (SCH). O HAI integrou o controle de vetores FL-MAL e começou a eliminação de parasitas de STH. HON consolidou um plano nacional de luta contra as NIDs, desenvolvendo um grupo técnico e uma pesquisa de MAL-STH. Todas as metas para 2013 também avançaram.</p>
---	---	---	---	----	---

RER 1.4: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para melhorar sua capacidade de vigilância e resposta a doenças transmissíveis, como parte de um sistema abrangente de vigilância e informação de saúde

No caminho

Avaliação do RER

(3 de 3 metas do indicador de RER atingidas, com 1 excedendo a meta)

Os países na Região continuam trabalhando para melhorar os seus sistemas de vigilância. O mandato do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) exige que os países construam, fortaleçam e mantenham capacidades de vigilância e resposta às doenças transmissíveis. Por isso, os múltiplos esforços através do OE1 estão contribuindo para o fortalecimento desse resultado esperado. Os países se ocupam em melhorar seus sistemas de vigilância em ambos os níveis nacional e local, progredindo em níveis diferentes em sua integração. A maioria dos países e territórios da Região, inclusive os países-alvo, relata sobre a vigilância de imunização; e a OPAS assegura que feedback será fornecido para assegurar a disponibilidade de informações de qualidade e oportunas. Os países da Região continuam a melhorar sua vigilância de prevenção de infecção e controle, assim como a resistência aos antimicrobianos, nos níveis nacional e hospitalar sem distinção. Esta capacidade aprimorada para detecção foi demonstrada pelo fato de que os surtos em instalações de saúde estarem sendo detectados e notificados com maior frequência. Conforme os países avançam em seus sistemas de vigilância, é um desafio para refinar os indicadores para determinar os meios apropriados da comprovação e assegurar monitoramento de perto dos países que estão se atrasando no processo.

Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final de 2011	Meta 2013	Comentários
1.4.1: Número de países com sistema de vigilância de todas as doenças transmissíveis importantes para a saúde pública do país	16	18	18	20	<p>Linha de Base 2009: ARG, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COR, CUB, ECU, HON, MEX, NIC, PAN, PER, USA, VEN</p> <p>Meta 2011: DOR, ELS</p> <p>Os países-alvo alcançaram o indicador e todos os países da linha de base mantiveram os seus status. Considerando a área extremamente vasta que cobrem, a maioria dos indicadores no OE1 é parcialmente, e mesmo diretamente, relacionada; como tal, contribui para os atingir. Para o próximo Plano Estratégico da OPAS 2008–2012, sugere-se um exame deste indicador com o intuito de determinar meios mais específicos de verificação que possam ser monitorados juntamente com o indicador.</p>

1.4.2: Número de países que apresentam à Repartição Sanitária Pan-Americana os formulários conjuntos sobre vigilância e monitoramento da vacinação, de acordo com os cronogramas estabelecidos	18/38	19/38	34/38	20/38	<p>Linha de Base 2009: ARG, BAH, BLZ, BOL, CAN, COL, CUB, ELS, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, NIC, PAR, PER, URU, VEN</p> <p>Meta 2011: ECU, TRT</p> <p>Um total de 34 países (ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, PODE, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, GRA, GUT, GUI, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, SCN, SUR, TRT, URU e VEN) mais 2 territórios (ABM e NEA) submeteram formulários de notificação conjuntos sobre vigilância e monitoramento de imunização. Isto inclui os países-alvo para 2011 (TRT) e 2013 (COR), respectivamente. Todos os países da Região recebem um feedback da OPAS/FCH/IM ao receber os Formulários de Notificação Conjuntos para assegurar dados de nível de país de qualidade e oportunos.</p>
1.4.3: Número de países que sistematicamente implementam vigilância de resistência aos antibióticos e intervenções para a contenção da resistência aos antibióticos, inclusive infecções relacionadas aos serviços de saúde	22/35	24/35	24/35	27/35	<p>Linha de Base 2009: ARG, BAR, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GUT, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, URU, USA, VEN</p> <p>Meta 2011: GUY, BLZ</p> <p>BLZ fortaleceu o programa de IPC nos âmbitos nacional e hospitalar. GUY alcançou o indicador para vigilância de resistência ao HIV, assim como controle de infecções (IC).</p>
RER 1.5: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para melhorar sua capacidade de pesquisa e desenvolver, validar e tornar disponíveis e acessíveis os novos conhecimentos, instrumentos de intervenção e estratégias que atendem as necessidades prioritárias de prevenção e controle das doenças transmissíveis.					No caminho
Avaliação do RER (1 de 1 meta do indicador de RER atingida)					
<p>Apesar de algumas limitações com respeito ao financiamento e recursos humanos, em particular devido à crise financeira da OMS/TDR, este RER foi não foi, contudo, alcançado. Fortaleceu-se a capacidade e pesquisa foi realizada nos países-alvo, assim como em outros países da Região. Tais ferramentas como reação de cadeia da polimerase em tempo real quantitativa (qPCR) como um marcador biológico da cura de doença de Chagas foram avaliadas usando-se diferentes métodos. Além disso, esta técnica foi padronizada com a participação de 20 países da Região e 1 país da Europa. Análises e prioridades sistemáticas foram definidas para a leishmaniose, a raiva e a leptospirose. A formação de redes entre os pesquisadores no controle inovador de vetores foi também estabelecida.</p>					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final de 2011	Meta 2013	Comentários
1.5.1: Número de países que realizaram pesquisa operacional de acordo com as prioridades de pesquisa em doenças transmissíveis	2/33	3/33	3/33	5/33	<p>Linha de Base 2009: BRA, CHI</p> <p>Meta 2011: ARG, PER</p> <p>O país-alvo ARG atingiu sua meta. Além disso, houve importantes progresso no PER, e o trabalho continuará com este país durante o próximo biênio. Além dos países-alvo, outros países da ALC receberam apoio. Dificuldades para atingir as metas fixadas para 2013 permanecem, devido a uma escassez de financiamento e recursos humanos. A mobilização de recursos está atuando para frear esses riscos.</p>

RER 1.6: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para obter as capacidades básicas requeridas pelo Regulamento Sanitário Internacional para o estabelecimento e fortalecimento de sistemas de alerta e resposta para uso em epidemias e outras emergências de saúde pública de interesse internacional.	Em risco
--	-----------------

Avaliação do RER (1 de 2 metas do indicador de RER atingidas e 1 não atingida)
--

A data final para o estabelecimento da capacidade central do RSI é junho de 2012. A definição de capacidade central no RSI é muito ampla e cobre todos os perigos; até o momento, nenhum ministério da saúde (MoH) na Região o conseguiu. O status em risco deste RER também pode ser atribuído às obrigações, aos cronogramas e aos meios da comprovação díspares estabelecidos pelo RSI, tornando a determinação dos MoHs com a capacidade central possível somente após junho de 2012. Está previsto que os países solicitarão uma extensão de dois anos em 2012, uma decisão de natureza tanto política como técnica. Se a decisão de solicitar uma extensão for baseada em um plano de ação sólido, deve ser considerada positiva e compatível com os preparativos de saúde pública como um processo intrinsecamente dinâmico. Para isso, a OPAS deve proporcionar aos MoHs orientação para ajudar-lhes a tomar decisões fundamentadas sobre a extensão da data final; para mobilizar os recursos para implementar os planos de ação do MoH; para identificar os procedimentos de implementação do RSI e monitoramento de longo prazo (o consenso regional alcançado em 2011 no enfoque de monitoração foi um grande avanço); para manter a defesa de causa de alto nível; para comunicar os benefícios de saúde pública do cumprimento do RSI; e para identificar as sinergias e parcerias destinadas para a revisão das políticas para recursos humanos que assegurarão ambos o estabelecimento e a manutenção de competências no campo da epidemiologia.

Indicador de RER	Linha Base 2009	Meta 2011	Atingida Final de 2011	Meta 2013	Comentários
1.6.1: Número de países que adquiriram capacidade básica de vigilância e resposta, de acordo com as obrigações estipuladas no Regulamento Sanitário Internacional (2005)	0	17	0	25	<p>Linha de Base 2009: 0 Meta 2011: ANI, ARG, BAH, BAR, BRA, CAN, CHI, COL, COR, DOM, ELS, GUT, PAN, PER, TRT, URU, USA</p> <p>De uma linha de base de 0, 0 foi alcançado. Dos MoHs, 26 de cada 35 MoHs submeteram um relatório anual à Assembleia Mundial da Saúde (AMS). Apesar de um grau excelente de variabilidade com relação ao nível da capacidade central conseguida até o presente, nenhum dos países conseguiu alcançá-lo plenamente. Com base no feedback recebido dos MoHs e prioridades definidas pela OPAS, uma lista atualizada de 25 metas para 2013 foi estabelecida.</p> <p>A OMS não exigiu nenhuma notificação sobre o progresso das capacidades centrais antes de maio de 2012. A OPAS está atualmente acompanhando os países no seu processo de tomada de decisão com respeito às solicitações de extensão da data final para alcançar as capacidades centrais. A extensão desta data final de entrega é tanto uma decisão técnica como política. Por isso, a OPAS terá uma melhor ideia tanto de uma linha de base como de um nível do avanço para este indicador após a Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2012.</p> <p>No biênio anterior, este indicador se referiu aos países avaliando as capacidades centrais. Com a revisão do <i>Plano Estratégico da OPAS 2008–2012</i>, foi tomada a decisão de mudar o indicador para “alcance das capacidades centrais”. Este é um indicador bem mais estrito — e, por isso, um muito mais difícil de alcançar. Além disso, a falta de definição de uma ferramenta de avaliação no nível global preveniu qualquer melhor medição deste avanço.</p>

					A OPAS acredita que qualquer solicitação para se estender a data final é uma situação positiva quando apoiada pela preparação de um plano de ação adequado. Um bom plano fixará um guia claro para melhorias contínuas das capacidades de vigilância e resposta, e tornará o processo dinâmico, compatível com as situações dinâmicas sendo monitoradas sob o RSI.
1.6.2: Número de países que mantêm programas de capacitação focados no fortalecimento da capacidade de resposta a surtos	17	21	21	23	<p>Linha de Base 2009: ARG, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOR, FDA, ELS, GUT, HON, MEX, NIC, PAN, PER, USA</p> <p>Meta 2011: BLZ, BOL, ECU, PAR</p> <p>Os países-alvo alcançaram este indicador. Há uma necessidade de se promover modelos alternativos em escala mundial para o estabelecimento e a manutenção de competências no campo da epidemiologia, com os devidos esforços realizados nas áreas de mobilização de recursos e atividades de conscientização internas. Como resultado, o apoio que a OPAS tem oferecido aos Estados Membros tem sido limitado, ainda que tenha sido oferecido nos países-alvo. A prioridade para o próximo biênio inclui manter o programa no PAR, definir uma estratégia para o URU e empenhar-se com os Centros para o Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos para examinar a organização do Programa de Treinamento no Campo da Epidemiologia (FETP) na América Central.</p>
RER 1.7: Estados Membros e a comunidade internacional equipados para detectar, conter e responder de maneira eficaz a importantes doenças epidêmicas e pandêmicas (por exemplo, influenza, dengue, meningite, febre amarela, febres hemorrágicas, peste e varíola)					No caminho
Avaliação do RER (3 de 3 metas do indicador de RER foram atingidas, com 2 excedidas)					
<p>Desde segundo semestre de 2010, todos os Estados Membros incorporaram os Procedimentos Operacionais Padronizados (POP) nos seus planos de preparativos para as equipes de resposta rápida durante uma pandemia de influenza. À luz disso, a OPAS continua com seus esforços para preservar o progresso conseguido e fortalecer a capacidade dos países para vigilância intensificada nacional das infecções respiratórias agudas (SARI). Isso significa fornecer informações para ação, para que os responsáveis pelas decisões nacionais e locais possam utilizá-la para ativar as Equipes de Resposta Regionais (RRTs). A detecção dos agentes patogênicos virais com potencial epidêmico foi conseguida nos Estados Membros localizados em áreas endêmicas para febre amarela e o flavivírus; e este avanço será mantido. Trabalho contínuo está sendo realizado a fim de produzir um protocolo padronizado para o teste de diagnóstico do flavivírus nas Américas; uma reunião especializada foi conduzida em agosto passado em Pergamino, na Argentina, com o objetivo de facilitar esse consenso. Houve intervenções e estratégias para o controle da dengue foram alcançadas. Esses continuam no caminho e enfatizam no estabelecimento de estratégias integradas de administração para a dengue (EGI-Dengue) nos países-alvo, na avaliação e implementação em países da linha de base, e na condução de sessões de treinamento em novas diretrizes clínicas para tratar de pacientes com dengue. Considerando que vetor para os vírus da Chikungunya e da dengue são um e o mesmo, e as duas doenças apresentam um perfil semelhante clínico, foram implementadas sessões de treinamento regionais conjuntas.</p>					

Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final de 2011	Meta 2013	Comentários
1.7.1: Número de países que têm planos nacionais de preparação e procedimentos operacionais padrão implantados para equipes de resposta rápida a pandemias de influenza	23/35	31/35	35/35	35/35	<p>Linha de Base 2009: ARG, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PER, TRT, URU, USA, VEN</p> <p>Meta 2011: ANI, BAH, BAR, BLZ, DOM, DOR, HAI, PAR, SAL, SAV, SCN, SUR</p> <p>A meta foi atingida por 35 países. Os seguintes países receberam treinamento e estabeleceram POP para as suas equipes de resposta rápida (RRTs): ANI, BLZ, COL, GRA e SUR. Durante o próximo biênio, o foco continuará a ser na implementação, no monitoramento e na avaliação dos programas de vigilância para SARI em hospitais, a fim de assegurar a captação oportuna de informações para a tomada de decisão e ação adequada. Os esforços continuarão no sentido de manter e fortalecer a capacidade nos países.</p>
1.7.2: Número de países com capacidade básica para detectar vírus e patógenos com potencial epidêmico de acordo as diretrizes de vigilância epidemiológica da OPAS/OMS	4	10	10	12	<p>Linha de Base 2009: ARG, BRA, PER, VEN</p> <p>Meta 2011: BOL, COL, ECU, PAN, PAR, TRT</p> <p>Todos os países-alvo atingiram este indicador. Durante o próximo biênio, haverá esforços contínuos com o intuito de manter a capacidade nos países, trabalhar com os países-alvo para 2013, GUY e SUR. Ênfase adicional será nos preparativos da Região para uma possível introdução do vírus Chikungunya.</p>
1.7.3: Número de países que implementam intervenções e estratégias para o controle da dengue segundo as diretrizes da OPAS/OMS	17	21	22	23	<p>Linha de Base 2009: ARG, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GUT, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, PUR, URU, VEN</p> <p>Meta 2011: GUY, TRT</p> <p>Os países-alvo para 2011, GUY e TRT, alcançaram este indicador. GUY desenvolveu EGI-dengue em março de 2011; e TRT, em maio de 2011. Ambas as estratégias estão sendo devidamente implementadas. Novas diretrizes para a dengue da OMS foram distribuídas em toda a Região. Além disso, novas diretrizes de tratamento para os pacientes com dengue foram adaptadas, formuladas e distribuídas. O treinamento nestas novas diretrizes foi completado em quatro sub-regiões (Cone Sul, Andinas, sub-regiões da América Central, e no MEX e Caribe Hispano).</p>

RER 1.8: Capacidade regional e sub-regional coordenada e disponibilizada rapidamente aos Estados Membros para a detecção, comprovação, avaliação de riscos e resposta a epidemias e outras emergências de saúde pública de interesse internacional.					No caminho
Avaliação do RER (1 de 1 meta do indicador de RER atingida e excedida)					
<p>Neste biênio, foi possível detectar, comprovar e avaliar 710 incidentes de saúde pública de interesse internacional (PHEICs), no tempo recomendado pelo RSI (ou seja, dentro das 48 horas). Este avanço coletivo em todos os níveis organizacionais permitiu o cumprimento dos requisitos do RSI e deve ser considerado como uma prioridade em todas as áreas envolvidas. Para alertar os Estados Membros dos riscos para a saúde pública, 61 alertas epidemiológicos foram emitidos, assim como 39 notificações e recomendações, 30 relatórios e 4 mapas interativos. A equipe de Operações de Alerta e Resposta (ARO) manteve sua operação 24/7 para garantir detecção dos e resposta precoce aos PHEICs. A fim de comprovar a funcionalidade necessária para uma resposta oportuna pelos Estados Membros, foram mantidos testes de comunicação periódicos com os 35 Pontos Focais do RSI na Região. Um website de alerta e resposta foi reprojetoado para tornar informação mais acessível aos Estados Membros e para facilitar a identificação, avaliação e disseminação das informações do incidente.</p>					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
1.8.1: Porcentagem de eventos de saúde pública de importância internacional verificados no prazo recomendado pelo Regulamento Sanitário Internacional	90%	95%	100%	98%	Ao final de 2011, 100% de todos os incidentes de saúde pública de interesse internacional foram comprovados nas 48 horas que seguiu à sua detecção. Isso foi realizado através do trabalho colaborativo multidisciplinar entre a equipe de ARO, os especialistas técnicos da OPAS pelas diversas áreas técnicas, e os Escritórios do País da OPAS. Neste biênio, 710 incidentes foram avaliados, 156 dos quais requereram comprovação dos Estados Membros.
RER 1.9: Operações e respostas eficazes dos Estados Membros e da comunidade internacional em situações de emergência declaradas, devidas a doenças epidêmicas e pandêmicas.					No caminho
Avaliação do RER (1 de 1 meta do indicador de RER atingida)					
<p>A fim de promover uma resposta coordenada da Região, e em linha com o mandato do RSI, a OPAS continua a prestar apoio aos países durante incidentes de saúde pública. Cooperação técnica foi oferecida a vários países, principalmente o HAI e a DOR, na ilha de Hispaniola, durante o surto de cólera. Foram emitidos diretrizes e outros esforços para preparativos realizados contra os surtos em potencial de tais doenças, como a peste e a leptospirose, e a possível ocorrência do <i>E. coli</i>. Procedimentos Operacionais Padronizados (PNT) para instalação nos casos das emergências de saúde pública foram disseminados aos parceiros na Rede para Alerta de e Resposta ao Surto Global (GOARN) em toda a Região. As lições aprendidas e as recomendações para avançar com a regionalização da GOARN foram acordadas em junho de 2011, durante uma reunião realizada em Brasília, BRA. Requer-se financiamento de contingência, principalmente para facilitar uma resposta oportuna inicial durante as emergências.</p>					

Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final de 2011	Meta 2013	Comentários
1.9.1: Porcentagem de respostas da RSPA segundo o Regulamento Sanitário Internacional a pedidos de apoio dos Estados-Membros durante emergências ou epidemias	100%	100%	100%	100%	Cooperação técnica foi oferecida para o cólera no HAI e na DOR (em 2010 e 2011); para a dengue no BRA, COL, GUT, HON, PUR e VEN (em 2010) e em BAH, COR, PAN, PER e SAL (em 2011); no PAN, para a encefalite, em 2010, e carbapenemases tipo KPC em 2011; e no PER, para a peste em 2010 e hantavírus no 2011. Os esforços para preparativos (fortalecendo a capacidade laboratorial, desenvolvendo protocolos etc.) contra qualquer ocorrência possível de um surto do <i>E. coli</i> na Região foram realizados depois do surto europeu.

Relatório de Progresso do OE2

OE2: Combater a infecção por HIV/AIDS, tuberculose e malária				No caminho	
Visão Geral do Orçamento					
Orçamento Aprovado (PB 2010-2011)	Fundos Disponíveis			Gastos (%)	Financiado (%)
	RB	OE	Total		
\$75.059.000	\$6.823.000	\$27.098.018	\$33.921.018	89%	45%
Progresso em relação ao alcance do OE até 2013					
Progresso em relação ao alcance das metas do indicador de nível de impacto do OE, como estabelecido no Plano Estratégico da OPAS 2008–2012					
Indicador 1: Redução da taxa de incidência de infecção pelo HIV na Região					
Linha de Base: 24 novas infecções por 100.000 habitantes					
Meta: 23 novas infecções ou menos por 100.000 habitantes até 2013 (de acordo com o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio)					
De acordo com os dados de 2011 do Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/AIDS (UNAIDS), novas infecções pelo HIV no Caribe foram reduzidas a um terço com base nos níveis de 2001 (declinando de 21.000 infecções para aproximadamente 12.000 em 2010). Os países com os maiores declínios estimados são: República Dominicana e Jamaica, com uma diminuição de 25%; e Haiti, onde a redução foi de cerca de 12%.					
Durante o mesmo período, os países latino-americanos experimentaram um declínio semelhante nas novas infecções pelo HIV entre os adultos e crianças (declinando de 99.000 a 92.000). Finalmente, nos Estados Unidos, o número de novas infecções permaneceu relativamente estável entre 2006 e 2009, de acordo com os Centros para Controle e Prevenção de Doenças (CDC) (<i>Fonte: Prejean et al, PLoS 2011 de one, 6 [8]: e17502</i>).					
Considerando a Região das Américas como um todo, a taxa de incidência calculada para 2010 foi de 18 por 100.000 habitantes. (<i>Fonte: Numerador: OMS/UNAIDS/UNICEF. Resposta global ao HIV/AIDS. Atualização epidêmica e progresso do setor de saúde em direção ao Acesso Universal. 2011; Denominador: Nações Unidas, Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, Divisão da População. Perspectivas da População Mundial: A Revisão de 2010. 2011</i>). Esta cifra é inferior à meta estabelecida de 23 por 100.000. Deve haver esforços ainda maiores para a América do Norte e América Latina com respeito à redução de novas infecções pelo HIV.					
Indicador 2: Acesso a tratamento antirretroviral na América Latina e no Caribe, baseado em avaliações das necessidades					
Linha de Base: 72% em 2006					
Meta: 80% até 2013 (conforme Plano Regional de HIV/DST para o Setor da Saúde, 2006—2015)					
Para a América Latina e o Caribe (países de baixa e renda média), a cobertura para terapia antirretroviral (ART), baseada nas diretrizes da OMS de 2010 (início de tratamentos na contagem de CD4 <350cells/mm3) foi 50% (46%–59%) para 2009. Utilizando as diretrizes da OMS de 2006 (os pacientes aptos para tratamento são somente aqueles com uma contagem de CD4 <200cells/mm3), a cobertura em 2009 teria sido de 67% (61%–78%) (<i>Fonte: OMS/UNICEF/UNAIDS Em direção ao acesso universal: aumentando as intervenções de prioridade para HIV/AIDS no setor da saúde, 2009</i>).					
Em 2010, a cobertura de ART aumentou para 63%. Enquanto o número de países alcançando o acesso universal está no caminho, a meta regional para 2013 de 80% talvez não seja atingida, já que alguns dos países com o número mais alto de pessoas necessitando de tratamento (Colômbia, Guatemala, Haiti, Honduras, Peru e Venezuela), atualmente, possuem uma cobertura de ART de menos de 60%. O Brasil está perto de alcançar o acesso universal (70% em 2010); mas, como este país, representa 30% de todas as necessidades de ART, esta lacuna de 10% tem um grande impacto na cobertura regional.					

Indicador 3: Número de países que conseguiram menos de 5% de incidência de transmissão materno-fetal do HIV

Linha de Base: 3 países em 2006

Meta: 16 países até 2013 (conforme Plano Regional de HIV/DST para o Setor da Saúde 2006–2015)

Embora, no geral, a maioria dos países possui programas desempenhando bem na função de prevenir a transmissão materno-fetal (PMTCT) do HIV, e números relativamente altos de cobertura de PMTCT em âmbito nacional, ainda há grandes disparidades dentro dos países entre as áreas de PMTCT com respeito à qualidade dos serviços de saúde. Segundo os cálculos da OPAS/OMS de 2010, a taxa para transmissão do HIV materno-fetal na América Latina e no Caribe é maior do que 15% — portanto, permanecendo muito maior que a meta de eliminação de 2%. Cinco países informaram conseguir menos do que uma taxa de transmissão materno-fetal (MTCT) do HIV de 2%, e 7 países adicionais estão no caminho (com uma taxa de MTCT do HIV entre 2% e 7%) (Fonte: OPAS. Análise da Situação 2010. Eliminação da Transmissão Materno-fetal de HIV e sífilis congênita nas Américas. 2011).

Será preciso um esforço maior para atingir a meta estabelecida no Plano Estratégico de menos de 5% de incidência da transmissão materno-fetal do HIV em 26 países até 2013.

Indicador 4: Número de países com incidência de sífilis congênita (CS) de menos que 0,5 casos por 1.000 nascidos vivos

Linha de Base: 2 países em 2006

Meta: 26 países até 2013

Entre os 8 países-alvo (Argentina, Brasil, República Dominicana, El Salvador, Guiana, México, Peru e Venezuela), somente a Guiana notificou ter atingido a meta, enquanto que o Peru notificou 0,7 casos por 1.000. Os países restantes mostraram um estado de progresso avançado: segundo os relatórios de país, outros 10 países relataram ter atingido a meta de uma taxa de incidência da sífilis congênita de menos de 0,5 por 1.000 nascidos vivos (Anguila, Antígua e Barbuda, Bahamas, Canadá, Chile, Cuba, Guadalupe, Panamá e Estados Unidos).

A vigilância epidemiológica de sífilis está sendo promovida através do uso do Sistema de Informação Perinatal (SIP), onde a vigilância para HIV também estará incluída. Um processo de certificação está sendo desenvolvido e será guiado em países selecionados em 2012.

Os desafios constam de fortalecimento da integração do HIV e de programas de saúde sexual e reprodutiva nos países, e obtenção de financiamento adicional para implementar estratégias específicas (defesa de causa, disponibilidade de testes rápidos etc.), a fim de atingir as metas respectivas da Iniciativa de Eliminação.

Indicador 5: Redução da incidência de tuberculose (TB) na Região

Linha de Base: 39 casos por 100.000 habitantes em 2005

Meta: 27 por 100.000 até 2013 (de acordo com o ODM)

Segundo o relatório de Controle global da tuberculose da OMS 2010, a incidência de TB por 100.000 habitantes, na Região das Américas (incluindo pacientes com HIV), foi calculada em 29 (27–31), em 2009. Com base na tendência descendente durante anos anteriores (com suas cifras respectivas de 33, 32 e 31, em 2006, 2007 e 2008), parece altamente provável que a Região atingirá a meta de incidência de 27 novas infecções de TB por 100.000 habitantes até 2013.

Indicador 6: Redução do número de casos anualmente notificados de malária na Região

Linha de Base: 903, 931 casos em 2006

Meta: 402, 536 até 2013

De acordo com o Relatório da Malária da OPAS de 2010, o número de casos notificados na Região caiu de 1.044, 073, em 2000, para 565, 892, em 2009, para uma redução de 52% do número de casos — acompanhado por 122

mortes no mesmo ano, para uma diminuição de 68% em relação à linha de base de 2000. Os detalhes daquele mesmo período mostram reduções de mais de 50% no número de casos notificados observados em 12 países (Argentina, Belize, Bolívia, Costa Rica, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Paraguai e Suriname). Seis países adicionais (Brasil, Colômbia, Guiana, Guiana Francesa, Panamá e Peru) mostraram reduções menores (de menos de 50%) do número de casos de malária confirmados. Infelizmente, três países continuam notificando aumentos do seu número total de casos (República Dominicana, Haiti e Venezuela).

Indicador 7: Número de países que mantém seus status de malária não endêmica

Linha de Base: 19 países em 2007

Meta: 19 países até 2013

Dezoito (18) de 21 países endêmicos e territórios conseguiram reduções significativas do número de casos de malária entre 2000 e 2010 (variando de uma redução de 24% na FRG e quase 100% de redução no PAR). Em 20 países, houve uma tendência para queda desde 2005 se comparado com os dados de 2010. Segundo o Relatório da Malária no Mundo da OMS de 2011, os casos notificados de malária na Região diminuíram em 43%, de 1.182.418, em 2000, para 678.164, em 2010 (com base nos dados apresentados a OPAS pelos países).

Avaliação do OE 2010-2011

Este OE está no caminho, com 5 de 6 RERs no caminho e 1, em risco; 21 de 24 metas do indicador de RER foram atingidas ao final de 2011).

Avanços Principais

- Durante o biênio 2010-2011, a resposta ao HIV mostrou notável progresso na aproximação do uso mais eficaz dos recursos alocados para melhorar o acesso ao tratamento e aumentar os esforços de prevenção. Em detalhes, os países avançaram no seguinte: compromisso político e provisão de ART para PMTCT, com os esforços da OPAS sendo concentrados em certos países prioritários altamente sobrecarregados que estão ainda ficando para trás (República Dominicana, Haiti e Guatemala). O tratamento com os antirretrovirais progrediu, mas mudanças nos critérios de elegibilidade para ART (impulsionadas por evidências científicas rapidamente evoluídas) resultaram em bancos ampliados de pacientes com necessidade imediata de tratamento e em taxas reduzidas de cobertura. Além disso, ferramentas para incorporar a prevenção do HIV nos planos nacionais foram disseminadas e aplicadas por 14 países. A vigilância baseada nos casos de HIV e das populações em maior risco (MARF) foi fortalecida. Todos os países tiveram dados de vigilância separados por dados da idade e do sexo, enquanto 9 países examinaram os seus sistemas de vigilância e 5 conduziram novas pesquisas entre os homens que fazem sexo com os homens (HSH), profissionais do sexo (SWs), e grupos transgênero. A Estratégia de Resistência aos Medicamentos para HIV (HIVDR) está sendo expandida em todas as sub-regiões. Avaliações e planejamento usando uma perspectiva de sistemas de saúde foram conduzidos em vários países (Barbados, Bolívia, Jamaica, Nicarágua, Paraguai, Peru e Trinidad e Tobago); e a OPAS ofereceu cooperação técnica (TC) nos exercícios de planejamento nacionais em dois países (Guatemala e Venezuela).
- A coordenação com os parceiros foi bem-sucedida, principalmente com os Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/AIDS (UNAIDS), a Federação de Planejamento Familiar Internacional (FIPF), e a Organização Educacional, Científica e Cultural das Nações Unidas (UNESCO) —, assim como cooperação técnica com tais entidades sub-regionais como o Mercado Comum do Cone Sul (Mercosul), o Organismo de Saúde Andino (ORAS) e o Conselho do Mecanismo Regional de Coordenação dos Ministros da Saúde da América Central (COMISCA/MCR).
- Houve muitos avanços em direção ao alcance das metas indicadas no Plano Estratégico Regional para a Malária nas Américas 2006–2010, com uma redução de 43% do número de casos notificados e uma

diminuição de 65% no número de mortes atribuídas à doença, entre 2000 e 2010. Além disso, 18 de 21 países endêmicos na Região conseguiram reduções significativas no número de novos casos de malária, com uma tendência de queda em 20 países desde 2005. A Estratégia e o Plano de Ação para Malária 2011–2015 se constroem com esses avanços e incluem as seguintes metas: redução da morbidade para 75% e das mortes por malária em 25%; a implementação da eliminação com uma possível reversão da tendência existente em 3 países; e prevenção da reintrodução nos países livres de malária.

- Houve progressos referentes à detecção de casos de TB, com a maioria dos países implementando as estratégias especificamente projetadas para o aprimoramento contínuo da taxa de detecção de casos. Além disso, todos os países e territórios estão envolvidos nas atividades de TB — especialmente em vigilância. Isso é particularmente importante para pequenos territórios na Região que não sofreram vigilância sistemática anteriormente. A vigilância é fundamental para qualquer implementação bem sucedida das medidas de controle da TB e para monitorar o alcance das metas. Para responder à resistência aos medicamentos de TB na Região, muitos países estão também introduzindo vigilância mais complexa na resistência à TB.

Desafios Principais

- A crise global diminuiu a capacidade dos grandes doadores (especialmente o Fundo Global de Combate à AIDS, TB e Malária, daqui em diante simplesmente denominado o “Fundo Global”) de fornecer o financiamento aos países na Região. Uma grande prioridade para a OPAS é trabalhar com os países e parceiros para promover uma resposta mais sustentável e eficaz, principalmente orientada para a racionalização do tratamento e integração da resposta dentro da estrutura de uma resposta mais ampla do sistema de saúde.
- Existe a necessidade de reexaminar e atualizar políticas e quadros estratégicos para a malária nos países, para que reflitam o trabalho realizado na Região. Isto deveria incluir emergências complexas, prevenção e controle, pré-eliminação, eliminação e prevenção da reintrodução.
- Há também uma necessidade de vigilância sustentada e reforçada em todos os níveis do sistema de saúde, para detectar ameaças da malária e desencadear respostas apropriadas com mínimo atraso, assim como para identificar resistência aos medicamentos antimaláricos.
- Novas maneiras precisam ser buscadas para melhor harmonizar as atividades de TB e recursos entre o nível regional e os Escritórios de País da OPAS regionais, em termos da resposta às prioridades nacionais.
- Há uma necessidade de que todos os parceiros e interessados diretos redobrem seus esforços para fomentar o desenvolvimento, a acessibilidade e o uso das intervenções com base científica realizadas pelos interessados diretos da malária e iniciativas.
- Apesar do progresso conseguido por parte dos países vis-à-vis o índice de cura para TB, a meta ainda não foi atingida e outros esforços são requeridos.
- Em termos de operações internas dentro da OPAS, os desafios em termos de vinculações em e entre os países-alvo persistem tanto para malária como para a tuberculose.
- A Alocação regular do orçamento para malária e tuberculose declinou, conduzindo à situação atual de financiamento externo de mais de 95% provenientes dos poucos doadores.

Lições Aprendidas

- Com respeito à resposta ao HIV, a coordenação com os parceiros e o trabalho interprogramático levaram a resultados e ações mais eficazes no âmbito nacional, assim como à capacidade de conseguir resultados em um contexto de recursos limitados.
- Considerando a resposta à malária, a Região usa vários mecanismos importantes para documentar e implementar boas práticas. Além disso, promove
 - (i) o trabalho colaborativo com 13 países nos projetos de Fundo Global;
 - (ii) esforços integrados referentes a assuntos de saúde relacionados (por exemplo, doenças infecciosas negligenciadas, doenças transmitidas por vetores etc); e
 - (iii) colaborações Sul-Sul (por exemplo, cooperação fronteira entre países).
- A cooperação técnica com os programas nacionais para tuberculose e malária na implementação de planos

nacionais estratégicos deve ser fortalecida, o que inclui assegurar recursos adicionais nacionais para o controle da TB e da malária. Questões adicionais que merecem consideração são as emergências complexas e as circunstâncias específicas de cada país, inclusive as políticas nacionais e os mandatos, assim como o compromisso com diversos assuntos de alcance intersetorial.

- Deve haver uma melhor definição de metas em resposta às necessidades do país, assim como cooperação técnica com foco em TB e malária.

Relatório de Progresso de RER do OE 2

RER 2.1: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para prevenção, tratamento, apoio e atenção a pacientes com HIV/AIDS, tuberculose e malária, inclusive enfoques inovadores para maior cobertura das intervenções entre populações pobres, vulneráveis e de difícil acesso					Em risco
Avaliação do RER					
(4 de 7 metas do indicador de RER atingidas, com 2 excedendo a meta de 2011)					
Os programas para controle de HIV/AIDS, tuberculose e malária são confrontados com diversos desafios. Mudanças nos critérios de elegibilidade para ART são impulsionadas por evidências científicas rapidamente evoluindo, e resultaram em bancos ampliados de pacientes com necessidade imediata de tratamento e que sofrem com cobertura reduzida. Esforços para otimizar os regimes de ART serão intensificados, principalmente nos países que dependem de financiamento externo. Apesar das altas taxas de detecção para novos casos de TB, a taxa desejada de sucesso de tratamento de 85% não foi conseguida em muitos países como previsto —o que requer esforços adicionais direcionados. A meta para eliminação da sífilis congênita continua sendo um problema para muitos países, principalmente em vista de coordenação e integração limitadas alcançadas pelos programas de HIV e Saúde Sexual e Reprodutiva (SRH). Espera-se que a Iniciativa de Eliminação Dual (transmissão materno-fetal de ambos HIV e sífilis congênita), que foi endossada pelos Estados Membros, em dezembro de 2010, não apenas fortaleça como também acelere integração e sinergias entre esses dois programas. Houve notável progresso no controle da malária, com o Plano Regional implementado por 28 países endêmicos e não endêmicos. A Resolução recém-aprovada CD51.R9, “Estratégia e Plano da Ação para a Malária” — aprovada pelo 51º Conselho Diretor de OPAS — ajudará a orientar o trabalho realizado com todos os países, incluindo o alcance das metas de 2013.					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final de 2011	Meta 2013	Comentários
2.1.1: Número de países que proveem tratamento profilático com antirretrovirais pelo menos a 80% das mulheres grávidas infectadas pelo HIV	10	12	13	17	<p>Linha de Base 2009: ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, CAN, CHI, CUB, DOM, SAV, SCN, TCA</p> <p>Meta 2011: BRA, JAM, PAN, PER</p> <p>Dos países-alvo de 2011, somente o Brasil conseguiu 80% de cobertura dos programas de tratamento com profiláticos para as mulheres grávidas soropositivas ao HIV (PMTCT). Significativamente, entretanto, segundo as estimativas publicadas mais recentemente pela OMS, mais de 12 países na Região conseguiram cobertura maior que 80% e, por isso, considerou-se que esta meta fora atingida.</p>
2.1.2: Número de países que proveem tratamento antirretroviral pelo menos a 80% da população que dele necessita, de acordo com as diretrizes da OPAS/OMS	7	12	9	15	<p>Linha de Base 2009: BAH, BAR, BRA, CAN, CHI, COR, CUB</p> <p>Meta 2011: BLZ, ELS, MEX, PAN, PER, URU</p> <p>Devido às mudanças nas diretrizes da OMS que recomendam tratar as pessoas portadoras do HIV mais antecipadamente, há agora mais pessoas precisando de tratamento, razão pela qual a de cobertura de 80% não pôde ser atingida. Atualmente, os seguintes nove países fornecem ART a 80% ou mais pacientes com necessidade: ABM, ANI, BAH, BAR, CAN, CHI, NIC, PUR e USA. Além disso, a cobertura de ART é estimada em 70%–79% na ARG, no BRA, na DOR, no MEX e no URU. O desafio principal é assegurar sustentabilidade e utilização ótima dos ARTs, mesmo em países com o acesso universal.</p>

2.1.3: Número de países que implementam os componentes da Estratégia Mundial de Combate à Malária, no contexto da iniciativa de Fazer Retroceder a Malária e Plano Regional da OPAS para Malária nas Américas 2006–2010	23	28	28	33	<p>Linha de Base 2009: ARG, BAH, BLZ, BOL, BRA, COL, COR, DOER, ECU, ELS, FDA, GUT, GUI, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SUR, VEM</p> <p>Meta 2011: BAR, GRA, SAL, SAV, TRT</p> <p>Todos os países do Caribe, assim como outros países não endêmicos participaram da Reunião Regional de Controle e Prevenção. Vale mencionar que 28 países (endêmicos e não endêmicos sem distinção) implementaram os componentes principais da Estratégia Global da OMS (a iniciativa Retrocesso da Malária e o Plano Estratégico Regional de OPAS para Malária nas Américas 2006–2010). A nova Estratégia para a Malária e o Plano de Ação 2011–2012 — conjuntamente com a recentemente aprovada Resolução CD51.R9 do 51º Conselho Diretor da OPAS, “Estratégia e Plano de Ação para a Malária” — estão orientando outros trabalhos com os países.</p>
2.1.4: Número de países que detectam 70% dos casos estimados de tuberculose pulmonar mediante baciloscopia positiva	21/27	23/27	25/27	26/27	<p>Linha de Base 2009: ARG, BAR, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PER, PUR, SAL, SCN, URU, USA</p> <p>Meta 2011: CAN, ELS, GUY, PAR</p> <p>Em 2010, 25 países notificaram a detecção de pelo menos 70% de todos os casos de TB pulmonar por meio de um esfregaço. Em detalhe, não apenas os países identificados como alvos para 2011 e 2013 (BAH, CAN, ELS, GUY, PAR e TRT) notificaram tal avanço, mas também o fizeram ANI, DOM e GRA. Contudo, deve-se observar que — devido à alteração da definição do indicador, assim como o número limitado de casos — ARG, BOL, SAL e SCN já não foram capazes de atingir esta meta.</p>
2.1.5: Número de países com uma taxa de tratamento bem-sucedido de 85% dos pacientes de tuberculose	11/27	16/27	9/27	23/27	<p>Linha de Base 2009: BAR, BOL, CHI, COR, CUB, ELS, GUT, HON, NIC, PER, SCN, URU</p> <p>Meta 2011: ANI, DOM, MEX, SAV, USA</p> <p>Somente nove países (BAR, BOL, CUB, DOM, DOR, ELS, HON, MEX e NIC) conseguiram manter uma taxa de sucesso de tratamento de TB de 85% (para a coorte de 2009). Os desafios principais foram as questões de qualidade com a estratégia de Tratamento de Curto Período Diretamente Observado (DOTS), o fato de que a OMS coletou os dados mais cedo que nos anos anteriores e, também, as variações enormes na taxa de sucesso de tratamento devido ao escasso número de pacientes.</p>

2.1.6: Número de países que alcançaram a meta regional para eliminação da sífilis congênita	7	15	8	26	<p>Linha de Base 2009: BAH, BLZ, CHI, COR, CUB, PAN, URU</p> <p>Meta 2011: ARG, BRA, COL, DOR, ELS, FEP, MEX, PER, VEN</p> <p>Entre os oito países-alvo de 2011 (ARG, BRA, DOR, ELS, GUI, MEX, PER e VEN), somente a GUY notificou alcance desta meta (de menos que 0,5 casos de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos). Vale mencionar que o PER notificou 0,7 casos por 1.000. Os países restantes conseguiram avanços promissores. Graças à implementação do Sistema de Informação Perinatal (SIP), a vigilância epidemiológica para sífilis e HIV está sendo aprimorada. Os desafios principais são os recursos financeiros insuficientes e o fortalecimento dos vínculos entre os programas contra o HIV e os programas de saúde sexual e reprodutiva.</p>
---	---	----	---	----	--

RER 2.2: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para elaborar e ampliar políticas e planos sensíveis às questões de gênero para prevenção, apoio, tratamento e atenção para HIV/AIDS, malária e tuberculose	No caminho
---	-------------------

Avaliação do RER
(2 de 2 metas do indicador de RER atingidas, com 1 excedendo a meta de 2011)

Uma metodologia bem-estabelecida baseada em perspectivas de sistemas de saúde apoiou uma análise completa das respostas ao HIV em vários países, e isto resultou em um alinhamento adequado dos planos e políticas de país com a estrutura recomendada para acesso universal. Os esforços coordenados entre os programas para HIV e TB resultaram em mais países do que o esperado adotando e implementando recomendações para atividades colaborativas de HIV-TB. Entretanto, mais esforços são necessários para aumentar a cobertura das atividades colaborativas e trazê-los para os níveis apropriados.

Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final de 2011	Meta 2013	Comentários
2.2.1: Número de países com políticas e planos de médio prazo do setor da saúde para resposta ao HIV de acordo com o Quadro de Acesso Universal	40	40	40	40	<p>Linha de Base 2009: ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, FDA, GRA, GUT, GUI, HAI, HON, JAM, MEX, NCA, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, SCN, SAL, SAV, SUR, TCA, TRT, USA, URU, VEN</p> <p>Meta 2011: N/D</p> <p>Durante o biênio 2010–2011, foi fornecido apoio técnico para avaliar a resposta nacional de HIV — inclusive a resposta do setor da saúde — aos seguinte sete países: BAR, BOL, JAM, NIC, PAR, PER e TRT.</p>

2.2.2: Número de países que executam as 12 atividades de colaboração da OMS contra HIV/AIDS e tuberculose	9	20	22	30	<p>Linha de Base 2009: BRA, CAN, COL, COR, CUB, ELS, GUI, URU, USA</p> <p>Meta 2011: BOL, DOR, ECU, HAI, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, TRT</p> <p>Um total de 22 países está, atualmente, implementando as atividades colaborativas para HIV-TB: BAH, BLZ, BOL, BRA, CAN, COL, COR, CUB, RDO, ECU, ELS, GUI, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SUR, URU, USA e VEN. Deve-se observar que, embora a COR não tenha notificado, o país teve um programa para atividades conjuntas implantado, como comprovado durante avaliação recente.</p>
RER 2.3: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica na elaboração e implantação de políticas e programas para melhorar o acesso equitativo a medicamentos essenciais de qualidade, meios de diagnóstico e outros produtos para a prevenção e o tratamento de HIV, tuberculose e malária.					No caminho
Avaliação do RER (3 de 3 metas de indicador de RER atingidas, com 1 excedendo meta de 2011 e até mesmo atingindo a meta de 2013)					
<p>Este RER foi conseguido, com países-alvo em cada um dos Indicadores de RER informando sobre o seu alcance das metas expostas fixadas para o biênio. Sete países-alvo ou revisaram ou colocaram em dia as diretrizes para diagnóstico e tratamento da TB, e os países relataram importantes avanços no uso do Fundo Estratégico da OPAS como um mecanismo de promoção do acesso às provisões de saúde pública para HIV/AIDS em toda a Região. Neste sentido, o Fundo Estratégico está entrando no seu quarto ano de licitações anuais para medicamentos de HIV/AIDS; e necessidades de apoio técnico foram identificadas nos países, a fim de fortalecer obtenção e administração de suprimentos das provisões estratégicas da saúde pública. Isso é realizado em colaboração com diversos parceiros, inclusive o Fundo Global. Países-alvo relataram implementar o teste de HIV com qualidade garantida do sangue doado. Durante o biênio, a Região avançou enormemente ao assegurar tal teste e a implementar o Plano Regional para Segurança da Transfusão de Sangue. Os resultados foram apresentados e reconhecidos pelo 51º Conselho Diretor da OPAS em 2011. O desenvolvimento do plano regional de acompanhamento está começando, para o qual o aprimoramento do teste de HIV permanecerá uma prioridade.</p>					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final de 2011	Meta 2013	Comentários
2.3.1: Número de países que implementam diretrizes de diagnóstico e tratamento da tuberculose revisadas ou atualizadas	3/27	10/27	14/27	14/27	<p>Linha de Base 2009: CAN, MEX, USA</p> <p>Meta 2011: BOL, DOR, ECU, GUT, GUY, HAI, HON, NIC</p> <p>Quatorze países (14) (BLZ, BOL, CAN, COL, DOR, ECU, ELS, GUY, HAI, HON, MEX, NIC, PAR e USA) atualizaram seus protocolos de diagnóstico e tratamento de TB, em conformidade com as últimas diretrizes da OMS.</p>

2.3.2: Número de países que participam do mecanismo de Fundo Estratégico para os medicamentos essenciais a preços acessíveis para HIV/AIDS.	19	20	20	21	<p>Linha de Base 2009: BAR, BLZ, BOL, BRA, DOR, ECU, ELS, FEP, GUT, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SUR, TRT</p> <p>Meta 2011: CHI, COR</p> <p>O mecanismo de Fundo Estratégico permitiu a melhora do acesso aos medicamentos essenciais para HIV/AIDS em todos os países acima.</p>
2.3.3: Número de países que fazem teste de HIV com garantia de qualidade de todo o sangue doado	35	37	37	40	<p>Linha de Base 2009: ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, GRA, GUT, GUI, HAI, JAM, NCA, NEA, NIC, PAN, PER, SAL, SAV, SCN, SUR, TCA, TRT, USA, VEN</p> <p>Meta 2011: PAR, PER</p> <p>No PAR e PER, todo sangue doado é, atualmente, testado HIV.</p>

RER 2.4: Sistemas regionais e nacionais de vigilância, monitoramento e avaliação fortalecidos e ampliados para monitorar o progresso nas metas e alocações de recursos para o controle de HIV, malária e tuberculose; e para determinar o impacto dos esforços de controle e a evolução da resistência aos medicamentos

No caminho

Avaliação do RER

(5 de 5 metas do indicador de RER atingidas, com 3 excedendo a meta de 2011)

A disponibilidade dos dados de vigilância para HIV, malária e tuberculose que são separados por sexo é, agora, comum em todos os países da Região das Américas.

De modo semelhante, há vigilância de rotina para resistência aos medicamentos (antirretrovirais, antimaláricos e antituberculares) nos países-alvo. Isso está sendo ampliado para outros países, juntamente com o aumento da capacidade laboratorial em toda a Região. Concluindo, pode-se afirmar que essas metas foram atingidas com sucesso pelos três programas, com um número muito baixo de países-alvo que não atingiram as metas. Como tais dados são importantes para caracterizar a dinâmica em evolução destas doenças na Região, recomenda-se que tanto a linha de base e os países-alvo conectem com este indicador.

Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final de 2011	Meta 2013	Comentários
2.4.1: Número de países que enviam à OPAS/OMS dados de vigilância da infecção pelo HIV separados por sexo e idade	30	32	33	33	<p>Linha de Base 2009: ABM, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, CAN, CHI, COL, COR, DOR, ECU, ELS, GUT, GUI, HON, JAM, MEX, NCA, NIC, PAN, PAR, PER, SAV, TRT, URU, USA</p> <p>Meta 2011: BRA, CUB, DOM, GRA, HAI, SAL, SUR, VEN</p> <p>Salvo o SUR, todos os países notificaram os dados separados para os casos de AIDS. De modo semelhante, com exceção de SAL, cada país da lista acima informou sobre os indicadores de progresso para resposta à epidemia e forneceram dados separados por sexo e idade. Tanto a OPAS quanto os países trabalharam para reforçar a vigilância e o monitoramento do HIV (BLZ, COR, ECU, ELS, HON, JAM, PAR, SUR, TRT e URU) e o</p>

					monitoramento entre as populações de maior risco (BOL, ECU, CHI e PAR).
2.4.2: Número de países que enviam à OPAS/OMS dados de vigilância da tuberculose separados por sexo e idade	30	34	40	37	<p>Linha de Base 2009: ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, PUR, SAL, SUR, TRT, URU, USA, VEN</p> <p>Meta 2011: GRA, SAV, SCN</p> <p>Todos os Estados Membros (exceto SUR), juntamente com PUR e todos os territórios, submeteram seus relatórios conforme acordo com a OMS — desse modo excedendo as metas de 2011 e 2013. Trabalho está em curso com o SUR para atingir esta meta.</p>
2.4.3: Número de países que enviam à OPAS/OMS dados de vigilância da malária desagregados por sexo e idade	21/21	21/21	21/21	21/21	<p>Linha de Base: ARG, BLZ, BOL, BRA, COL, COR, RDO, ECU, ELS, FDA, GUT, GUY, HAI, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SUR, VEN</p> <p>Meta 2011: Manutenção</p> <p>Cada relatório do país produziu dados separados sobre malária que foram consolidados tanto no Relatório da OPAS como no Relatório Global da OMS sobre a malária.</p>
2.4.4: Número de países que enviam à OPAS/OMS dados de vigilância sobre a resistência a medicamentos contra HIV, de acordo com as diretrizes da OPAS/OMS	8	7	20	16	<p>Linha de Base 2009: BAH, BLZ, DOM, GRA, GUY, HAI, SAV, SUR</p> <p>Meta 2011: ANI, BAR, DOR, ELS, JAM, NIC, PER, SAL, SCN, TRT, VEN</p> <p>A vigilância da resistência aos medicamentos de HIV (HIVDR) está se difundindo para todas as sub-regiões, graças ao monitoramento do Indicador de Alertas Antecipados (EWI) (ARG, BOL, BRA, ECU, TRT e VEN) e pesquisas sobre HIVDR (GUY, HAI e MEX). O Laboratório de HIVDR na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) adquiriu credenciamento para se associar à Rede dos Laboratórios de HIVDR da OMS. O principal desafio aqui é a sustentabilidade de longo prazo, já que a disponibilidade do financiamento para HIVDR é limitada no âmbito nacional — e vários subsídios da Fundação Bill e Melinda Gates não serão renovados em 2012.</p>
2.4.5: Número de países que enviam à OPAS/OMS dados de vigilância sobre a resistência a medicamentos contra tuberculose, de acordo com as diretrizes da OPAS/OMS	19/27	22/27	23/27	27/27	<p>Linha de Base 2009: BLZ, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, ECU, ELS, GUT, HAI, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, URU, USA</p> <p>Meta 2011: ARG, DOR</p> <p>Um total de 23 países não apenas atingiu, mas também excedeu este indicador. Além dos países-alvo de 2011, BLZ, BOL, CHI, PAN e VEN também atingiram alcançaram o objetivo. Por outro lado, ARG, BLZ e PER</p>

					somente relataram vigilância parcial da tuberculose resistente a medicamentos (DR.-TB); porém, informação completa está disponível graças às visitas de país, que estarão incluídas no relatório regional sobre DR-TB.
2.4.6: Número de países que enviam à OPAS/OMS dados de vigilância sobre a resistência a medicamentos contra a malária, de acordo com as diretrizes da OPAS/OMS	13/21	17/21	17/21	20/21	<p>Linha de Base: BLZ, BOL, BRA, COL, ECU, GUT, GUY, HON, NIC, PAN, PER, SUR, VEN</p> <p>Meta 2011: COR, DOR, ELS, MEX</p> <p>Os 17 países onde a malária é endêmica (o que inclui os países-alvo de 2011) levaram a cabo estudos sobre a eficácia e resistência do medicamento.</p>
<p>RER 2.5: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para: (a) manter o compromisso político e a mobilização de recursos mediante defesa da causa e promoção de parcerias sobre HIV, malária e tuberculose no âmbito nacional e regional; (b) aumentar a participação das comunidades e pessoas afetadas para maximizar o alcance e o desempenho dos programas de controle de HIV/AIDS, tuberculose e malária</p>					<p>No caminho</p>
<p>Avaliação do RER (4 de 4 metas do indicador de RER atingidas, com 1 excedendo a meta de 2011)</p>					
<p>Sob este RER, houve alinhamento muito forte entre as equipes regionais e contrapartes nacionais em termos dos esforços tentados. Todas as equipes técnicas relatam 100% de alcance de todas as metas. Contudo, a vinculação a este RER pelos países-alvo deve ser mantida, para que atividades relacionadas com defesa de causa, parcerias, mobilização de recursos e aumento da participação comunitária continuem a ser priorizados.</p>					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final de 2011	Meta 2013	Comentários
2.5.1: Número de países com mecanismos funcionais de coordenação para HIV/AIDS	40	40	40	40	<p>Linha de Base 2009: ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, FDA, FEP, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, PUR, SAL, SAV, SCN, SUR, TRT, URU, USA, VEN</p> <p>Meta 2011: Manutenção</p> <p>Em todos os 40 países enumerados anteriormente, a resposta nacional ao HIV (incluindo vigilância de subsídios do Fundo Global) está sendo coordenada pelo mecanismo único que inclui representantes das autoridades nacionais, sociedade civil (incluindo redes de pessoas com HIV) e o Sistema das Nações Unidas, que inclui a OPAS.</p>

2.5.2: Número de países com mecanismos funcionais de coordenação para a tuberculose	8/27	12/27	13/27	15/27	<p>Linha de Base 2009: BOL, BRA, CAN, COL, ELS, HON, MEX, PER</p> <p>Meta 2011: DOR, ECU, NIC, PAR (necessário resgatar HON e COL como parte da linha de base)</p> <p>Um total de 13 países possui mecanismos de coordenação de TB funcionais (o que levou à superação da meta de 2011). Países como BRA, CAN, DOR, MEX e PER (2011) possuem Alianças Livres da TB nacionais; COL e URU possuem Ligas anti-TB; BOL, BRA, COL, DOR, ECU, ELS, HON, NIC e PAR possuem Mecanismos de Coordenação de País (reunindo todos os parceiros relevantes).</p>
2.5.3: Número de países com mecanismos funcionais de coordenação para a malária	21/21	21/21	21/21	21/21	<p>Linha de Base: ARG, BLZ, BOL, BRA, COL, COR, DOR, ECU, ELS, FDA, GUT, GUY, HAI, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SUR, VEN</p> <p>Meta 2011: Manutenção</p> <p>Todo país onde a malária é endêmica (para um total de 21) possui vários mecanismos de coordenação e múltiplos parceiros em suas respostas à malária. Interessa o fato de que os mecanismos de coordenação estão oferecendo mais resultados em países recebendo financiamento externo.</p>
2.5.4: Manter número de países que envolvem as comunidades, pessoas afetadas pela doença, organizações da sociedade civil e setor privado no planejamento, elaboração, execução e avaliação dos programas de HIV/AIDS	40	40	40	40	<p>Linha de Base 2009: ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, RDO, ECU, ELS, FDA, FEP, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, PUR, SCN, SAL, SAV, SUR, TRT, USA, URU, VEN</p> <p>Meta 2011: Manutenção</p> <p>Várias atividades de capacitação no âmbito nacional receberam apoio no âmbito regional; estas incluem treinamento de colegas educadores e líderes da comunidade na prevenção do HIV.</p>

RER 2.6: Novos conhecimentos, ferramentas de intervenção e estratégias desenvolvidos, validados, disponíveis e acessíveis para atender às necessidades prioritárias de prevenção e controle de HIV, tuberculose e malária, com participação crescente dos países da América Latina e do Caribe nesta pesquisa

No caminho

Avaliação do RER

(2 de 2 metas do indicador de RER atingidas)

Ambas as equipes técnicas (Tuberculose e Malária) que estão vinculadas a este indicador relataram 100% de alcance de sua meta. A geração de novas e/ou melhores intervenções e estratégias deve ser reforçada para abordar os desafios em evolução. Além disso, recursos apropriados devem ser investidos: a pesquisa científica necessária à apresentação de evidências requer financiamento substancial.

Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final de 2011	Meta 2013	Comentários
2.6.1: Número de intervenções e estratégias de implementação novas ou aprimoradas para tuberculose cuja eficácia foi determinada e evidências foram disponibilizadas às instituições apropriadas para decisões sobre políticas	2	2	2	3	Todos os países estão implementando a Mescla Público-Privada (PPM) para TB, com a participação especial do sistema de previdência social e das prisões. Nove países estão, atualmente, executando o Enfoque Prático à Saúde do Pulmão (PAL). Além dessas duas iniciativas, novos métodos para diagnosticar a resistência aos medicamentos de TB (TB-DR) estão sendo implementados em vários países.
2.6.2: Número de intervenções e estratégias de implementação novas ou aprimoradas para malária cuja eficácia foi determinada e evidências foram disponibilizadas às instituições apropriadas para decisões sobre políticas	1	2	2	2	Com base em novas evidências para tratamento com a cloroquina de estudos <i>in vivo</i> (resposta clínica e parasitológica adequada), HON e NIC examinaram seu atual protocolo de tratamento para <i>Plasmodium falciparum</i> . Além disso, um programa para assegurar o diagnóstico da malária foi estabelecido em coordenação com os laboratórios de referência nacionais em HON e PER.

Relatório de Progresso do OE3

OE3: Prevenir e reduzir a morbidade, incapacidade e morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, transtornos mentais, violência e lesões					No caminho
Visão Geral do Orçamento					
Orçamento Aprovado (PB 2010-2011)	Fundos Disponíveis			Gastos (%)	Financiado (%)
	RB	OE	Total		
\$31.944.000	\$10.960.000	\$12.834.946	\$23.794.946	89%	74%
Progressos em relação ao alcance do OE até 2013					
Progresso relacionado ao alcance das metas do indicador de nível de impacto do OE, como estabelecido no Plano Estratégico da OPAS 2008–2013					
<p>Indicador 1: Redução do número anual estimado de mortes relacionadas com as principais doenças crônicas não transmissíveis (DNTs), como as doenças cardiovasculares, o câncer, as doenças crônicas respiratórias e o diabetes, na América Latina e no Caribe. Linha de Base: 2,4 milhões de mortes em 2000 Meta: 2,1 milhões de mortes até 2013</p> <p>Dados indicam que a meta para reduzir as mortes devido às DNTs na ALC foi atingida em 2007. Havia 2,1 milhões de mortes por DNTs na ALC em 2007.</p> <p>Este indicador foi criado há muitos anos pela OMS utilizando um média estimada do número de mortes por DNTs graves como linha de base para 2000 e meta para 2013. Na realidade, o número notificado de mortes por DNTs graves na ALC foi cerca de 1,7 milhões em 2000. Como a população está envelhecendo na Região, o número absoluto de mortes está ascendendo; mas o risco está descendendo em quase todos os países. Esta é uma lição aprendida para o estabelecimento de metas futuro. Entretanto, a taxa de mortalidade ajustada das principais DNTs diminuiu em 7,1% entre 2000 e 2007 (cerca de 1% por ano), e com o esforço redobrado, esta taxa pode ser melhorada ainda mais. Esta diminuição geral deve-se, principalmente, à redução das taxas em países como Argentina, Brasil, Chile, Uruguai etc. Em países que ainda não completaram sua transição epidemiológica — como Guatemala, Guiana, Paraguai e Peru —, as taxas de mortalidade prematuras por DNTs estão, na realidade, aumentando, são necessários esforços especiais. Contudo, em países como México e alguns países do Caribe — que completaram sua transição epidemiológica —, a mortalidade geral por DNT está ainda aumentando, principalmente decorrente do diabetes.</p> <p>Indicador 2: Redução da lacuna de tratamento para pessoas sofrendo de transtornos mentais (psicose, transtorno bipolar, depressão, ansiedade e alcoolismo) Linha de Base: 62% de pessoas sofrendo de transtornos mentais que não recebem tratamento Meta: 47% até 2013</p> <p>Estudos epidemiológicos sobre as lacunas de tratamento na ALC estão sendo compilados; permitirão a análise da situação atual dessas lacunas. Demonstrou-se que o desenvolvimento de uma comunidade modelo para saúde mental — com serviços especializados vinculados aos cuidados primários, acompanhados de intervenções psicossociais e medicinais bem projetadas, destinados para condições primárias selecionadas (por exemplo, depressão e epilepsia como experimentado nas Américas) — pode, substancialmente, acabar com a lacuna de tratamento (até os níveis entre 30% e 50%). Durante o período analisado no Plano Estratégico da OPAS 2008–2012, experiências-piloto foram desenvolvidas em vários países da Região, como Honduras (epilepsia) e Panamá (depressão e epilepsia), com os resultados encorajadores mencionados acima. O grande desafio no futuro é implementação em grande escala — particularmente nos países mais pobres — das intervenções que são tanto necessárias como apropriadas (a OPAS disseminou a metodologia e validou ferramentas por toda a Região). Além</p>					

disso, aprovação pelos Estados Membros no Conselho Diretor da OPAS de ambos Estratégia e Plano de Ação para Saúde Mental e Estratégia e Plano de Ação para Epilepsia criaram as bases para respaldo político e geraram um guia para ações futuras, com referências aos serviços de desenvolvimento e a redução de lacunas.

Indicador 3: Deter as atuais tendências crescentes das taxas de mortalidade decorrentes de danos causados por acidentes de trânsito na Região

Linha de Base: 16,7 por 100.000 habitantes em 2000-2004 (média estimada)

Meta: 14,7 por 100.000 habitantes até 2013

Espera-se que a meta de 2013 seja atingida, uma vez que os dados de 2007 já mostraram uma redução da taxa de mortalidade, a qual havia descendido para 15,8. Este número, porém, está comprometido pelo aumento das lesões por motocicletas. Esta informação será atualizada para a versão definitiva deste relatório, a qual será apresentada na Conferência Sanitária Pan-Americana (PASC) em setembro de 2012 — acompanhado da publicação quadrienal, Saúde nas Américas.

Indicador 4: Número de países/territórios na Região que reduziram a Pontuação de Dentes Cariados, Faltando e Obturados na Idade de 12 Anos (DCPO-12)

Linha de Base: Pontuações de DCPO-12 >5 em 2 países/territórios, entre 3–5 em 8 países/territórios e <3 em 29 países/territórios, em 2004

Meta: Pontuações de DCPO-12 >5 em 0 países/territórios, entre 3–5 em 2 países/territórios e <3 em 37 países/territórios, até 2013

Desde 2011, os dados mostram os seguintes avanços: um DCPO-12 >5 em 1 país; entre 3-4 em 8 países e <3 em 34 países. Espera-se que a meta de 2013 seja atingida.

Avaliação do OE 2010-2011

Objetivo Estratégico 3 é considerado estar em risco, mas progresso significativo foi conseguido no nível de RER durante este biênio. Todos os seus 6 RERs estão no caminho, e 26 de 27 metas do indicadores de RER para 2011 atingidas.

Avanços Principais

- Houve um aumento no compromisso político e técnico de combate às DNTs nos âmbitos regional, sub-regional e nacional sem distinção, principalmente como resultado da Reunião de Alto Nível de Nações Unidas (UNHLM) para DNTs. Tanto uma resolução das Nações Unidas como uma declaração política das Nações Unidas foram aprovadas nesta cúpula de nível alto, portanto oferecendo uma oportunidade única para as áreas técnicas da OPAS se posicionarem no contexto mais amplo das DNTs. Isto permitirá a OPAS ajudar os países a desenvolverem intervenções rentáveis para tratar das condições crônicas não transmissíveis, dos transtornos mentais e de conduta, de violência, dos danos causados por acidentes de trânsito, das incapacidades e da saúde ocular e bucodental.
- A capacidade de país na área de políticas para doença crônica (DNT) melhorou, e 22 países possuem, agora, uma política ou um plano nacional para DNTs, como resultado da cooperação técnica e da troca de experiências via rede CARMEN (a denominação vem de sua sigla espanhola para “Ação Colaborativa para Prevenção de Fatores de Risco e Administração Eficaz de Doenças Não Transmissíveis”).
- Um guia de base científica para as prioridades na saúde cardiovascular foi desenvolvido.
- A capacidade de país para vigilância de DNT e de fatores de risco melhorou, e um relatório da situação das DNTs completo foi preparado como parte das publicações de Indicadores Básicos.
- Há, agora, maior disponibilidade de informações e maior conscientização sobre os custos das DNTs, como resultado dos estudos da OMS e do Fórum Mundial Econômico que foram comissionados para a UNHLM para DNTs. Na América Latina e no Caribe, a colaboração foi estabelecida com a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), a Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), a Agência de Saúde Pública do Canadá (PHAC) e a Universidade de Washington (UW) para empreender os estudos nacionais de custos de DNT e para melhorar a capacidade de estabelecimento de prioridades.
- Programas para DNT, dedicados especificamente ao diabetes, às doenças cardiovasculares e ao câncer, foram estabelecidos em 22 países.
- O Fórum Pan-americano para Ação em DNTs foi estabelecido como uma plataforma para reunir governo, negócios e sociedade civil, a fim de aumentar conscientização e práticas bem-sucedidas.
- O Modelo de Atenção para Afecções Crônicas foi adotados por mais de 20 países para melhorar a qualidade

dos serviços de saúde para Administração de DNTs integrada.

- Uma avaliação da situação da saúde mental na ALC foi concluída, proporcionando à OPAS uma linha de base para o próximo biênio (RER 3.1).
- Estratégia e Plano de Ação para Epilepsia foi aprovado pelo 51º Conselho Diretor da OPAS em 2011 (RER 3.2).
- Nas Américas, 17 países formularam políticas para o setor de saúde e programas nacionais para reabilitação, os quais foram alinhados com as recomendações da OPAS/OMS para incapacidade e reabilitação e de acordo com o quadro para cumprimento da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas Incapacitadas.
- Para os países da Convenção de Hipólito Hunanue, uma política sub-regional centrada nas pessoas incapacitadas foi desenvolvida. O Relatório Mundial sobre Incapacidades foi disseminado em toda a Região.

Desafios Principais

- O desafio de assegurar financiamento sustentável, de longo prazo, em todos os níveis, permanece, assim como o de garantir outros recursos proporcionais à sobrecarga da doença, de aumentar os investimentos — especialmente para DNTs mais atrativas para investimento — e de apoiar os países na implementação dos resultados decorrentes da UNHLM para DNTs.
- Os desafios permanecem para operacionalizar plenamente a política de DNT e a Estratégia e o Plano de Ação Regional em um Enfoque Integrado para a Prevenção e o Controle de Doenças Crônicas, inclusive Dieta e Atividade Física, através de uma abordagem que seja verdadeiramente multissetorial.
- Outro desafio é sustentar a coleção em curso e a análise das DNTs e seus fatores de risco para, depois, utilizar esses dados em programas, políticas, planejamento, monitoramento e avaliação (M&E) de DNT.
- Outros desafios incluem acumular capacidade e assegurar que recursos suficientes estejam disponíveis para estudos de custos e rentabilidade no país, assim como para o estabelecimento de prioridades em DNTs.
- Outro desafio envolve o aumento da cobertura, eficácia e atenção de acompanhamento do programa contra DNTs, inclusive o acesso aos medicamentos para DNT, a fim de assegurar que portadores das afecções crônicas sejam diagnosticados antecipadamente, bem administrados e envolvidos em seus próprios cuidados.
- Permanece o desafio de expandir a aplicação do Modelo de Atenção às Afecções Crônicas e integrar o modelo como parte da prestação dos serviços de saúde de rotina, principalmente nos contextos da atenção primária.
- A vigilância das DNTs constitui um desafio adicional. Isto abarca violência, saúde mental e incapacidade como prioridades, mantendo-os dentro do sistema de informação sanitária com recursos humanos e financeiros apropriadamente designados.
- Permanece o desafio para implementar as recomendações do Relatório Mundial sobre Incapacidades.

Lições Aprendidas

- Intensificar coordenação e liderança através de áreas de programa relevantes na organização, para ações mais acertadas e coordenadas para a prevenção e o controle de DNTs.
- Implementar plenamente a próxima fase do Fórum Pan-americano de Ação para Doenças Crônicas como uma iniciativa que funcionará como um mecanismo de mobilização de recursos.
- Priorizar políticas e programas para DNT dentro dos Planos de Trabalho Bienais no país (BWPs).
- Continuar defendendo as DNTs como uma questão da saúde pública prioritária nos programas nacionais de desenvolvimento e de saúde; isto requererá liderança, recursos e um enfoque multissetorial e para múltiplos interessados direto.
- Fortalecer os dados de mortalidade de país, assim como pesquisas sobre DNT e fatores de risco; fortalecer os dados sobre a incidência de DNTs; desenvolver abordagens inovadoras.
- Melhorar a colaboração entre o Projeto de Economia da Saúde do HSS/HHP, a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe das Nações Unidas (UNECLAD) e outros parceiros, a fim de desenvolver estudos para análise de custos.
- Considerar a criação de um Grupo Especial de DNTs para “compras de parada única”.
- Incorporar o Modelo de Atenção às Afecções Crônicas na cooperação técnica da OPAS que objetiva fortalecer o sistema de saúde e a atenção primária.
- Os países provaram sua capacidade de estabelecer vigilância das DNTs. O desafio reside na sua sustentabilidade, já que isto requer recursos humanos bem preparados, assim como recursos financeiros estáveis.
- O desenvolvimento da estratégia da reabilitação na comunidade, articulado através da rede de ajuda e da participação interssetorial, permitiu fornecer maior cobertura para as necessidades de atenção das pessoas com as incapacidades e suas famílias. Esta estratégia também estimula a promoção da saúde e a prevenção de incapacidades, reabilitação, e a integração social dos indivíduos incapacitados.

Relatório de Progresso do RER do OE3

RER 3.1: Apoio aos Estados Membros mediante técnica para aumentar o compromisso político, financeiro e técnico, a fim de combater doenças crônicas não transmissíveis, transtornos mentais e de comportamento, violência, segurança rodoviária e deficiências					No caminho
Avaliação do RER (5 de 5 metas do indicador de RER atingida, com 1 excedendo a meta de 2011)					
<p>Todos os indicadores de RER foram alcançados, refletindo que os Estados Membros aumentaram seus compromissos políticos e técnicos em resposta à urgente necessidade lidar melhor com essas questões de saúde pública prioritárias. Contudo, o desafio para assegurar recursos financeiros sustentáveis de longo prazo permanece. A Reunião de Nível Alto das Nações Unidas (UNHLM) para DNTs forneceu um forte impulso para o avanço neste RER. Para violência, a ênfase na violência por gênero aumentou. O desafio para o próximo biênio estará em assegurar que esses mecanismos institucionais de desenvolvimento sejam aplicados aos programas de saúde pública nacionais para operacionalizá-los plenamente, assim como aumentar o investimento e os recursos — especialmente para os melhores atrativos para compra rentáveis. O desafio está também em reposicionar a questão como uma questão de desenvolvimentos que requer um enfoque amplo acarretando um esforço máximo não somente por parte do governo como também pela sociedade como um todo.</p>					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final de 2011	Meta 2013	Comentários
3.1.1: Número de países que implementam mecanismos de desenvolvimento institucional (recursos humanos e financeiros, capacitação e parcerias interssetoriais) relacionados com a violência	15	20	20	24	<p>Linha de Base 2009: ARG, BOL, BRA, CAN, CHI, COR, ECU, ELS, GUT, JAM, MEX, NIC, PAR, URU, USA</p> <p>Meta 2011: BAR, DOM, PAN, PER, TRT</p> <p>Um total de 20 países alcançou este indicador. As ações focalizam três níveis: políticas públicas interssetoriais (BOL, CHI, ELS, NIC, PAN, PER); planos de saúde, tanto nacional (NIC, TRT) como setorial (NIC, PAR); e ação da comunidade (DOM). Alguns países enfatizaram a prevenção da violência por gênero (BAR, DOM, GRA e PAN).</p>
3.1.2: Número de países que implementam mecanismos de desenvolvimento institucional (recursos humanos e financeiros, capacitação e parcerias interssetoriais) relacionados com a saúde mental	28	27	27	29	<p>Linha de Base 2009: ARG, BAH, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GUT, GUY, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SUR, TRT, URU, USA, VEN</p> <p>Meta 2011: Manutenção</p> <p>Um total de 30 países completou uma avaliação dos seus sistemas de saúde mental (MH). Três relatórios sub-regionais foram finalizados e o relatório regional foi esboçado. Os países estão trabalhando nas recomendações do Instrumento de Avaliação da OMS para os Sistemas de Saúde Mental (WHO-AIMS).</p>

3.1.3: Número de países que implementam mecanismos de desenvolvimento institucional (recursos humanos e financeiros, capacitação e parcerias intersetoriais) relacionados com as doenças crônicas	24	31	36	38	<p>Linha de Base 2009: BAH, BAR, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, ECU, GUT, GUY, HAI, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SUR, TRT, URU, VEN</p> <p>Meta 2011: ABM, ANI, ARG, BLZ, FEP, SAV, SCN</p> <p>Um total de 36 países alcançou este indicador. Além dos países-alvo, 5 países adicionais atingiram este indicador de RER (DOM, DOR, ELS, GRA e HON). A Reunião de Nível Alto das Nações Unidas sobre as DNTs forneceu uma obrigação política e técnica aos países para acelerar o fortalecimento dos seus programas para DNT.</p>
3.1.4: Número de países que implementam mecanismos de desenvolvimento institucional (recursos humanos e financeiros, capacitação e parcerias intersetoriais) relacionados com as deficiências	14	19	19	24	<p>Linha de Base 2009: ARG, BRA, CHI, COL, CUB, DOR, GUY, ECU, ELS, HON, MEX, NIC, PAN, VEN</p> <p>Meta 2011: BOL, GUT, PAR, TRT, URU</p> <p>Um total de 19 países alcançou este indicador. Os países avançaram na formulação de respostas institucionais completas para satisfazer as demandas de atenção das pessoas com incapacidades, utilizando um enfoque intersetorial.</p>
3.1.5: Número de países que implementam mecanismos de desenvolvimento institucional (recursos humanos e financeiros, capacitação e parcerias intersetoriais) relacionados com a segurança rodoviária	15	18	18	21	<p>Linha de Base 2009: ARG, BOL, BRA, CAN, CHI, COR, ECU, ELS, GUT, JAM, MEX, NIC, PAR, URU, USA</p> <p>Meta 2011: USA, GUY, TRT</p> <p>Um total de 18 países alcançou este indicador. No curso de 2011, 20 países lançaram Década de Segurança Viária (2011–2020) e se comprometeram a melhorar a segurança nas estradas.</p>

RER 3.2: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para formulação e implementação de políticas, estratégias e regulamentações referentes às doenças crônicas não transmissíveis, aos transtornos mentais e de comportamento, à violência, à segurança rodoviária, às deficiências e às doenças bucais

No caminho

Avaliação do RER

(6 de 7 metas de indicador de RER atingidas, com 3 excedendo a meta de 2011)

Das metas do indicador de RER, 6 de 7 foram alcançadas, com exceção da segurança viária. Os Estados Membros estão progredindo na implementação de seus planos nacionais e estratégias para violência, incapacidades, saúde mental, DNTs, cegueira e saúde bucodental. O desafio estará em sustentar de maneira contínua a implementação dessas estratégias e desses planos nacionais. O desafio está, também, em acumular capacidade para tal fixação de prioridades usando ferramentas como análise da rentabilidade.

Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final de 2011	Meta 2013	Comentários
3.2.1: Número de países que executam planos nacionais multissetoriais	17	20	20	23	Linha de Base 2009: ARG, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, ELS, GUT, HON, JAM, MEX, PAN, PER, USA, VEN

para a prevenção da violência interpessoal e por razões de gênero, em consonância com as diretrizes da OPAS/OMS					<p>Meta 2011: FEP, NIC, URU</p> <p>Este indicador foi alcançado em 20 países. Um importante avanço digno de ser destacado aqui é a garantia dos fundos de uma fundação privada para fortalecer a prevenção primária de violência contra mulheres e crianças na COR, em ELS e na GUT.</p>
3.2.2: Número de países que implementam um plano nacional para tratamento e reabilitação de deficiências, de acordo com as diretrizes da OPAS/OMS	8	16	16	25	<p>Linha de Base: ARG, BRA, CUB, DOR, HON, MEX, NIC, VEN</p> <p>Meta 2011: COL, ECU, ELS, GUY, PAN, PAR, TRT, URU</p> <p>Este indicador foi alcançado em 16 países. COL e ELS progrediram extraordinariamente ao implementar seus planos nacionais sobre incapacidade e reabilitação, especialmente ao consolidar a linha de base e as estratégias interssetoriais definidoras para o setor da saúde para tratar das necessidades das pessoas incapacitadas. Avanços substanciais importantes podem ser notados na BOL, no CHI e na COR, todos relacionados com suas estratégias de reabilitação na comunidade (RBC) e suas análises dos planos nacionais.</p>
3.2.3: Número de países que implementam um plano nacional de saúde mental de acordo com diretrizes da OPAS/OMS	29	29	29	30	<p>Linha de Base 2009: ANI, ARG, BAR, BOL, BLZ, BRA, CAN, CHI, COR, CUB, DOR, DOM, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SUR, URU, EUA, VEN</p> <p>Meta 2011: Manutenção</p> <p>Este indicador foi mantido em 29 países. A OPAS está apoiando os Ministérios da Saúde no processo de implementação de seus Planos Nacionais. Este é um componente chave da Estratégia e do Plano de Ação para Saúde Mental regional adotados pelo 49º Conselho Diretor da OPAS em 2009.</p>
3.2.4: Número de países que executam um plano nacional para prevenção e controle das doenças crônicas de acordo com o enfoque integrado da OPAS para prevenção e controle das doenças crônicas, inclusive o regime alimentar e a atividade física	30	32	35	36	<p>Linha de Base 2009: ABM, ARG, BAR, BLZ, BOL, CAN, CHI, COL, CUB, DOM, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HAI, JAM, MEX, NCA, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, SCN, SUR, TRT, URU, USA, VEN</p> <p>Meta 2011: FEP, NIC</p> <p>Os dois países-alvo, mais ANI, COR HON, alcançaram este indicador desenvolvendo planos e políticas de país relacionados com as DNTs. O próximo desafio será a operacionalização dos planos, o financiamento, a colaboração de múltiplos interessados direto etc.</p>

3.2.5: Número de países que executam um plano nacional para a prevenção da cegueira e deficiência visual de acordo com as diretrizes da OPAS/OMS	11	21	24	26	<p>Linha de Base 2009: BRA, CAN, COL, CUB, DOM, ECU, ELS, GUY, MEX, PAR, PER, SAL, USA, VEN</p> <p>Meta 2011: ARG, BAR, GRA, GUT, JAM, NIC, PAN</p> <p>Um total de 24 países está, atualmente, implementando planos nacionais de prevenção da cegueira. Além da meta para 2011, 3 países mais que não estavam na linha de base (BLZ, SAV e SCN) estão, também, implementando planos nacionais. Isto constitui importante progresso em direção ao alcance da meta de 2013.</p>
3.2.6: Número de países que executam um plano nacional para a prevenção de doenças bucais de acordo com as diretrizes da OPAS/OMS	29	31	34	35	<p>Linha de Base 2009: ABM, ARG, BAH, BAR, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GUT, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SCN, SUR, TRT, URU, USA, VEN</p> <p>Meta 2011: BLZ, BOL, HAI</p> <p>Trinta e quatro (34) países alcançaram este indicador. Comprovou-se melhoras e ganhos dramáticos em saúde bucodental através das pesquisas sobre saúde bucodental nacionais em 34 países que atingiram a meta de DMFT ≤ 3. Não apenas 34 países atingiram sua meta, mas, além disso, 8 países informaram DMFT ≤ 1; e, 14 países, ≤ 2 — demonstrando, então, mais melhoras. Há somente 6 países com um DMFT ≤ 4; e 3, com um DMFT $\leq 5,2$.</p>
3.2.7: Número de países que executam um plano nacional para prevenir lesões por acidentes de trânsito de acordo com as diretrizes da OPAS/OMS	17	20	18	23	<p>Linha de Base 2009: ARG, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, ELS, GUT, HON, JAM, MEX, PAN, PER, USA, VEN</p> <p>Meta 2011: NIC, PAR, URU</p> <p>Este indicador foi alcançado em 18 países. Onze (11) países prepararam um plano para Década de Segurança Viária. PAR e PAN progrediram bastante em termos de desenvolver um enfoque interssetorial, assim como em publicidade e disseminação de seus planos.</p>
RER 3.3: Apoio aos Estados-Membros mediante cooperação técnica para melhorar a capacidade de coleta, análise, difusão e uso de dados sobre a magnitude, as causas e as consequências de doenças crônicas não transmissíveis, transtornos mentais e de comportamento, violência, acidentes de trânsito e deficiências					No caminho
Avaliação do RER (5 de 5 metas do indicador de RER atingidas, com 1 excedendo a meta de 2011)					
A avaliação mostra que o RER está no caminho, tendo atingido todas as suas metas do indicador para 2011. Colaboração com os CDC para violência foi desenvolvida. O cumprimento prévio do indicador dedicado para incluir informação sobre as DNTs e seus fatores de risco permitiu que os países da Região se preparassem para a Reunião de Nível Alto das Nações Unidas sobre as Doenças Não Transmissíveis.					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final de 2011	Meta 2013	Comentários

<p>3.3.1: Número de países que contam com um sistema nacional de informação de saúde que inclui indicadores de violência interpessoal e baseada no gênero</p>	<p>16</p>	<p>18</p>	<p>18</p>	<p>22</p>	<p>Linha de Base 2009: ARG, BAR, BLZ, BRA, CAN, COL, COR, ECU, ELS, GUT, JAM, MEX, NIC, PAN, USA, VEN</p> <p>Meta 2011: BOL, PER</p> <p>Este indicador foi alcançado em 18 países. Dois esforços importantes incluem:</p> <p>(1) a colaboração com os CDC para melhorar os sistemas de vigilância da violência; e (2) uma análise comparativa dos dados sobre a violência contra as mulheres em 12 países da Região.</p>
<p>3.3.2: Número de países com um sistema nacional de informação de saúde que inclui indicadores de saúde mental</p>	<p>10</p>	<p>14</p>	<p>14</p>	<p>20</p>	<p>Linha de Base 2009: ARG, BLZ, BRA, CHI, COL, ECU, NIC, PAN, URU, VEN</p> <p>Meta 2011: BOL, ELS, GUT, PAR</p> <p>O indicador foi alcançado em 14 países. Há vários países (que não fazem parte da linha de base) trabalhando no aprimoramento dos sistemas de informação para saúde mental (MH). Diretrizes regionais para as informações sobre MH foram publicadas e difundidas. Os países indicaram que estão trabalhando para melhorar a disponibilidade das informações sobre MH.</p>
<p>3.3.3: Número de países com um sistema nacional de informação em saúde que inclui indicadores de deficiências</p>	<p>22</p>	<p>23</p>	<p>23</p>	<p>26</p>	<p>Linha de Base 2009: BAR, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ELS, GRA, JAM, MEX, NIC, PAN, PER, SAL, SAV, URU, USA, VEN</p> <p>Meta 2011: GUY</p> <p>Este indicador foi alcançado em 23 países. A GUY avançou na proposta de sistematização da disponibilidade dos dados sobre incapacidade do setor saúde. ARG e HON completaram uma metodologia para um registro de informações sobre incapacidade que, por sua vez, geraria indicadores de incapacidade.</p>
<p>3.3.4: Número de países com um sistema nacional de informação sobre saúde que inclui indicadores de doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco</p>	<p>28</p>	<p>31</p>	<p>34</p>	<p>33</p>	<p>Linha de Base 2009: ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, GRA, GUY, HAI, JAM, MEX, PAN, PAR, SAV, SCN, SUR, URU, USA, VEN</p> <p>Meta 2011: ELS, HON, PER, SAL, TRT</p> <p>Um total de 34 países produziu indicadores para DNTs e seus fatores de risco (países-alvo mais NCA, NIC e TCA). Os países-alvo incorporaram as DNTs e certos fatores de risco como parte do seu próprio conjunto de Dados Básicos. Com base nestes dados, a OPAS publicou o folheto Indicadores Básicos de DNT.</p>

<p>3.3.5: Número de países com um sistema nacional de informação em saúde que inclui indicadores de lesões causadas por acidentes de trânsito</p>	<p>16</p>	<p>18</p>	<p>18</p>	<p>22</p>	<p>Linha de Base 2009: ARG, BAR, BLZ, BRA, CAN, COL, COR, ECU, ELS, GUT, JAM, MEX, NIC, PAN, USA, VEN</p> <p>Meta 2011: FEP, PAR</p> <p>Um total de 18 países alcançou este indicador. Vinte e nove (29) países participaram do treinamento sobre coleta de dados para segurança viária; e 32 já coletaram os dados que serão parte do Relatório do Status Global da Segurança Viária em 2012.</p>
---	-----------	-----------	-----------	-----------	--

RER 3.4: Melhores evidências obtidas pela Repartição quanto à eficácia em função do custo das intervenções para combater as doenças crônicas não transmissíveis, os transtornos mentais e de comportamento, a violência, os acidentes de trânsito, as deficiências e a saúde bucal.					No caminho
Avaliação do RER (5 de 5 metas do indicador de RER atingidas, com 1 excedendo a meta para 2011)					
Houve progressos em relação ao alcance de todos os 5 indicadores. As metodologias usadas para aprimorar as evidências de intervenções rentáveis para lidar com as DNTs foram oferecidas por quatro indicadores, e há evidências provenientes de dados epidemiológicos para um indicador. Dados sobre intervenções rentáveis pela abordagem das intervenções para DNTs múltiplas, interdisciplinares, rentáveis poderiam ser aperfeiçoados, já que a sobrecarga da doença está se deslocando para as DNTs e seus fatores de risco. Isto coloca uma tensão significativa nos sistemas de saúde e gera uma necessidade de informações a mão para promover, implementar e disseminar os enfoques rentáveis.					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final de 2011	Meta 2013	Comentários
3.4.1: Número de estudos analíticos sobre custos das intervenções dirigidas a transtornos neurológicos e mentais	2	2	2	3	No biênio 2008-2009, dois estudos foram realizados e estão ainda válidos. Durante o biênio 2010-2011, foi publicado um livro com uma compilação dos estudos epidemiológicos sobre os transtornos mentais na ALC. Esses estudos epidemiológicos focalizam morbidade, mortalidade, incapacidade e avaliação dos serviços — mas não rentabilidade. Para o biênio 2012-2013, está em andamento trabalho sobre estudos dedicados às lacunas de tratamento e avaliação de programas e serviços.
3.4.2: Número de países que realizaram estudos analíticos sobre custos relacionados com a violência	10	12	12	15	Linha de Base 2009: BLZ, BRA, CAN, CHI, COL, COR, ELS, HON, PER, USA Meta 2011: ARG, FEP Doze (12) países alcançaram este indicador, mas progressos em relação à profundidade dos projetos são heterogêneos. Isto representa uma dificuldade inerente no tema, o que desafia a capacidade da Organização de apoiá-los. Significa que a participação dos Centros Colaboradores da OPAS/OMS foi importante, no sentido que eles conseguiram avançar com as iniciativas nos países. Lições dignas de menção foram aprendidas na ARG e em BLZ.

3.4.3: Número de países que realizaram estudos analíticos sobre custos relacionados com a saúde bucal	6	8	8	9	<p>Linha de Base: BOL, COL, ECU, HAI, PAR, URU</p> <p>Meta 2011: JAM, MEX</p> <p>Avaliações econômicas rentáveis para o aumento dos serviços de saúde bucodental em grande escala foram realizadas em oito países através do Projeto PRAT (Prática de Restauração Atraumática) e da Iniciativa Comunidades Livres de Cáries. Há progressos na expansão do projeto de múltiplos países para seis países adicionais para integrar a saúde bucodental nas DNTs através dos enfoques de atenção primária à saúde.</p>
3.4.4: Número de países que realizaram estudos analíticos sobre custos relacionados com as doenças crônicas não transmissíveis	11	14	14	18	<p>Linha de Base 2009: ARG, BAH, BAR, BRA, CAN, CHI, COL, JAM, MEX, TRT, USA</p> <p>Meta 2011: FEP, NIC, PER</p> <p>Estudos sobre custos das DNTs foram examinados por 14 países. A OPAS realizou uma oficina regional sobre as dimensões econômicas das DNTs, junto com a Comissão Econômica da América Latina e do Caribe (CEPAL), a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e a Agência de Saúde Pública do Canadá (PHAC). Os países estão começando a considerar a possibilidade de realizar seus próprios estudos econômicos nacionais de DNT, a fim de fortalecer sua capacidade de gerar evidências para tratar da epidemia das DNTs.</p>
3.4.5: Número de países que realizaram estudos analíticos sobre custos relacionados à segurança rodoviária	8	10	11	12	<p>Linha de Base 2009: BLZ, CAN, BRA, CHI, COL, ELS, MEX, USA</p> <p>Meta 2011: ARG, VEN</p> <p>Onze (11) países alcançaram este indicador (países-alvo mais PAN). A ARG conseguiu avanços ao aprimorar uma metodologia para análise de custos dos danos causados por acidentes de trânsito.</p>

RER 3.5: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para preparação e implementação de programas multissetoriais para toda a população que promovam saúde mental e segurança rodoviária e previnam doenças crônicas não transmissíveis, transtornos mentais e de comportamento, violência e lesões, assim como deficiências auditivas e visuais, inclusive a cegueira.

No caminho

Avaliação do RER

(3 de 3 indicadores de RER alcançados, excedendo suas metas de 2011)

Os países indicaram que estão fortalecendo e ampliando a implementação de seus programas e planos para DNT. As metas foram atingidas para os indicadores relacionados com incapacidades e saúde mental (em termos de promoção e prevenção).

Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final de 2011	Meta 2013	Comentários
3.5.1: Número de países que executam programas multissetoriais para a prevenção de deficiências na população em geral	6	11	15	15	<p>Linha de Base 2009: ARG, CHI, CUB, MEX, NIC, PAN</p> <p>Meta 2011: BLZ, COL, DOR, PAR, VEN</p> <p>Um total de 15 países alcançou este indicador (países-alvo mais ARG, BOL, COR e ECU). COL completou sua proposta para fortalecimento das atividades relacionadas com a promoção da saúde e a prevenção de incapacidades, utilizando um enfoque de APS.</p>
3.5.2: Número de países que realizam intervenções para a promoção da saúde mental e prevenção dos transtornos mentais e abuso de substâncias psicotrópicas	5	11	12	15	<p>Linha da Base 2009: BOL, BRA, GUY, PAN, TRT</p> <p>Meta 2011: BLZ, ECU, ELS, NIC, PAR, PER</p> <p>Um total de 12 países alcançou este indicador (países-alvo mais PUR). Diretrizes regionais para a prevenção e promoção de saúde mental (MH) foram publicadas e difundidas. Todos os países integraram o componente promoção-prevenção no seu respectivo Plano de Saúde Mental Nacional.</p>
3.5.3: Número de países que executam programas multissetoriais para a prevenção das doenças crônicas na população em geral	10	21	22	31	<p>Linha de Base 2009: BRA, CHI, COR, CUB, ECU, ELS, FEP, GUT, GUY, JAM</p> <p>Meta 2011: ARG, BAR, BLZ, BOL, MEX, NIC, PAR, PER, PUR, SUR, TRT</p> <p>Vinte e dois (22) países alcançaram este indicador (países-alvo mais URU). Todos os países indicaram que estão fortalecendo e ampliando a implementação de seus programas e planos para DNT.</p>
<p>RER 3.6: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para fortalecer seus sistemas sociais e de saúde para a prevenção e o tratamento integrado das doenças crônicas não transmissíveis, dos transtornos mentais e de conduta, da violência, das lesões causadas por acidentes de trânsito e das deficiências</p>					<p>No caminho</p>
<p>Avaliação do RER (2 de 2 metas do indicador de RER atingidas, excedendo a meta para 2011 — com 1 inclusive excedendo a meta para 2013)</p>					
<p>Todos os países relatam treinar os provedores de atenção primária à saúde a fim de melhorar a qualidade da atenção às pessoas com DNTs; e quatro países adicionais relatam alcançar o indicador relacionado às DNTs. Consideramos que a meta do indicador relacionado com o abandono do hábito de fumar foi atingida.</p>					

Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final de 2011	Meta 2013	Comentários
3.6.1: Número de países que executam estratégias integradas de atenção primária à saúde para melhorar a qualidade do tratamento de doenças crônicas não transmissíveis segundo os Cuidados Inovadores para Doenças Crônicas, da OMS	20	24	28	32	<p>Linha de Base 2009: BAH, BAR, BLZ, BRA, CAN, CHI, COR, CUB, ELS, GRA, GUT, HON, JAM, NIC, MEX, PAR, PER, SAL, TRT, USA</p> <p>Meta 2011: BOL, FEP, GUY, PAN, SUR</p> <p>Vinte e oito (28) países alcançaram este indicador (países-alvo mais ABM, ARG, BOL, e ECU). Todos os países relatam treinar os provedores dos serviços de atenção primária à saúde em melhoria da qualidade para as DNTs, inclusive a aplicação do Passaporte de Atenção para Doenças Crônicas.</p>
3.6.2: Número de países que incorporaram apoio para o abandono do tabaco nos cuidados de saúde primários conforme indicado no Relatório Mundial da OMS sobre a epidemia de tabagismo	6	8	17	9	<p>Linha de Base: ARG, BRA, CUB, MEX, SUR, URU</p> <p>Meta 2011: BAH, PAN</p> <p>Um total de 17 países alcançou este indicador: PAN (alvo) mais CAN, COR, ECU, ELS, GUT, JAM, PAN, PAR, USA e VEN. Embora isso pareça um grande avanço, há de se reconhecer que há, agora, um novo meio da comprovação disponível. Este não é um indicador que havia recebido muita atenção dos países.</p>

Relatório de Progresso do OE4

OE4: Reduzir a morbidade e a mortalidade e melhorar a saúde durante as etapas fundamentais da vida, incluindo gravidez, parto, período neonatal, infância e adolescência; melhorar a saúde sexual e reprodutiva e promover o envelhecimento ativo e saudável para todos os indivíduos					No caminho
Visão Geral do Orçamento					
Orçamento Aprovado (PB 2010-2011)	Fundos Disponíveis			Gastos (%)	Financiado (%)
	RB	OE	Total		
\$37.132.000	\$12.990.000	\$27.591.970	\$40.581.970	74%	109%
Progresso em relação ao alcance do OE até 2013					
Progresso em direção ao alcance das metas do indicador do nível de impacto do OE, como estabelecido no Plano Estratégico da OPAS 2008–2012					
<p>Houve notável progresso na Região das Américas em 2010-2011, tanto na redução da mortalidade infantil como na melhoria da saúde materna — portanto, contribuindo para o avanço dos ODMs 4 e 5, como detalhado a seguir.</p> <p>Não obstante esses avanços, o número de mortes maternas preveníveis na Região ainda é de 95% de todas as vidas perdidas devido à maternidade. Esta situação é inadmissível e revela que a razão da mortalidade materna consiste em um indicador sumário das inequidades nas diferentes esferas da vida e, por isso, uma questão que precisa ser abordada em nível de políticas públicas e além do acesso aos serviços de qualidade.</p> <p>Sob essas circunstâncias, a OPAS tomou a liderança para promover a implementação do quadro de prestação de contas e das recomendações da Comissão para Informação e Prestação de Contas da Saúde das Mulheres e Crianças (estabelecidas a pedido da Secretaria Geral da ONU).</p> <p>A <i>Comissão</i> foi convocada pela Secretaria Geral da ONU devido à urgência em aumentar o impacto dos recursos humanos dedicados à saúde das mulheres e crianças. O quadro de prestação de contas responde ao quadro internacional do direito à saúde e outros direitos humanos e pede ações em um número de matérias fora do mandato das entidades de saúde, como eventos vitais, análise econômica do rastreamento de recursos, fortalecimento ou criação de mecanismos de prestação de contas que sejam transparentes, inclusivos a todos os interessados diretos, e que recomendem ações remediadoras, como requerido, entre outros.</p>					
<p>Indicador 1: Proporção dos partos assistidos por parteiras capacitadas na América Latina e no Caribe Linha de Base: 85% em 2006 Meta: 90% até 2013</p> <p>Durante este biênio, a América Latina e o Caribe experimentaram uma melhora notável na proporção dos partos assistidos por funcionários da área de saúde capacitados, o que é, atualmente, estimado em 92,9%.</p>					
<p>Indicador 2: Redução no número de países na Região relatando uma razão de mortalidade materna acima de 100 por 100.000 nascidos vivos Linha de Base: 10 países Meta: 6 países até 2013</p> <p>De acordo com os Indicadores Básicos da OPAS de 2011, somente quatro países (GUT, DOR, PAR e JAM) relataram uma Taxa de Mortalidade Materna (MMR) estimada excedendo 100 por 100.000 nascidos vivos, mas 5 países (HON, NIC, PAN, HAI, BOL) não relataram informações atualizadas. Como observado no Plano de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e da Morbidade Materna Grave (aprovado pelo 50º Conselho Diretor de OPAS, em 2010), quase nenhum dos países da ALC estão reduzindo a mortalidade materna em taxa suficiente para atingir a meta do ODM5, se a atual tendência prevalecer. No entanto, 95%</p>					

da mortalidade materna na ALC é prevenível, conforme indicado pelas causas mais frequentes de morte (hipertensão induzida pela gravidez, hemorragia, complicação decorrente de abortos realizados em condições perigosas, trabalho de parto obstrutivo, sépsis e outras causas diretas).

Indicador 3: Número de países na ALC com uma taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos de 32,1 por 1.000 nascidos vivos ou menos

Linha de Base: 21 países em 2006

Meta: 26 países até 2013

Segundo os Indicadores Básicos da OPAS 2010, 31 países na Região apresentaram uma taxa de mortalidade para crianças abaixo de 5 anos de menos que 32,1 por 1.000 nascidos vivos; conseqüentemente, a Região já excedeu a meta de 2013 (de 26 países).

Contudo, há países/territórios que requerem foco especial, ou por causa da mortalidade infantil elevada (como na Bolívia, na República Dominicana, na Guiana, no Haiti e em Trinidad e Tobago), ou porque não relataram qualquer estimativa desta taxa (Bermuda, Guadalupe, Guiana Francesa, Martinica, Porto Rico e outras ilhas do Caribe).

Indicador 4: Número de países na ALC com uma taxa de prevalência contraceptiva acima de 60% (como uma medida por procuração para acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva)

Linha de Base: 13 países em 2006

Meta: 21 países até 2013

Na Região, o acesso à saúde sexual e reprodutiva melhorou; e, hoje, 14 países apresentam uma taxa de uso de métodos anticoncepcionais de mais de 60%. De todos os modos, deve-se ampliar o progresso para alcançar o objetivo de 21 países em 2013.

Indicador 5: Número de países na ALC com uma taxa de fecundidade de adolescentes (definida como o número anual de nascidos vivos por 1.000 mulheres na idade de 15-19 anos) de 75,6 por 1.000 ou menos

Linha de Base: 8 países em 2006

Meta: 13 países até 2013

Embora a maioria dos países tenha elaborado planos nacionais para prevenir a gravidez em adolescentes, somente 10 países conseguiram baixar a taxa de fecundidade de adolescentes para 76,5 por 1.000. Até agora, não houve eliminação das barreiras legais e culturais que geram obstáculos ao acesso dos serviços de saúde reprodutiva — especialmente para a população mais vulnerável. Também, não houve alocação de recursos humanos e financeiros suficientes.

Indicador 6: Número de países na Região onde 50% ou mais da população de pessoas de idade (60 anos ou mais na América Latina e no Caribe, 65 ou mais nos Estados Unidos e no Canadá) recebem serviços adaptados a suas necessidades de saúde

Linha de Base: 9 países em 2006

Meta: 15 países até 2013

Além dos 9 países na linha de base, 6 países adicionais estão agora progredindo em direção ao estabelecimento de políticas para assegurar os serviços adaptados às necessidades de saúde das pessoas de idade.

Avaliação do OE 2010-2011

Este OE está classificado como no caminho, com seus 8 RERs no caminho e tendo atingido todas 15 metas do indicador de RER para 2011.

Esforços para promover uma saúde melhor, em etapas chave da vida, de forma sustentável foram bem-sucedidos, como comprovado pelo:

- (a) alcance de todas as metas, nos níveis de país e regional; e
- (b) melhoramento dos indicadores epidemiológicos, com impacto subsequente no nível populacional.

Principais Progressos

- A resolução da OPAS CD51.R12, “Plano de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e da Morbidade Grave Materna”, foi aprovada; e pelo enfoque do curso de vida, houve implementação bem-sucedida de outros planos regionais para o curso de vida.
- Houve melhoria no trabalho interprogramático com outras entidades da OPAS, assim como esforços de colaboração para estabelecer alianças estratégicas: um memorando de entendimento (MoU) e um plano de ação com a UNICEF, assim como um projeto conjunto com o Banco Mundial e Enfants du Monde. Uma nova Rede Pan-americana para a Saúde dos Jovens Indígenas foi lançada.
- O primeiro relatório regional sobre a Iniciativa para Eliminação da Transmissão Materno-fetal do HIV e Sífilis Congênita foi finalizado; e uma ferramenta para cálculo de custos, um guia prático e diretrizes laboratoriais foram desenvolvidos.
- Dois grandes relatórios foram publicados e lançados: o Primeiro Relatório Regional da Situação Sanitária de Jovens Indígenas (publicado pela OPAS, pela Comissão Econômica para América Latina e o Caribe [CEPAL], pela Agência Espanhola de Cooperação Internacional [AECID]) e o Relatório sobre Saúde Sexual e Reprodutiva da Juventude Indígena em Países Seleccionados.
- As Diretrizes para o Continuum da Atenção às Mulheres e aos Recém-nascidos foram atualizadas. Um manual auto-instrutivo sobre monitoramento do crescimento fetal, o manual sobre Lares de Espera Pré-Parto, o Sistema de Informação Perinatal para Usuários, e Análise e Vantagens da Informação, foram elaborados e difundidos. Um curso de Capacitação de Instrutores (CDI) foi conduzido em oito países, juntamente com várias oficinas sobre saúde neonatal e da criança.
- 423 sessões de CDI foram realizadas para treinar os instrutores, em mais de 9 países, dentro do quadro do Continuum da Atenção às Mulheres e aos Recém-nascidos, e do Sistema de Informação Perinatal. 280 profissionais foram treinados em saúde do adolescente usando um pacote de educação à distância que foi ampliado para incluir direitos de gênero e um enfoque intercultural.
- A iniciativa Maternidade Segura foi lançada durante 2010 e 2011, o que incluiu a exibição Maternidade por Bru Rovira, o Concurso Regional de Boas Práticas (no qual 17 países participaram), e o Concurso Regional de Fotografia de Maternidade Segura (no qual 21 países participaram). Como parte do 51º Conselho Diretor da OPAS, havia um painel de discussão com a participação de Michelle Bachelet, Sua Majestade Real a Infanta Cristina de Espanha, da Dra. Margaret Chan (Diretora-Geral da OMS), a Dra. Laura Laski e o Dr. Aníbal Faundes.
- No contexto da Cooperação Espanhola, a Terceira Reunião Internacional Técnica Anual foi realizada no CLAP/WR (Centro de Perinatologia Latino-Americano/Saúde Reprodutiva das Mulheres), com os representantes de 16 países (incluindo pontos focais de FCH/OPAS e coordenadores de Saúde Sexual e Reprodutiva do Ministério da Saúde). A reunião abordou uma avaliação do progresso no plano de trabalho de 2010-2011 e desenvolveu novas linhas da cooperação para o próximo biênio. A Reunião Internacional nos Sistemas e Serviços de Saúde para Responder às Necessidades dos Adolescentes foi conduzida conjuntamente com os HSS (Sistemas de Serviços de Saúde) para elaborar os planos de melhoria da saúde do adolescente; vinte e um (21) países participaram.

<p>Desafios Principais</p> <ul style="list-style-type: none"> As metas ambiciosas estabelecidas no Plano de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e da Morbidade Grave Materna requerem maior investimento financeiro (incluindo uma maior alocação de tempo para os funcionários da OPAS) e, também, requerem melhor integração do trabalho entre as áreas técnicas da OPAS (por exemplo, com o intuito de garantir acesso oportuno ao sangue seguro e aos medicamentos e suprimentos essenciais, para treinar adequadamente pessoal etc.). <p>Lições Aprendidas</p> <ul style="list-style-type: none"> A integração dos projetos e das entidades requer tanto esforços quanto uma visão comum, com planejamento conjunto. A cooperação técnica nesta área requer especialização no âmbito nacional, com esforços para fornecer educação contínua pela introdução e utilização de novas tecnologias. A institucionalização no nível dos sistemas de informação ministeriais é o passo chave. Isso deve ser abordado como uma prioridade na Região, apesar do fato de que isto pede um investimento notável em termos de recursos financeiros e humanos a fim de cumprir com as normas definidas tanto no Plano de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e da Morbidade Grave Materna, como nos indicadores requisitados pela Comissão para Informação e Responsabilidade. De modo semelhante, a formulação das diretrizes e normas envolve atividade contínua em termos de cooperação técnica, para a qual a disponibilidade dos recursos financeiros é crucial. Os desafios principais são garantir o acesso universal aos amplos serviços de saúde reprodutiva, a fim de permitir as análises necessárias das políticas; encontrar financiamento sustentável; e promover um contexto capacitador (através de defesa de causa contínua). Vale mencionar a controvérsia em torno de como tratar do tema de aborto em políticas nacionais — uma questão que está deteriorando o progresso mais rápido em muitos países.
--

Relatório de Progresso do RER do OE4

<p>RER 4.1: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para elaborar políticas, planos e estratégias abrangentes que promovam o acesso universal a um contínuo de atenção em todo o ciclo de vida; para integrar a prestação de serviços; e fortalecer a coordenação com a sociedade civil, o setor privado e parcerias com as Nações Unidas e os organismos do sistema interamericano, entre outros (por exemplo, ONGs)</p>					<p>No caminho</p>
<p>Avaliação do RER (3 de 3 metas do indicador de RER atingidas)</p>					
<p>Todos os países-alvo avançaram no desenvolvimento de políticas, planos e estratégias para promover o continuum de atenção no curso da vida. Além disso, a coordenação com sócios estratégicos — como UNICEF, FNUAP e o Banco Mundial — foi fortalecida nas questões de saúde materna e saúde da criança e do adolescente. Fortaleceu-se a coordenação, também, com mais de 50 universidades e com os organismos especializados em envelhecimento saudável. Embora tenha sido necessário superar muitas dificuldades para a mobilização de recursos financeiros, é extraordinário que cada meta tenha sido atingida.</p>					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final de 2011	Meta 2013	Comentários
4.1.1: Número de países que têm uma política integral de acesso universal a	2	3	3	4	<p>Linha de Base 2009: HON, NIC</p> <p>Meta 2011: BOL</p>

intervenções eficazes para melhorar as saúdes maternas, neonatais e infantis					BOL, HON e NIC, todos possuem uma política integrada para o acesso universal para melhorar a saúde materna, do recém-nascido e da criança. Além disso, 12 países adicionais (ABM, ARG, BRA, CHI, CUB, ELS, GUT, PAR, PER, TRT, URU e VEN) comprometeram-se a elaborar uma política mais complexa nesta área.
4.1.2: Número de países que possuem uma política de acesso universal a saúde sexual e reprodutiva	10	13	13	16	<p>Linha de Base 2009: ARG, BLZ, CAN, CHI, CUB, COR, ECU, GUY, HON, PER, URU</p> <p>Meta 2011: BOL, ELS</p> <p>BOL, HON e ELS, todos elaboraram políticas na saúde sexual e reprodutiva, com o apoio técnico do CLAP. Após muitos anos de defesa de causa, os países ampliaram os direitos reprodutivos estruturais para aprimorar os sistemas de proteção social. O desafio principal é o financiamento sustentável.</p>
4.1.3: Número de países que possuem uma política para a promoção do envelhecimento ativo e saudável	15	17	17	18	<p>Linha de Base: ARG, BAR, BLZ, BRA, CAN, CHI, COR, CUB, ECU, JAM, MEX, PAN, TRT, URU, USA</p> <p>Meta 2011: BOL, PER, SCN</p> <p>Além dos 15 países na linha de base, tanto a Bolívia como o Peru também possuem uma política para promover o envelhecimento ativo e saudável. SCN avançou no desenvolvimento de tal política (que está agora em sua etapa final de discussão, antes da aprovação). Além disso, mais 8 países (ABM, ANI, DOM, DOR, GRA, PUR, SAL e SAV) demonstraram um forte compromisso com a agenda para envelhecimento saudável e estão avançando na definição de uma política.</p>

RER 4.2: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para fortalecer a capacidade nacional ou local de produzir novas evidências e intervenções; e aperfeiçoar um sistema de informação e de vigilância em saúde sexual e reprodutiva e saúde materna, neonatal, infantil, do adolescente e do idoso

No caminho

Avaliação do RER

(2 de 2 metas do indicador de RER atingidas, com 1 excedendo a meta de 2011 e, inclusive, atingindo a meta de 2013)

A institucionalização do Sistema de Informação Perinatal (SIP) no nível ministerial é um passo chave nos sistemas de país de consolidação. Este é um processo em curso que exige constantemente investimentos em termos de recursos humanos e financeiros, e o faz mais ainda o Plano de Ação para Acelerar a Redução de Mortalidade Materna e da Morbidade Grave Materna — sem falar dos indicadores requisitados pela Comissão de Informação e Responsabilidade.

Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final de 2011	Meta 2013	Comentários
4.2.1: Número de países que implementam sistemas de informação e de	15	17	20	20	<p>Linha de Base 2009: ARG, BAH, BAR, BOL, CUB, ECU, ELS, GUT, HON, JAM, NIC, PAN, SAV, SCN, URU</p> <p>Meta 2011: BLZ, FEP, GUY, HAI, VEN</p>

vigilância para monitorar a saúde sexual e reprodutiva, a saúde materna, neonatal e do adolescente, com dados desagregados por idade, sexo e grupo étnico					A meta foi excedida. Além dos 20 países enumerados acima, outros 6 também atingiram a meta (BRA, DOR, MEX, PAR, SUR e TRT). A institucionalização do Sistema de Informação Perinatal (SIP) no nível ministerial é um passo chave nos sistemas de consolidação dos países e requer um investimento permanente em termos de ambos os recursos financeiros e humanos.
4.2.2: Número de análises sistemáticas da RSPA sobre boas práticas, pesquisa operacional e padrões de atenção à saúde	5	7	7	10	Houve 7 projetos de pesquisa operacionais completados sobre sífilis em ELS, na GUY, em HON, na NIC, no PAN, no PAR e no URU; e 2 desses foram publicados (ELS e URU). Além disso, HON foi capaz de realizar um projeto de pesquisa operacional para caracterizar a população que abortou. Tais estudos foram baseados nos dados coletados pelo SIP que contribuiu simultaneamente para o seu aprimoramento. O desafio é treinar pessoal local (para que adquiram habilidades em pesquisa operacional).

RER 4.3: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para reforçar ações a fim de garantir atenção qualificada para cada mulher grávida e cada recém-nascido, durante o parto e nos períodos pós-parto e pós-natal

No caminho

Avaliação do RER

(1 de 1 meta do indicador de RER atingidas)

A cooperação técnica neste assunto é uma atividade em curso, já que aparecem constantemente novas evidências requerendo treinamento atualizado para o pessoal envolvido. O desafio principal é o financiamento limitado, o que deteriora o progresso mais rápido e a expansão de diversas experiências bem-sucedidas.

Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final de 2011	Meta 2013	Comentários
4.3.1: Número de países que adaptaram e aplicam as normas as diretrizes técnicas e de gestão da OPAS/OMS para aumentar a cobertura da atenção especializada no parto, inclusive a atenção pré-natal, pós-natal e do recém-nascido	12	21	21	23	<p>Linha de Base 2009: ARG, BRA, CAN, CHI, COR, CUB, ECU, HON, PAN, TRT, URU, USA</p> <p>Meta 2011: BLZ, DOR, ELS, GUY, HAI, MEX, NIC, PER, VEN</p> <p>Completado por ARG, BOL, DOR, ELS, GUY, HON, NIC, PAR, PER e URU. O CLAP começou a revisão do Guia Técnico Neonatal de BLZ, das Diretrizes Obstétricas e Neonatais da VEN, assim como conduziu treinamento no MEX e na VEN para atenção habilidosa às mulheres grávidas e aos recém-nascidos. Cooperação técnica neste assunto é uma atividade em curso; novas evidências aparecem constantemente e requerem treinamento atualizado para a força de trabalho de saúde.</p>

RER 4.4: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para melhorar a saúde neonatal					No caminho
Avaliação do RER (2 de 2 metas do indicador de RER atingidas)					
<p>Primeiramente, o CLAP formulou, provou e validou diretrizes de atenção neonatal em seis países da Região. Também está em processo uma ferramenta multimídia para facilitar a disseminação do treinamento sobre o tema.</p> <p>Segundo, vários países receberam apoio para elaborar planos de ação neonatais com um enfoque de <i>Continuum de Atenção</i>, com base no documento regional aprovado pelo Conselho Diretor da OPAS. Esses planos de ação forneceram orientação para as atividades dos países.</p> <p>Terceiro, parcerias interinstitucionais na saúde do recém-nascido foram fomentadas no âmbito de país para apoiar os ministérios da saúde na implementação de seus planos de ação.</p> <p>Finalmente, as diretrizes e ferramentas para supervisão, monitoramento e avaliação das intervenções neonatais foram adotadas nos serviços de saúde e estão sendo usadas para medir a qualidade dos serviços.</p>					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final de 2011	Meta 2013	Comentários
4.4.1: Número de países nos quais pelo menos 50% dos distritos selecionados executam intervenções para a sobrevivência e saúde do recém-nascido	6	12	12	18	<p>Linha de Base 2009: BOL, DOR, ECU, NIC, PAR, PER</p> <p>Meta 2011: ARG, BRA, GUT, GUY, HON, PAN</p> <p>Este indicador foi excedido; não apenas os 12 países enumerados acima cumpriram, como também 3 adicionais o fizeram. Houve excelente progresso na implementação das intervenções neonatais com base científica nos distritos selecionados nos planos de ação dos países.</p>
4.4.2: Número de diretrizes e ferramentas criadas e disseminadas para melhorar a atenção e sobrevivência neonatal	6	6	13	9	<p>Um total de 13 países está implementando novas diretrizes para melhorar a atenção ao e a sobrevivência do recém nascido. Para esta finalidade, o CLAP desenvolveu um modelo de treinamento que foi validado no ECU, no HAI, no MEX e na VEN. O CLAP também prestou apoio ao BLZ e à VEN para revisar suas diretrizes neonatais. Uma proposta está, também, sendo elaborada para a educação à distância, com a utilização de ferramentas multimídia. O módulo foi bem recebido pelos participantes, uma vez que cobre as necessidades reais. Os desafios são acesso à tecnologia virtual, assim como pessoal e fundos para o funcionamento do módulo.</p>

RER 4.5: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para melhorar a saúde e o desenvolvimento infantil, levando em consideração os acordos internacionais					No caminho
Avaliação do RER					
(2 de 2 metas do indicador de RER atingidas, com 1 excedendo ambas as metas de 2011 e 2013)					
<p>Por um lado, todos os países em questão progrediram notavelmente na ampliação e na sustentabilidade da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIEPI, sigla em espanhol). Uma Oficina Regional para Introdução e Orientação da LiST (Lives Saved Tool - Ferramenta de Vidas Salvas) para o Planejamento Estratégico foi realizada em sete países. Um exercício de mapeamento de AIEPI foi completado, com resultados atualizados de oito países. Isso concluiu o relatório de 2011 e o inventário das atividades de ampliação da AIEPI em diversas zonas geográficas.</p> <p>Por outro lado, 11 países estão implementando as integradas práticas familiares essenciais em seus programas de saúde nacionais e locais — muitas seguindo um enfoque de curso da vida. O processo de capacitação regional para a implementação e avaliação das práticas familiares chave foi realizado em dezembro de 2011 no Equador. Tal reunião proporcionou uma oportunidade para lançar a Pesquisa Nacional em Serviços de Saúde Materna, Neonatal e da Criança, a qual mede a qualidade dos cuidados no primeiro nível de atenção, assim como o conhecimento dos prestadores de assistência entre aqueles que cuidam de crianças menores de 5 anos.</p>					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final de 2011	Meta 2013	Comentários
4.5.1: Número de países que ampliaram a cobertura da atenção integrada às doenças da infância a mais de 75% dos distritos visados	11	11	17	13	<p>Linha de Base 2009: BLZ, BOL, COL, DOR, ECU, ELS, GUY, HON, NIC, PAR, PER</p> <p>Meta 2011: GUT</p> <p>Além de 11 países da linha de base e a Guatemala (país-alvo para 2011), 5 países adicionais (ARG, CHI, HAI, PAN e VEN) expandiram a cobertura da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIEPI) a mais de 75% dos seus distritos.</p>
4.5.2: Número de países que implementam o enfoque de Práticas Familiares Fundamentais da OPAS/OMS no âmbito da comunidade para fortalecer a atenção primária à saúde	10	11	11	13	<p>Linha de Base 2009: BOL, COL, DOR, ECU, ELS, GUY, HON, NIC, PAR, PER</p> <p>Meta 2011: GUT</p> <p>Um total de 11 países está implementando as estratégias da OPAS/OMS, para as Práticas Familiares Chave, em seus programas de saúde nacionais e locais — a maioria seguindo um enfoque de curso da vida. Um exercício de treinamento regional foi realizado no Equador em dezembro de 2011. Além disso, no contexto da Pesquisa de Saúde Nacional, uma avaliação foi iniciada para avaliar a qualidade da prestação de serviços, nos centros de assistência à saúde, e o conhecimento dos prestadores de assistência sobre a administração clínica de crianças menores de 5 anos.</p>

RER 4.6: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para a implementação de políticas e estratégias em saúde e desenvolvimento do adolescente					No caminho
Avaliação do RER					
(2 de 2 metas do indicador de RER atingidas, com, inclusive, 1 indicador excedendo a meta de 2013)					
Todos os países-alvo alcançaram tanto o marco quanto o indicador, e houve progressos pela maioria dos países, O desafio é manter a defesa de causa e aumentar os recursos financeiros e técnicos necessários para assegurar a sustentabilidade do processo.					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
4.6.1: Número de países com programas funcionais em saúde e desenvolvimento do adolescente	12	16	16	17	<p>Linha de Base 2009: ARG, BLZ, BRA, CAN, ELS, GUT, GUY, HON, MEX, NIC, PER, VEN</p> <p>Meta 2011: BOL, COR, CUB, ECU, TRT</p> <p>Considera-se este objetivo alcançado, uma vez que 14 países (ARG, BAH, BLZ, BOL, BRA, COR, CUB, ECU, ELS, GUT, GUY, MEX, NIC e SUR), todos o atingiram. Há evidência de que HON o alcançará durante o primeiro trimestre de 2012. A VEN não relatou, mas há uma pessoa responsável pelo programa, e financiamento específico foi alocado para isso. PER e CAN não relataram.</p>
4.6.2: Número de países que implementam um pacote integral de normas e padrões para fornecer serviços adequados de saúde e desenvolvimento dos jovens (por exemplo, Atenção Integrada às Necessidades do Adolescente [IMAN]).	10	14	20	15	<p>Linha de Base 2009: CHI, DOR, ECU, ELS, GUT, HON, NIC, PAN, PER, VEN</p> <p>Meta 2011: ARG, BOL, GUY, JAM, PAR</p> <p>Além dos 10 países-alvo de 2009 (CHI, DOR, ECU, ELS, GUT, HON, NIC, PAN, PER e VEN) e os 4 países-alvo de 2011 (ARG, BOL, GUY, JAM e PAR), 6 países adicionais (ABM, ANI, BAR, COL, DOM e GRA) também aplicaram a estratégia de Atenção Integrada das Necessidades do Adolescente (IMAN).</p>
RER 4.7: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica na implantação da Estratégia Global de Saúde Reprodutiva, para melhorar os cuidados pré-natais, perinatais, pós-parto e neonatais, e oferecer serviços de saúde reprodutiva de alta qualidade					No caminho
Avaliação do RER					
(2 de 2 metas do indicador de RER atingidas)					
<p>Após muitos anos de defesa de causa, os países ampliaram o acesso à saúde reprodutiva completa no contexto dos direitos das mulheres. Para evitar contratempos neste processo, o desafio principal é continuar com a defesa de causa para a consolidação e o financiamento da sustentabilidade. As controvérsias não resolvidas em torno do aborto contribuíram para o lento progresso neste sentido.</p>					

Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final de 2011	Meta 2013	Comentários
4.7.1: Número de países que adotaram estratégias para proporcionar atenção integral à saúde reprodutiva	8	14	14	15	<p>Linha de Base: ARG, BRA, CHI, COL, ECU, PAN, URU, VEN</p> <p>Meta 2011: BLZ, GUY, HON, JAM, MEX, PER</p> <p>A meta foi excedida: além dos 6 países-alvo de 2011 (BLZ, GUY, HON, JAM, MEX e PER), outros 7 a atingiram (BOL, COR, CUB, DOR, ELS, NIC e PAR). Após muitos anos de defesa de causa, os países ampliaram o acesso à saúde reprodutiva completa no contexto dos direitos das mulheres. BOL, ECU e ELS completaram o processo de adaptação de suas estratégias. Para evitar contratempos, o desafio principal é continuar com a defesa de causa para a consolidação e o financiamento da sustentabilidade.</p>
4.7.2: Número de países que reexaminaram as políticas de saúde pública relativas à saúde reprodutiva	10	11	11	12	<p>Linha de Base 2009: ARG, BRA, CHI, COL, ECU, ELS, MEX, NIC, PAR, URU</p> <p>Meta 2011: BOL, VEN</p> <p>A BOL atingiu a meta e a VEN está no processo de aprovação. Permanece o desafio de traduzir a promoção do aborto seguro —como incluído na visão estratégica da OMS para saúde sexual e reprodutiva e direitos —em políticas nacionais, uma vez que o aborto é uma questão controversa em muitos países.</p>
RER 4.8: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para aumentar a defesa do envelhecimento como uma questão de saúde pública e manter capacidade funcional máxima em todo o ciclo de vida					No caminho
Avaliação do RER (1 de 1 meta do indicador de RER atingida)					
Os países-alvo progrediram significativamente na promoção do envelhecimento saudável e seu reconhecimento como uma prioridade da saúde pública. Bolívia, Equador e Peru podem ser tomados como exemplos por suas experiências bem-sucedidas nos programas multissetoriais no âmbito da comunidade.					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final de 2011	Meta 2013	Comentários
4.8.1: Número de países que implantaram programas comunitários multissetoriais com ênfase no fortalecimento da capacidade de atenção primária à saúde para um envelhecimento saudável	7	10	10	12	<p>Linha de Base 2009: ARG, CAN, CHI, COR, CUB, JAM, USA</p> <p>Meta 2011: BOL, ECU, PAN, PER, PUR</p> <p>Este indicador foi alcançado. PER, ECU e BOL desenvolveram experiências bem-sucedidas com os programas multissetoriais no âmbito da comunidade. PAN e PUR também mostraram importantes avanços.</p>

Relatório de Progresso do OE5

OE5: Reduzir as consequências à saúde das emergências, dos desastres, das crises e dos conflitos, e minimizar seus impactos socioeconômicos					No caminho
Visão Geral do Orçamento					
Fundos do Programa de Base					
Orçamento Aprovado (PB 2010-2011)	Fundos Disponíveis			Gastos (%)	Financiado (%)
	RB	OE	Total		
\$34.981.000	\$4.013.000	\$28.866.960	\$32.879.960	84%	94%
Progresso em direção ao alcance do OE até 2013					
Progresso em relação ao alcance das metas do indicador de nível de impacto do OE estabelecidas no Plano Estratégico da OPAS 2008–2012					
Indicador 1: Mortalidade bruta diária					
Meta: Mortalidade diária das populações afetadas pelas principais emergências mantidas abaixo de 1 por 10.000 durante a fase de resposta de emergência inicial					
Indicador 2: Acesso aos serviços de saúde em funcionamento					
Meta: Redes de saúde afetadas se tornarem operacionais dentro de um mês após uma catástrofe natural					
<p>Ambos indicadores do OE5 estão no caminho de serem atingidos e foram alcançados durante este biênio. Em todas as emergências até o momento, durante o período avaliado, a mortalidade diária esteve abaixo de 1 por 10.000. No Haiti, a taxa de mortalidade devido ao fracasso da infraestrutura física foi maior que esta proporção; porém, a taxa de mortalidade diária esteve abaixo de 1 por 10.000 habitantes durante a fase de resposta de emergência inicial, o que representa o que indicador mede.</p> <p>O segundo indicador mede o acesso aos serviços de saúde funcionais. Todas as redes de saúde se tornaram operacionais dentro de um mês após os desastres que ocorreram durante o período relatado. No Haiti, a disponibilidade da assistência de saúde durante a fase inicial de resposta esteve acima do nível pré-desastre. Na reabilitação e reconstrução, houve progresso substancial. No caso do Chile, levou somente seis meses para que recuperasse mais de 95% das camas perdidas em razão do terremoto, portanto refletindo a capacidade do sistema de saúde neste país. Esses indicadores foram alcançados graças aos anos de investimentos constantes da Região na redução de desastres.</p> <p>Neste biênio, todos os desastres de pequena e média escalas foram, na maioria, tratados com pelos recursos nacionais. O compromisso por parte dos governos aumentou — especialmente com a aprovação do Plano de Ação para Hospitais Seguros 2010–2015, a participação de governos na Equipe para Respostas aos Desastres Regionais, e a liberação permanente de pessoal para desenvolver diretrizes e treinamento de apoio. Embora houvesse importante progresso e metas tenham sido atingidas, as exigências para redução dos riscos e administração de desastres aumentaram em um ritmo mais rápido do que o desenvolvimento das capacidades dos países. Os países terão que dobrar seus compromissos com os seus próprios programas para desastres, incorporar o tema nas suas instituições, estabelecer prioridades e mobilizar os fundos para a administração de desastres nacionais a fim de satisfazer as demandas da população —, assim como as expectativas internacionais (incluindo a reforma humanitária).</p>					

Avaliação do OE 2010-2011

Este OE está no caminho, juntamente com seus 7 RERs e 17 indicadores de RER alcançados. Todos os indicadores de RER, como medidos pelas diferentes entidades do AMPES e comprovados por facilitadores do indicador de RER, mostram que países suficientes alcançaram os indicadores-alvo. Seus sucessos ao alcançar os objetivos se devem a diferentes fatores, mas principalmente ao seguinte: planejamento aprofundado (estabelecendo objetivos realistas), nível e intensidade de desastres que aumentaram o interesse e a participação de países na administração dos desastres, e aumentaram a cooperação interna. Abaixo, há um resumo dos principais avanços, desafios e lições aprendidas.

Principais Avanços

- Aprovação, pelo 50º Conselho Diretor da OPAS, do Plano de Ação para Hospitais Seguros: com este plano, o setor da saúde se tornou o primeiro setor a desenvolver um plano de ação regional (encontrando-se entre aqueles contribuindo para o Quadro de Ação de Hyogo para Construção de Resistência aos Desastres).
- A resposta oferecida a todos os países afetados dentro da meta de 24 horas: Os eventos durante este biênio incluem o seguinte: o terremoto e a epidemia do cólera no Haiti; o terremoto no Chile; os furacões Irene, nas Bahamas, e Tomás, em São Vicente e Granadinas e em Santa Lúcia; as inundações na América Central (El Salvador, Guatemala, Honduras e Nicarágua); a Depressão Tropical 12-E; as inundações na Bolívia, Colômbia, Nicarágua etc.
- Todos os preparativos e objetivos de mitigação foram alcançados conforme indicadores de RER, apesar deste ter sido o biênio mais exigente em operações para resposta.
- Desenvolvimento do Índice de Segurança para Serviços de Saúde Menores: Esta ferramenta de avaliação é mais apropriada para os estabelecimentos menos complexos, inclusive os hospitais para atenção primária. É formulada para assegurar que um estabelecimento continuará a prestar serviços após um evento adverso.
- Uma nova parceria com o Banco Mundial (BM) para o trabalho de reconstrução no Haiti foi desenvolvido (Redução dos Riscos de Desastres no Setor de Saúde [DRR]).
- A Ferramenta de Autoavaliação para a Redução dos Riscos de Desastres foi desenvolvida.
- Um Sistema de Alerta e Resposta foi estabelecido no Haiti, com presença de campo (trabalho com outras áreas técnicas da OPAS, com forte coordenação).
- Um Exercício de Avaliação das Necessidades de Preparação para o Cólera foi conduzido por 20 territórios do Caribe.
- O Índice de Segurança do Hospital foi aplicado por 29 países e territórios: a maioria destes está implementando as medidas corretivas em estabelecimentos de saúde prioritários.
- Terremoto no Haiti — Janeiro de 2010: Lições a Serem Aprendidas para o Próximo Desastre de Grande Proporção de Início Súbito: Esta grande publicação envolveu a participação de pesquisadores e escritores internacionais de alto nível, e mais de 150 entrevistas — seguidos de um grupo para análise de alto nível. Este livro apresenta lições a serem aprendidas do Haiti, com a intenção de melhorar a resposta do setor da saúde em caso de grandes desastres de início súbito no futuro. Identifica, também, as oportunidades proporcionadas pelo desastre para realizar mudanças significativas nos serviços de saúde no Haiti.
- O Grupo de Saúde está ainda ativo no Haiti e produzindo informações regulares do Grupo de Saúde.
- O Curso Virtual para a Aplicação do Índice de Segurança do Hospital foi desenvolvido e está disponível on-line.

Principais Desafios

- Mesmo que o total geral dos recursos mobilizados para a administração de desastres fosse o mais alto de todos os tempos um biênio nesta Organização, existem questões com respeito às dificuldades de se mobilizar financiamento para a DRR (Redução dos Riscos de Desastres), que foram exacerbadas pela crise financeira. Há pressão crescente para obter esses fundos de organismos de desenvolvimento. Como afirmado em avaliação anterior, a DRR deve cair sob a guarda dos doadores de desenvolvimento. Apoio interno é necessário para incluir a DRR nesses esforços de mobilização de recursos. Há mais doadores, mas, também, menos financiamento por doador.
- Apoio foi fornecido para a implementação da nova estratégia de resposta institucional, a qual foi preparada pelo KMC, pela área de PED e outras áreas técnicas da OPAS, e está agora pendente de aprovação pela EXM.
- Quantidade de recursos humanos vis-à-vis o número de projetos e nível de financiamento (incluindo OCR): O número de projetos aumentou significativamente, com mais projetos com orçamentos menores em \$— o que gera uma quantia enorme de trabalho administrativo e de informação.
- Coordenação das atividades com a nova estrutura total e a estrutura de OE da OMS/Sede: A sede da OMS mudou a sua estrutura, modificando o OE5. Contudo, isso, até o momento, não acarretou em grandes consequências na Região, e a OPAS não teve de modificar sua estratégia.
- A Sustentabilidade das intervenções considerando a atrição nos MoHs constitui ainda outro desafio.

Lições Aprendidas

- Após mais de 20 anos trabalhando na redução da vulnerabilidade nos serviços de saúde e desenvolvendo vastas e detalhadas ferramentas e metodologias para avaliar a vulnerabilidade nos serviços de saúde, poucos países iniciaram medidas de mitigação dos desastres de saúde. O desenvolvimento de uma ferramenta simples, como o Índice de Segurança de Hospital, demonstrou que as ferramentas de baixo custo e as práticas altamente eficazes podem ampliar a participação e servir de estímulo para determinar as prioridades e para transformar teoria em prática.
- A prevalência dos desastres (tanto em número quanto em magnitude) aumenta o interesse no tema, como pode ser observado no nível do compromisso demonstrado pelos Escritórios de País da OPAS e Estados Membros (tanto em termos de vinculação como no nível de atividades).
- O aproveitamento de estruturas existentes facilita a implementação de projetos: O sucesso dos esforços de preparativos para o cólera no Caribe ocorreu em parte pela experiência anterior dos países do Caribe ao elaborar e testar os seus planos da pandemia de influenza nacionais. Um número devastador de atores poderia impactar negativamente na resposta de saúde.
- Um mecanismo que garanta a participação mais eficaz dos atores do Grupo de Saúde deve ser implementado.
- Tornou-se necessário capitalizar a partir de incidentes nos países e acoplar as atividades relacionadas ao prestar cooperação técnica, por exemplo, a aplicação do Índice de Segurança de Hospital quando se elabora os planos para desastres de saúde, treinamento do setor de saúde relacionado com desastres com simulados, e serviços de saúde mental, em momentos de desastres, que incluem atividades de saúde mental centrais.
- Há uma necessidade de elaborar uma estratégia que incorpore redes sociais no trabalho de administração de desastres.

Relatório de Progresso de RER do OE5

RER 5.1: Apoio aos Estados Membros e parceiros mediante cooperação técnica para o desenvolvimento e fortalecimento de planos e programas de preparação para situações de emergência em todos os níveis					No caminho
Avaliação do RER (3 de 3 metas do indicador atingidas e excedidas)					
<p>Na realidade, todos os indicadores tiveram países adicionais que atingiram a meta do indicador. Este RER reflete a maior parte dos preparativos e trabalho de mitigação da Organização, e o fato de que todos os indicadores foram alcançados — mesmo depois de responderem aos incidentes sem precedentes no Haiti (ambos o terremoto de grande escala e a epidemia do cólera) e sérias inundações na América Central e na Colômbia — mostra o compromisso da Organização com a redução dos riscos de desastres. Vale mencionar que, durante o período avaliado, o 50º Conselho Diretor da OPAS aprovou a Resolução CD50.R15, “Plano de Ação para Hospitais Seguros” —, portanto atuando como facilitadores dos Estados Membros enquanto ocupam-se com a adoção de uma política nacional de redução de riscos, assim como o trabalho para alcançar o objetivo de que todos os novos hospitais continuem suas operações durante os desastres. Desde dezembro de 2011, um total de 29 Países Membros e Territórios aplicaram o Índice de Segurança de Hospital; e a maioria está implementando medidas corretivas nos estabelecimentos de saúde prioritários. Os desafios principais para o próximo biênio residem na manutenção da linha de base e na continuidade do provimento progressivo de cooperação técnica de mais alta qualidade em tempos de recursos financeiros e humanos limitados.</p>					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final de 2011	Meta 2013	Comentários
5.1.1: Número de países que elaboraram e avaliaram planos de preparação para situações de desastres no setor da saúde	31	34	36	35	<p>Linha de Base 2009: ABM, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, ECU, ELS, FDA, FEP, GUT, GUY, HON, MEX, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SUR, TRT, URU, USA</p> <p>Meta 2011: DOR, JAM, SCN</p> <p>Este indicador foi tanto alcançado como excedido. Todos os países-alvo (DOR, JAM e SCN) mais dois adicionais (GRA e SAV) o alcançaram. Este indicador está, também, no caminho de ser excedido ao final de 2013. O HAI trabalhou para alcançar este indicador e o continuará no próximo biênio. A VEN decidiu avaliar seu plano de preparativos para casos de desastres de saúde durante o próximo biênio.</p>

<p>5.1.2: Número de países que implementam programas para redução da vulnerabilidade da infraestrutura de saúde</p>	<p>21</p>	<p>24</p>	<p>28</p>	<p>30</p>	<p>Linha de Base 2009: ARG, BOL, CAN, COL, COR, CUB, ECU, ELS, FDA, FEP, GUT, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, TCA, TRT, USA</p> <p>Meta 2011: BLZ, CHI, DOR, VEN</p> <p>Este indicador foi tanto alcançado como excedido. A Iniciativa Hospitais Seguros impulsionou muitos outros países a alcançarem este indicador quando comparado ao número necessário. Os países-alvo (BLZ, CHI e DOR) mais outros quatro (BAR, DOM, GRA e SAL), todos alcançaram o indicador no final de 2011. Seis países adicionais (ABM, ANI, SAV, SCN, SUR e VEN) progrediram bem e estão bem avançados em relação ao alcance deste indicador até 2013. Outros países — incluindo BRA, GUY, HAI e URU — estão, também, programados para trabalhar neste indicador durante o próximo biênio.</p>
<p>5.1.3: Número de países que informam dispor de um programa de saúde em situações de desastres com pessoal de tempo integral e orçamento específico</p>	<p>13</p>	<p>14</p>	<p>15</p>	<p>15</p>	<p>Linha de Base 2009: ARG, CAN, COL, ECU, FDA, FEP, HON, MEX, PAN, PER, TRT, USA, VEN</p> <p>Meta 2011: BLZ, BOL</p> <p>Este indicador foi tanto alcançado como excedido. Um país mais com um programa para desastres de saúde com pessoal em tempo integral e um orçamento específico foi necessário até 2011. BLZ e BOL relataram alcançar este indicador de RER, tendo excedido a meta para este período e já alcançando o indicador para o próximo biênio. O trabalho, durante 2012–2013, concentrará na manutenção da linha de base e, se possível, na superação da meta do indicador em um ou mais países adicionais.</p>

RER 5.2: Apoio oportuno e apropriado prestado aos Estados Membros para assistência imediata às populações afetadas por crises.					No caminho
Avaliação do RER (2 de 2 metas do indicador atingidas)					
<p>Este RER, no seu começo, correspondeu às atividades de resposta (vide título). Começando com este biênio (2010-2011), com a adoção de um novo RER (5.7), abarcando resposta humanitária, e com o financiamento de OCR, este RER serviu para refletir as atividades de preparo em si. A sede da OMS está planejando descontinuar este RER para o próximo biênio. Apesar do alto nível de operações de resposta na Região das Américas (em termos tanto de número quanto magnitude), a Região continuou a aprimorar seu próprio preparo. Em outubro de 2011, um Encontro Regional de Coordenadores de Desastres de Saúde foi realizado no México, onde os países solicitaram apoio adicional da OPAS para as suas atividades de preparo. Foram fornecidas atividades de treinamento, principalmente através do Grupo de Saúde e a Equipe de Resposta aos Desastres (e todas as suas subcategorias), com o treinamento oferecido para preparativos e resposta ao cólera (não apenas no Haiti e na República Dominicana, como, também, no resto do Caribe e na América Central). O número limitado de recursos humanos disponíveis em um desastre está vinculado ao fato de que os países são relutantes em liberar seu pessoal — especialmente durante a estação dos furacões. Os indicadores deste RER e o RER estão no caminho de serem alcançados ao final de 2013. Para mais informações sobre a resposta, vide RER 5.7.</p>					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingidas	Meta 2013	Comentários
5.2.1: Número de programas regionais de capacitação sobre resposta a emergências	6	7	7	7	Este indicador foi alcançado. A OPAS forneceu sete programas regionais de treinamento em operações de resposta. A sessão Regional de Treinamento das Equipes de Resposta aos Desastres foi realizada em novembro de 2011. Os outros seis programas de treinamento são: Treinamento de Coordenadores do Grupo de Saúde (realizado, pela última vez, em junho de 2011), Preparativos e a Resposta ao Surto de Cólera (que treinou mais de 100 pessoas), Sistema de Suporte em Logística e Gestão de Suprimentos (SUMA/LSS), Equipe Regional de Resposta para WASH (isto é, Água e Higiene Sanitária).

5.2.2: Porcentagem de emergências em que a resposta é iniciada 24 horas após a solicitação	100%	100%	100%	100%	Este indicador foi alcançado. Durante este biênio, iniciou-se resposta dentro dos requisitos deste indicador nas BAH, na DOR, e no HAI (para ambos o terremoto e a epidemia do cólera) — assim como para as inundações na América Central (GUT, HON, NIC, e SAL). Outros desastres durante este biênio incluiu BOL (inundações), CHI (terremoto), COL (inundações) e NIC e PAN (inundações). Além disso, foi prestado apoio técnico aos países depois do Tsunami no Japão (um acidente nuclear, em colaboração com o HSS) e a erupção vulcânica no ECU.
RER 5.3: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para reduzir o risco do setor da saúde em desastres e assegurar a recuperação mais rápida das populações afetadas					No caminho
Avaliação do RER (2 de 2 metas do indicador atingidas)					
<p>A Participação da OPAS na reconstrução aumentou durante os últimos anos. Durante este biênio, foram garantidos fundos para a recuperação da DOR após furacão de 2008, e um acordo foi assinado com o Banco Mundial (BM) para financiamento do Departamento de Desenvolvimento Internacional do Reino Unido (DFID) para assegurar que medidas de mitigação sejam incorporadas em todos os novos hospitais do Haiti. Com este financiamento, uma pessoa foi transferida temporariamente para a Unidade de Infraestrutura do Ministério da Saúde do Haiti. Num esforço para aumentar o controle e a prevenção do cólera na DOR, atividades específicas centradas nas populações mais vulneráveis, como prisioneiros em estabelecimentos para correção de conduta super-lotados. Depois do projeto, mais nenhum caso de cólera foi notificado.</p> <p>A OPAS participou do desenvolvimento da Avaliação das Necessidades Pós-Desastres (PDNA) para o Haiti, com o recrutamento de um especialista de alto nível. Além disso, a PDNA possui um componente operacional para a saúde. Durante este biênio, dois Processos de Apelo Consolidados (PACs) foram lançados para o Haiti; e, em ambos, o setor da saúde estava bem representado. O PAC 2011 obteve uma boa resposta. Entretanto, a resposta para o PAC de 2012 não está clara, já que fundos são, em geral, desviados às necessidades de resposta imediata.</p>					

Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingidas	Meta 2013	Comentários
5.3.1: Porcentagem de avaliações de necessidades pós-conflito e pós-desastre que contêm um componente de saúde sensível ao gênero	100%	100%	100%	100%	Este indicador foi alcançado. Durante o biênio, as avaliações de saúde da OPAS em resposta às inundações na América Central e o Furacão Irene nas BAH incluíram um componente de gênero. Todas as avaliações realizadas neste biênio incluíram um componente de gênero. Por exemplo, as avaliações de saúde da OPAS, em resposta à epidemia do cólera no HAI e na DOR, incluíram um componente de gênero. A avaliação da saúde sobre a erupção vulcânica, na ARG e no CHI, incluiu dados sobre sexo, idade e grupos étnicos.
5.3.2: Porcentagem de planos de ação humanitária para emergências complexas e apelos consolidados com inclusão de componentes estratégicos e operacionais para a saúde	100%	100%	100%	100%	Este indicador foi alcançado. Todos os planos de ação humanitários das Nações Unidas incluíram um componente de saúde. Durante este biênio, o HAI preparou um Apelo Interinstitucional de Urgência e dois PACs. Além disso, em todos os outros apelos das Nações Unidas, o setor da saúde foi bem representado. Outro Apelo Interinstitucional de Urgência foi preparado para ELS, com um componente de saúde. Adicionalmente, a COL preparou um Plano de Ação Humanitário, onde um componente específico está dedicado ao setor da saúde.
RER 5.4: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica coordenada para o fortalecimento da preparação, recuperação e redução de risco nas áreas de doenças transmissíveis, saúde mental, serviços de saúde, inocuidade dos alimentos e radiação nuclear					No caminho
Avaliação do RER (2 de 2 metas do indicador atingidas)					
O RER está no caminho para ser alcançado no final de 2013. Este é o RER onde atividades interprogramáticas da Organização para administração de desastres são melhores refletidas. Desde a resposta ao H1N1, em 2009, passando pela resposta ao terremoto e o cólera no HAI, até as inundações recentes na América Central, a colaboração entre as diferentes áreas técnicas — e especialmente entre PED, SDE e HSD — melhorou drasticamente. Os exemplos desta forte colaboração incluem o Sistema de Alerta e Resposta criado no HAI depois da epidemia do cólera (HSD, SDE, PED e PROMESS), com equipes instaladas para o campo; a coordenação para fornecer assessoria técnica aos países da Região depois do desastre de radiação do Japão (HSS e PED); e a participação de diferentes áreas técnicas no Grupo de Saúde — somente para mencionar alguns. Também — em coordenação com HSD, KMC e PED —, foi elaborada uma nova estratégia institucional de resposta estabelecendo três níveis de ativação; espera-se que seja aprovada oportunamente pela EXM.					

Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida	Meta 2013	Comentários
5.4.1: Percentagem de países afetados por emergência que realizaram uma avaliação integral do risco de doenças transmissíveis e criaram e divulgaram um perfil epidemiológico e um kit de ferramentas entre os organismos parceiros	100%	100%	100%	100%	Junto com a HSD, todos os países afetados pelas emergências tiveram uma avaliação dos riscos de doenças transmissíveis realizada sempre que necessário. Avaliações de risco da resurgência do cólera foram realizadas no HAI e na DOR, no contexto da estação chuvosa e seguindo às inundações na América Central. O Centro de Epidemiologia do Caribe (CAREC) realizou as avaliações de risco semanais com base nos dados recebidos dos países. Atividades foram adicionadas conforme fossem necessárias.
5.4.2: Percentagem de emergências em que se fornece cooperação técnica coordenada (grupo de trabalho da RSPA), conforme necessário	100%	100%	100%	100%	Durante este semestre, foi convocado o Grupo de Trabalho da RSPA para coordenar a resposta às inundações na América Central. Durante este biênio, o Grupo de Trabalho da RSPA foi, também, convocado para coordenar a resposta ao terremoto e à epidemia do cólera no HAI, terremoto no CHI e derrame de petróleo no Golfo do México.
RER 5.5: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para fortalecer a preparação nacional e estabelecer mecanismos de alerta e resposta para emergências em inocuidade dos alimentos e saúde ambiental					No caminho
Avaliação do RER (3 de 3 metas do indicador atingidas)					
<p>Este RER é o RER com o resultado mais incerto de todos os 7 RERs neste OE vis-à-vis as metas para 2013. Todos os países da Região estão participando ativamente na Rede Global para Infecções Transmitidas por Alimentos. As tarefas durante este período objetivaram conseguir uma resposta de emergência adequada às doenças transmitidas por alimentos nos países. As emergências relacionadas por inocuidade dos alimentos estavam incluídas no Sistema de Gestão de Incidentes durante este biênio. O desafio de conseguir países adicionais que nomeiem pontos focais formais para a Rede Internacional de Autoridades em Inocuidade dos Alimentos (INFOSAN) permanece. O desenvolvimento de planos de resposta de emergência ao setor da saúde para os acidentes radiológicos e químicos na República Dominicana, na Jamaica e no Caribe Setentrional garante a coordenação com outros atores ao reduzir o impacto sanitário desses tipos de emergências. Dois dos indicadores neste RER (5.5.1 e 5.5.2) foram incluídos a pedido da OMS — mas estão, agora, no processo de serem abandonados pela OMS. No entanto, a OPAS pretende continuar trabalhando nesses assuntos com os Países Membros. Devido ao financiamento e outras prioridades, porém, as metas, talvez, não sejam atingidas até o final de 2013.</p>					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida	Meta 2013	Comentários
5.5.1: Número de países com capacidade para responder a emergências relacionadas com a inocuidade dos alimentos	19	24	24	30	<p>Linha de Base 2009: ARG, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, ECU, GUT, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, URU, USA, VEN</p> <p>Meta 2011: BAH, BLZ, DOR, ELS, TRT</p> <p>Este indicador foi alcançado, como os cinco países-alvo (BAH, BLZ, DOR, ELS e TRT) o relatam. Embora o indicador tenha sido alcançado para este biênio, existem preocupações com respeito ao alcance deste indicador durante o próximo biênio. Este Indicador de RER foi adicionado a pedido da</p>

					Sede da OMS, mesmo que, agora, a Sede o esteja descontinuando. Entretanto, a OPAS espera continuar trabalhando com os países neste assunto.
5.5.2: Número de países com planos nacionais de preparativos e atividades de alerta e resposta com relação às emergências de saúde químicas, radiológicas e ambientais	24	26	26	28	<p>Linha de Base 2009: ABM, ARG, BAR, BOL, BRA, CAN, CHI, COR, CUB, ECU, ELS, FDA, FEP, GUT, HON, MEX, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, TRT, URU, USA</p> <p>Meta 2011: DOR, JAM</p> <p>O indicador foi alcançado, conforme os dois países-alvo (DOR e JAM) relatam. Este indicador foi, também, incluído a pedido da Sede da OMS, ainda que, agora, será eliminado do plano de trabalho da OMS. No entanto, a Região é, não obstante, alvo para alcançá-lo. Além disso, NCA — que não foi um dos países-alvo — também alcançou este indicador, portanto expandindo a linha de base para o próximo biênio para 27 países.</p>
5.5.3: Número de países com pontos focais para a Rede Internacional de Autoridades em Inocuidade dos Alimentos	29	30	30	32	<p>Linha de Base 2009: ABM, ANI, ARG, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, FDA, FEP, GRA, GUT, JAM, MEX, NEA, NIC, PAR, PER, SCN, SAL, TRT, USA, URU, VEN</p> <p>Meta 2011: Manutenção</p> <p>Como declarado nas avaliações prévias durante o biênio anterior, somente um país teve de nomear um Ponto Focal para a INFOSAN. No entanto, DOR e GUT alcançaram este resultado até 2009 — tanto para este biênio como para 2010-2011. O desafio para o próximo biênio será conseguir que dois países adicionais possuam Pontos Focais para a INFOSAN.</p>
RER 5.6: Comunicados eficazes emitidos, parcerias formadas e coordenação desenvolvida com organizações no sistema das Nações Unidas, governos, organizações não governamentais locais e internacionais, instituições acadêmicas e associações profissionais nos âmbitos de país, regional e global					No caminho
Avaliação do RER (3 de 3 metas do indicador atingidas)					
<p>Este RER está no caminho de ser alcançado até o final de 2013. Espera-se que a OMS não inclua este RER no próximo biênio. No entanto, a OPAS considera que — como isso reflete um importante trabalho sendo realizado pela Organização — este RER deve continuar a fazer parte do Plano Estratégico da OPAS 2008–2012, pelo menos durante o próximo biênio. Este é um RER transversal, visto que estabelece relações colaborativas fortes na administração de desastres, desde o âmbito global até o local — o que afeta todo o programa de cooperação técnica (preparativos, mitigação e resposta). Durante este biênio, a OPAS, com sucesso, vem mantendo ou desenvolvendo parcerias com organizações de administração de desastres. A OPAS também publicou os relatórios apropriados e oportunos depois de todos os tipos de emergências na Região, e mesmo sobre os efeitos para saúde da emergência radiológica no Japão. Além disso, um relatório — não requerido nos acordos com os doadores — foi publicado depois dos 2 primeiros e 9 meses após o terremoto no Haiti. A OPAS continua oferecendo um Boletim do Grupo de Saúde para o HAI e desempenhou uma função importante no Grupo Global de Saúde fornecendo um líder de Grupo para as operações no Paquistão.</p>					

Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida	Meta 2013	Comentários
5.6.1: Porcentagem de emergências em que o grupo de saúde, conforme definido pela Reforma Humanitária das Nações Unidas, entra em operação, se requisitado	100%	100%	100%	100%	O Grupo de Saúde das Nações Unidas, como definido pela Reforma Humanitária das Nações Unidas, opera em todos os tipos de emergências onde foi requisitado (COL, DOR, e HAI).
5.6.2: Número de mecanismos e grupos de trabalho interinstitucionais regionais relacionados a emergências nos quais a OPAS/OMS participa ativamente	8	9	9	10	A OPAS está envolvida ativamente nas parcerias de líquido e grupos de trabalho: o Comitê Andino para a Prevenção de Desastre e Resposta (CAPRADE); o Centro de Coordenação para a Prevenção e Redução de Desastres Naturais na América Central (CEPRENAC); o Grupo Global de Saúde, a Agência Caribenha para Administração de Emergências de Desastres (CDEMA); o Grupo de Consulta para Mitigação de Desastres do Banco Mundial (BM/DiMAG); o Centro Regional de Informação de Desastres (CRID); a Rede de Informação Humanitária da América Latina e do Caribe (REDHUM); o Grupo de Trabalho Regional Interinstitucional para Riscos, Emergências e Desastres na América Latina e no Caribe (REDLAC); a Estratégia Internacional das Nações Unidas para a Redução de Desastres (UNISDR), e — para obter doações generosas — www.saberdonar.org (abarcando todo o sistema das Nações Unidas junto com um amplo espectro de ONGs).
5.6.3: Porcentagem de desastres nos quais os relatórios de cada país e das Nações Unidas incluem informações sobre saúde	100%	100%	100%	100%	Os relatórios de desastres originados por países e pela ONU incluíram informações sanitárias. Os desastres mais relevantes durante este período do relatório bialenal incluíram o HAI (terremoto e epidemia do cólera), o CHI (terremoto); a América Central, BOL e COL (inundações), e BAH (Furacão Irene). Os países da Região foram informados da emergência radiológica no Japão e informação apropriada técnica sobre o incidente lhes foi fornecida.
RER 5.7: Operações de emergência, recuperação e reabilitação executadas de maneira oportuna e eficaz, quando necessário					No caminho
Avaliação do RER (2 de 2 metas do indicador atingidas)					
O terremoto no Haiti constituiu o esforço humanitário mais imponente já realizado pela OPAS, assim como pela comunidade humanitária em geral; um número recorde de pessoas foi redirecionado para o propósito e fundos foram mobilizados. A coordenação foi assegurada apesar das dificuldades, sendo o desafio principal o número devastador de atores que responderam e seus diferentes níveis de especialização e capacidades.					

Isso foi seguido de uma onda adicional nas atividades devido à epidemia de cólera, em outubro de 2010, pelo qual um enfoque descentralizado (com base equipes do campo) foi bem-sucedido. A OPAS forneceu assistência ao Paquistão pelo fornecimento de recursos humanos para as funções de liderança.

Um desafio principal está no interesse por parte dos doadores de prestar apoio irrecusável aos desastres com um alto nível de visibilidade, mas não para as atividades relacionadas com os preparativos e o fortalecimento institucional entre os desastres. Consequentemente, muitas atividades devem ser interrompidas depois que os fundos perderem a validade. Com respeito às inundações na América Central, onde a precipitação estimada foi maior do que a do furacão Mitch, a resposta da comunidade internacional foi limitada devido a diferentes fatores, inclusive questões políticas.

Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida	Meta 2013	Comentários
5.7.1: Porcentagem de emergências nas quais a OPAS/OMS mobiliza recursos nacionais e internacionais para as operações quando necessário	100%	100%	100%	100%	Todas as emergências que solicitaram o apoio da OPAS tiveram uma resposta iniciada em 24 horas. HAI (terremoto e cólera); DOR, CHI, GUT, América Central (inundações); e BAH (Furacão Irene) etc. A Região sofreu dois grandes desastres durante o primeiro semestre de 2010, seguido da epidemia do cólera durante segundo semestre desse mesmo ano.
5.7.2: Porcentagem de operações de reabilitação nas quais foram implementadas intervenções de saúde quando necessário	100%	100%	100%	100%	O PAC do HAI de 2011 e o novo PAC do HAI de 2012 incluem um componente de saúde. Foi desenvolvido um projeto para prestar apoio e assessoria na reconstrução no HAI, dentro do contexto da iniciativa OPAS-BM/DFID. A PDNA realizada no HAI inclui um componente de saúde, e a OPAS participa de todas as discussões e reuniões sobre a recuperação no HAI.

Relatório de Progresso do OE6

OE6: Promover a saúde e o desenvolvimento, e prevenir ou reduzir os fatores de risco, como fumo, álcool, drogas e outras substâncias psicoativas, alimentação não saudável, sedentarismo e sexo sem proteção, que afetam as condições de saúde					No caminho
Visão Geral do Orçamento					
Orçamento Aprovado (PB 2010-2011)	Fundos Disponíveis			Gastos (%)	Financiado (%)
	RB	OE	Total		
\$15.962.000	\$7.290.000	\$6.269.697	\$13.559.697	91%	85%
Progresso em relação ao alcance do OE até 2013					
Progresso em direção ao alcance das metas do indicador de nível de impacto do OE, como estabelecido no Plano Estratégico da OPAS 2008-2012					
<p>Objetivo Estratégico (OE) 6 está no caminho para atingir suas metas de 2013. Todos os seis Resultados Esperados no Nível Regional (RERs) estão classificados como estando no caminho.</p> <p>Indicador 1: Número de países relatando uma redução de 10% na taxa de prevalência do consumo de tabaco Linha de Base: 3 países em 2007 Meta: 10 países até 2013 (aplicável a 20 países que possuem informação no Banco de Dados da OMS)</p> <p>A Região está no caminho para atingir a meta de 10 países relatando uma redução de 10% na prevalência do consumo de tabaco até 2013. Sete (7) países reduziram sua prevalência para 10% ou mais entre 2007 e 2009.</p> <p>Indicador 2: Número de países que estabilizaram ou reduziram a prevalência da obesidade em homens e mulheres adultos Linha de Base: 0 país em 2007. Meta: 5 países até 2013 (este indicador é aplicável a 15 países com dados representativos atuais nacionais no Banco de Dados Global da OMS em Obesidade)</p> <p>Até o momento, dois países ou se estabilizaram ou reduziram a prevalência da obesidade em mulheres adultas. A meta para este indicador é para cinco países que tenham estabilizado ou reduzido a prevalência de obesidade em homens e mulheres adultos até 2013.</p> <p>Indicador 3: Número de países que reduziram os resultados não aconselháveis de sexo sem proteção, como medidos por uma redução da taxa de prevalência estimada dos casos de HIV, em jovens com idade entre 15–24, para 0,46/100 ou menos, para mulheres, e 0,79/100, ou menos, para homens, na América Latina, e 3,30/100, ou menos, para mulheres, e 2,51/100 ou menos, para homens, no Caribe Linha de Base para a América Latina: 11 países em 2006 Meta para América Latina: 20 países até 2013 Linha de Base para o Caribe: 4 países em 2006 Meta para o Caribe: 7 países até 2013</p> <p>A meta da América Latina está em risco, porque somente 12 países reduziram a taxa de prevalência estimada; mas a meta do Caribe já foi excedida, com 9 países tendo reduzido suas taxas de prevalência estimadas.</p>					
Avaliação do OE 2010-2011					
<p>O OE 6 está classificado como estando no caminho para 2010-2011, com todos os seus 6 RERs no caminho e 12 dos seus 14 indicadores de RER tendo atingido suas metas para 2011.</p> <p>Houve notável progresso na Região das Américas na promoção da saúde, com iniciativas sobre saúde urbana, promoção de atividades físicas e dietas saudáveis, e promoção do comportamento sexual mais seguro. Avanços ocorreram com uma melhor vigilância dos fatores de risco e com regulamentações para o tabaco e álcool. Ainda que esteja atualmente no caminho, o alcance do OE 6 até 2013 dependerá da disponibilidade dos recursos humanos e financeiros no próximo biênio para permitir a completude de seu trabalho.</p>					

Principais Avanços

- Durante este biênio, várias resoluções relacionadas com o OE 6 foram aprovadas pelo Conselho Diretor da OPAS. Incluem:
 - uma Estratégia e um Plano de Ação em Saúde Urbana
 - um Plano de Ação para Segurança Viária
 - uma Estratégia para o Uso de Substâncias e Saúde Pública
 - uma Resolução em “Fortalecimento da capacidade dos Estados Membros para Implementar as disposições e diretrizes da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS” um Plano de Ação para o Uso de Substâncias Psicoativas e Saúde Pública
 - um Plano de Ação para Reduzir o Consumo Prejudicial de Álcool
- Outras grandes conquistas para este biênio incluem o seguinte:
 - Dia Mundial da Saúde (WHD) 2010 em Urbanismo e Vida Saudável, mais a finalização do treinamento na Avaliação de Equidade em Saúde Urbana e Ferramenta de Resposta (Urban HEART) em 27 países;
 - O Sistema Global de Vigilância Padronizado para Escolas foi introduzido em 11 países adicionais, com a implementação completada em 5 países. Desde o final de 2011, 22 países na Região são agora parte da Pesquisa Global de Saúde de Estudantes nas Escolas (GSHS). A Região das Américas é também a mais rápida das Regiões da OMS na implementação da GSHS, tendo chegado perto da cobertura total na ALC.
 - Considerando os sistemas nacionais de vigilância do fator de risco, os países vêm gerando dados de maneira padronizada guiada por instrumentos da OPAS.
 - Na área de controle do tabagismo, durante este biênio, 2 países adicionais se tornaram parte da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco (FCTC). Além disso, 7 países adicionais adotaram a legislação ambiente 100% livre de tabaco (SFE), 3 países adicionais adotaram proibições de anúncios, promoção e patrocínio do tabaco e 6 países adicionais, agora, possuem regulamentações para o empacotamento e rotulagem dos produtos de tabaco.
 - Considerando o consumo de álcool e o uso de substâncias, um total de 23 países participou da Reunião Global de Contrapartes Nacionais em 2011; e 8 países adotaram alterações legislativas ou normativas para reduzir o consumo prejudicial do álcool.
 - Também houve progresso na área de saúde sexual, com um aumento no interesse ao incorporar a promoção da agenda de saúde sexual nos planos nacionais dos países.

Desafios Principais

- Um dos desafios encontrados durante este biênio foi organizar e manter as iniciativas de promoção da saúde.
- O enfoque Meios Saudáveis ganhou ímpeto sob a agenda renovada de Promoção da Saúde (HP), com uma ênfase nos Determinantes Sociais e Ambientais de Saúde. No entanto, são necessários esforços durante o próximo biênio para produzir uma estratégia renovada de Escolas Promotoras de Saúde renovadas (Escolas de HP), respaldada pelo Conselho Diretor da OPAS a pedido dos países.
- A garantia da sustentabilidade dos sistemas de vigilância dos fatores de risco (RF) pela coleta de boas informações e as utilizando para intervenções de redução do RF do país constitui um desafio adicional. É também recomendado que a vigilância para doença não transmissível (DNT) seja mantida como uma prioridade dentro dos sistemas de informação sanitária e que recursos regulares sejam designados para este propósito.
- Para as iniciativas de controle do tabagismo, a interferência da indústria do tabaco — incluindo campanhas de responsabilidade social empresarial — continua a ser um desafio.
- Na área do consumo de álcool, permanece o desafio do aumento do consumo de álcool na Região, devido aos investimentos da indústria do álcool para aumentar sua participação de mercado nos países da América Latina e do Caribe.

Lições Aprendidas

- O Dia Mundial da Saúde (WHD) pode ser usado para promover os conceitos inovadores, como foi realizado no lançamento das iniciativas de Saúde Urbanas durante o WHD 2010.
- A consolidação das Redes Escolares de HP requer tanto tempo como a cooperação técnica. As agendas globais girando em torno dos Determinantes Sociais da Saúde e doenças não transmissíveis (DNTs) pedem canais de prestação de serviços — como as redes existentes de HP — para alcançar os meios onde as pessoas trabalham, vivem e aprendem.
- Enquanto os países provaram sua capacidade de estabelecer vigilância do RF e de DNT, a sustentabilidade continua a ser um desafio, já que requer recursos humanos bem-treinados e estáveis recursos financeiros.
- Com os recursos adequados, a meta de um sistema de vigilância escolar global padronizado em nível regional pode ser atingida brevemente nas Américas.
- Na questão do controle do tabagismo, um elemento muito positivo foi o apoio e a solidariedade oferecidos por outros países quando a legislação do tabaco de outro país foi atacada pela indústria do tabaco.
- Considerando o consumo de álcool, este tópico ainda precisa ser compreendido como uma grande questão para saúde, inclusive dentro do setor da saúde.
- Em relação à promoção da saúde sexual, a cooperação técnica na promoção dos comportamentos sexuais mais seguros é uma componente que requer articulação mais próxima com outros organismos das Nações Unidas — o Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP), o Fundo para Desenvolvimento das Nações Unidas (PNUD), a Organização das Nações Unidas para Educação, Cultura e Ciência (UNESCO) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) —, assim como com outros interessados diretos.

Relatório de Progresso de RER do OE6

RER 6.1: Promover a saúde e o desenvolvimento, e prevenir ou reduzir os fatores de risco, como tabaco, álcool, drogas e outras substâncias psicoativas, alimentação não saudável, sedentarismo e sexo sem proteção, que afetam as condições de saúde					No caminho
Avaliação do RER (3 de 3 metas do indicador de RER atingidas, com 1 excedendo ambas as metas de 2011 e 2013)					
<p>O RER 6.1 está no caminho. Atingiu todas as suas metas de 2011 e até excedeu uma de suas metas de 2013. Houve progresso notável na adoção da promoção da saúde como uma estratégia, e saúde urbana e escolas como uma área para políticas e prática. Os países ainda enfrentam o desafio de desenvolvimento organizacional e continuidade, mas a sinergia recebida de mandatos recentes resultantes do 51º Conselho Diretor da OPAS (CD51) será de ajuda.</p> <p>Grandes conquistas regionais incluem publicações sobre as tendências de promoção da saúde, fóruns para a promoção da saúde e saúde urbana, aprovação da Estratégia e do Plano de Ação em Saúde Urbana, e provisão das ferramentas para assegurar a equidade no planejamento urbano. Outros avanços importantes foram as contribuições à Reunião de Alto Nível das Nações Unidas para Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis (UNHLM para DNTs), com o Informe Oficial sobre DNTs, seguidos da implementação com êxito da iniciativa Semana do Bem-estar em 23 cidades nas Américas. O lançamento do curso on-line para promoção da saúde é um recurso que será priorizado em toda a Organização.</p>					
Indicador de RER	Linha de Base de 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
6.1.1: Número de países que possuem políticas e planos de promoção da saúde com recursos alocados	18	18	25	20	<p>Linha de Base 2009: ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COR, DOR, FEP, GUY, HON, MEX, PER, SAV, TRT, USA</p> <p>Meta 2011: COL, CUB, ECU, ELS, JAM, PAN, PAR, URU</p>

					<p>As metas para 2011 e 2013 foram excedidas. Todos os países da linha de base mantiveram indicador, e 7 dos 8 países-alvo o alcançaram durante este biênio (COL, ECU, ELS, JAM, PAN, PAR e URU). CUB não o alcançou durante este biênio. Entretanto, CUB estará incluída como um país-alvo para 2012–2013. Embora a NIC não fora um país-alvo, ainda conseguiu alcançar o indicador durante 2010-2011.</p> <p>Os países avançaram no desenvolvimento de políticas e planos nacionais, transformando a teoria em ações ao fornecer serviços de promoção da saúde, políticas interssetoriais sobre os determinantes sociais de saúde (SDH) e saúde ambiental, apoio à iniciativa Meios Saudáveis (incluindo apoio às iniciativas Municípios Saudáveis e Escolas Saudáveis). Também, prestaram apoio aos programas adicionais nas áreas de doenças transmitidas por vetores (VBDs), violência, dengue, HIV, saúde sexual e reprodutiva, e DNTs.</p>
6.1.2: Número de países com Redes de Escolas Saudáveis (ou equivalente)	10	13	13	15	<p>Linha de Base 2009: ARG, BAH, CAN, CHI, COL, CUB, ECU, ELS, FEP, MEX</p> <p>Meta 2011: BLZ, GUY, PER, URU</p> <p>A meta de 2011 foi atingida. Três dos países-alvo alcançaram o indicador (BLZ, GUY e PER). O URU provavelmente atingirá a meta no primeiro semestre de 2012.</p>
6.1.3: Número de países que adotam o modelo conceitual de saúde urbana da OPAS/OMS	2	4	5	5	<p>Linha de Base 2009: ARG, BRA</p> <p>Meta 2011: CHI, FEP, MEX</p> <p>A meta de 2011 foi excedida. Os três países-alvo alcançaram o indicador durante este biênio.</p> <p>A ARG possui uma rede ativa para municípios saudáveis e vem desenvolvendo políticas para saúde urbana, contribuindo com o Fórum Urbano de Saúde. BRA colocou em ordem a iniciativa Município Saudável em âmbito sub-nacional. Os países também mostram casos que ilustram a implementação futura da Estratégia e do Plano de Ação para Saúde Urbana. COL e SUR também alcançaram este indicador, embora não tenham sido países-alvo. ELS atuou na saúde urbana, considerando-a em suas políticas, e abordando os serviços de atenção primária, assim como pessoas que vivem nas favelas.</p>

RER 6.2: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para fortalecer os sistemas nacionais de vigilância dos principais fatores de risco, através do desenvolvimento e da validação de modelos, ferramentas e procedimentos operacionais e sua divulgação					No caminho
Avaliação do RER					
(2 de 3 metas do indicador de RER atingidas, com 2 excedendo a meta de 2011, e 1 não atingida)					
O RER 6.2 está no caminho. A importância deste RER foi reconhecida tanto por governos, como por profissionais, e a cooperação técnica da OPAS é bem-recebida e apreciada. A avaliação de fim de biênio mostra que, apesar dos recursos limitados, os países vinculados —, assim como aqueles adicionais —tiveram êxito ao gerar dados que foram coletados e analisados segundo a metodologia padronizada recomendada. Para o próximo biênio, o foco da atenção deve ser na sustentabilidade da vigilância dos fatores de risco, pela continuidade da elaboração de um sistema de informação sólida e pelo seu uso nas intervenções de países destinadas a reduzir os fatores de risco. O conhecimento dos níveis variáveis dos fatores de risco entre os diferentes grupos populacionais é um ponto essencial de partida para planejar intervenções na redução e no controle de fatores de risco.					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
6.2.1: Número de países que desenvolveram um sistema nacional de vigilância funcional usando a metodologia PanAm STEPS (Enfoque Pan-Americano Progressivo para Vigilância dos Fatores de Risco de Doenças Crônicas) para os relatórios periódicos sobre os principais fatores de risco à saúde dos adultos	10	15	17	20	<p>Linha de Base: ARG, BAH, BLZ, BRA, CHI, COR, GUT, NEA, PAR, URU Meta 2011: ABM, BAR, DOM, SCN, TRT</p> <p>A meta de 2011 foi excedida. Todos os países da linha de base alcançaram o indicador e mostram bom progresso na implementação da PanAm STEPS. Os países-alvo também alcançaram o indicador.</p> <p>JAM e PAN, países-alvo para 2013, alcançaram o indicador antes. Portanto, estão incluídos entre a contagem de país daqueles que o alcançaram em 2011. Adicionalmente, diversos países que não eram alvos alcançaram o indicador no curso deste biênio (BOL, GRA, NCA e NIC).</p>
6.2.2: Número de países que desenvolveram um sistema nacional de vigilância funcional usando pesquisas de saúde nas escolas (Pesquisa Global de Saúde nas Escolas) e estão produzindo relatórios periódicos sobre os principais fatores de risco para a saúde dos jovens	11	23	16	30	<p>Linha de Base 2009: ABM, CHI, COL, GUT, GUY, ECU, SAV, SAL, TRT, URU, VEN</p> <p>Meta 2011: ARG, BLZ, COR, ECU, ELS, FDA, GRA, MEX, NCA, NIC, PER, SCN, SUR</p> <p>A meta de 2011 não foi atingida durante este biênio. Os seguintes cinco países-alvo alcançaram o indicador: BLZ, COR, PER, SCN e SUR. ELS provavelmente atingirá a meta em princípios de 2012.</p>

6.2.3: Número de países que implementaram indicadores padronizados para doenças crônicas e fatores de risco na Iniciativa Regional para Dados de Saúde Centrais e Perfil do País da OPAS	8	10	12	12	<p>Linha de Base 2009: ARG, BAH, BAR, BLZ, BRA, CAN, CHI, USA</p> <p>Meta 2011: ABM, DOM, JAM</p> <p>A meta de 2011 foi excedida. Os três países-alvo (ABM, DOM e JAM) atingiram a meta. PAR, um país-alvo para 2013, a atingiu antes. O Programa Regional para Prevenção e Controle de Doenças Crônicas possui indicadores em duas das publicações estatísticas da OPAS: Dados de Saúde Centrais e Dados Básicos Regionais em DNT.</p>
RER 6.3: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica em políticas, estratégias, programas e diretrizes éticas, e comprovadas, para prevenção e redução do uso do tabaco e problemas conexos					No caminho
Avaliação do RER (3 de 4 metas do indicador de RER atingidas, com 2 excedendo a meta de 2011, e 1 que não a atingiu)					
<p>O RER 6.3 está no caminho. Durante o biênio, o número de Afiliados à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS (CQCT) aumentou para 29. Dois países que não são Afiliados da Convenção (ARG e ELS) aprovaram legislação integral para o controle do tabaco. Caribe ainda é sub-região que avançou menos nessa área. No entanto, adicionado à legislação para Ambiente Livre de Tabaco (SFE), aprovada por Barbados e Trinidad e Tobago, outros dois países (ANT e Guyana) prepararam projeto de lei para ser apresentado ao seu Parlamento; e Suriname possui legislação para SFE sob discussão em seu Parlamento. Novamente, o maior desafio é a interferência da indústria do tabaco, o que toma várias formas, desde pressão sutil sobre governos até iniciativas de Responsabilidade Social Corporativa em nível de país que tornam os países dependentes de capital oriundo da indústria do tabaco. A meta para a vigilância do tabaco não foi atingida, porque o doador decidiu revisar as pesquisas e completá-las durante o próximo biênio.</p>					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
6.3.1: Número de países que adotaram leis que proíbem o fumo em todos os lugares públicos e locais de trabalho (públicos e privados), em conformidade com a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS	5	5	11	7	<p>Linha de Base 2009: CAN, COL, GUT, PAN, URU</p> <p>Meta 2011: BLZ, HON, PAR, PER, TRT, VEN</p> <p>As metas de 2011 e 2013 foram excedidas. Dos 6 países-alvo, 4 atingiram a meta (HON, PER, TRT e VEN). BAR e ECU, países-alvo para 2013, alcançaram a meta antes, portanto, estão incluídos entre os países que alcançaram este indicador até 2011. BLZ e PAR serão alvos para 2013. Três países que não são alvos também alcançaram o indicador durante este biênio (ARG, BRA e ELS).</p>
6.3.2: Número de países que adotaram a proibição de publicidade, promoção e patrocínio de produtos do tabaco, em conformidade com a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS	3	3	4	4	<p>Linha de Base 2009: COL, PAN, URU</p> <p>Meta 2011: ECU</p> <p>A meta de 2011 foi excedida e a meta de 2013 foi atingida. ECU aprovou uma proibição bem ampla para anúncios, promoção e patrocínio de tabaco. ARG, BRA e ELS, também, aprovaram uma proibição total, embora não tenham sido países-alvo.</p>

6.3.3: Número de países com regulamentações sobre empacotamento e rotulagem de produtos de tabaco, em conformidade com a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS	10	17	17	23	<p>Linha de Base 2009: BRA, CAN, CHI, COL, CUB, JAM, MEX, PAN, URU, VEN</p> <p>Meta 2011: ARG, ECU, ELS, HON, NIC, PER, TRT</p> <p>A meta de 2011 foi atingida. Os sete países-alvo atingiram a meta durante este biênio, e todos os países da linha de base mantiveram o indicador. Dois países que não eram alvos também alcançaram o indicador durante este período (BOL e USA).</p>
6.3.4: Número de países que atualizaram pelo menos um dos componentes do Sistema Mundial de Vigilância do Tabaco (GTSS)	20	28	24	35	<p>Linha de Base 2009: BAH, BAR, BLZ, BRA, CHI, COR, DOM, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HON, JAM, PAR, SAL, SUR, TRT, URU, VEN</p> <p>Meta 2011: ANI, ARG, BOL, COL, CUB, DOR, SCN</p> <p>A meta de 2011 não foi atingida. Quatro dos países-alvo atingiram a meta este biênio (ARG, CUB, DOR e SCN). Os outros países-alvo não a atingiram, porque os CDC e a OMS solicitaram que prorrogassem as suas pesquisas e examinassem todo o questionário. No intercâmbio, três Oficinas de Dados-para-Ação foram realizadas para disseminar os dados de vigilância.</p>

RER 6.4: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para elaborar políticas, estratégias, programas e diretrizes éticas, e comprovadas, para a prevenção e redução do uso de álcool, drogas e outras substâncias psicoativas, e problemas conexos

No caminho

Avaliação do RER

(1 de 1 meta do indicador de RER atingida)

O RER 6.4 está no caminho. Uma grande conquista durante este biênio foi a aprovação pelo 51º Conselho Diretor da OPAS de um Plano de Ação para o Uso de Substâncias Psicoativas e Saúde Pública (CD51.R7), e um Plano de Ação para Reduzir o Uso Prejudicial do Álcool (CD51.R14). Todos os países-alvo alcançaram o indicador e muitos outros países que não são alvos estão trabalhando para alcançá-lo.

Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
6.4.1: Número de países que implantaram políticas, planos ou programas para prevenção de problemas de saúde pública, causados pelo uso de álcool, drogas e outras substâncias psicoativas	13	16	16	20	<p>Linha de Base 2009: BLZ, BOL, BRA, CAN, COR, DOR, FEP, HON, NIC, PAN, PER, URU, USA</p> <p>Meta 2011: CHI, GUT, VEN</p> <p>A Meta de 2011 foi atingida. CHI, GUT e VEN alcançaram o indicador. A GUT vem recebendo cooperação técnica há três anos através do projeto de OPAS-VALÊNCIA, o qual inclui o apoio à pesquisa, treinamento de profissionais na APS, realização de uma oficina nacional sobre o desenvolvimento de políticas para o álcool. Trabalho foi, também, realizado com os</p>

					seguintes países: ABM, BAR, ELS, GUY, PAR e TRT.
RER 6.5: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para elaborar políticas, estratégias, programas e diretrizes éticas, e comprovadas para prevenção e redução de dietas não saudáveis, sedentarismo, e problemas conexos					No caminho
Avaliação do RER (2 de 2 metas do indicador de RER atingidas, com 1 excedendo a meta de 2011)					
O RER 6.5 está no caminho. Os dois indicadores de RER foram alcançados. Os países-alvo implementaram as políticas nacionais para promover a dieta saudável e atividades físicas. Outro avanço importante foram as contribuições dos países à Reunião de Alto Nível das Nações Unidas para Prevenção e Controle das Doenças Não Transmissíveis (UNHLM para DNTs), com a Consulta de Aruba. Adicionalmente, diretrizes e ações de vigilância foram desenvolvidas para dieta saudável e atividade física. Essas dimensões foram centrais à iniciativa Semana do Bem-estar, em 23 cidades.					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
6.5.1: Número de países que implementaram políticas nacionais para promover a alimentação saudável e a atividade física, de acordo com as diretrizes da OPAS/OMS	10	15	16	20	<p>Linha de Base 2009: BAH, BRA, CAN, CHI, COL, COR, FEP, GUT, MEX, USA</p> <p>Meta 2011: ARG, BLZ, ECU, JAM, PER, TRT, URU, VEN</p> <p>A meta de 2011 foi excedida. Dos 8 países-alvo, 6 atingiram a meta (ARG, BLZ, ECU, PER, TRT e URU). Os países usaram as resoluções da OPAS/OMS ao formularem suas estratégias municipais e nacionais. BLZ incluiu os temas sobre dieta saudável e atividade física na política nacional que estava desenvolvendo.</p>
6.5.2: Número de países que criaram espaços favoráveis para pedestres e bicicletas, e programas de promoção da atividade física, em pelo menos uma de suas grandes cidades	5	13	13	18	<p>Linha de Base 2009: CAN, COL, GUT, PAN, URU</p> <p>Meta 2011: ARG, BLZ, CHI, FEP, JAM, MEX, TRT, USA</p> <p>A meta de 2011 foi atingida. Três países-alvo (BLZ, JAM e TRT) atingiram a meta. Cinco países adicionais que não eram alvos (BOL, BRA, ELS, NEA e PAR) progrediram no alcance deste indicador de RER, em virtude de suas participações ativas no oferecimento de espaços propícios a pedestres e bicicletas. ELS desenvolveu espaços favoráveis aos pedestres em São Salvador e Santa Tecla. NEA disseminaram materiais educacionais através da mídia.</p>
RER 6.6: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para elaborar políticas, estratégias, programas e diretrizes éticas, e comprovadas, para a promoção do sexo seguro					No caminho
Avaliação do RER (1 de 1 meta do indicador de RER atingida, com a meta de 2013 já atingida)					
O RER 6.6 está no caminho. Além das atividades do programa, várias atividades de cooperação técnica adicionais foram realizadas. Entre estas estão o desenvolvimento de um plano detalhado para promover saúde sexual e os direitos das jovens, publicação de um documento sobre educação extensiva em sexualidade (Declaração de Madri), e uma consulta sobre a prestação de serviços amplos de saúde para a comunidade transgênera.					

Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
6.6.1: Número de países que implementaram intervenções novas ou aprimoradas dirigidas a indivíduos, famílias e comunidades para promover comportamentos sexuais mais seguros	9	10	11	11	Linha de Base 2009: BLZ, COL, COR, ELS, JAM, HON, MEX, NIC, PER Meta 2011: CHI, GUT A meta de 2011 foi excedida. Durante este biênio, 9 países da linha de base mantiveram o indicador, e os 2 países-alvo o alcançaram. CHI e GUT estão conduzindo novas ou intervenções aprimoradas para promover comportamentos sexuais mais seguros. No caso da GUT, um vasto currículo sexual foi implantado. CHI organizou treinamentos nesta área para os provedores de serviços de atenção primária à saúde.

Relatório de Progresso do OE7

OE7: Abordar os determinantes socioeconômicos básicos da saúde por meio de políticas e programas que aumentam a equidade na saúde e integram enfoques baseados nos direitos humanos que favoreçam as populações pobres e sejam sensíveis ao gênero					No caminho
Visão Geral do Orçamento					
Orçamento Aprovado (PB 2010-2011)	Fundos Disponíveis			Gastos (%)	Financiado (%)
	RB	OE	Total		
\$20.960.000	\$7.970.000	\$9.052.789	\$17.022.789	87%	81%
Progresso em relação ao alcance do OE até 2013					
<p>Progresso em direção ao alcance das metas do indicador de nível de impacto, como estabelecido no Plano Estratégico da OPAS 2008–2012</p> <p>Objetivo Estratégico (OE) 7 está no caminho para atingir suas metas de 2013</p> <p>Indicador 1: Número de países com os indicadores de saúde nacionais separados por sexo e idade, e incluindo o Coeficiente de Gini e a Curva de Lorenz Linha de Base: 3 países em 2007 Meta: 6 países até 2013</p> <p>A Região está no caminho para alcançar o objetivo em seis países, com os indicadores de saúde nacionais discriminados por sexo e idade, e fixados para incluir o Coeficiente de Gini e a Curva de Lorenz até 2013.</p> <p>Indicador 2: Número de países que elaboraram políticas públicas para os setores de fora da saúde que tratam de condições de saúde Linha de Base: 7 países em 2007 Meta: 20 países até 2013</p> <p>A meta de 20 países possuindo políticas públicas desenvolvidas para os setores fora da saúde que tratam de condições de saúde está no caminho.</p> <p>Indicador 3: Número de países que possuem planos nacionais de desenvolvimento e para redução da pobreza, integrando saúde, nutrição e educação Linha de Base: 3 países em 2007 Meta: 6 países até 2013</p> <p>A meta de seis países que possuem planos nacionais de desenvolvimento e para redução da pobreza, integrando saúde, nutrição e educação está no caminho de ser atingida até 2013.</p>					
Avaliação do OE 2010-2011					
<p>O OE7 está classificado como estando no caminho, com 5 de seus 6 RERs no caminho e 1, em risco. Onze (11) das suas 12 metas do indicador de RER para 2011 foram atingidas.</p> <p>Houve grande progresso na abordagem dos Determinantes Sociais de Saúde (SDH), com uma Consulta Regional sobre os Determinantes Sociais de Saúde, na Costa Rica, e a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais de Saúde no Brasil. A Equipe Inter-Organizacional (COT) designada para trabalhar com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs) e a iniciativa Rostos, Vozes e Lugares (RVL) continuam</p>					

abordando as iniquidades na saúde. Avanços também foram conseguidos pela inclusão de enfoques em direitos humanos, gênero e interculturais à saúde. Ainda no caminho, o alcance do OE 7 até 2013 dependerá da disponibilidade dos recursos humanos e financeiros, no próximo biênio, para completar o trabalho.

Avanços Principais

- Consulta Regional sobre SDH foi realizada, onde recomendações foram definidas e difundidas, resultando na Declaração do Rio, a qual foi negociada pelos Estados Membros na Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais de Saúde.
- A COT para os ODMs foi criada.
- A iniciativa Rostos, Vozes e Lugares (RVL) foi ampliada a 23 países, assim como dentro dos países, através das redes nacionais.
- Houve considerável melhora no desenvolvimento de enfoques axiomáticos, metodológicos e instrumentais, para gerar, analisar e vigiar as desigualdades socioeconômicas na saúde entre os Países Membros — particularmente ao disponibilizar dados separados nos níveis geográfico, demográfico, socioeconômico e de saúde.
- O 50º Conselho Diretor da OPAS aprovou a Resolução CD50.R8, “Saúde e Direitos Humanos”.
- Foi realizado um total de 38 consultas interssetoriais de países para contribuir com o Relatório de Progresso sobre a Implementação do Plano de Ação para a Política de Igualdade de Gêneros.
- O Primeiro Grupo Técnico Assessor (GTA) para Diversidade Cultural se reuniu para validar o documento-proposta da OPAS e a estratégia para povos indígenas, afrodescendentes e outros grupos étnicos/raciais

Desafios Principais

- A ação interssetorial continua sendo um desafio: tanto a Consulta Regional sobre os Determinantes Sociais de Saúde como a Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais de Saúde foram presenciadas predominantemente pelo setor da saúde, apesar dos esforços de incluir outros setores.
- A definição da intervenção sistematizada mais importante para a iniciativa RVL permanece um desafio para a COT nos ODMs. Como a iniciativa RVL pode se tornar sustentável em âmbito local?
- Consideravelmente mais esforços são requeridos para institucionalizar tanto a coleta consistente de dados discriminados internamente em curso, quanto a avaliação e monitoramento periódicos, quantitativa e qualitativamente, das desigualdades socioeconômicas em saúde — particularmente com relação à avaliação de impactos em potencial atribuíveis a ações políticas nos determinantes sociais de saúde.

Lições Aprendidas

- Os Estados Membros estão comprometidos com os SDH, mas precisam de ferramentas concretas para avançar em suas agendas.
- É importante ter diferentes áreas técnicas trabalhando em colaboração para impulsionar os ODMs e responder aos SDH.
- É também importante oferecer educação e treinamento contínuos para atores locais, através do Diploma em Saúde e Desenvolvimento Local. A massa crítica entre a força de trabalho de saúde pública — em Nível Regional — para a aplicação dos métodos, técnicas e instrumentos mais atuais, para medir, analisar e vigiar as iniquidades em saúde, é fundamental para criar tanto competências profissionais como capacidades institucionais que possam agir sobre os determinantes sociais de saúde.
- O apoio a cada país, individualmente, provou-se eficaz para sensibilizar os países.
- Documentos sobre tendências são importantes para detectar a contribuição dos direitos humanos à saúde pública.

Relatório de Progresso de RER do OE7

RER 7.1: Importância dos determinantes de saúde e das políticas sociais reconhecida por toda a Organização e incorporada no trabalho normativo e na cooperação técnica com os Estados Membros e outros parceiros					No caminho
Avaliação do RER (1 de 1 meta do indicador de RER atingida e, inclusive, excedendo as metas de 2011)					
<p>O grande evento deste biênio foi a Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais de Saúde, realizada no Rio de Janeiro, Brasil, em outubro de 2011. Durante este evento, os Estados Membros aceitaram a Declaração do Rio, a qual foi traduzida para os quatro idiomas oficiais da OPAS, e difundido em toda a Região. Em preparação para a Conferência, foram conduzidas três Consultas Regionais sobre o tema para discutir o progresso e os desafios, e para definir um conjunto de recomendações regionais. Além disso, um total de sete estudos de casos foi preparado para a Conferência Mundial, e publicados no website da conferência. O objetivo desses estudos de casos foi documentar como os países abordaram as iniquidades através do enfoque dos SDH.</p>					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
7.1.1: Número de países que implementaram estratégias nacionais para abordar recomendações para política essenciais da Comissão para os Determinantes Sociais de Saúde	4	10	11	12	<p>Linha de Base 2009: CUB, ECU, GUT, PAR</p> <p>Meta 2011: ARG, BLZ, BRA, COL, COR, ELS, FEP, PER</p> <p>A meta de 2011 foi excedida. Dos 8 países-alvo, 7 alcançaram a meta de 2011 (ARG, BRA, COL, COR, ELS, FEP e PER). Vários países implementaram uma estratégia nacional de acordo com as recomendações da Comissão para os Determinantes Sociais de Saúde. As estratégias nacionais variam entre países: alguns países concentraram seus esforços nos programas de transferência de capital; outros, no estabelecimento de comissões nacionais para os SDH a fim de promover ações interssetoriais; e, ainda, outros, no investimento de políticas sociais para reduzir as desigualdades.</p>
RER 7.2: Iniciativa tomada pela OPAS/OMS de proporcionar oportunidades e meios para a colaboração interssetorial em nível nacional e internacional, a fim de abordar os determinantes sociais e econômicos de saúde, e promover a redução da pobreza e o desenvolvimento sustentável					No caminho
Avaliação do RER (3 de 3 metas do indicadores de RER atingidas e, inclusive, 1 excedendo a meta de 2011)					
<p>A Consulta Regional sobre os Determinantes Sociais de Saúde foi realizada na Costa Rica, em agosto de 2011. Ajudou a determinar prioridades e posições, e incluir a sociedade civil, em preparação para a Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais de Saúde, realizada no Rio de Janeiro, Brasil, em outubro de 2011. A participação de 1.100 pessoas de mais de 110 países, inclusive 60 ministros da saúde, e a presença multitudinária de ONGs de todo o mundo tornaram realmente evidente a importância da equidade na saúde. Houve compromisso geral com o fortalecimento da Declaração do Rio e dos seus cinco eixos: o governo, a participação social, a função do setor da saúde na redução das iniquidades em saúde, a ação global e o monitoramento e a avaliação. Para nossa Região, onde a desigualdade é um desafio, o enfoque dos SDH enfatiza a saúde e o desenvolvimento local ao trabalhar nos municípios mais vulneráveis dentro do contexto da iniciativa Rostos, Vozes e Lugares (RVL), vinculando promoção social e participação comunitária para responder aos SDH, e incluindo jovens no processo de formação de consciência e de participação para reduzir as desigualdades no nível comunitário.</p>					

Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
7.2.1: Número de experiências de países publicadas que lidam com os determinantes sociais para a equidade em saúde	8	10	11	12	<p>Linha de Base 2009: BOL, COR, ECU, GUT, NIC, PAN, PER, URU</p> <p>Meta 2011: BRA, COL, FEP</p> <p>A meta de 2011 foi excedida. Dois países-alvo atingiram a meta (BRA e COL). CHI, um país-alvo de 2013, atingiu a meta antes, resultando, para este biênio, em um total de três países que alcançaram este indicador. Um total de sete estudos de casos foi preparado pelos países, documentando progresso e avanços na abordagem das iniquidades através do enfoque dos SDH. Esses estudos formaram parte dos documentos-base para a Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais de Saúde.</p>
7.2.2: Número de países que implementam pelo menos uma intervenção sistemática para as comunidades mais vulneráveis, conforme definido pela Equipe Inter-Organizacional da RSPA para os ODMs	N/D	6	6	12	<p>Linha de Base 2009: N/D</p> <p>Meta 2011: CHI, COL, FEP, MEX, PAN, PER</p> <p>A meta de 2011 foi atingida. Seis países realizaram as intervenções sistematizadas no âmbito local para impulsionar diferentes ODMs (CHI, COL, FEP, MEX, PAN e PER). A conquista principal foi a criação da e as atividades da Equipe Inter-Organizacional da OPAS para os ODMs, o que permite o trabalho colaborativo entre as diferentes áreas técnicas da OPAS e equipes. Focaliza a melhor maneira de ajudar os países a alcançar os ODMs em resposta aos determinantes sociais de saúde.</p>
7.2.3: Número de países que implementaram a iniciativa "Rostos, Vozes e Lugares"	15	13	17	15	<p>Linha de Base 2009: ARG, BOL, BRA, CHI, COR, CUB, ECU, ELS, GUT, HON, NIC, PAN, PAR, PER, URU</p> <p>Meta 2011: BLZ, COL, JAM</p> <p>As metas para 2011 e 2013 foram excedidas. Os avanços principais foram a ampliação da iniciativa RVL — não apenas para 23 países, como também, dentro destes países, onde está se desenvolvendo uma rede de municípios trabalhando com a RVL. Será um desafio para a OPAS conseguir prover apoio suficiente aos esforços dos governos locais de impulsionar os ODMs que respondem aos determinantes sociais de saúde.</p>

RER 7.3: Dados socioeconômicos relevantes à saúde coletados e analisados de modo separado (por sexo, idade, grupo étnico, renda e problemas de saúde, como doença ou deficiência)					No caminho
Avaliação do RER (1 de 1 meta do indicador de RER excedida)					
<p>Houve considerável melhora no desenvolvimento de enfoques axiomáticos, metodológicos e instrumentais para gerar, analisar e vigiar as desigualdades socioeconômicas em saúde entre os Países Membros. Enfatizou-se, particularmente, a necessidade de se disponibilizar dados discriminados nos níveis geográficos, demográficos, socioeconômicos e de saúde, em sinergia com as atividades destinadas a fortalecer as capacidades nacionais de análise da situação sanitária (RER 11.3) no contexto dos SDH. Consideravelmente mais esforços são necessários para institucionalizar tanto a coleta em curso dos dados desagregados consistentes internamente, quanto a avaliação e o monitoramento periódicos, quantitativos e qualitativos, das iniquidades socioeconômicas em saúde — particularmente com relação à avaliação dos impactos em potencial atribuíveis a ações políticas para abordar os determinantes sociais de saúde. Massa crítica entre a força de trabalho em saúde pública para a aplicação de métodos, técnicas e instrumentos mais atuais, para medir, analisar e monitorar as desigualdades em saúde, precisa ser atingida em Nível Regional.</p>					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
7.3.1: Número de países que publicaram relatórios incorporando dados de saúde desagregados no nível sub-nacional para analisar e avaliar a equidade em saúde	4	6	7	9	<p>Linha de Base 2009: BOL, BRA, CHI, PER</p> <p>Meta 2011: NIC, PAR, VEN</p> <p>A meta de 2011 foi excedida. Os três países-alvo alcançaram o indicador (NIC, PAR e VEN). Além disso, nove países que não eram alvos, também, geraram e publicaram dados separados (geográficos, socioeconômico, demográficos e de saúde) apropriados para analisar as iniquidades em saúde.</p>
RER 7.4: Enfoques à saúde baseados nos direitos humanos e na ética promovidos dentro da OPAS/OMS e em âmbitos nacional, regional e global.					No caminho
Avaliação do RER (1 de 1 meta do indicador de RER excedida)					
<p>Um avanço foi a colaboração entre a equipe de Direitos Humanos da OPAS (OPAS/GDR/HR) com o grupo de trabalho da Organização dos Estados Americanos (OEA) para formular uma Convenção Regional sobre os Direitos das Pessoas de Idade. Outro avanço consistiu do trabalho com SDE e a Comissão Interamericana de Direitos Humanos no preparo de uma opinião técnica sobre o direito à água para os povos indígenas no cenário da mineração (na América Central). Não obstante, outro avanço foi a apresentação ao Organismo do Tratado da OEA para Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de novos desenvolvimentos referentes ao estabelecimento de indicadores regionais de progresso no direito à saúde. A OPAS/GDR também ofereceu apoio na reforma das seguintes leis e planos que objetivam introduzir as normas de direitos humanos em seus respectivos países: Plano de Ação Nacional para o HIV (El Salvador); Lei Nacional para HIV (El Salvador); atualização das regulamentações na Lei para Saúde Mental (Argentina); Lei de Saúde Pública Nacional (Peru); projeto para uma Lei Nacional no Controle do Tabagismo (Paraguai), e um projeto de Lei para Saúde Mental (Trinidad e Tobago, Belize). Junto com FCH, GDR completou uma análise das tendências com relação ao direito à saúde sexual e reprodutiva e outros direitos humanos relacionados dos jovens. Além disso, FCH e GDR publicaram conjuntamente uma análise da resposta do sistema de saúde materna (Bolívia), usando tratados dos direitos humanos.</p>					

Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
7.4.1: Número de países que usam: 1) normas e padrões regionais e internacionais dos direitos humanos; 2) ferramentas e documentos de orientação técnica sobre direitos humanos produzidos pela OPAS/OMS para revisar e/ou formular leis, políticas e/ou planos nacionais que promovam a saúde e reduzam as lacunas na equidade em saúde e a discriminação	9	11	12	18	<p>Linha de Base 2009: ARG, BLZ, CAN, CHI, O COL, ELS, PAN, PER, USA</p> <p>Meta 2011: ABM, ECU, GUT</p> <p>A meta de 2011 foi excedida. Doze (12) países estão no processo de revisar ou formular planos nacionais, políticas e/ou leis de maneira compatível com os instrumentos internacionais de direitos humanos. Os três países-alvo para este biênio (ABM, GUT e ECU) alcançaram este indicador. Além disso, os seguintes países que não eram alvos alcançaram este indicador: BOL, NIC, PAR e TRT.</p>
RER 7.5: Análise de gênero e ações sensíveis incorporadas ao trabalho normativo da OPAS/OMS, e cooperação técnica fornecida aos Estados Membros para a formulação de políticas e programas sensíveis ao gênero					No caminho
Avaliação do RER					
(3 de 3 metas do indicador de RER atingidas, com 2 excedendo as metas de 2011 e 2013)					
<p>O Relatório de Progresso sobre a Implementação do Plano de Ação 2009-2014 para a Política de Igualdade de Gênero foi finalizado, oferecendo ideias úteis sobre os avanços e desafios na integração do gênero em políticas e programas. GDR obteve êxito ao implementar uma estratégia para a integração das prioridades transversais (CCPs) nos processos institucionais da OPAS. O Curso Virtual sobre Gênero e Saúde servirá de ferramenta adicional para contribuir para a integração do gênero. O trabalho de GDR com as sub-regiões foi destacado pelas duas Cartas de Acordo (LoAs) assinadas com o Conselho dos Ministérios das Mulheres da América Central (COMMCA), para apoiar esses ministros enquanto se ocupam de integrar gênero dentro dos processos de integração centro-americanos do Sistema de Integração Centro-Americano (SICA). Um desafio foi que a semelhança entre os indicadores 7.5.1 e 7.5.3 levou a dificuldades no monitoramento e relato do progresso.</p>					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
7.5.1: Número de países que implementaram planos para promover a incorporação das questões de gênero no setor da saúde	6	12	32	18	<p>Linha de Base 2009: BOL, ECU, GUT, HON, PER, SUR</p> <p>Meta 2011: BAR, BLZ, COL, FEP, GUY, NIC, PAN, PAR, TRT</p> <p>A meta de 2011 foi excedida. O indicador foi alcançado em um total de 26 países, bem além da meta de 6 para este biênio. Isto inclui os seguintes países-alvo: BAR, BLZ, COL, FEP, GUY, NIC, PAN, PAR e TRT — além de ABM, ANI, ARG, BRA, CHI, COR, CUB, DOM, DOR, ELS, GRA, JAM, SAL, SAV, SCN, URU, e VEN.</p>

7.5.2: Número de ferramentas e documentos de orientação elaborados ou atualizados pela RSPA para incluir a igualdade de gênero em análise, programação, monitoramento e pesquisa em saúde	15	22	22	28	Perfis sobre a saúde dos homens e das mulheres em duas sub-regiões (centro-americana e andina), assim como em vários países, foram lançados através das redes de Conselho dos Ministérios das Mulheres da América Central (COMMCA) e da Rede dos Ministérios das Mulheres Andinas (REMMA), juntamente com o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e Mulheres das Nações Unidas. O Curso Virtual sobre Gênero e Saúde foi, também, desenvolvido.
7.5.3: Número de entidades da RSPA que incluem a perspectiva de gênero em suas análises de situação, planos ou mecanismos de monitoramento	6	15	21	20	<p>Linha de Base 2009: CFS, FCH, HSD, HRM, PBR, SDE</p> <p>Meta 2011: BOL, CAN, ECU, GUT, GUY, HON, NIC, PAR, PED, SUR</p> <p>Um total de 21 países e entidades alcançou este indicador, dos quais 8 foram países/entidades-alvo: BOL, CAN, ECU, GUT, GUY, HON, PAR e PED. Um adicional de 6 países/entidades também alcançou este indicador: BLZ, COR, ERP, FCH, GBO, GEH, HSD, HSS, PAN, PBR, PER, SDE e URU.</p>

RER 7.6: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para elaborar políticas, planos e programas com um enfoque intercultural baseado na atenção primária à saúde, e que objetivam estabelecer alianças estratégicas com interessados diretos e parceiros relevantes a fim de melhorar a saúde e o bem-estar dos povos indígenas e grupos raciais ou étnicos.

Em risco

Avaliação do RER

(2 de 3 metas do indicador de RER atingidas, com 1 excedendo a meta de 2013)

GDR ofereceu apoio técnico a políticas, planos e programas étnicos/raciais e para povos indígenas. Houve progresso significativo com o Primeiro Grupo Técnico Assessor Cultural de Diversidade (GTA), a Primeira Cúpula Mundial dos Afrodescendentes, a Conferência Regional sobre Afrodescendentes e Saúde, e o Primeiro Fórum Regional sobre Recursos Humanos para a Saúde e Povos Indígenas. Em colaboração com CELADE/CEPAL, UNFPA, especialistas em povos indígenas/afrodescendentes, e Ministérios da Saúde e sociedade civil, GDR desenvolveu diretrizes sobre a inclusão de variáveis étnicas/raciais nas estatísticas de saúde regional. Com o apoio de GDR, os países da sub-região andina começaram a elaborar planos, programas, ou políticas assegurar a saúde de afrodescendentes e outros grupos étnicos/raciais. Ali, permanece o desafio com respeito à sobreposição dos indicadores de RER 7.6.1 e 7.6.1, o que levou a dificuldades em monitorar e relatar o progresso desses indicadores.

Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
7.6.1: Número de países que implementam políticas, planos ou programas para melhorar a saúde dos povos indígenas	9/21	12/21	20/21	19/21	<p>Linha de Base 2009: BRA, COL, ECU, BOL, CAN, COR, ELS, DOM, PAN</p> <p>Meta 2011: FEP, GUT, CHI, PER, VEN, BLZ</p> <p>A meta de 2011 foi excedida. Treze (13) entidades (incluindo 11 países) alcançaram este indicador: AND, ARG, CHI, FEP, GEH, GUT, GUY, HON, MEX, NIC, PAR, PER e VEN.</p>

<p>7.6.2: Número de países que incluem variáveis étnicas dentro de seus sistemas de informações de saúde</p>	<p>8</p>	<p>13</p>	<p>15</p>	<p>15</p>	<p>Linha de Base 2009: ARG, BOL, BRA, CAN, COL, GUT, PAR, USA</p> <p>Meta 2011: BLZ, CHI, COR</p> <p>A meta para 2011 foi excedida. Um total de 9 entidades (7 das quais eram países) alcançou este indicador: AND, ECU, GEH, GUY, HON, MEX, e PER. Isso inclui 3 dos países-alvo: BLZ, CHI e COR. Dos países restantes, 4 (CHI, ECU, GUT e PAR) estão liderando a coleta de dados sobre populações indígenas, afrodescendentes e outras populações étnicas. A atividade piloto na BOL está no processo de ser avaliada.</p>
<p>7.6.3: Número de países que políticas, planos ou programas para melhorar a saúde de grupos étnicos ou raciais específicos</p>	<p>10</p>	<p>14</p>	<p>10</p>	<p>16</p>	<p>Linha de Base: ARG, BOL, BRA, CAN, COL, CHI, GUT, MEX, PAN, USA</p> <p>Meta 2011: BLZ, NIC</p> <p>A meta de 2011 não foi atingida para este indicador. Avanços estão em curso em seis países da sub-região andina (BOL, CHI, COL, ECU, PER e VEN). Estes estão desenvolvendo uma análise minuciosa da situação sociodemográfica sanitária de suas populações afrodescendentes. BOL, BRA, CO, e ECU alcançaram este indicador; porém, os dois países-alvo não o fizeram.</p>

Relatório de Progresso do OE8

OE8: Promover um ambiente mais saudável, intensificar a prevenção primária e influenciar políticas públicas em todos os setores a fim de abordar as causas fundamentais das ameaças ambientais à saúde					No caminho
Visão Geral do Orçamento					
Orçamento Aprovado (PB 2010-2011)	Fundos Disponíveis			Gastos (%)	Financiado (%)
	RB	OE	Total		
\$24.934.000	\$12.297.000	\$10.379.649	\$22.676.649	89%	91%
Progresso em relação ao alcance do OE até 2013					
<p>Progresso em direção ao alcance das metas do indicador de nível de impacto, como estabelecido no Plano Estratégico da OPAS 2008–2012</p> <p>Objetivo Estratégico (OE) 8 está no caminho para atingir suas metas de 2013.</p> <p>Indicador 1: Proporção de população urbana e rural com acesso fontes de água tratada na Região Linha de Base: 95% de população urbana e 69%, rural, em 2002 Meta: 96% de população urbana e 77% de população rural até 2013 (conforme Objetivos de Desenvolvimento do Milênio [ODMs])</p> <p>A meta para alcançar 96% de população urbana e 77%, de população rural, com acesso a fontes de água tratada, na Região, até 2013 (conforme os ODMs), está no caminho.</p> <p>Indicador 2: Proporção de população urbana e rural com acesso a melhor saneamento na Região Linha de Base: 84% de população urbana e 44%, de população rural, em 2002 Meta: 90% de população urbana e 48%, de população rural, até 2013 (conforme ODMs)</p> <p>A meta para alcançar 90% de população urbana e 48%, de população rural, com acesso a melhor saneamento na Região, até 2013 (conforme ODMs), está classificada como em risco.</p> <p>Indicador 3: Número de países implementando planos nacionais para a Saúde dos Trabalhadores (com base em Saúde dos Trabalhadores da OMS: Plano de Ação Global, 2007) Linha de Base: 10 países em 2007 Meta: 20 países até 2013</p> <p>A meta para alcançar 20 países implementando os Planos Nacionais para Saúde dos Trabalhadores, até 2013 (com base em Saúde dos Trabalhadores da OMS: Plano de Ação Global, 2007) está no caminho.</p> <p>Indicador 4: Número de países com centros de informação toxicológicos Linha de Base: 14 países em 2006 (estimado). Meta: 24 países até 2013</p> <p>Atualmente, há 19 países que possuem centros de informação toxicológicos.</p> <p>Indicador 5: Redução do fator atribuível do ônus de doenças diarreicas, entre crianças/adolescentes com 0–19 anos, por razões ambientais Linha de Base: 94% em 2002 (estimado) Meta: 84% até 2013 (segundo a Metodologia para Avaliação do Ônus Ambiental para Doenças, desenvolvido pela OMS, medido pelos fatores atribuíveis aos DALYs)</p> <p>A meta de 2013 para uma redução abaixo de 84% dos fatores atribuíveis ao ônus das doenças diarreicas, entre as crianças e adolescentes de idade entre 0–19 anos, por razões ambientais, está no caminho.</p>					

Indicador 6: Número de políticas de saúde ambiental em substâncias químicas, qualidade do ar e água potável, adotadas pelos países da Região

Linha de Base: 11, 7, 13, respectivamente, em 2007

Meta: 20, 12, 20, respectivamente, até 2013

Este indicador está no caminho. Vinte e quatro (24) países possuem legislação sobre pesticidas, 10 países apresentam programas nacionais para qualidade do ar, e 15 países incluem o direito à água na legislação nacional.

Avaliação do OE 2010-2011

O OE 8 está classificado como estando no caminho, com 6 de seus RERs no caminho e suas 13 metas do indicador de RER para 2011 atingidas — com 7 até mesmo sendo excedidas.

Avanços importantes foram conseguidos na preparação para a próxima Conferência Rio+20 sobre Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas. Adicionalmente, os seguintes fatos contribuíram para tratar das causas fundamentais das ameaças ambientais à saúde na Região: a aprovação de uma Estratégia e um Plano de Ação para Mudança Climática, o trabalho regional sobre pesticidas, o fortalecimento da rede dos Centros Colaboradores da OPAS/OMS para Saúde dos Trabalhadores, e o progresso com as iniciativas de prevenção primária —, assim como o progresso contínuo em questões de água e saneamento. Ainda que OE8 esteja no caminho, seu alcance até 2013 dependerá da disponibilidade de recursos humanos e financeiros durante o próximo biênio para completar o trabalho necessário.

Avanços Principais

- A Estratégia e o Plano de Ação para Mudança Climática foram aprovados pelo 51º Conselho Diretor da OPAS.
- Outros conquistas durante este biênio incluíram as contribuições à Saúde nas Américas, a completude do capítulo em saúde da publicação interinstitucional da CEPAL para a Conferência Rio+20, a realização de consultas de países para o documento da Rio+20 da OPAS, e a organização um evento em paralelo sobre água e os determinantes sociais de saúde na Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais de Saúde.
- Várias publicações também foram produzidas durante este biênio. Estes incluem o Relatório da Avaliação Regional da Gestão dos Resíduos Sólidos Urbanos, na América Latina e no Caribe 2010 (título original em espanhol: *Informe de la evaluación regional del manejo de residuos urbanos de sólidos en América Latina y el Caribe 2010*), em colaboração com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e a Associação Interamericana de Engenharia Sanitária e Ambiental (AIDIS); Água e Saneamento: Evidências para políticas públicas centradas nos direitos humanos e resultados em saúde pública (título em espanhol: *Agua y saneamiento: Evidencias para políticas públicas con enfoque en derechos humanos y resultados en salud pública*); e uma tradução para o espanhol das Diretrizes para a Análise da Situação da Administração de Pesticidas na Saúde Pública para a Região das Américas (título espanhol: *Directrices para el análisis de la gestión de los plaguicidas de uso em pública de salud*).
- A Equipe Técnica Regional da OPAS em Água e Saneamento (ETRAS, acrônimo em espanhol) foi estabelecida.
- Uma Reunião Regional sobre Pesticidas foi realizada na GUT com o Esquema de Avaliação de Pesticidas da OMS e a Área de Controle e Prevenção de Vigilância em Saúde e Doenças (HSD) da OPAS.
- Dois países, Equador e Guatemala, finalizaram as análises da situação, e cada um aprovou um Plano de Ação Nacional para a Sólida Administração dos Pesticidas em Saúde Pública.
- Um projeto com o Fundo Ambiental Mundial do Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (UNEP-GEF) foi completado. Envolve o reempacotamento de mais de 130 toneladas de DDT e outros pesticidas obsoletos em 8 países.
- No tema da saúde ocupacional, 25 países estavam envolvidos na proteção da saúde dos profissionais de saúde mediante os programas nacionais de prevenção das lesões por picada de agulha. Apoios logístico

e técnico para aprimorar os serviços de saúde ocupacional e ambiental e os sistemas de vigilância foram completados com êxito em 20 países.

Desafios Principais

- Permanece o desafio de chegar na força de trabalho da América Latina e do Caribe que precisa de amplos serviços de saúde, para protegê-la dos perigos ocupacionais e ambientais. Novas atividades e novos programas são necessários para cobertura das populações ativas no setor informal e para mudanças nas condições de trabalho vulneráveis em toda a Região.
- Alguns países ainda não estão tratando do tema sobre mudança climática e saúde. Isso inclui o desafio de implantar políticas de administração de vetores ecologicamente seguras.

Lições Aprendidas

- Existe a necessidade de melhorar a vinculação entre as agendas para as doenças não transmissíveis, o desenvolvimento sustentável e os determinantes sociais de saúde.
- Os Determinantes de Saúde e a Equipe de Riscos Inter-Organizacional (CATRE) tem o potencial de ajudar a melhorar a implementação do OE8.
- No tema da saúde ocupacional, há uma forte necessidade de proteger a força de trabalho no setor de assistência à saúde. Trabalhadores com autonomia permite que eles se envolvam na resolução de seus próprios problemas relacionados ao local de trabalho. Além disso, é preciso ainda aprimorar o registro e o acompanhamento dos incidentes e acidentes na força de trabalho de assistência à saúde — particularmente nos países em desenvolvimento da América Latina e do Caribe e em áreas rurais remotas. A renovação da Rede do Centro de Colaboração em Saúde Ocupacional indicou que os valores centrais das redes colaboradoras e alianças estratégicas para alcançar objetivos comuns continuam a ser: colaborar, comunicar, criar e inovar através do pensamento crítico entre os membros da rede.

Relatório de Progresso de RER do OE8

RER 8.1: Disseminação de avaliações, normas e diretrizes comprovadas para os riscos prioritários de saúde ambiental (por exemplo, qualidade do ar, substâncias químicas, campos eletromagnéticos, radônio, água potável, reutilização de águas residuais)					No caminho
Avaliação do RER					
(4 de 4 metas do indicador de RER atingidas, excedendo as metas de 2011)					
O RER 8.1 está no caminho. Conquistas incluem a publicação de um sumário de políticas sobre água e saneamento, e um relatório sobre vulnerabilidade à mudança climática. A pesquisa em Análise e Avaliação Global do Saneamento e Água Potável (GLAAS) foi implementada em 12 países da Região. Foi promovida a 4ª edição Diretrizes da OMS para a Qualidade da Água Potável a fim de ajudar no alcance do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) 7.					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
8.1.1: Número de avaliações de riscos novas ou atualizadas, ou avaliações do ônus ambiental das doenças (EBD) realizadas por ano	3	4	6	7	A meta de 2011 foi excedida. Avaliações foram conduzidas por COL, GUY e SUR.

8.1.2: Número de acordos ambientais internacionais cuja implementação é apoiada pela RSPA	5	5	8	6	As metas de 2011 e 2013 foram excedidas. Acordos foram implementados em mudança climática, segurança química, e Agenda 21, com o apoio da RSPA.
8.1.3: Número de países que aplicam normas, padrões ou diretrizes da OMS sobre saúde ocupacional ou ambiental	18	21	22	24	<p>Linha de Base 2009: ARG, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, GUT, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, URU, VEN</p> <p>Meta 2011: ANI, ELS, GUY, JAM</p> <p>A meta de 2011 foi excedida. Todos os países da linha de base mantiveram os seus avanços, e todos os quatro países-alvo para o biênio 2010-2011 alcançaram o indicador (ANI, ELS, GUY e JAM). TRT realizou um projeto para controlar os perigos biológicos e o bioterrorismo, e está propondo seguir com o projeto no próximo biênio.</p>
8.1.4: Número de países que implementam as diretrizes da OMS para água potável em direção ao ODM 7	10	11	12	14	<p>Linha de Base 2009: ARG, BLZ, BRA, CHI, COL, ECU, MEX, PAN, URU, VEN</p> <p>Meta 2011: GUT, TRT</p> <p>A meta de 2011 foi tanto atingida como excedida. Os dois países-alvo (GUT e TRT) alcançaram o indicador durante este biênio. Mais 16 países que não eram alvos, assim como 1 entidade sub-regional, trabalharam neste indicador.</p>

RER 8.2: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para a de intervenções de prevenção primária que reduzem os riscos ambientais à saúde, melhoram a segurança e promovem a saúde pública, inclusive em espaços específicos e entre grupos populacionais vulneráveis (por exemplo, crianças, idosos)

No caminho

Avaliação de RER

(1 de cada 1 indicador de RER metas conseguidas, excedendo tanto o 2011 como metas de 2013)

O RER 8.2 está no caminho. Houve importantes avanços em diversas áreas-chave, como Moradia Saudável, Segurança da Água e Saneamento, Saúde dos Trabalhadores e Segurança Ocupacional, e Envolvimento da Comunidade. Estes ocorreram principalmente nos meios rurais.

Outra conquista foi a participação de 25 países em iniciativas que objetivam proteger a saúde dos profissionais de saúde, incluindo programas nacionais para prevenção das lesões por picada de agulha e o aumento da cobertura de vacinação para proteger contra o vírus da hepatite B (HBV).

Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
8.2.1: Número de países que implementaram intervenções primárias de prevenção para a redução dos riscos ambientais para a	7	8	12	10	<p>Linha de Base: BRA, CHI, DOR, PER, TRT, URU, VEN</p> <p>Meta 2011: BLZ, ECU, GUT</p> <p>As metas de 2011 e 2013 foram excedidas. Dos países-alvo, 3 atingiram a meta (BLZ, ECU e GUT) e, 2 dos países-alvo para 2013</p>

saúde no local de trabalho, lar ou nas zonas urbanas					atingiram a meta antes (ARG e COL). Além disso, 18 países que não eram alvos realizaram trabalhos destinados a alcançar este indicador durante o biênio.
RER 8.3: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para fortalecer a formulação de políticas de saúde ocupacional e ambiental, planejamento de intervenções preventivas, prestação de serviços e vigilância					No caminho
Avaliação do RER (2 de 2 metas do indicador de RER atingidas, com 1 excedendo ambas as metas para 2011 e 2013)					
O RER 8.3 está no caminho. Apoios logístico e técnico para aprimorar os serviços de saúde ocupacional e ambiental, e os sistemas de vigilância, foram completados com êxito em 20 países. A Rede de Centros Colaboradores da OPAS/OMS para Saúde Ocupacional foi renovada e adicionou várias novas instituições, particularmente dos países latino-americanos — portanto, demonstrando que o reconhecimento de e o comprometimento com esses centros em seus esforços para ajudar no e colaborar para o melhoramento de saúde dos trabalhadores é, verdadeiramente, um esforço justo.					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
8.3.1: Número de países que recebem apoios técnico e logístico na elaboração e implantação de políticas para o fortalecimento da prestação de serviços em saúde ambiental e ocupacional e vigilância	8	17	17	20	<p>Linha de Base: BRA, CHI, DOR, ECU, PER, TRT, URU, VEN</p> <p>Meta 2011: ARG, BLZ, BOL, COL, FEP, GUT, GUY, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR</p> <p>A meta de 2011 foi atingida. Dos países-alvo, 9 de 12 alcançaram este indicador durante este biênio (ARG, BLZ, BOL, FEP, GUT, GUY, NIC, PAN e PAR). Outros 9 países que não eram alvos também realizaram trabalho neste indicador durante o biênio (ANI, COR, CUB, DOM, ELS, HAI, HON, SAL e SUR). COL, MEX e JAM serão países-alvo durante o biênio de 2012-2013.</p>
8.3.2: Número de organizações nacionais ou centros colaboradores ou de referência que implementam iniciativas lideradas pela OPAS/OMS no âmbito nacional para reduzir os riscos ocupacionais	4	5	15	6	<p>A meta de 2011 foi excedida. A Rede dos Centros Colaboradores em Saúde Ocupacional estendeu para 15 centros durante este biênio. Desses centros ativos, 10 de 15 presenciaram a Reunião dos Centros Regionais Colaboradores da SDE, realizada em Durham, Carolina do Norte, EUA. A cobertura com a iniciativa do setor de saúde subiu para incluir 20 países, 9 dos quais são do Caribe. A Iniciativa Silicose está, atualmente, sendo desenvolvida no BRA, CHI, na COL, COR e no PER, sob a orientação do Instituto Nacional para Segurança e Saúde Ocupacional (NIOSH) e a Rede Global de Centros Colaboradores.</p>

RER 8.4: Orientação, ferramentas e iniciativas para ajudar o setor da saúde a influenciar nas políticas em setores prioritários (por exemplo, energia, transporte, agricultura), avaliar os impactos na saúde, determinar os custos e benefícios de políticas nestes setores, e aproveitar investimentos em outras áreas para melhorar a saúde					No caminho
Avaliação do RER (2 de 2 metas do indicador de RER atingidas, com 1 excedendo a meta de 2011)					
O RER 8.4 está no caminho. Várias iniciativas foram desenvolvidas e consultas foram realizadas com outros setores, como treinamento em saúde e turismo (no desenvolvimento de um manual para instrutores de treinamento). Outra conquista foi a tradução de Redução da Vulnerabilidade do Abastecimento de Água Potável e Saneamento em Desastres da América Central: Manual de Gestão de Riscos (título original em espanhol: <i>Reducción de la Vulnerabilidad de los Sistemas de Agua Potable y Saneamiento ante Desastres en Centro América: Manual de Gestión de Riesgos</i>), com a colaboração dos setores de fora da saúde. Outros avanços incluem o fortalecimento da iniciativa Moradia Saudável, assim como as contribuições que foram efetuadas ao Relatório Interinstitucional sobre as Dimensões Sociais da Mudança Climática para a Conferência das COP 17 sobre Mudanças Climáticas.					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
8.4.1: Número de iniciativas regionais, sub-regionais e nacionais implementadas em outros setores que levam em consideração a saúde, e com os apoios técnico e logístico da RSPA	3	3	3	4	A meta de 2011 foi atingida no biênio passado. Este biênio, a OPAS implementou diversas iniciativas e eventos regionais e nacionais para promover as áreas da Água e Saneamento, Saúde e Turismo, e Moradia Saudável. O Projeto Regional para a Avaliação da Administração de Resíduos Sólidos Urbanos foi realizado durante este biênio, e um relatório sobre a iniciativa foi produzido: Relatório da Avaliação Regional da Administração de Resíduos Sólidos Urbanos na América Latina e no Caribe 2010 (título original em espanhol: <i>Informe de la evaluación regional del manejo de residuos urbanos de sólidos em América Latina y el Caribe 2010</i>).
8.4.2: Número de diretrizes e ferramentas produzidas interssetorialmente para a proteção da saúde ambiental mundial	2	3	4	4	A meta de 2011 foi excedida. A OPAS contribuiu para o Relatório Interinstitucional sobre as Dimensões Sociais das Mudanças Climáticas para a Conferência das COP 17 em Mudança Climática. A OPAS também produziu uma versão atualizada das Diretrizes para a Análise da Situação da Administração de Pesticidas em Saúde Pública para a Região das Américas (título espanhol: <i>Directrices para el análisis de la gestión de los plaguicidas de uso em pública de salud</i>).
RER 8.5: Melhor liderança do setor da saúde, para promover um ambiente mais saudável, e influenciar políticas públicas em todos os setores, a fim de abordar as causas fundamentais das ameaças ambientais à saúde, respondendo a questões de saúde ambiental emergentes e reemergentes em decorrência do desenvolvimento, de novas tecnologias, mudança ambiental global e padrões de consumo e de produção.					No caminho
Avaliação do RER (2 de 2 metas do indicador de RER atingidas)					
O RER 8.5 está no caminho. A jogo de ferramentas para medir o desenvolvimento sustentável (Rio+20) foi implementada nos países, e a SDE conduziu com êxito uma Consulta Regional no Brasil onde 17 países participaram. Um Relatório Regional está sendo preparado como uma contribuição à Conferência Rio+20.					

Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
8.5.1: Número de fóruns periódicos de alto nível sobre saúde e meio ambiente para os responsáveis por políticas regionais e interessados diretos com apoio da RSPA	1	3	3	4	A meta de 2011 foi atingida. Além disso, os seguintes fóruns receberam apoio: (a) Uma reunião regional de alto nível para a Rio+20, organizada pela CEPAL (b) Uma reunião preparatória regional da OPAS para a Rio+20 direcionada para os Ministérios da Saúde (c) A 16ª Conferência das Partes para a Convenção sobre Mudanças Climáticas, organizada conjuntamente com o Governo do México e a OMS (COP 16)
8.5.2: Número de relatórios quinquenais da RSPA sobre saúde ambiental, incluindo os principais determinantes e as tendências da saúde e suas implicações	N/D	1	1	2	A meta de 2011 foi atingida. Um rascunho de Saúde nas Américas foi completado.
RER 8.6: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para o desenvolvimento de políticas, estratégias e recomendações comprovadas para identificar, prevenir e abordar problemas de saúde pública resultantes de mudanças climáticas					No caminho
Avaliação do RER (2 de 2 metas do indicador de RER atingidas, com 1 excedendo a meta de 2011)					
O RER 8.6 está no caminho. A Estratégia e o Plano da Ação e a Resolução sobre Mudanças Climáticas e Saúde foram aprovados pelo 51º Conselho Diretor da OPAS, e atividades de treinamento e implementação deste plano serão iniciadas junto com os países (por exemplo, um curso bem sucedido foi levado a cabo no Uruguai com o MERCOSUL).					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
8.6.1: Número de estudos ou relatórios sobre os efeitos na saúde pública da mudança climática publicados ou co-publicados pela OPAS, ou publicações revisadas por pares de autores e instituições da América Latina e do Caribe	N/D	1	2	2	O objetivo de 2011 foi excedido. BRA e ECU alcançaram o indicador. Alguns países adicionais (BAH, BOL e GUY) estão também desenvolvendo estudos sobre mudanças climáticas e saúde.

8.6.2: Número de países que implementaram planos que permitem ao setor da saúde responder aos efeitos das mudanças climática sobre a saúde	N/D	3	3	5	Linha de Base: N/D Meta 2011: BOL, BRA, COR, COL, PER A meta de 2011 foi atingida. Dos países-alvo, 3 de 5 atingiram a meta durante este biênio (COL, COR e PER). Outros países e entidades trabalharam neste indicador, com resultados de sucesso (BAR, CHI, CRB, ECU, ELS, NIC, PAR, PED e SAM). O BRA levou a cabo atividades importantes nesta área e será incluído como um país-alvo para 2013.
--	-----	---	---	---	--

Relatório de Progresso do OE9

OE9: Melhorar a nutrição, a inocuidade dos alimentos e a segurança alimentar ao longo da vida, e em apoio à saúde pública e ao desenvolvimento sustentável					Em risco
Visão Geral do Orçamento					
Orçamento Aprovado (PB 2010-2011)	Fundos Disponíveis			Gastos (%)	Financiado (%)
	RB	OE	Total		
\$20.941.000	\$12.846.000	15.262.061	\$28.108.061	90%	134%
Progresso em relação ao alcance do OE até 2013					
<p>Progresso em direção ao alcance das metas do indicador de nível de impacto, como estabelecido no Plano Estratégico da OPAS 2008–2012</p> <p>Indicador 1: Proporção de crianças menores de 5 anos com peso inferior ao normal para a idade, na América Latina e no Caribe Linha de Base: 7,5% em 2002 (pelo período de 7 anos, de 1995–2002) Meta: 4,7% até 2013</p> <p>As atividades realizadas como parte deste objetivo estratégico ajudaram a reduzir a desnutrição em todas as suas formas; as informações disponíveis mostram uma redução anual de -0,46 no sub-peso, a qual declinou de 7,5%, em 2002, para 3,3%, em 2010 (Lutter CK, Chaparro CM, Muñoz S. Progresso em direção ao Objetivo de Desenvolvimento do Milênio 1, na América Latina e no Caribe: a importância da escolha do indicador para desnutrição. Bull. Organização Mundial da Saúde. 1 Jan de 2011; 89(1): 22-30).</p> <p>Indicador 2: Proporção de crianças menores de 5 anos atrofiadas, na América Latina e no Caribe. Linha de Base: 11,8% em 2005 Meta: 8,8% até 2013</p> <p>Na Região das Américas, houve uma redução anual de -0,51 na proporção de atrofia, a qual declinou de 23,7%, em 1990, para 13,5%, em 2010 (Lutter CK, Chaparro CM, Muñoz S. Progresso em direção ao Objetivo de Desenvolvimento do Milênio 1, na América Latina e no Caribe: a importância da escolha do indicador para a desnutrição. Bull. Organização Mundial da Saúde. 1 Jan de 2011; 89(1): 22-30).</p> <p>Indicador 3: Proporção de crianças menores de 5 anos de idade com anemia, na América Latina e no Caribe Linha de Base: 29,3% em 2005 Meta: 25,3% até 2013</p> <p>A prevalência da anemia em mulheres grávidas, na Região, declinou durante os dez últimos anos (de 43,2% para 28,1%); entretanto, mudanças não foram observadas em crianças menores de 5 anos (34,0% para 32,9%), ou em mulheres em idade reprodutiva (20,3% para 21,1%). Embora dados recentes não estejam disponíveis com relação à deficiência de vitamina A, as estimativas mais recentes da OMS indicam que isso pode ser considerado um leve ou moderado problema na Região; o mesmo se aplica à carência de iodo (Anemia na América Latina e no Caribe, 2009 OPAS/FCH/HL/11.3.e).</p> <p>Indicador 4: Proporção de crianças menores de 5 anos com excesso de peso e obesas, na América Latina e no Caribe, nos países onde informações estão disponíveis Linha de Base: 4% em 2003 (pelo período de 3 anos, de 2000–2003) Meta: 4%, ou menos, até 2013</p>					

Embora se espere que o excesso de peso e a obesidade aumentem em todas as faixas etárias, as estimativas disponíveis não sugerem um aumento da prevalência do excesso de peso ou da obesidade em crianças menores de 5 anos, entre 1990 e 2010 (6,8% para 6,9%) (De Onis M, Lobstein T. *Defining obesity risk status in the general childhood population: which cut-offs should we use? Int J of Pediatric Obesity, 2010; 5:458-460*).

Indicador 5: Redução do número de casos de doenças diarreicas transmitidas por alimentos, por 100.000 habitantes, na Região

Linha de Base: 4.467 em 2006

Meta: 4.020 até 2013

Uma média estimada de 1,03 casos de gastroenterite aguda por pessoa por ano na Região das Américas. De acordo com os dados notificados em estudos dos Estados Unidos, da Austrália e do Canadá, respectivamente, 26%, 32% e 36% dos episódios da gastroenterite são atribuíveis à transmissão por alimentos. Extrapolando a partir desses números mais elevados, ou 36% (situação mais moderada), rende cerca de 3.347 casos por 100.000 habitantes na Região, o que significaria que a meta estabelecida para este indicador foi alcançada.

Avaliação do OE 2010-2011

Este OE está em risco, porque quatro dos seus seis RERs estão avançando, um está em risco e um está com problemas dificuldades. Dos 14 indicadores de RER, 10 atingiram a meta de 2011 e quatro não o fizeram. Significativamente, dos indicadores que atingiram a meta, três a excederam em 2011.

Avanços Principais

- A maioria dos países da Região (26 no total) preparou ou estão no processo de implementar mecanismos de coordenação, políticas, planos ou programas interssetoriais para prevenção da desnutrição, muitos desses baseados no enfoque de Segurança Alimentar e Nutricional.
- Curvas de crescimento da OMS adotadas em 19 países; vários documentos publicados e difundidos, descrevendo a situação da Região.
- Ampliação da rede de bancos de leite materno e do número de países que monitoram o Código, e compromisso renovado com a Iniciativa Hospitais "Amigos do Bebê".
- Adoção de diretrizes para a implementação de sistemas de monitoração interna e externa para os programas de fortificação alimentar; revisão dos programas de fortificação para o sal, na América Central, e para o açúcar, no ECU e na DOR; reconhecimento pelos países dos acordos globais, regionais e sub-regionais de prevenção de doenças crônicas relacionadas à dieta.

Desafios Principais

- Promover vínculos mais estreitos com as contrapartes no Ministério da Saúde, e outros setores, a fim de determinar as prioridades nacionais, estabelecer o vínculo entre o RER e o indicador no plano de trabalho, e identificar atividades, produtos e serviços que estão incluídos no plano de trabalho das nossas contrapartes.
- Buscar diversas atividades simultaneamente e assegurar um produto final de qualidade. Alcançar resultados de financiamento positivos para as várias propostas que foram esboçadas. É importante aprimorar os bancos de dados sobre processos nutricionais para as crianças mais novas (linha de base da Iniciativa Hospitais "Amigos do Bebê", e outras políticas de alimentação do lactente), para motivar os países a continuarem aprimorando os seus programas.
- Mobilizar a vontade política e assegurar alocações de orçamentos para incorporar os indicadores do status nutricional nos sistemas de vigilância em saúde; mobilizar recursos para promover e apoiar pesquisas e publicação de informações comprovadas

Lições Aprendidas

Além da prevenção da transmissão materno-fetal do HIV, a infecção pelo HIV, as emergências e a nutrição não são prioridades para a maioria de países. Existe uma necessidade palpável de melhorar a coordenação com os serviços de saúde para mobilizar recursos nacionais e canalizá-los para melhorar a qualidade e a cobertura dos programas nutricionais. Vale observar que o número de indicadores nutricionais é muito grande em relação aos recursos humanos disponíveis para compilá-los.

Relatório de Progresso de RER do OE9

RER 9.1: Parcerias e alianças formadas, liderança fortalecida e coordenação e intercâmbio desenvolvidos com todos os interessados diretos nos níveis nacional, regional e global, objetivando promover a defesa de causas e a comunicação, estimular ações interssetoriais e aumentar o investimento em nutrição, inocuidade dos alimentos e segurança alimentar

No caminho**Avaliação do RER**

(2 de 2 metas do indicador de RER atingidas)

Praticamente a maioria dos países da Região desenvolveu, ou estão no processo de implementar, mecanismos de coordenação, políticas, planos e programas interssetoriais de prevenção da desnutrição, muitos baseados no enfoque de Segurança Alimentar e Nutricional. A Estratégia e o plano de ação regionais para nutrição em saúde e desenvolvimento de 2006-2015, a Estratégia e o plano de ação para a redução da desnutrição crônica, e a Aliança Pan-americana para Nutrição e Desenvolvimento serviram como marco de referência para incorporar o enfoque dos fatores determinantes sociais nas iniciativas nacionais. Há conscientização crescente da necessidade de se estabelecer corpos coordenadores supra-ministeriais que incluem, além do ministério da saúde, os ministérios do meio-ambiente, da moradia, da educação, agricultura, do comércio, da economia, finanças, trabalho e desenvolvimento. É também necessário compartilhar as experiências entre os países e fomentar a cooperação entre estes.

Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
9.1.1: Número de países que possuem mecanismos de coordenação para promover enfoques e ações interssetoriais na área de inocuidade dos alimentos, segurança alimentar e nutrição	23	26	26	30	<p>Linha de Base 2009: ARG, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GUT, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, URU, USA, VEN</p> <p>Meta 2011: BAH, BAR, GUY, TRT</p> <p>Além dos 23 países que atingiram a meta em 2009, três países mais a atingiram em 2011, com progresso significativo na implementação das políticas interssetoriais e de programas: GUY e TRT, originalmente identificados como países-alvo, assim como o HAI. Embora BAH e BAR não estivessem vinculados ao indicador, ambos progrediram substancialmente na elaboração interssetorial para abordar excesso de peso e obesidade.</p>

9.1.2: Número de países que implementaram intervenções em matéria de nutrição, inocuidade dos alimentos e segurança alimentar	15	20	20	25	<p>Linha de Base 2009: ARG, BLZ, BRA, CHI, COL, COR, ECU, ELS, FEP, GUT, GUY, HON, MEX, PAN, TRT</p> <p>Meta 2011: CUB, NIC, PER, URU, VEN</p> <p>Cinco países (CUB, NIC, PER, URU, VEN) atingiram a meta e avançaram na implementação dos programas interssetoriais ou intervenções na área de nutrição, inocuidade dos alimentos e segurança alimentar; BOL, DOR e PAR também atingiram a meta.</p>
RER 9.2: Apoio aos Estados Membros através de cooperação técnica para aumentar sua capacidade de avaliação de e resposta a todas as formas de desnutrição e doenças zoonóticas e não zoonóticas transmitidas por alimentos, assim como para promover práticas de alimentação saudáveis					No caminho
Avaliação do RER (1 de 1 meta do indicador de RER atingida)					
Tanto os países-alvo como os países da linha de base avançaram na adoção de diretrizes e normas, principalmente aquelas relacionadas com inocuidade dos alimentos e sistemas de vigilância para doenças transmitidas por alimentos. Em geral, as diretrizes ou normas para avaliar as e responder às principais deficiências nutricionais são abordadas como parte de outros indicadores.					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
9.2.1: Número de países que implementam normas e diretrizes para nutrição e inocuidade dos alimentos, segundo mandatos globais e regionais	19	25	25	30	<p>Linha de Base 2009: ARG, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, DOR, ELS, GUT, HON, JAM, NIC, PAN, PAR, PER, SAL</p> <p>Meta 2011: CUB, ECU, GUY, HAI, MEX</p> <p>Considerando que, além dos cinco de sete países originalmente incluídos na meta (CUB, ECU, GUY, HAI, MEX), DOM e SAV também a atingiram, este indicador, considera-se que este indicador foi alcançado. ANI também progrediu significativamente.</p>
RER 9.3: Fortalecimento do monitoramento e da vigilância das necessidades, e avaliação das respostas na área de segurança alimentar, nutrição e doenças crônicas relacionadas à alimentação, e aperfeiçoamento da capacidade de identificar as opções de políticas apropriadas.					Em risco
Avaliação do RER (2 de 3 metas do indicador de RER atingidas)					
A Região progrediu significativamente com relação a informações nutricionais acessíveis e, com isso, mais e mais países já utilizam os Gráficos de Crescimento da OMS, e possuem: i) pesquisas nacionais em nutrição (BEL, COL, DOR, GUT, MEX); ii) pesquisas atualizadas sobre demografia e de saúde (ELS, GUT, PER); iii) dados dos sistemas de vigilância em nutrição (ELS, GUT, PAN, PAR); iv) informações atualizadas sobre os programas de prevenção da carência por iodo (PAN). No entanto, o desafio principal é mobilizar vontade política para assegurar uma alocação de orçamentos sustentáveis com os quais incorporar indicadores do status de nutrição nos sistemas de vigilância em saúde, por um lado, e apoiar pesquisas e publicação de informações comprovadas, de outro. Insuficiências de financiamento, acoplado com dificuldades que a contraparte nacional enfrenta na mobilização de recurso, atrasou a implementação das atividades planejadas.					

Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
9.3.1: Número de países que adotaram e implementaram os Padrões de Crescimento Infantil da OMS	16	20	19	25	<p>Linha de Base 2009: ARG, BOL, BRA, CHI, COL, COR, DOR, ECU, ELS, GUT, HON, NIC, PAN, PAR, URU, VEN</p> <p>Meta 2011: BLZ, GUY, HAI, PER</p> <p>Enquanto quatro países estão vinculados, somente três (BLZ, GUY, PER) atingiram a meta. HAI informou que não a havia atingido, mas progredira significativamente, por exemplo, pelo design e distribuição de um novo cartão de saúde que incorpora os novos padrões.</p>
9.3.2: Número de países que possuem dados de vigilância representativos em nível nacional, acerca de uma importante forma de desnutrição	15	20	21	22	<p>Linha de Base 2009: ARG, BOL, CAN, CHI, COR, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PER, SAL, URU, USA, VEN</p> <p>Meta 2011: BLZ, COR, CUB, ECU, ELS, GUT, HAI, PAR</p> <p>A meta foi atingida em 21 países: dos 15 incluídos na linha de base de 2009, porém, a COR relatou que não a havia atingido; seis dos países-alvo para 2011 (BLZ, CUB, ELS, GUT, ECU, PAR) a atingiram, como o fez a COL, um país-alvo para 2013. É necessário redobrar o apoio ao HAI, para que este possa se aproximar do alcance deste resultado.</p>
9.3.3: Número de países que produzem informação factual em matéria de nutrição e segurança alimentar	15	20	20	22	<p>Linha de Base 2009: ARG, BAR, BLZ, CAN, CHI, COL, COR, DOR, ELS, GUT, JAM, MEX, NIC, PAN, USA</p> <p>Meta 2011: ECU, HON, PAR, PER, VEN</p> <p>A meta foi atingida em 20 países, inclusive 15 da linha de base, quatro países-alvo para 2011 (HON, PAR, PER, VEN), e um país-alvo 2013 (BRA). Mesmo o ECU não estando vinculado ao indicador, este conseguiu avanços na publicação sobre o status de nutrição das pessoas de idade.</p>
RER 9.4: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para o desenvolvimento, o fortalecimento e a implementação de planos e programas de nutrição objetivando melhorar a nutrição ao longo da vida, em situações estáveis e de emergências					Com problemas
Avaliação do RER					
(2 de 5 indicadores de RER alcançados, inclusive excedendo a meta de 2011; mas 3 indicadores não alcançados)					
<p>Em termos gerais, a Região está progredindo muito lentamente em direção às políticas públicas que asseguram os programas nacionais nutricionais com o enfoque de curso da vida. O principal obstáculo é a percepção de que esta questão não é uma prioridade e, por conseguinte, sua ausência da agenda política de muitos governos. Entretanto, as conquistas mais significativas incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • a campanha para promover a amamentação levada a cabo como parte da Copa do Mundo de futebol; • o aumento do número de bancos de leite materno; 					

<ul style="list-style-type: none"> • a reativação da iniciativa hospitais "amigos do bebê"; • a adoção das diretrizes para a implementação de sistemas de monitoração internos e externos para os programas de fortificação alimentar; • a revisão dos programas de fortificação de sal nos países centro-americanos e, nos programas de açúcar, no Equador e na República Dominicana; • o reconhecimento pelos países de acordos globais, regionais e sub-regionais para a prevenção de doenças crônicas relacionadas à dieta. 					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
9.4.1: Número de países que implementaram pelo menos três ações de alta prioridade recomendadas na Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas	12	17	18	20	<p>Linha de Base 2009: ARG, BLZ, BOL, COL, ELS, GUT, GUY, HON, NIC, PAR, PER, SAV</p> <p>Meta 2011: COR, DOR, ECU, PAN, TRT, VEN</p> <p>Seis de seis países (COR, DOR, ECU, PAN, TRT, VEN) alcançaram o marco e progrediram em relação ao alcance do indicador, como o fez o MEX. A conquista mais importante foi o aumento do número de bancos de leite materno estabelecidos e que estão operando, além do Código monitorando os relatórios e a certificação de hospitais "amigos do bebê".</p>
9.4.2: Número de países que implementaram estratégias para prevenção e controle da deficiência de micronutrientes	16	21	19	25	<p>Linha de Base 2009: ARG, BAH, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, DOR, ELS, GUT, HON, JAM, NIC, PAN, PER</p> <p>Meta 2011: ABM, DOM, ECU, GUY, PAR, VEN</p> <p>Dois dos 21 países necessários estão faltando, uma vez que somente três dos países-alvo para 2011 (ECU, PAR, VEN) alcançaram o indicador. GUY não pôde avançar, porque o projeto não foi aprovado. O HAI conseguiu avanços na revisão dos programas de fortificação, principalmente para a farinha de trigo.</p>
9.4.3: Número de países que desenvolveram programas nacionais para implementar estratégias de promoção de práticas alimentares saudáveis a fim de prevenir doenças crônicas relacionadas à alimentação	16	19	20	25	<p>Linha de Base 2009 ARG, BAH, BLZ, BRA, CHI, COL, COR, ELS, GUT, HON, JAM, NIC, PAN, PER, URU, VEN</p> <p>Meta 2011: ABM, ANI, BOL, DOM, DOR, ECU, FEP</p> <p>A meta foi atingida em vinte países. Infelizmente, BLZ, que está na linha de base, relatou que não a havia atingido. Cinco dos sete países-alvo para 2011 (ANI, BOL, DOM, DOR, ECU) atingiram a meta, como o fez SAL. Contudo, ABM e FEP não estavam vinculados. Vale observar que os países do Caribe progrediram significativamente nas discussões sobre política para prevenir as doenças crônicas relacionadas à dieta.</p>

9.4.4: Número de países que incorporaram intervenções nutricionais em seus amplos programas de resposta ao HIV/AIDS e outras epidemias	15	20	16	25	<p>Linha de Base 2009: ARG, BAH, BLZ, BRA, CHI, COL, COR, ELS, GUT, JAM, NIC, PAN, PER, SCN, TRT</p> <p>Meta 2011: ANI, ECU, GRA, GUY, SAV, SUR</p> <p>Dois dos seis países (GUY, SUR) alcançaram o marco.</p>
9.4.5: Número de países com planos nacionais de preparação e resposta a emergências alimentares e nutricionais	16	20	17	25	<p>Linha de Base 2009: BAH, BLZ, BRA, CHI, COL, COR, DOR, ELS, GUT, GUY, HON, JAM, NIC, PAN, PAR, PER</p> <p>Meta 2011: ANI, BAR, CUB, DOM, ECU</p> <p>Dos países da linha de base, BLZ relatou que não havia alcançado o indicador. Somente dois dos cinco países-alvo para 2011 (CUB, ECU) o alcançaram.</p>

RER 9.5: Doenças zoonóticas e não zoonóticas transmitidas por alimentos, assim como vigilância da febre aftosa, prevenção e sistemas de controle mais fortes, e programas de monitoramento de riscos alimentares estabelecidos

No caminho

Avaliação do RER

(2 de 2 metas do indicador de RER atingidas)

Durante o biênio 2010-2011, a colaboração interssetorial foi consolidada em toda a Região entre o setor da saúde pública, incluindo os epidemiologistas e os laboratórios clínicos, e o setor da agricultura e pecuária e seus laboratórios de análise de alimentos. As oficinas anuais da OMS-GFN anual e PulseNet desempenharam uma função-chave neste progresso. Oito países sul-americanos estão implementando projetos integrados para vigilância de resistências aos antimicrobianos, e projetos para melhorar o controle de Salmonella estão em andamento em três países da América Central. Especificamente, o Equador está implementando um projeto para reforçar a vigilância integrada das doenças transmitidas por alimentos em oito províncias. Jamaica e Granada estão finalizando um manuscrito sobre o ônus das doenças transmitidas por alimentos, o que se tornará a base para fortalecer a capacidade de vigilância epidemiológica nestes países.

Indicador de RER	Linha de Base 2009	Projetar 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
9.5.1: Número de países que estabeleceram ou fortaleceram colaboração interssetorial para a vigilância, prevenção e controle de doenças transmitidas por alimentos	21	23	23	30	<p>Linha de Base 2009: ANI, ARG, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ELS, GUT, MEX, NIC, PAR, PER, TRT, URU, USA, VEN</p> <p>Meta 2011: ECU, GRA, JAM</p> <p>Vinte e três países cumpriram com o indicador, mas somente 7 países do Caribe estão remetendo relatórios ao SIRVETA (BAH, BAR, CUB, DOR, TRI). Deve-se assinalar que seis estudos sobre a morbidade não foram digitalizados no SIRVETA (BAR, STL, DOM, GUY, TRI, GRE), devido à falta de recursos por não terem sido aprovados pelos CDC.</p> <p>Meios da comprovação: http://www3.panaftosa.org.br/sirveta/; artigo por Pérez et al. <i>Int J Food Microbiol.</i> 2011 (na imprensa).</p>

9.5.2: Número de países sul-americanos que alcançaram pelo menos 75% dos objetivos do Plano Continental de Erradicação da Febre Aftosa	6/11	9/11	9/11	11/11	Linha de Base 2009: CHI,COL, GUY, PAR, PER, URU Meta 2011: ARG, BOL, BRA Considera-se que o indicador foi alcançado, como relatado por nove países. Deve-se notar, porém, que PAR declarou uma emergência de saúde para a febre aftosa no dia 19 de setembro de 2011, e temporariamente, suspendeu seu status de país livre da doença.
--	------	------	------	-------	--

RER 9.6: Cooperação técnica prestada aos Comitês Nacionais do Codex Alimentarius e à Comissão do Codex Alimentarius da América Latina e do Caribe					No caminho
Avaliação do RER (1 de 1 meta do indicador de RER atingida)					
Os 40 países da linha de base continuam aderindo às regulamentações do Codex com respeito à inocuidade dos alimentos.					
Indicador do RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
9.6.1: Número de países que adotaram resoluções das reuniões do Codex Alimentarius	40	40	40	40	<p>Linha de Base 2009: ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, FDA, FEP, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, PUR, PAE, SAV, SCN, SUR, TRT, URU, USA, VEN</p> <p>Meta 2011: Manutenção</p> <p>Os 40 países da linha de base continuam a aderir às regulamentações do Codex com respeito à inocuidade dos alimentos.</p>

RELATÓRIO DE PROGRESSO DO OE10

OE10: Melhorar a organização, gestão e prestação de serviços de saúde				No caminho	
Visão Geral do Orçamento					
Orçamento Aprovado (PB 2010-2011)	Fundos Disponíveis			Gastos (%)	Financiado (%)
	RB	OE	Total		
\$39.960.000	\$7.904.000	\$12.779.088	\$20.683.088	83%	52%
Progresso em relação ao alcance do OE até 2013					
<p>Progresso em direção ao alcance das metas do indicador de nível de impacto do OE, como estabelecido Plano Estratégico da OPAS 2008–2012</p> <p>Indicador 1: Porcentagem de população rural vivendo a mais de uma hora de um primeiro nível de centro de saúde, em seis países da Região, onde se completou um estudo Linha de Base: 10,6% em 2004 Meta: 7% até 2013</p> <p>Indicador 2: Porcentagem da população coberta pela rede de assistência de saúde, em seis países da Região, onde um estudo foi finalizado Linha de Base: 30% em 2004 Meta: 40% até 2013</p> <p><i>Nota:</i> A rede de assistência de saúde inclui todos os serviços de saúde (público, previdência social, comunidade, privado etc.) no respectivo país.</p> <p>Esses indicadores de impacto do OE 10 foram baseados nos estudos de Exclusão em Saúde conduzidos em 6 países das Américas (República Dominicana, Equador, Guatemala, Honduras, Paraguai e Peru), entre 2001 e 2003. Esses estudos foram realizados pelas equipes nacionais através de uma análise econométrica da exclusão com base nas variáveis de saúde nos países. Dois dos indicadores usados nesses estudos foram selecionados como indicadores de impacto do OE 10. Os dados para esses indicadores vieram de uma variedade de fontes (pesquisas demográficas, estatística internacional de organização e relatórios do país).</p> <p>No entanto, tais estudos não foram repetidos, portanto as informações para relatar sobre o progresso desses indicadores não estão facilmente disponíveis neste momento. Um indicador que poderia ser usado para indicar onde a Região está posicionada em termos de cobertura de serviços de saúde é a “Cobertura para a população pelo provedor do setor de saúde, países das Américas, anos selecionados”, compilado para Saúde nas Américas 2012. Tal informação será incluída na versão definitiva do relatório que será apresentado em setembro de 2012 na 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana.</p> <p>Progressos em relação ao OE 10 também podem ser medidos usando os indicadores de resultado de saúde que são altamente sensíveis ao acesso e à cobertura dos serviços de saúde — tais como a redução das taxas de mortalidade materna e de mortalidade neonatal — para os quais a Região progrediu significativamente em 2010-2011, como relatado no OE4.</p>					

Avaliação do OE 2010-2011

Dos 3 RERs, 3 estão no caminho; e das 7 metas do indicador, 6 foram atingidas. Em termos gerais, houve bastante progresso na melhoria da organização, gestão e prestação dos serviços de saúde, na Região das Américas. Os países avançaram com a implementação dos sistemas baseados nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), a integração de redes de prestação de serviços de saúde e a execução da qualidade da atenção e dos programas para segurança dos pacientes.

Avanços Principais

- Houve progressos significativos na renovação da APS: isto inclui o desenvolvimento de uma Comunidade de Prática em APS (plataforma virtual), uma avaliação regional da APS, o desenvolvimento de uma estrutura/metodologia analítica para avaliação do desempenho dos sistemas de saúde com 'lentes' de APS, e curso virtuais sobre APS em inglês através do Campus Virtual em Saúde Pública (VCPH).
- Produziram-se cinco manuais para apoiar a implementação das Redes Integradas de Prestação de Serviços de Saúde (IHSDNs). Houve uma revitalização da cooperação técnica nos hospitais dentro da estrutura das IHSDN nos âmbitos global, regional e de país — incluindo uma proposta de uma agenda regional em hospitais.
- Os países de língua inglesa do Caribe estão mostrando progressos importantes na Iniciativa Funções Essenciais da Saúde Pública (FESP); as avaliações de acompanhamento realizadas em 2010-2011 mostram progresso substancial quando comparadas com avaliações anteriores.
- Os países estão avançando em direção à integração dos programas verticais dentro dos seus sistemas de saúde. Em particular, há esforços para integrar os programas de saúde mental nos serviços de APS, principalmente nos países de língua inglesa do Caribe (Antigua e Barbuda, Barbados, Dominica, Granada, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas e Trinidad e Tobago).
- Houve uma reativação da estratégia na qualidade da atenção e da segurança dos pacientes, com várias atividades realizadas durante o biênio. Uma compilação da legislação sobre este tema dos países latino-americanos foi preparada; um curso piloto virtual foi desenvolvido e implementado; e uma análise sistemática dos eventos adversos nos serviços da atenção primária foi elaborada, entre outros.

Desafios Principais

- A integração ampliada e continuada das DNTs e seus fatores de risco comuns, assim como outros programas, são necessários para introduzir plataformas transversais —, bem como para reduzir as desvantagens associadas com enfoques verticais. O COT sobre Modelo de Atenção poderia ajudar a abordar este desafio.
- Existe uma necessidade de se mobilizar outros recursos em apoio a tais iniciativas regionais, como Funções Essenciais da Saúde Pública (FESP) e Metodologia de Administração Produtiva para os Serviços de Saúde (PMMHS), entre outros temas que não são tão atrativos aos financiadores.
- Os enfoques interculturais precisam ser integrados dentro das políticas e sistemas de saúde (o único indicador do RER sob este OE relata o não alcance da meta).
- Há uma necessidade de assegurar que a qualidade da atenção e da segurança dos pacientes seja integrada através dos programas de saúde e considerado apenas como um outro componente à parte.
- Há desafios com respeito à interpretação de quais temas devem ser abordados sob diferentes indicadores de RER (particularmente com respeito aos indicadores de RER 10.1.1 e 10.1.4). Deve haver diálogo contínuo entre o âmbito regional e os Escritórios nos Países a fim de estabelecer seus limites.

Lições Aprendidas

- A maioria dos países continua avaliando as FESP sem elaborar qualquer plano específico para fortalecer estas funções que devem ser abordadas. O nível regional pode desempenhar uma função importante ao prestar apoio aos países enquanto se ocupam da elaboração de suas agendas para fortalecer as FESP, com base em experiências de sucesso (como foi o caso no Brasil).
- Os processos de integração são difíceis, complexos e de longo prazo, requerendo mudanças sistemáticas extensas. A integração não significa que todos os componentes da rede devem ser integrados em uma única modalidade, já que modalidades múltiplas e graus de integração podem coexistir dentro de um único sistema. A lição aprendida é que os países requerem diretrizes operacionais sobre como executar as Redes Integradas de Prestação de Serviços de Saúde (IHSDNs); um primeiro passo nesta direção foi tomado com o desenvolvimento de cinco manuais para apoiar os processos de integração.
- A experiência até agora indica que se deve incentivar os países da linha de base a vincularem os indicadores e desenvolverem suas próprias ações para sustentar o progresso. De outro modo, contratemplos nos avanços talvez ocorram.

Relatório de Progresso de RER do OE10

RER 10.1: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para fortalecer sistemas de saúde baseados na atenção primária, promovendo acesso equitativo aos serviços de saúde de qualidade e priorizando os grupos populacionais vulneráveis					No caminho
Avaliação de RER (3 de 4 metas do indicador de RER atingidas, com 1 excedendo a meta de 2011)					
<p>Em termos gerais, houve bastante progresso na implementação dos sistemas de saúde baseados na APS, na Região das Américas. No âmbito nacional, muitos países estão defendendo a renovação dos serviços de APS e implementando o planejamento e a informação de saúde, os sistemas de informação sanitária, a reorganização dos serviços de saúde e o treinamento dos funcionários da área de saúde com um enfoque de APS. Houve, também, importantes avanços na avaliação das FESP e na integração dos programas verticais no sistema de saúde. No âmbito regional, houve progresso significativo no desenvolvimento das opções de políticas e estratégias para a implementação das quatro reformas de APS esboçadas no Relatório sobre a Saúde no Mundo (WHR) de 2008: desenvolvendo uma estrutura e metodologia para a avaliação do desempenho dos sistemas de saúde com lentes de APS, avaliando a situação da APS nas Américas, criando um COP em APS, e documentando lições aprendidas na integração de programas específicos às enfermidades nos sistemas de saúde. Houve o progresso moderado na incorporação do enfoque intercultural nos sistemas de saúde.</p>					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
10.1.1: Número de países que documentam o fortalecimento de seus sistemas de saúde baseados na atenção primária, de acordo com a Declaração de Montevideu e o Documento de Posição da OPAS/OMS	18	21	21	23	<p>Linha de Base 2009: ABM, ANI, ARG, BAR, BRA, CHI, COR, CUB, DOM, ECU, GRA, GUT, NIC, SAL, SAV, SCN, URU, VEN</p> <p>Meta 2011: PAN, PAR, PER</p> <p>PAN, PAR e PER atingiram a meta para 2011. Houve relevantes avanços, também, em BAR, no BRA e URU. Uma avaliação da situação da implementação da Estratégia de Renovação da APS está em curso, com a participação de 20 Países Membros. Os resultados serão publicados em 2012.</p>

10.1.2: Número de países que mostram avanços no desempenho de sua função gestora medida pela avaliação das Funções Essenciais de Saúde Pública	8	11	11	14	<p>Linha de Base 2009: ARG, BAR, BRA, COL, GUY, MEX, NIC, PAR</p> <p>Meta 2011: ELS, PER, SCN</p> <p>ELS, POR e SCN atingiram a meta. Embora SCN ainda não tenha implementado seu plano para melhoria, o país aperfeiçoou claramente as FESP, como observado nas medições realizadas neste ano na segunda avaliação, ao contrário daquelas de avaliações anteriores.</p>
10.1.3: Número de países que integraram um enfoque intercultural na elaboração de políticas e sistemas de saúde baseados nos serviços de atenção primária	3	5	4	8	<p>Linha de Base 2009: BOL, ECU, GUT</p> <p>Meta 2009: CUB, VEN</p> <p>CUB atingiu a meta, mas VEN não.</p>
10.1.4: Número de países que usam a estratégia renovada de atenção primária à saúde em seus programas baseados na população e iniciativas de controle das doenças prioritárias	N/D	6	7	12	<p>Linha de Base 2009: N/D</p> <p>Meta 2011: BLZ, BRA, CHI, COR, CUB, ECU, PER</p> <p>BLZ, BRA, CHI, COR, CUB, ECU e PER alcançaram o indicador, excedendo a meta para 2011. Dezoito (18) países adicionais também relatam o progresso conseguido. Vários países se esforçaram para aplicar a estratégia de APS para fortalecer os serviços de saúde mental.</p>

RER 10.2: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para fortalecer as capacidades organizacionais e gerenciais das redes e instituições dos serviços de saúde, melhorar o desempenho e obter colaboração e sinergia entre provedores públicos e privados

No caminho

Avaliação do RER

(2 de 2 metas do indicador de RER atingidas, com 1 excedendo ambas as metas para 2011 e 2013)

Os avanços combinados dos Escritórios de País da OPAS, da Equipe Regional, e seus colaboradores externos, tornaram este um biênio com progressos significativos no fortalecimento da organização e gestão dos serviços de saúde na Região. Os Estados Membros adotaram plenamente as Redes Integradas de Prestação de Serviços de Saúde (IHSDNs) como uma estrutura chave para os serviços de saúde. Além disso, o HSS/IS completou o desenvolvimento de um curso virtual de cinco módulos sobre a Metodologia de Administração Produtiva para os Serviços de Saúde (PMMHS). Uma análise da situação dos serviços médicos de urgência foi completada em 14 países. Há Programas de Intervenção Estratégicos implantados em dois hospitais (no ECU e SAL) utilizando a estrutura e as ferramentas da PMMHS. Finalmente, foi lançada a Iniciativa para o Desenvolvimento de uma Agenda Regional para os Hospitais em IHSDNs. Os avanços refletidos neste relatório e o trabalho realizado pelo HSS/IS na promoção da estrutura da OPAS — tanto regionalmente como em escala mundial — estão expressando impacto significativo.

Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
10.2.1: Número de países que executaram estratégias para fortalecer a gestão nos serviços de saúde	14	17	17	20	<p>Linha de Base 2009: ABM, ANI, BAH, BLZ, CHI, COL, COR, ECU, ELS, GUT, NIC, PAN, PER, TRT</p> <p>Meta 2011: HON, MEX, SAL</p> <p>HON, MEX e SAL atingiram a meta. HON</p>

					iniciou um processo para fortalecer a administração dos serviços de saúde em um dos hospitais de Previdência Social (IHSS) do país. SAL realizou um seminário sobre Produção, Eficiência, Recursos e Custos (PERC).
10.2.2: Número de países que adotaram as recomendações de política da OPAS/OMS para integrar as redes de serviços de saúde, inclusive os provedores públicos e privados	9	10	15	13	<p>Linha de Base 2009: BRA, CHI, COR, CUB, ECU, GUT, MEX, PER, URU</p> <p>Meta 2011: BLZ, COL, JAM, PAN, PAR, TRT</p> <p>Esta meta foi excedida. Seis países conseguiram o indicador e mostraram progresso substancial na implementação das recomendações para integrar as redes de prestação de serviços de saúde. No âmbito regional, HSS/É está pela produção completa de cinco guias que prestarão apoio à execução de IHSDNs e as experiências do país do documento e lições aprendidas ao executar IHSDNs.</p>
RER 10.3: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para fortalecer os programas de melhoria da qualidade da atenção e segurança do paciente					No caminho
Avaliação do RER (1 de 1 meta do indicador de RER atingida)					
<p>Houve avanços significativos neste tópico na Região, com várias atividades sendo realizadas durante o biênio. Uma compilação da legislação de países latino-americanos e da Espanha foi preparada; e um curso piloto virtual foi desenvolvido com especialista da ARG, COL, COR e do MEX. Quando o curso foi oferecido através do Campus Virtual de Saúde Pública, havia 53 participantes de 17 países. Além disso, um documento sobre os sistemas de notificação foi elaborado com a participação de oito países da Região. Adicionalmente, uma análise sistemática dos eventos adversos nos serviços de atenção primária foi preparada, e uma proposta de investigação dos eventos adversos nos ambulatórios foi elaborada. Um grande desafio é a integração da qualidade da atenção por todo o sistema de saúde. Como primeiro passo neste sentido, ocorreu uma reunião regional com a participação dos ministérios da saúde e gerentes de programas. O objetivo era identificar os mecanismos para fortalecer a integração da qualidade da atenção em todos os sistemas de saúde.</p>					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
10.3.1: Número de países que mostram avanço nos programas de melhoramento da qualidade da atenção, inclusive a segurança do paciente	19	22	22	24	<p>Linha de Base 2009: ABM, ANI, ARG, BAR, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOM, ECU, ELS, GRA, GUT, MEX, PER, TRT</p> <p>Meta 2011: DOR, PAN, SAL</p> <p>Os três países-alvo alcançaram o indicador. Na DOR, uma avaliação da biossegurança foi completada em cinco hospitais de prioridade. No PAN, uma rede de hospitais está desenvolvendo ferramentas de segurança aos pacientes, como lavagem das mãos, listas de verificação cirúrgicas etc. Em SAL, programas de atendimento de qualidade foram elaborados para os serviços de saúde regionais do país, Hospital de Santo Jude Hospital Victoria e Hospital Tapion. A Qualidade da Atenção e o Programa de Segurança dos Pacientes (QCPS) avançaram em quase todos os países da Região.</p>

Relatório de Progresso do OE11

OE11: Fortalecer a liderança, governança e base de dados dos sistemas de saúde				No caminho	
Visão Geral do Orçamento					
Orçamento Aprovado (PB 2010-2011)	Fundos Disponíveis			Gastos (%)	Financiado (%)
	RB	OE	Total		
\$42.482.000	\$30.227.000	\$9.545.179	\$39.772.179	93%	93%
Progresso em relação ao OE até 2013					
Progresso em direção ao alcance das metas do indicador de nível de impacto, como estabelecido no Plano Estratégico da OPAS 2008–2012					
Indicador 1: Número de países com legislação destinada a aumentar o acesso à saúde (serviços não pessoais e saúde pública) e à assistência de saúde					
<p>Além dos países na linha de base para 2007 e 2009 (Argentina, Belize, Brasil, Colômbia, Cuba, Departamentos franceses nas Américas, Peru, e Trinidad e Tobago), República Dominicana, Equador e Honduras relataram exame de suas legislações. Guiana, México e Paraguai também relatam progressos na revisão de suas legislações. Consequentemente, nenhum problema está previsto para o alcance do objetivo de 2013 em 15 países.</p>					
Indicador 2: Número de países que estabeleceram objetivos de saúde nacionais para aprimorar os resultados de saúde					
<p>Linha de Base: 3 países em 2007 Meta: 10 países até 2013</p> <p>Este indicador foi alcançado. Até 2011, 29 países haviam formulado políticas e planos de médio e longo prazo ou haviam definido os objetivos de saúde nacionais. Será importante manter e monitorar tais políticas, planos e objetivos, e mantê-los atualizados durante o próximo biênio.</p>					
Indicador 3: Número de países que implementaram a monitoração e a avaliação do desempenho dos sistemas de informação sanitária que cumprem com a OPAS/OMS e com as normas da Rede de Métrica de Saúde					
<p>Linha de Base: 3 países em 2007 Meta: 15 países até 2013</p> <p>Em 2011, 10 países realizaram o monitoramento e realizaram a avaliação do desempenho dos sistemas de informação sanitária. Portanto, este indicador está no caminho para atingir a meta até 2013.</p>					
Indicador 4: Número de países incorporando o gerenciamento do conhecimento e estratégias de saúde baseadas em tecnologia, para fortalecerem seus sistemas de saúde					
<p>Linha de Base: 10 países em 2007 Meta: 20 países até 2013</p> <p>Este indicador está no caminho para atingir a meta de 20 países que incorporaram o gerenciamento de conhecimento e estratégias de saúde baseadas em tecnologia, para fortalecer seus sistemas de saúde ao final de 2013 (Indicador 4) — especialmente considerando que estes 12 países já o tinham feito até 2011.</p>					
Indicador 5: Número de países que cumprem com o acordado na Cúpula do México de dedicarem pelo menos 2% do orçamento de saúde pública à pesquisa					
<p>Linha de Base: 0 países em 2006</p>					

Meta: 10 países até 2013

Canadá e Estados Unidos já atingiram esta meta nas Américas. Até 2005, Argentina, Chile, Cuba, México, Panamá e Venezuela estavam investindo bastante em pesquisa e desenvolvimento de saúde como uma proporção de seus gastos nacionais de saúde (variando de aproximadamente 0,65% a 1,35%). Desde a Cúpula do México, tem-se observado uma tendência positiva em países como Argentina, Brasil e México. Os países estão, arriscadamente, se atrasado no avanço da meta de 2013 e necessitará não só receber apoio extra para alcançar este indicador, como também aumentar o compromisso nacional para atingir esta meta.

Avaliação do OE 2010-2011

O OE11 está classificado como no caminho, com seus 5 RERs no caminho e todas as suas 14 metas do indicador de RER atingidas para 2011. Importantes avanços foram conseguidos em 2010-2011, enquanto que, também, mantendo o progresso no fortalecimento dos sistemas de informação sanitária, análise e banco de dados —, assim como criando e/ou mantendo diferentes plataformas para acessar e trocar informações sanitárias em todos os níveis. Nenhum desafio está previsto ao alcance das metas para o próximo biênio, contanto que haja recursos suficientes para prestar cooperação técnica necessária — especialmente para estas iniciativas que requerem forte apoio regional, e contanto que os países continuem a dedicar esforços para manter e ampliar as conquistas realizadas.

Avanços Principais

- Com respeito aos indicadores de RER 11.1.1, 11.2.1, 11.2.2, 11.3.1, 11.3.4 e 11.5.3, os avanços principais incluem revisão das estruturas legislativas; manutenção dos dados centrais de saúde; atualização e aumento do uso de banco de dados para mortalidade e nascimentos; preparação, por 100% dos países, de análises de situação sanitária a tempo para a publicação da Saúde nas Américas 2012; monitoramento dos indicadores dos ODMs relacionadas com a saúde; fortalecimento da Rede da América Latina e do Caribe para os Sistemas de Informação Sanitária (RELAC SIS) e do Observatório Regional de Saúde; e aumento da cooperação técnica aos países de língua inglesa do Caribe, para melhorar os sistemas de informação sanitária.
- Houve avanços significativos na implementação da Política da OPAS sobre a Pesquisa para a Saúde, através das parcerias eficazes e da integração da pesquisa na cooperação técnica da OPAS. A governança em pesquisa foi fortalecida em pelo menos cinco países. Além disso, há, agora, dados mais organizados e acessíveis para descrever sistemas de pesquisa em saúde nacionais nos Estados Membros. A OPAS está na dianteira em relação à vigilância e ao aprimoramento dos sistemas de pesquisa em saúde nacionais, à implementação das ferramentas para tradução do conhecimento, e à promoção do uso e desenvolvimento de pesquisas sobre sistemas de saúde.
- Estruturas e ferramentas para a análise da legislação sanitária foram desenvolvidas e examinadas. Alguns exemplos são os seguintes: O URU aprovou uma lei que contribui para a consolidação do Sistema Nacional Integrado de Saúde, e DOR e HON decretaram legislação para fortalecer a guarda da Autoridade Sanitária Nacional e fortalecer suas regulamentações para talento humano e produtos médicos.
- Houve o progresso na implementação de Políticas, Estratégias e Planos de Saúde Nacionais — iniciativa Programa Global de Aprendizagem (NHPSP-BPL), na Região, com a OPAS que adaptando materiais desenvolvidos pela OMS ao contexto da Região.
- Houve progresso sustentado no desenvolvimento de projetos, produtos e serviços que fortalecem a função da Organização, tanto no âmbito regional como global, como uma fonte de autoridade de informações e conhecimentos relacionados com as ciências da saúde. Entre outras, três grandes iniciativas decorrentes dos processos coletivos merecem destaque:
 - (1) A estratégia *e-Saúde*;
 - (2) a Estratégia de Gestão do Conhecimento e Comunicação, e
 - (3) a adoção de um modelo de Redes Estratégicas de Relacionamentos.

Desafios Principais

- Continuar a reduzir a fragmentação dos sistemas de informação sanitária, portanto aumentando a confiabilidade dos dados, sua produção sistemática e regular nos âmbitos nacional e estadual, e melhorando a capacidade analítica dos países. Ampliar e melhorar o acesso às informações sanitárias, assim como o uso de informações para tomadas de decisão. Ampliar e melhorar o acesso às informações sanitárias.
- O financiamento externo para a saúde está, ainda, altamente fragmentado e/ou fora do alcance dos orçamentos e planos nacionais. Por isso, existe a necessidade de uma contínua cooperação técnica para a iniciativa NHPSP-BPL na Região.
- Para implantar a Política sobre Pesquisa em Saúde, é necessário aumentar recursos (incluindo financiamento), parcerias, cooperação técnica e integração de pesquisa no planejamento e prestação de assistência de saúde. Há uma necessidade de manter a ênfase na implementação e no progresso de políticas, assim como nos mecanismos de monitoramento e avaliação. Uma necessidade adicional é ampliar os indicadores e priorizar estratégias, como estabelecido no plano de trabalho e nos documentos de políticas.
- O trabalho com as comissões para bioética nacional encontra dificuldades políticas (tanto com respeito ao seu estabelecimento como com seu trabalho em curso), o que podem dificultar o avanço do indicador do RER 11.4.2 (que trata do número de países com comissões nacionais dirigidas ao cumprimento da monitoração com padrões éticos em pesquisa científica).

Lições Aprendidas

- Os países se comprometeram a melhorar a legislação sobre os diferentes temas. As oficinas com os grupos interssetoriais provaram consistir em um passo positivo. No entanto, visto que a revisão da legislação implica componentes técnicos e políticos, a contínua atualização pelos Escritórios de País da OPAS é essencial para conseguir promulgação das legislações esboçadas até o momento.
- Os sólidos sistemas de pesquisa em saúde nacionais permitem os países a maximizar os benefícios da pesquisa, e a Política da OPAS sobre a Pesquisa em Saúde os fortalece com um enfoque de sistemas em sua implementação. Isto requer a sustentação dos avanços, a garantia de recursos suficientes para a implementação da política, o empenho e participação dos Estados Membros, e o monitoramento e avaliação. A coordenação regional e os recursos estáveis e adequados são chave para a implementação adequada da Política da OPAS para Pesquisa em Saúde, com o intuito de alcançar seus objetivos.
- A função da OPAS como uma fonte de autoridade e agente de informações e conhecimento sobre saúde pública comprovados está ficando cada vez mais essencial com a sobrecarga de informações sanitárias e a ascensão do uso de redes sociais.
- A formação de alianças com países e organismos foi muito importante para o desenvolvimento e lançamento da Rede da América Latina e do Caribe para Sistemas de Informação Sanitária (RELACSIS, sigla do nome em espanhol). A RELACSIS constitui o cume de cinco anos do ciclo de fortalecimento e aprimoramento dos sistemas de informação sanitária (SIS). Surgiu como o resultado de uma parceria estratégica entre a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), a OPAS e a Avaliação MEASURE, acompanhado da participação ativa de todos os países envolvidos.

Relatório de Progresso do OE11

RER 11.1: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para fortalecer a capacidade da autoridade sanitária nacional de exercer sua função gestora; melhorar a análise das políticas, a formulação, o regulamento, o planejamento estratégico, a implementação das mudanças no sistema de saúde; e melhorar a coordenação interssetorial e interinstitucional nos níveis nacional e local					No caminho
Avaliação do RER (2 de 2 metas do indicador atingidas, com 1 excedendo a meta de 2011)					
<p>Houve avanços em três países na revisão e atualização da legislação dentro da estrutura da estrutura das reformas constitucionais, assim como em temas específicos. Foram organizadas oficinas e análises da legislação sanitária comparativas produzidas a fim de aprimorar a capacitação no desenvolvimento de legislação sanitária. Além disso, a Iniciativa Políticas, Estratégias e Planos Nacionais de Saúde (NHPSP), na Região da OMS/AMRO, tem avançado de forma sustentável. Duas oficinas relacionadas com a fase acelerada de NHPSP-BPL foram realizadas na Região. Um grande avanço foi a adaptação dos materiais originais preparados pela OMS sobre NHPSP-BPL para cumprir com as necessidades e o conteúdo regionais. Adicionalmente, um Curso Virtual sobre Administração de Políticas Públicas na Saúde está em desenvolvimento e estará disponível aos Estados Membros até primeiro trimestre de 2012.</p>					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
11.1.1: Número de países que atualizaram suas legislações e quadros reguladores	8	10	11	12	<p>Linha de Base 2009: ARG, BLZ, BRA, COL, CUB, FDA, PER, TRT</p> <p>Meta 2011: DOR, ECU</p> <p>A meta foi excedida. Além dos dois países-alvo (DOR e ECU), um terceiro país (HON) também alcançou o indicador. Progresso também foi sustentado em BLZ, no BRA, em CUB, nos FDA, no PER e em TRT.</p>
11.1.2: Número de países que elaboraram políticas e planos de médio e longo prazo ou definiram objetivos nacionais de saúde	18	29	29	35	<p>Linha de Base 2009: BAR, CAN, COR, CUB, DOM, DOR, ELS, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAR, SAV, SUR, USA, VEN</p> <p>Meta 2011: ARG, BAH, BOL, BRA, CHI, COL, ECU, PAN, PER, TRT, URU</p> <p>A meta foi plenamente atingida. Houve progresso na formação de capacidade no nível dos Escritórios de País da OPAS para apoiar a formulação de políticas, estratégias e planos nacionais de saúde. Duas oficinas relacionadas com a fase acelerada de NHPSP-BPL foram realizadas para a Região do AMRO.</p>
RER 11.2: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para melhorar os sistemas de informação sobre saúde nos âmbitos regional e nacional					No caminho
Avaliação do RER (2 de 2 metas do indicador de RER atingidas)					
<p>Sistemas de Informação Sanitária foram constantemente fortalecidos. A criação da RELACSIS permitiu o treinamento nos países, assim como o estabelecimento de diretrizes para um Plano Regional de Capacitação em parceria com os Centros Colaboradores para a Família de Classificações Internacionais (FIC). O trabalho com os indicadores básicos de saúde foi mantido com êxito nos países de língua espanhola. Para o próximo biênio, um dos desafios será a incorporação dos países de língua inglesa do Caribe. Uma lição aprendida foi que o lançamento da RELACSIS constituiu o cume de cinco anos de esforços dirigidos ao ciclo de fortalecimento e aprimoramento do HIS, assim como uma aliança estratégica entre a USAID, a OPAS e Avaliação MEASURE — mas, com mais importância, uma aliança com todos os países interessados neste processo.</p>					

Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
11.2.1: Número de países que implementaram processos para fortalecer a cobertura e qualidade de seus sistemas de informação sobre saúde	7	10	10	15	<p>Linha de Base 2009: GUT, HON, MEX, NIC, PAR, PER</p> <p>Meta 2011: BLZ, ECU, ELS</p> <p>A meta foi plenamente atingida. A criação da RELACSIS permitiu a capacitação em países com lacunas mais críticas, assim como a criação de diretrizes para um Plano Regional de Treinamento. O Plano Regional de Ação para Fortalecimento das Estatísticas Vitais e de Saúde espera avaliar os indicadores de cobertura e qualidade em 2013, seguido da resolução respectiva. Vale destacar as parcerias com o CAREC, a USAID, a Avaliação MEASURE, ACIDI e CEPAL, para administrar e financiar o Plano Regional de Ação de Fortalecimento das Estatísticas Vitais e de Saúde.</p>
11.2.2: Número de países que implementaram a Iniciativa Regional de Dados Básicos de Saúde da OPAS	16	19	19	27	<p>Linha de Base 2009: ARG, BLZ, BRA, CHI, COL, COR, CUB, RDO, ECU, ELS, GUT, HON, MEX, NIC, PAN, PER</p> <p>Meta 2011: BOL, PAR, PUR</p> <p>A meta foi plenamente atingida. O trabalho no âmbito nacional sobre os indicadores básicos está sendo mantido com êxito nos países de língua espanhola. As metas de 2013 ampliarão este trabalho aos países de língua inglesa, com possíveis desafios, tais como financiamento, comunicação contínua com países através dos escritórios de Representação PAHO/OMS, e garantia de que prioridade seja fornecida a este tópico pelos governos nacionais.</p>
RER 11.3: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para aumentar o acesso equitativo, a difusão e o uso de informações, conhecimentos e dados científicos relevantes para a saúde, conhecimento e dados científicos para as tomadas de decisão					No caminho
Avaliação do RER (5 de 5 metas do indicador de RER atingidas)					
A atualização dos capítulos dos países a Saúde nas Américas (HIA) 2012 proporcionou uma oportunidade excelente para monitorar o progresso realizado para alcançar os ODMs e atualizar a análise da situação sanitária em todos os países da Região. Com respeito à Biblioteca Virtual em Saúde, a meta foi atingida. Uma lição aprendida foi a necessidade de continuar a trabalhar estreitamente com as contrapartes técnicas — tanto na OPAS/Sede como nos Escritórios de País da OPAS — para monitorar os objetivos.					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
11.3.1: Número de países que atualizam a análise da situação	7	9	9	10	Linha de Base: BRA, CUB, ECU, FEP, MEX, NIC, VEN

de saúde ao menos a cada dois anos					<p>Meta 2011: ELS, GUY</p> <p>A meta foi plenamente atingida; além disso, durante este biênio, a preparação dos capítulos dos países para Saúde nas Américas 2012 permitiu praticamente que cada país atualizasse sua análise da situação sanitária.</p>
11.3.2: Número de países que participam em iniciativas tendentes a fortalecer a apropriação, produção e uso dos resultados de pesquisas para fundamentar as políticas e práticas	3	6	6	8	<p>Linha de Base 2009: BRA, COR, TRT</p> <p>Meta 2011: FEP, PAR, PER</p> <p>A meta foi plenamente atingida. Os países que formaram equipes capazes de completar ferramentas e processos de tradução do conhecimento incluem — além dos países-alvo: — ARG, BRA, CHI e ECU.</p>
11.3.3: Número de países que têm acesso a informações e conhecimentos científicos essenciais, medido pelo acesso à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nos níveis nacional e regional	15	21	23	25	<p>Linha de Base 2009: ARG, BOL, BLZ, BRA, PODE, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ELS, JAM, MEX, PER, USA</p> <p>Meta 2011: ECU, FEP, GUT, GUY, HON, PAR, NIC, URU</p> <p>A meta foi excedida. Além dos seis países-alvo (FEP, GUT, GUI, HON, PAR, e URU), ECU e NIC também alcançaram o indicador. Progressos também foram sustentados em BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ELS, MEX e PER.</p>
11.3.4: Número de países que monitoram os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados com a saúde	25	34	34	36	<p>Linha de Base 2009: ARG, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, RDO, ECU, ELS, GUT, GUI, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SUR, TRT, URU, VEN</p> <p>Meta 2011: ABM (ANU e IVB), ANI, BAH, BAR, GRA, SCN, SAL, SAV</p> <p>A meta foi plenamente atingida. A atualização dos capítulos de países para a HIA 2012 proporcionou uma oportunidade excelente para monitorar o progresso. Faltando dois anos para a data limite de 2013, para atingir as metas, é provável que os países redobrem seus esforços para medir o progresso, portanto aumentará a demanda de cooperação técnica para fortalecer sua capacidade analítica. CAN e EUA não devem ser contados como países-alvo, uma vez que eles não monitoram os ODMs segundo os acordos.</p>

RER 11.4: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para facilitar a geração e transferência de conhecimento em áreas prioritárias, incluindo pesquisa em saúde pública e sistemas de saúde, e assegurar que os produtos satisfaçam os padrões éticos da OMS					No caminho
Avaliação do RER (2 de 2 metas do indicador de RER atingidas, com 1 excedendo a meta de 2011)					
<p>Houve progressos significativos com relação a este RER, requerendo ações levando a atividades específicas que resultaram na ampliação das capacidades nas áreas de governança e gestão de pesquisa — assim como em pesquisas sendo traduzidas para políticas e prática. A capacitação levou em consideração o aproveitamento de pesquisas nos sistemas de saúde, portanto, os dois indicadores para este biênio foram alcançados. Grandes conquistas incluem dados sobre governança e políticas organizados para mais de 30 países e a RSPA; 26 Estados Membros enumerando as prioridades de pesquisa; dados estando disponíveis nas regulamentações de ética de 16 Estados Membros e da RSPA; e mais de 1.000 comitês de análise de ética sendo identificados, portanto, permitindo a formulação de uma meta para formar capacidades para padrões melhorados de pesquisa. Os padrões para a pesquisa na RSPA foram fortalecidos. As atividades regionais abordaram qualidade, governo, recursos humanos, padrões e tradução de conhecimento. Estes foram implementados através de parcerias estratégicas (por exemplo, Conferências sobre Pesquisa e Inovação em Saúde, Reunião Regional para Comissões de Bioética Nacionais das Américas, a Plataforma Internacional do Registro de Ensaio Clínicos (ICTRP)–Américas, a Rede para Políticas Comprovadas nas Américas (EVIPNet Américas), e diretrizes para recomendações técnicas formuladas com tais parceiros chave como os Centros Colaboradores da OPAS/OMS.</p>					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
11.4.1: Número de países que contam com um sistema nacional de pesquisa em saúde com as características (indicadores) definidas pela OPAS	2	4	5	5	<p>Linha de Base: BRA, COR</p> <p>Meta 2011: CUB, ECU, PAR</p> <p>A meta foi excedida. Uma estrutura foi estabelecida para uma melhor governança em pesquisa. Há mais dados que são melhores organizados e acessíveis para descrever os sistemas de pesquisa em saúde nacionais nos Estados Membros. A OPAS está na dianteira para monitoramento e aprimoramento dos sistemas de pesquisa em saúde nacionais, implementando ferramentas para tradução de conhecimento e promovendo a utilização e o desenvolvimento de pesquisas sobre sistemas de saúde.</p>
11.4.2: Número de países com comissões nacionais para monitorar o cumprimento dos padrões éticos em pesquisa científica	15	18	18	20	<p>Linha de Base: ARG, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOM, ECU, MEX, PAN, PAR, PER, URU, VEN</p> <p>Meta 2011: BLZ, JAM, TRT</p> <p>A meta foi plenamente atingida. A comissão de ética de BLZ foi estabelecida, juntamente com as diretrizes. A JAM possui uma Comissão de Bioética Nacional bem estabelecida, a qual, ultimamente, tornou-se uma das mais ativas na Região. A Comissão de Bioética de TRT encontra-se em etapas finais e será finalizada no próximo ano. Existem desafios na medição deste indicador, já que o trabalho é dividido entre a OMS (para apoio aos assuntos técnicos) e a UNESCO (para estabelecer as comissões).</p>

RER 11.5: A OPAS é a fonte de autoridade e a intermediária de informações e conhecimentos de saúde pública baseados em evidências, fornecendo conhecimentos essenciais de saúde e material para defesa de causas aos Estados Membros, parceiros na esfera da saúde e outros interessados diretos					No caminho
Avaliação do RER					
(3 de 3 metas do indicador de RER atingidas, com 1 excedendo a meta de 2011)					
<p>A OPAS continuou progredindo no desenvolvimento de projetos, produtos e serviços que fortalecem a sua função como uma fonte de autoridade de informações sobre ciências da saúde e conhecimento em ambos níveis regional como global. Entre outros, três resultados importantes decorrentes dos processos coletivos merecem destaque:</p> <p>(1) A estratégia e-Saúde foi recentemente aprovada pelo 51º Conselho Diretor da OPAS.</p> <p>(2) A estratégia de gestão do conhecimento e comunicação para todas as entidades da OPAS foi aprovada pela EXM.</p> <p>(3) Um modelo para as Redes de Relação Estratégicas foi adotado após discussões na Reunião de Gerentes anual em Punta Cana. Isto reforça outras iniciativas, como aquelas relacionadas às políticas de pesquisa, ao desenvolvimento de uma política editorial, e diversas normas e procedimentos para trabalhar como uma organização voltada para o conhecimento.</p> <p>A Plataforma de Informação Sanitária Regional da OPAS (PHIP) está em operação e consolidada como planejado. Um grande desafio é alcançar a interoperabilidade entre as principais iniciativas institucionais da OPAS, como o website da OPAS 2.0, o VCPH e a BVS.</p>					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
11.5.1: Número de visitas ao site da OPAS	30 milhões	35 milhão	Excedido	40 milhões	Embora esta "meta" tenha sido mal definida, devido ao fato de que as métricas deveriam ser medidas de maneira diferente, com base em uma análise bibliométrica do uso de informações, e não somente no número de impactos no alvo, a meta foi, não obstante, excedida.
11.5.2: Manter o número de países que têm acesso a informação sanitária baseada em evidências e material de promoção para a execução eficaz dos programas de saúde, conforme refletido nas estratégias de cooperação com os países	35	33	35	33	<p>Linha de Base 2009: ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, RDO, ECU, ELS, GRA, GUT, GUI, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, SCN, SUR, TRT, URU, USA, VEN</p> <p>Meta 2011: Manutenção</p> <p>A manutenção nos 35 países foi conseguida.</p>
11.5.3: Criação da Plataforma de Informação Regional da OPAS, integrando todos os bancos de dados de saúde da RSPA e a informação dos parceiros em matéria de saúde e desenvolvimento	Integração de todos os bancos de dados de saúde técnicos da RSPA	Integração da informação de parceiros de saúde e desenvolvimento	Sim	Plataforma criada e totalmente operacional	A Plataforma de Informação Sanitária Regional da OPAS (PHIP) está, agora, em operação e consolidada como projetado e planejado. A PHIP integra os dados de programas de saúde da RSPA em toda a Organização, assim como os dados de tais parceiros de desenvolvimento, como a Divisão de Estatísticas de Nações Unidas (UNSD), o Banco Mundial (BM), a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Programa das Nações Unidas para o

					Desenvolvimento (PNUD) e o Instituto para Métricas de Saúde e Avaliação (IHME). Os dados da PHIP e os produtos de Informação estão disponíveis no portal do Observatório de Saúde em http://www.paho.org/rho . Para mais informações, refira ao https://sites.paho.org/rho ou http://ais.paho.org .
11.5.4: Número de Comunidades de Prática estabelecidas e em uso nas entidades da RSPA	10	15	15	15	A Organização continuou implementando a metodologia das Comunidades de Prática (CoP). A CoP nos serviços de Atenção Primária à Saúde deve ser destacada, já que é uma das maiores na Organização; está atualmente em desenvolvimento.

Relatório de Progresso do OE12

SO12: Garantir melhor acesso, qualidade e uso de produtos e tecnologias médicas				No caminho	
Resumo do Orçamento					
Orçamento Aprovado (PB 2010-2011)	Fundos Disponíveis			Gastos (%)	Financiado (%)
	RB	OE	Total		
\$18.963.000	\$7.154.000	\$13.895.278	\$21.049.278	85%	111%
Progresso em relação ao alcance do OE até 2013					
<p>Progresso em direção ao alcance das metas do indicador de nível de impacto, como estabelecido no Plano Estratégico da OPAS 2008–2012</p> <p>Indicador 1: Número de países na América Latina e no Caribe onde o acesso a produtos e tecnologias essenciais médicas é reconhecido pela constituição ou legislação nacional Linha de Base: 6 países em 2006 Meta: 14 países até 2013</p> <p>A meta de 2013 para este OE foi atingida: 19 países têm ou o direito a saúde (o que consagra o acesso a medicamentos) ou o direito de acesso aos medicamentos e tecnologias em saúde, como incorporado nas constituições nacionais. Além disso, países como Argentina, Colômbia, Costa Rica, Equador, El Salvador, Panamá e Venezuela assinaram tratados internacionais de importância constitucional.</p> <p>Indicador 2: Número de países na América Latina e no Caribe onde a qualidade de produtos médicos e tecnologias é monitorada pela autoridade nacional reguladora Linha de Base: 5 países em 2006 Meta: 10 países até 2013</p> <p>A meta de 2013 para este indicador de OE foi atingida: mais de 12 países estão monitorando eficazmente a qualidade e a segurança dos medicamentos e produtos médicos através das suas autoridades nacionais reguladoras (ANRs). Em 2010, o 50º Conselho Diretor da OPAS adotou a Resolução CD50.R9, “Fortalecimento da Capacidade Regulamentar de Medicamentos e Produtos Biológicos”, requerendo que todos os Estados Membros fortalecessem sua capacidade nacional e promovessem o intercâmbio entre autoridades reguladoras. Atualmente, a OPAS considera quatro ANRs de serem dignas para atuar como Autoridades de Referência Regionais da OPAS (aquelas de Argentina, Brasil, Colômbia e Cuba). Além disso, tanto a Agência Reguladora de Alimentos e Medicamentos dos Estados Unidos (FDA), como o Health Canada, são agora Centros Colaboradores da OPAS/OMS para Assuntos de Regulamentação; e Chile, República Dominicana, México e Panamá são considerados países que implementaram eficazmente as funções de regulamentação dentro de suas ANRs.</p> <p>Indicador 3: Número de países na ALC onde os sistemas de aquisição do setor público incluem planejamento, obtenção e distribuição de produtos médicos de qualidade e tecnologias Linha de Base: 6 países em 2006 Meta: 16 países até 2013</p> <p>Ao final de 2011, 21 países ou haviam estabelecido ou fortalecido os sistemas de aquisição do setor público (Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Bolívia, Brasil, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Equador, El Salvador, Guyana, Haiti, Honduras, México, Nicarágua, Peru, São Vicente e Grenadinas, Suriname, Trinidad</p>					

e Tobago, e Venezuela). Houve esforços durante o último biênio para integrar os sistemas de aquisição — especialmente de medicamentos e tecnologias em saúde associados com HIV, TB e malária — nos sistemas nacionais de aquisição e gerenciamento de suprimentos. Os países de exemplo neste aspecto incluem Brasil (Farmácia Popular), Chile (reorganização da Agência Central de Suprimentos para o Serviço Nacional de Saúde [CENABAST]) e Peru (Diretório Geral de Medicamentos, Suprimentos e Medicamentos [DIGEMID]). Outro exemplo consiste no modo como Argentina e Equador estão no processo de implementar importantes mudanças organizacionais em seus mecanismos de aquisição nacionais de medicamentos essenciais. Um exemplo semelhante está na forma como os países da América Central estão trabalhando em conjunto na harmonização e simplificação dos procedimentos de pré-qualificação para a seleção dos suprimentos e produtos.

Indicador 4: Número de países na América Latina e no Caribe onde as autoridades nacionais reguladoras têm a capacidade de desempenhar as seguintes funções básicas, como medido pelas normas internacionais: (a) licenciamento; (b) vigilância farmacológica; (c) sistema de liberação de lotes; (d) acesso a laboratórios para controle de qualidade; (e) inspeção de fabricantes; (f) avaliação dos resultados clínicos

Linha de Base: 14 países com nível básico, 6 com nível intermediário, e 2 com as funções de regulamentação de alto nível implantadas em 2006

Meta: 10 países com nível básico, 7 com nível intermediário, e 7 com as funções de regulamentação de alto nível implantadas até 2013

Atualmente, seis países (Argentina, Brasil, Canadá, Colômbia, Cuba e Estados Unidos) implementaram as funções de regulamentação de alto nível. Outros quatro estão formando rapidamente sua capacidade (Chile, República Dominicana, México e Panamá). O indicador está, também, no caminho para alcance pelos países com funções de regulamentação de nível básico e intermediário.

Avaliação do OE 2010-2011

Este OE está no caminho, com 3 dos seus 3 RERs no caminho e 8 de suas 9 metas do indicador de RER para 2011 atingidas.

Excelentes progressos estão acontecendo para o alcance do OE12, como indicado pelos avanços relatados no final do biênio 2010-2011. Os países estão priorizando as áreas sob este OE e atingiram suas metas fixadas com o apoio da RSPA/HSS. Em todos os casos, as metas foram totalmente ou parcialmente atingidas.

A Região continua mudando para fortalecer a política farmacêutica e de tecnologia em saúde, para fortalecer a capacidade regulamentar e promover o uso apropriado e racional dos medicamentos em tecnologias de saúde — uma tendência prevista para 2012–2013. O RER 12.1 avançou bem, com países priorizando o desenvolvimento das políticas farmacêuticas, o fortalecimento dos sistemas de aquisição e provisão nacionais de medicamentos, e cada vez mais usando o Fundo Estratégico da OPAS. Os países estão priorizando as metodologias para a avaliação de tecnologia em saúde vinculadas às estratégias destinadas ao aprimoramento do uso. Os países priorizaram o RER 12.2, o qual objetiva fortalecer capacidade regulamentar — especialmente de medicamentos e vacinas — focando as funções de regulamentação essenciais.

Adicionalmente, os países adotaram normas através Rede Pan-Americana para a Harmonização da Regulamentação Farmacêutica (PANDHR), assim como as normas internacionais para segurança radiológica. Há um aumento da cooperação entre os países nesta área. Os desafios futuros incluem regulamentação dos aparatos médicos e produtos biotecnológicos.

Avanços Principais

- O 50o Conselho Diretor da OPAS aprovou a Resolução CD50.R9, “Fortalecimento das Autoridades Reguladoras Nacionais para Medicamentos e Produtos Biológicos” (2010). Isto foi resultado da avaliação

de 12 ANR, com 4 dessas designados como ANRs regionais de referência. Além disso, acordos de cooperação foram assinados com três ANRs (a Agência Nacional de Vigilância em Saúde [ANVISA-Brasil], a Administração Nacional de Medicamentos, Alimentos e Tecnologias Médicas [ANMAT-Argentina], e a Agência Reguladora de Alimentos e Medicamentos [FDA-Estados Unidos]). A OPAS organizou a VI Conferência Internacional da PANDHR com mais de 300 participantes da Região, resultando na identificação das áreas prioritárias de trabalho na regulamentação e qualidade dos medicamentos e tecnologias em saúde.

- Uma avaliação do Plano de Ação Regional para Segurança da Transfusão 2006–2010 foi conduzida mediante um grupo externo de avaliação, com resultados apresentados ao 51o Conselho Diretor da OPAS, como base para o desenvolvimento do Plano Regional futuro.
- Está programado o desenvolvimento da Plataforma Regional para o Acesso e Inovação da Saúde, a ser lançada em janeiro de 2012 como um instrumento regional de apoio à implementação da Estratégia Global em Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual.
- O lançamento da Estratégia Regional para o Uso Racional de Medicamentos foi realizado com propostas em desenvolvimento em três países (Bolívia, Chile e Nicarágua). Isto inclui um enfoque amplo para coordenar ações regulamentares, educacionais, de administração e de pesquisa, seguindo uma abordagem de APS.
- A Rede Regional para a Avaliação de Tecnologia em Saúde foi também estabelecida e lançada, com acordos de cooperação assinados com a Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA - Brasil) e a Agência Canadense para Medicamentos e Tecnologias em Saúde (CADTH).
- O número de países participando no Fundo Estratégico da OPAS aumentou de 21 a 24.
- Educação e treinamento contínuos foram disponibilizadas através dos cursos virtuais em serviços farmacêuticos e vigilância de fármacos, entre outros temas.

Desafios Principais

- A OPAS precisa estar preparada para responder à demanda crescente por cooperação técnica dos países, devido ao aumento no interesse OE12 e os avanços conseguidos pelos Estados Membros. A perda do financiamento para o Caribe é de especial interesse, visto que houve apoio político para o desenvolvimento de uma Estratégia Regional que foi recentemente endossada pelo Comitê de Partidários Políticos de Ministros do Caribe. Espera-se que sejam necessários mais esforços em 2012–2013 para estabelecer parcerias estratégicas a fim de assegurar a implementação do OE12. Como meio para mobilização de recursos adicionais aos países, recursos adicionais precisarão ser investidos pelos próprios países para consolidar suas conquistas.
- Conforme novas prioridades na saúde pública são definidas, há uma necessidade contínua e crescente de prestar apoio às questões relacionadas com política e regulamentação e uso de medicamentos e tecnologias em saúde. As áreas de doenças e outras prioridades de saúde pública (redução da mortalidade materna) requererão apoio considerável adicional nas áreas de trabalho mencionadas anteriormente, por um enfoque comum com base nos sistemas de saúde. A necessidade de integração através das áreas técnicas da OPAS, nesta questão, é de suma importância. Isto se estende aos ministérios da saúde, vinculando seu trabalho na administração farmacêutica com as áreas do programa contra doenças e os serviços de saúde, assim como dentro das autoridades nacionais reguladoras.

Lições Aprendidas

- Um enfoque integrado para fortalecer a formulação de políticas e a regulamentação e o uso de medicamentos e tecnologias em saúde produziu importantes avanços nos países.
- Até o momento, a vinculação do plano de trabalho regional com os mecanismos de integração sub-regionais e as necessidades nacionais foi uma estratégia eficaz para assegurar o alcance das metas.
- Novas parcerias estratégicas, combinadas com uma estratégia de mobilização de recursos, serão requeridas para 2012–2013 para compensar consideráveis reduções do número de subsídios que sustentaram o plano de trabalho na área de medicamentos e tecnologias em saúde.

Relatório de Progresso de RER do OE12

RER 12.1: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para promover e assegurar o acesso equitativo aos produtos e tecnologias médicas e a inovação tecnológica correspondente					No caminho
Avaliação do RER					
(4 de 5 metas do indicador de RER atingidas, com 1 excedendo a meta de 2011)					
Os países avançaram bastante neste RER durante o biênio. Vários países adotaram novas políticas farmacêuticas para melhorar o acesso aos medicamentos essenciais, enquanto que outros completaram a análise do setor farmacêutico para guiar o desenvolvimento futuro. Os países se esforçaram consideravelmente para melhorar os sistemas nacionais de aquisição e de gerenciamento de suprimentos para assegurar melhor integração. Houve, também, importantes avanços na área da avaliação de tecnologia em saúde, pelo que os países estão desenvolvendo sistemas para fortalecer o processo de tomadas de decisão para a avaliação e incorporação das tecnologias em saúde nos sistemas de saúde. O Fundo Estratégico relatou aumento na atividade tanto em número de países participando deste, como no volume total de suprimentos de saúde pública estratégicos. Uma avaliação externa do plano de trabalho regional sobre sangue durante os últimos cinco anos relatou avanços importantes nesta área, variando de um aumento de doações voluntárias de sangue até uma melhora na qualidade e triagem do sangue e de produtos derivados do sangue — apesar do fato que esta meta bastante ambiciosa não tenha sido atingidas durante o biênio e apresenta pouca probabilidade de ser atingida em 2012–2013.					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
12.1.1: Número de países que implantaram políticas de promoção do acesso ou inovação tecnológica dos produtos médicos	23/36	25/36	27/36	27/36	<p>Linha de Base 2009: ARG, BAR, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, GUT, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, TRT, URU, VEN</p> <p>Meta 2011: BAH, ELS, GRA, SUR</p> <p>A meta foi excedida. BAH, ELS, GRA e SUR alcançaram o indicador. BAH desenvolveu um perfil farmacêutico e está, atualmente, trabalhando em um plano para melhorar o acesso aos medicamentos, inclusive 11 condições crônicas. ELS preparou um documento de política e desenvolveu seu perfil farmacêutico. GRA também completou e apresentou seu perfil farmacêutico. SUR produziu uma política farmacêutica, desenvolveu o perfil e realizou um estudo sobre a situação farmacêutica.</p>
12.1.2: Número de países que estabeleceram ou fortaleceram seus sistemas nacionais de aquisição, produção ou distribuição de produtos médicos	18/36	21/36	21/36	24/36	<p>Linha de Base 2009: ARG, BAR, BLZ, BOL, BRA, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GUY, HAI, MEX, NIC, PER, SUR, TRT, VEN</p> <p>Meta 2011: BAH, HON, SAV</p> <p>Os países-alvo (BAH, HON e SAV) atingiram o indicador. BAH realizou um estudo sobre o preço dos medicamentos para melhorar a aquisição no setor público; HON elaborou uma lista das provisões médicas para apoiar a aquisição pública. SAV desenvolveu um curso de treinamento para melhorar as capacidades nas práticas adequadas de armazenamento dos produtos médicos.</p>

12.1.3: Número de países com 100% de doações de sangue voluntárias não remuneradas	5	12	6	17	<p>Linha de Base 2009: CAN, CUB, NEA, SUR, USA</p> <p>Meta 2011: ANI, GUY, HAI, NIC, PAR</p> <p>A meta não foi atingida. Embora houvesse progresso significativo pelos países-alvo, somente a NIC alcançou este indicador. Levando em conta esta situação, considera-se este indicador excessivamente ambicioso e deve ser modificado para melhor refletir a realidade nos países e o progresso possível de ser conseguido durante o período em consideração.</p>
12.1.4: Número de países que contam com instrumentos para avaliar o acesso a tecnologias de saúde	10	15	20	20	<p>Linha de Base 2009: ARG, BRA, CHI, COL, COR, CUB, MEX, PER, TRT, URU</p> <p>Meta 2011: BLZ, BOL, HAI, NIC, VEN</p> <p>A meta foi atingida. VEN participou na adoção de uma política sub-regional para a avaliação de tecnologia em saúde e a formulação das diretrizes metodológicas. Houve importantes avanços neste indicador durante o biênio, com novos convênios de cooperação com 14 países da Região (a Rede Pan-americana para Avaliação de Tecnologias em Saúde [RedETSA]) e outros acordos bilaterais (como com a Agência Canadense para Medicamentos e Tecnologias em Saúde [CADTH]).</p>
12.1.5: Número de países que usam o Fundo Estratégico de Suprimentos Essenciais de Saúde Pública da OPAS	11	15	15	18	<p>Linha de Base 2009: ARG, BOL, BRA, DOR, ECU, ELS, HON, NIC, PAN, PAR, PER</p> <p>Meta 2011: BLZ, GUT, HAI, VEN</p> <p>Quatro países-alvo alcançaram o indicador. BLZ, GUT VEN usaram ativamente o Fundo Estratégico para obter os suprimentos estratégicos de saúde pública. HAI e outros países na Região, inclusive os países do Caribe, estão usando os preços das licitações anuais como referência. O Fundo Estratégico avançou significativamente durante este biênio.</p>

RER 12.2: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para promover e garantir qualidade, segurança e eficácia dos produtos médicos e tecnologias de saúde					No caminho
Avaliação do RER (2 de 2 metas do indicador de RER atingidas)					
<p>Com a adoção e o endosso da Resolução CD 50.R9, "Fortalecimento da Capacidade de Regulamentação de Medicamentos e Produtos Biológicos", no 50º Conselho Diretor da OPAS, em 2010, houve consideráveis atividades relacionadas com este RER dentro dos países. Vários países vêm trabalhando para completar as avaliações das funções de regulamentação essenciais; e, desses, Argentina, Brasil, Colômbia e Cuba foram designados como Autoridades Nacionais Reguladoras (ANRs) capazes de atuar como Autoridades Regionais de Referência. Adicionalmente, programas institucionais de desenvolvimento para outras ANRs estão em desenvolvimento para fortalecer a capacidade, os quais serão apoiados por outras ANRs de referência. Os países vêm trabalhando para desenvolver novas normas e padrões para medicamentos, aparatos médicos e regulamentação de produtos biológicos. As últimas duas áreas continuam sendo desafios para os países, principalmente para essas ANRs com menos recursos, e requerem foco especial no próximo biênio. Todavia, o RER tem sido alcançado com êxito pelos países.</p>					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
12.2.1: Número de países avaliados em suas funções reguladoras dos produtos médicos	3	9	9	13	<p>Linha de Base 2009: CUB, COR, MEX</p> <p>Meta 2011: ARG, BOL, BRA, CHI, COL, PAN</p> <p>A meta para 2011 foi atingida. ARG e COL são consideradas Autoridades Reguladoras de Referência, baseado em avaliações completadas junto com CUB (linha de base) e BRA. PAN e CHI também vêm trabalhando para fortalecer sua capacidade de regulamentação</p>
12.2.2: Número de países que implementaram diretrizes, normas e padrões internacionais de qualidade, segurança e eficácia das tecnologias de saúde	7	10	10	14	<p>Linha de Base 2009: ARG, BRA, CHI, COL, CUB, MEX, PER</p> <p>Meta 2011: BAR, COR, URU</p> <p>Os países-alvo alcançaram o indicador. Os países adotaram normas importantes para qualidade e inocuidade de medicamentos. BAR vem participando ativamente na PANDHR e respaldou novas normas internacionais através da rede para a regulamentação de medicamentos e produtos biológicos.</p>

RER 12.3: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para promover e garantir o uso racional e eficaz dos produtos médicos e tecnologias de saúde rentáveis, com base nas melhores evidências disponíveis					No caminho
Avaliação do RER (2 de 2 metas do indicador de RER atingidas)					
<p>Houve progressos neste RER na área das diretrizes para apoiar a incorporação das tecnologias em saúde nos sistemas de saúde, assim como na promoção do uso dos medicamentos essenciais. Os países da linha de base continuam mantendo seus status com sucesso, com mais países percebendo a importância de se definir os métodos e normas para a avaliação e a incorporação sistemática das tecnologias em saúde nos sistemas de saúde. Bahamas, Jamaica e Suriname alcançaram o indicador de RER 12.3.1; e Argentina, Guatemala, São Vicente e Granadinas alcançaram o indicador de RER 12.3.2. Muitos países conectados ao RER estão relatando importantes avanços na promoção do uso racional dos medicamentos, o que é crítico para o melhoramento da qualidade de atenção e racionalização dos produtos dentro dos sistemas de saúde.</p>					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
12.3.1: Número de países que contam com normas para definir a incorporação de tecnologias de saúde	14/36	17/36	17/36	20/36	<p>Linha de Base 2009: ARG, BOL, BRA, COL, CHI, COR, CUB, ECU, GUY, MEX, NIC, PAN, TRT, URU</p> <p>Meta 2011: BAH, JAM, SUR</p> <p>BAH, JAM e SUR atingiram a meta do indicador. Em BAH, uma análise de situação foi completada, e normas estão sendo elaboradas para incorporar equipamentos no sistema de saúde. Em SUR, foram relatados avanços em termos de avaliações sendo conduzidas e diretrizes sendo desenvolvidas para a radioterapia e diagnóstico.</p>
12.3.2: Número de países que usam uma lista de medicamentos essenciais atualizada nos últimos cinco anos para aquisições públicas	24	27	27	28	<p>Linha de Base 2009: BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GRA, GUY, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SUR, TRT, URU</p> <p>Meta 2011: ARG, HAI, SAV</p> <p>A meta foi plenamente atingida. Além disso, 12 países da linha de base continuam consolidando o uso de listas de medicamentos essenciais para guiar as decisões de aquisição no âmbito nacional (BLZ, BOL, BRA, CUB, ECU, GUY, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, e TRT).</p>

Relatório de Progresso do OE13

SO13: Assegurar uma força de trabalho de saúde disponível, competente, flexível e produtiva para melhorar os resultados sanitários					Em risco
Visão Geral do Orçamento					
Orçamento Aprovado (PB 2010-2011)	Fundos Disponíveis			Gastos (%)	Financiado (%)
	RB	OE	Total		
\$19.954.000	\$8.832.000	\$6.347.033	\$15.179.035	92%	76%
Progresso em relação ao alcance do OE até 2013					
Progresso em direção ao alcance das metas do indicador de nível de impacto do OE, como estabelecido no Plano Estratégico 2008–2012 da OPAS					
<p>Indicador do OE: Número de países onde a densidade da força de trabalho para saúde (separados por classificação rural-urbano, gênero e ocupação, quando possível) alcança 25 profissionais de saúde para 10.000 habitantes.</p> <p>Linha de Base: 12 países (2006) Meta: 35 (100%) países até 2013</p> <p>Ao final de 2011, 22 países tinham atingido a densidade-alvo de 25 profissionais de saúde (médicos, enfermeiras e parteiras) para 10.000 habitantes; mais três países têm o potencial para atingira a meta até 2013; e é improvável que 10 países atinjam a meta até 2013. Em outras palavras, 25 países (71%) já alcançaram o indicador ou o farão até o final de 2013. Retrospectivamente, o alcance da densidade mínima de 25/10.000 profissionais de saúde em 100% dos países era muito ambicioso. E, enquanto consiste em uma medição importante, é um tanto restritiva e não reflete outras variáveis importantes relacionadas com recursos humanos para a saúde, como a competência da força de trabalho de saúde, a capacidade de resposta, a qualidade, e outros. Essas variáveis são melhores representadas pelos indicadores de RER que tinham sido alcançados desde o final de 2011. De acordo com a avaliação do final de biênio deste Objetivo Estratégico, a meta para 2011 tinha sido atingida em 10 do total de 13 indicadores. Referente aos indicadores que não foram alcançados, vale salientar o seguinte: para o indicador 13.3.1 (número de países que estabeleceram uma política de trajetória de carreira para profissionais de saúde), 2 dos 3 países que precisavam atingir a meta de 2011 o tinham feito; o mesmo se aplica ao indicador 13.5.2 (número de países que participam em acordos bilaterais ou multilaterais que abordam a migração de profissionais de saúde), no qual 1 dos 3 países necessários não atingiu a meta.</p> <p>Sem uma dúvida, houve progresso significativo e sustentado no desenvolvimento de políticas, planos e estratégias de Recursos Humanos para Saúde na Região desde o biênio 2005-2006. Ainda há, porém, preocupações sobre a manutenção dessas conquistas conseguidas até agora no próximo biênio (2012-2013). Há limitações estruturais no uso eficaz de Recursos Humanos para Saúde por razões políticas, institucionais e financeiras. A dinâmica e a expansão de Recursos Humanos para Saúde dependem em grande medida do setor de educação e dos mercados do trabalho, o quais tendem a ser resistentes a mudanças.</p>					
Avaliação do OE 2010-2011					
<p>Este OE foi descrito como "em risco" embora tenha havido avanços significativos que foram conseguidos durante este biênio. Dos 5 RER, 3 estão em curso e 2 em risco, e dos 13 indicadores de RER somente 3 não foram alcançados. Durante o biênio, as políticas para saúde dos países forneceram um grau satisfatório à questão dos recursos humanos para saúde, considerando a função crucial que desempenhem ao ampliar a cobertura entre as populações vulneráveis ou remotas e ao implementar a estratégia renovada para os serviços de Atenção Primária à Saúde. Em termos gerais, este período é caracterizado por uma transição das políticas</p>					

em direção aos planos para recursos humanos para saúde e, através deste processo, identificação e estabelecimento dos mecanismos para a coordenação entre o setor da saúde e o setor de educação mais alto e, em menor grau, com os ministérios das finanças e do trabalho.

Avanços Principais

- A capacidade de governar das autoridades sanitárias nacionais na área de recursos humanos para saúde foi consolidada ao incorporar as funções estratégicas, como planejamento e construção de consenso/negociação com outros setores e interessados diretos sociais.
- Um processo de conectar programas de residência médicos aos serviços de atenção primária à saúde foi estabelecido. Planos para ampliar a cobertura através da família e equipes de saúde nas comunidades estão em andamento. O Primeiro Fórum Regional em Recursos Humanos para Saúde e Populações Indígenas foi realizado. Houve progresso na elevação do nível de trabalho de saúde e na abordagem das condições de trabalho.
- Houve progresso substancial com relação ao uso de informações e tecnologias de comunicação (ITC) e das redes de aprendizagem online; a Rede Ibero-Americana para Migração dos Profissionais de Saúde (RIMPS) foi lançada. Uma nova modalidade dos Líderes no Programa de Saúde Internacional (PLSI) foi consolidada, e 31 países participaram nos 4 primeiros anos.
- O Programa Ampliado de Livros Escolares e Materiais de Instrução (PALTEX) foi muito ativo durante o biênio, fornecendo materiais e equipamentos médicos básicos de alta qualidade por todos os seus 530 centros de serviço para a Região. Só em 2010/11, seu inventário foi ampliado para incluir 58 novas edições e 93 novos títulos; o programa agora possui um total de 739 títulos. O website do PALTEX foi redesenhado. A OMS e a Região da África (AFRO) estão colaborando ativamente no desenvolvimento de uma versão africana do programa (AFRITEX).

Desafios Principais

- Coordenação entre as entidades regionais, sub-regionais (incluindo a UNASUR) e entidades nacionais de formulação de políticas para Recursos Humanos para Saúde; parcerias renovadas entre países de liderança em questões de Recursos Humanos para Saúde para a cooperação horizontal técnica e financeira, o que facilitaria a ampliação da cooperação Sul-Sul em Recursos Humanos para Saúde;
- A resistência dos setores de educação em saúde, principalmente educação médica, para o enfoque de APS; o desaparecimento do departamento de recursos humanos para saúde da OMS/Genebra; e
- O ajuste à redução do financiamento regional, a identificação de novas fontes de financiamento e a mobilização de recursos; a identificação de fundos para apoiar o PLSI e sua descentralização gradual em direção aos países.

Lições Aprendidas

A estratégia de cooperar através de redes, como o Observatório de Recursos Humanos para Saúde e o Campus Virtual de Saúde Pública (VPHC), para o aprimoramento da governança, liderança e das capacidades requeridas para o seu desempenho eficaz, é hábil, mas requer um compromisso institucional de médio/longo prazo para assegurar sua sustentabilidade e descentralização gradual; a estratégia dos consultores sub-regionais para recursos humanos produziu bons resultados e progressos significativos; iniciativas como a Rede Regional de Observatórios e o PLSI requerem avaliação e atualização regulares para seguir o mesmo ritmo das rápidas mudanças do ambiente.

Relatório de Progresso de RER do OE13

RER 13.1: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica na elaboração de planos e políticas de recursos humanos para melhorar o desempenho dos sistemas de saúde baseados na atenção primária, e a consecução dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs)					No caminho
Avaliação do RER					
(2 de 2 indicadores de RER excederam as suas metas para 2011)					
Os indicadores refletem que os objetivos determinados foram alcançados, embora alguns países devam esforçar-se para vincular os seus marcos com os indicadores. O desafio principal é continuar avançando com os processos de cooperação horizontais que permitem os países a compartilharem suas experiências e, em particular, a aprenderem sobre e compartilhem experiências bem sucedidas na formulação e planejamento de políticas.					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
13.1.1: Número de países com políticas nacionais para o fortalecimento da força de trabalho em saúde, com participação ativa de interessados diretos e governos.	16	19	23	28	Linha de Base 2009: BLZ, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GRA, JAM, PAR, PER, PUR, VEN Meta 2011: BOL, GUI, NIC, SAL, URU A meta foi excedida. Os três países-alvo (URU, BOL, NIC) alcançaram o indicador, como o fizeram SAL e GUY. Mais cinco países progrediram significativamente em seus planos de recursos humanos para saúde, os quais se encontram esboçados ou no processo de aprovação final (ABM, ARG, BAR, DOM, SAV).
13.1.2: Número de países com processos de cooperação horizontal para o cumprimento das metas regionais relativas aos recursos humanos para saúde	3	4	5	6	Linha de Base 2009: BRA, CAN, USA Meta 2011: CUB, ECU A meta foi excedida. CUB demonstrou iniciativas de cooperação horizontais tangíveis. ECU estabeleceu a Agência de Saúde Andino como um mecanismo de cooperação e alcançou o indicador.
RER 13.2: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para estabelecer um conjunto de indicadores básicos e sistemas de informação em recursos humanos para saúde					Em risco
Avaliação do RER					
(1 de 2 indicadores de RER alcançados, excedendo suas metas para 2011; mas 1 não atingida)					
Em geral, houve progresso significativo com relação ao estabelecimento de sistemas de informação em Recursos Humanos para Saúde com os indicadores básicos. A meta para o indicador 1 foi atingida. A meta não foi atingida no indicador 2; todavia, os países incluídos na meta progrediram significativamente, principalmente México e a Guiana. A garantia da participação de 31 países da Região na rede de observatórios consiste em um objetivo ambicioso. Embora não tenha sido alcançado, houve progresso. É necessário ter em mente que a iniciativa de observatório está passando por um processo da redefinição, o que implica na transição de uma função de defesa de causa para uma entidade para administração e intercâmbio de informações relevantes sobre recursos humanos para saúde. De todos os modos, os indicadores refletem um processo sustentado de países estabelecendo sistemas de informação em recursos humanos para saúde. O desafio reside em avançar no aprimoramento desses sistemas e na padronização da informação entre países. A rede regional de observatórios também					

deve ser fortalecida como um mecanismo de cooperação e troca de informações.					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
13.2.1: Número de países que estabeleceram um banco de dados para monitorar as situações e tendências da força de trabalho em saúde, atualizada pelo menos a cada dois anos	18	23	24	29	<p>Linha de Base 2009: ARG, BAR, BLZ, BRA, CAN, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, FEP, GRA, JAM, MEX, PAR, PER, URU</p> <p>Meta 2011: ABM, GUY, HON, NIC, SAL, TRT</p> <p>A meta foi excedida. Cinco dos países-alvo alcançaram o indicador (HON, NIC, SAL, ABM e TRT), como o fez GUY.</p>
13.2.2: Número de países que participam da rede de Observatórios de Recursos Humanos para Saúde para a produção de informações e evidências para a tomada de decisões	27	31	28	36	<p>Linha de Base 2009: ARG, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, CUB, DOR, COR, ECU, ELS, GRA, GUT, HON, JAM, NIC, PAR, PER, PUR, SAL, TRT, URU, USA, VEN</p> <p>Meta 2011: FEP, GUY, MEX</p> <p>O MEX está no processo de estabelecer seu observatório nos próximos meses. A GUY também mostrou progresso. É necessário ter em mente que a iniciativa de observatório está, atualmente, passando por um processo de redefinição.</p>
RER 13.3: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica na formulação e implantação de estratégias e incentivos para recrutar e reter profissionais da saúde, de modo a atender às necessidades dos sistemas de saúde baseados nos serviços renovados de atenção primária					Em risco
Avaliação do RER (1 de 2 indicadores de RER alcançados, e 1 não alcançado)					
Durante o período, o debate sobre as estratégias para melhorar as condições de trabalho e os contratos ocupou quase todos os países com escritórios de gestão estratégica de recursos humanos para saúde. As profissões de saúde são reconhecidas como um dos mecanismos primários para estabilizar as relações trabalhistas. Além deste mecanismo, outros, como os acordos coletivos estão sendo utilizados. Um fator crucial no desenvolvimento das trajetórias de carreira de saúde tem a ver com o processo anterior de nacionalização das posições, dos postos e da matriz salarial.					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
13.3.1: Número de países que estabeleceram políticas de carreira para profissionais da saúde	7	10	9	14	<p>Linha de Base 2009: ARG, BRA, CHI, DOR, ECU, NIC, PAR</p> <p>Meta 2011: COL, GUT, PER</p> <p>Dois países-alvo (GUT, PER) alcançaram o indicador. GUT preparou um anteprojeto sobre carreira de saúde e o apresentou no Congresso Nacional. PER criou uma comissão para preparar um projeto de lei. Enquanto não atingiram completamente a meta, os países conseguiram progressos importantes. A</p>

					COL não prosseguiu com nenhuma atividade neste sentido. Recomenda-se que esta iniciativa seja relançada contanto que haja financiamento disponível para seguir com este trabalho.
13.3.2: Número de países com políticas e sistemas de gestão de recursos humanos para melhorar a qualidade do emprego no setor da saúde	8	13	13	17	<p>Linha de Base 2009: ARG, BRA, CHI, DOR, ECU, GUY, NIC, PER</p> <p>Meta 2011: BLZ, BOL, COR, ELS, PAR</p> <p>A meta foi atingida. O desafio principal consiste em assegurar que mais países desenvolvam políticas de retenção e de incentivos vinculadas ao estabelecimento de objetivos e ao funcionamento de unidades para gestão estratégica de recursos humanos para saúde. As limitações financeiras dificultaram um processo sustentado de cooperação, o que significa que outros mecanismos de ação sejam necessários.</p>
RER 13.4: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para fortalecer as estratégias e os sistemas de educação no âmbito nacional, objetivando desenvolver e manter as competências do pessoal de saúde, com foco na Atenção Primária à Saúde					No caminho
Avaliação do RER (5 de 5 metas do indicador de RER atingidas, com 2 excedendo as suas metas de 2011)					
<p>Progressos foram observados no aprimoramento das competências dos profissionais de saúde nos países, e avanços significativos foram conseguidos com o envolvimento ativo dos cursos virtuais oferecidos através do VPHC, da demanda constante por cursos provenientes de um número crescente de estudantes e da abertura de oportunidades no país. Até o momento, 31 países participaram do PLSI, com um total de 185 participantes. As competências de saúde pública que foram estabelecidas com grupos de instituições e especialistas contribuem para o avanço deste RER e guiarão os países em suas novas políticas para reorientar seus programas de formação profissional. O PALTEX e o programa de bolsas de estudos continuam apoiando esses processos de aprendizagem. Os países progrediram ao reorientar a educação em direção à APS e vários desses, juntamente com associações de profissionais, assinaram o "Compromisso de Cartagena de Índias" para fortalecer esta reorientação. Avanços significativos também foram conseguidos no credenciamento dos programas de educação médicos e os ministérios da saúde ocuparam as instituições educacionais na tomada de decisão conjunta com respeito ao desenvolvimento de recursos humanos para saúde.</p>					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
13.4.1: Número de países com mecanismos de planejamento conjunto entre instituições de capacitação e os serviços de saúde	9	15	15	23	<p>Linha de Base 2009: ARG, BRA, CAN, COL, CUB, ECU, GUT, MEX, PER</p> <p>Meta 2011: BLZ, FEP, GUY, HON, JAM, NIC</p> <p>A meta foi atingida. Os países da Região, principalmente BRA e ARG (linha de base) progrediram significativamente no estabelecimento de mecanismos de coordenação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação.</p>
13.4.2: Número de países com políticas que reorientam a educação em ciências da	7	10	10	13	Linha de Base 2009: ARG, BOL, CUB, BRA, NIC, PER, VEN

saúde para os serviços de atenção primária à saúde					<p>Meta 2011: BLZ, ECU, URU</p> <p>A meta foi atingida. O URU progrediu significativamente ao reorientar a educação médica em direção à APS em conjunto com o Ministério da Educação.</p>
13.4.3: Número de países que estabeleceram redes de aprendizagem para melhorar as competências em matéria de saúde pública dos seus funcionários	9	12	12	15	<p>Linha de Base 2009: ARG, BRA, CHI, COL, COR, CUB, JAM, MEX, PER</p> <p>Meta 2011: ECU, PAR, URU</p> <p>A meta foi atingida. URU, PAR e ECU firmaram seus Campus Virtuais de Saúde Pública. Todos os países da América Latina e alguns países do Caribe estão participando ativamente dos cursos oferecidos pelo VPHC. Progresso suficiente foi observado nos países da Região, os quais estabeleceram algum tipo de rede virtual para treinar e melhorar as competências de saúde pública. O PALTEX apóia esses processos.</p>
13.4.4: Número de países que participam do programa de Liderança em Saúde Internacional da OPAS	20	25	26	25	<p>Linha de Base 2009: ARG, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, CUB, ECU, ELS, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PER, SAV, SCN, TRT</p> <p>Meta 2011: ABM, BAH, COR, DOM, FEP, GRA, PAN, PAR, SAL, URU, VEN</p> <p>A meta foi excedida. Os cinco países-alvo alcançaram o indicador, como o fizeram ABM, COR, DOM, GRE, FEP e PAN. É impossível prever quais países serão os alvos para este indicador, visto que a participação no PLSI é decidida através de um processo competitivo de seleção. Número total países que participaram do PLSI: 31. O desafio principal para 2012 é a obtenção de fundos suficiente disponíveis para apoiar os participantes.</p>
13.4.5: Número de países com sistemas de credenciamento para os programas educacionais em ciências da saúde	13	16	25	20	<p>Linha de Base 2009: ABM, ANI, BAR, BLZ, CAn, DOM, GRA, JAM, SAL, SAV, SCN, TRT, USA</p> <p>Meta 2011: ARG, BRA, CHI, COL, COR, FEP, MEX, PAN, PAR</p> <p>A meta foi excedida. Além dos três países-alvo (ARG, CHI e FEP), outros seis países a atingiram (BRA, COL, COR, MEX, PAN e PAR). Vários países estão trabalhando no credenciamento de seus programas educacionais, particularmente, educação médica. Durante o biênio, o projeto de RH publicou um livro contendo informação relevante atualizada sobre cada país.</p>

RER 13.5: Apoio aos Estado Membros mediante cooperação técnica no tocante à migração internacional de profissionais de saúde					No caminho
Avaliação do RER (1 de 2 indicadores de RER alcançados e 1 não alcançado)					
Estudos de acompanhamento e análises da migração de profissionais de saúde foram realizados na América Latina, na Sub-Região Andina, em partes dos países de língua inglesa do Caribe e nos Estados Unidos. As três metas regionais sobre recursos humanos relacionadas com a migração foram medidas para estabelecer a linha de base. Dois estudos regionais sobre a migração de enfermeiros foram publicados. A maioria dos países conhece o Código de Conduta da OMS para Recrutamento Internacional de Profissionais de Saúde e se comprometem a cumpri-lo. A Rede Ibero-Americana de Migração dos Profissionais da Saúde (RIMPS) foi criada, compondo-se de todos os países de América Latina, Espanha, Portugal e Andorra. A compilação regional das leis de migração foi finalizada. Embora um indicador deste RER não tenha sido alcançado (devido a um único país), houve progresso suficiente que justificasse uma avaliação geral positiva.					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
13.5.1: Número de países que analisam e monitoram a dinâmica da migração de profissionais de saúde	11	15	15	20	<p>Linha de Base 2009: BLZ, BOL, CHI, COL, COR, ECU, ELS, JAM, PER, URU, VEN</p> <p>Meta 2011: DOR, ELS, NIC, TRT</p> <p>A meta foi atingida. Houve progresso sustentado em vários países, como BLZ, BOL, CHI, ECU e PER. Além disso, CHI, COR, JAM, URU, COL e ELS estão trabalhando em uma análise de migração de pessoal. Os processos regionais relacionados com o Código de Conduta da OMS estão em curso.</p>
13.5.2: Número de países que participam de acordos bilaterais ou multilaterais que abordam a migração de profissionais da saúde	7	10	9	16	<p>Linha de Base 2009: CAN, COL, JAM, PER, TRT, URU, VEN</p> <p>Meta 2011: BLZ, BOL, ECU</p> <p>ECU e BOL atingiram a meta. O URU participou ativamente na criação da RIMPS. A região andina definiu as linhas estratégicas de trabalho. Os principais avanços regionais incluem a criação da RIMPS, o que inclui a maioria dos países da América Latina, Espanha, PER e Andorra, e o compromisso da maioria dos países com o Código de Conduta de OMS. O desafio principal é conseguir a participação ativa de todos os países em ambas as iniciativas.</p>

Relatório de Progresso do OE14

OE14: Estender a proteção social mediante o financiamento justo, adequado e sustentável				Em risco	
Visão Geral do Orçamento					
Orçamento Aprovado (PB 2010-2011)	Fundos Disponíveis			Gasto (%)	Financiado (%)
	RB	OE	Total		
\$10.274.000	\$4.996.000	\$1.206.035	\$6.202.035	95%	60%
Progresso em relação ao alcance do OE até 2013					
<p>Progresso em direção ao alcance das metas do indicador de nível de impacto do OE, como estabelecido no Plano Estratégico da OPAS 2008–2012</p> <p>Indicador 1: Aumento na porcentagem de população coberta por qualquer tipo de esquema de proteção social na Região Linha de Base: 46% em 2003 Meta: 60% até 2013</p> <p>Os países estão se atrasando neste indicador. De acordo com os dados do período 2010-2011, estima-se que 47,8% da população está coberta por um esquema de proteção social em saúde. O progresso conseguido desde 2003 foi bem modesto; portanto, prevê-se que este indicador muito provavelmente não será alcançado até 2013.</p> <p>Indicador 2: Aumento na porcentagem de gastos públicos para saúde, inclusive nos gastos com serviços de atenção primária à saúde para os países com esta informação disponível Linha de Base: 3,1% em 2006 Meta: 5% até 2013</p> <p>Os países estão se atrasando neste indicador. Em 2010, os gastos públicos dos países em saúde como uma porcentagem de seu produto interno bruto (PIB) foi de 4,1%. Os países requererão apoio extra para atingir a meta de 5% até 2013. Será necessária a ampliação dos esforços pelos países e da cooperação técnica a fim de apoiar o alcance da meta de 5% até 2013.</p> <p>Indicador 3: Diminuição dos gastos de próprio bolso em saúde como uma porcentagem do gasto total em saúde para aqueles países com estas informações disponíveis Linha de Base: 52% do gasto nacional em saúde em 2006 Meta: 40% até 2013 (a média da OCDE para países industrializados é de 20%)</p> <p>Em 2010, as despesas não reembolsáveis como uma porcentagem do gasto total em saúde foi de 47%. Será difícil que os países alcancem o objetivo de 2013. Portanto, será necessária a ampliação dos esforços do país e da cooperação técnica a fim de apoiar o alcance deste indicador.</p>					
Avaliação do OE 2010-2011					
<p>Este OE está classificado como em risco, com 4 de seus 5 RERs no caminho e 1, em risco. De um total de 10 indicadores de RER, 8 alcançaram suas metas de 2011. Apesar do fato de que 8 desses 10 indicadores tenham sido alcançados, há, ainda, grandes questões relacionadas à sustentabilidade e à qualidade dos processos, assim como à capacidade de manter o progresso para o próximo biênio. Houve desafios na implantação deste OE ao longo do biênio, em parte causados pela falta de financiamento sustentável e suficiente, pela escassez de recursos humanos e pelo uso insuficiente das informações de financiamento sanitário para tomadas de decisão.</p>					

Avanços Principais

- Há, agora, crescente interesse nas questões de financiamento sanitário, estimulado pelo lançamento do Relatório da Saúde no Mundo 2010. Isto levou países como Colômbia, El Salvador, Haiti, México, Peru e Uruguai a colocarem o tema da cobertura universal e de sistemas de saúde financeiros em suas agendas para discussão.
- Sete estudos de país (Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Jamaica, México e Peru) sobre as desigualdades e iniquidades no acesso aos e na utilização dos serviços de saúde foram produzidos. Esses estudos são fundamentais para apoiar a avaliação e a implementação das políticas para reduzir as disparidades em saúde.
- O acesso à saúde materno-infantil no Haiti foi ampliado através da implementação dos programas de Atenção Gratuita às Crianças (SOG) e Atenção Obstetrícia Gratuita (SIG) programas, graças ao apoio substancial financeiro da Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional (ACDI), através de um acordo por \$\$20 milhões.
- A maioria dos países está produzindo informações sobre despesas sanitárias e financiamento periodicamente, embora desafios permaneçam com relação ao uso destas informações para as tomadas de decisão.
- Alguns países na Região — como Guatemala, Panamá e Paraguai —relatam progressos no uso eficaz da assistência oferecida, assim como na harmonização e no alinhamento, conforme demonstrado em um relatório comissionado pela Equipe de Avaliação Central da Declaração de Paris.

Desafios Principais

- Houve pouco progresso na produção de evidência empírica necessária ao aumento da conscientização sobre o impacto dos gastos em saúde catastróficos e suas consequências no aumento do risco financeiro dos domicílios individuais incorrendo na pobreza. Será necessária a ampliação dos esforços pelos países e da cooperação técnica, inclusive financiamento, para apoiar a produção de evidências neste tema.
- Há uma falta de dados para apoiar os estudos de equidade em países onde há grandes disparidades na utilização dos e no acesso aos serviços de saúde.
- Este OE passou por sub-financiamento crônico ao longo do biênio e experimentou diversos desafios relacionados com pessoal (redistribuições, vagas e escassez).

Lições Aprendidas

- O trabalho colaborativo desenvolvido entre o Escritório de País da OPAS na Costa Rica e o nível regional ao avaliar a situação financeira do Sistema de Previdência Social da Costa Rica (CCSS) produziu resultados excelentes, fornecendo informação crucial para os responsáveis pelas tomadas de decisão no país.
- Metas quantitativas podem ser atingidas em alguns indicadores; contudo, os avanços qualitativos talvez não sejam suficientemente robustos. Por exemplo, os países podem elaborar planos de desenvolvimento institucionais ou desenvolver políticas públicas para reduzir o risco financeiro associado às doenças; mas a sustentabilidade, a eficiência e a qualidade desses planos e dessas políticas continuam sendo um problema.

Relatório de Progresso de RER do OE14

RER 14.1: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para desenvolver capacidades institucionais a fim de melhorar o financiamento do sistema de saúde					No caminho
Avaliação do RER (1 de 1 meta do indicador de RER atingida)					
Os grandes avanços foram a incorporação dos representantes dos países de língua inglesa na Rede de Unidades Econômicas de Saúde (HEU), assim como a implantação da primeira Conferência Ibero-Americana das Unidades de Economia em Saúde. Como se mencionado na avaliação do indicador de RER abaixo, os dois países-alvo para 2010-2011 (Equador e El Salvador) alcançaram o indicador. Os fatores dificultando o progresso incluem mudanças nas administrações do governo que resultaram na eliminação ou perda do apoio nas HEU existentes. A Costa Rica eliminou suas HEU. El Salvador fechou as suas HEU e acaba de reabri-las durante os últimos seis meses.					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
14.1.1: Número de países com planos institucionais de desenvolvimento para melhorar o desempenho dos mecanismos de financiamento	10	12	12	15	<p>Linha de Base 2009: BAH, BLZ, BRA, CHI, COL, COR, DOM, MEX, PAR, PER</p> <p>Meta 2011: ECU, ELS</p> <p>Esta meta foi plenamente atingida. Não houve nenhum grande desafio para este indicador. Uma Unidade/Um Departamento Econômico de Saúde foi estabelecido no Ministério da Saúde do Equador. Em ELS, o grupo para Prestação de Contas em Saúde, do Ministério da Saúde, produziu informações atualizadas sobre a Contabilidade das Despesas Sanitárias Nacionais (NHExp).</p>
RER 14.2: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para avaliar a relação entre as despesas catastróficas em saúde e pobreza, e formular políticas públicas ou planos de financiamento em saúde a fim de reduzir os riscos financeiros associados com doenças e acidentes					Em risco
Avaliação do RER (1 de 3 metas do indicador de RER atingidas e 2 não atingidas)					
A completude dos estudos de casos de países na estrutura da OPAS para avaliar o impacto dos gastos sanitários catastróficos (indicador de RER 14.2.1) foi necessária para apoiar a formulação das políticas públicas de eliminação ou redução dos riscos financeiros associados com doenças e acidentes (indicador de RER 14.2.3). Portanto, o não alcance do indicador 14.2.1 afetou negativamente o indicador 14.2.3. Houve pouco progresso na produção de evidências empíricas necessárias para aumentar a conscientização do impacto das despesas sanitárias catastróficas e suas consequências nos riscos financeiros crescentes dos domicílios incorrendo na pobreza. Um avanço importante foi a produção e a difusão de sete estudos de país (Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Jamaica, México e Peru) sobre as desigualdades e iniquidades no acesso aos e na utilização dos serviços de saúde. Recursos adicionais devem estar dedicados para apoiar as atividades relacionadas com este RER.					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
14.2.1: Número de estudos de países finalizados aplicando o modelo da OPAS para	3	5	3	7	As atividades principais para este indicador não foram conseguidas devido ao financiamento insuficiente. CHI completou um estudo usando a estrutura de OPAS para avaliar a natureza

avaliar a capacidade das famílias de cobrir os gastos de saúde					catastrófica dos gastos sanitários. BOL começou o estudo, mas ainda não o completou.
14.2.2: Número de países que contam com estudos sobre gastos catastróficos em saúde, pobreza e desigualdades	2	3	3	6	<p>Linha de Base: BRA, CHI</p> <p>Meta 2011: MEX</p> <p>A meta foi plenamente atingida. México finalizou seu estudo sobre Equidade na Utilização de Serviços de Saúde e entregou os resultados em uma reunião de funcionários de alto nível da Secretaria de Saúde, do Instituto Mexicano de Previdência Social (IMSS) e do PWR-MEX.</p>
14.2.3: Número de países com políticas públicas ou planos de financiamento para a redução ou eliminação do risco financeiro associado a doenças e acidentes	2	4	3	8	<p>Linha de Base 2009: CHI, URU</p> <p>Meta 2011: DOR, ECU</p> <p>Um dos países-alvo (DOR) atingiu a meta ao criar mecanismos de seguro saúde sociais para reduzir os riscos financeiros; porém, eficiência e sustentabilidade continuam sendo problemas. O ECU não atingiu a meta; todavia, a questão foi incluída no debate de política pública como parte das propostas em curso para reestruturar o sistema dos serviços de atenção de saúde pública.</p>

RER 14.3: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para a geração e o uso de informações sobre gastos nacionais em saúde e sobre o financiamento do sistema de saúde

No caminho

Avaliação do RER

(3 de 3 metas do indicador de RER atingidas, com 2 excedendo a meta de 2011 e 1 já tendo atingindo a meta de 2013)

Observou-se um bom progresso neste RER. Um grande avanço está relacionado com o fato de que a maioria dos países estão, agora, produzindo, periodicamente, informações sobre os gastos em saúde e sobre o financiamento. Um grande desafio é aumentar a capacidade do país para usar os resultados dos estudos sobre as despesas para apoiar as mudanças no sistema de saúde, assim como nas políticas públicas para alcançar cobertura universal. Efetivamente, este é o ponto para o qual o apoio adicional da OPAS é crucial, na tradução de evidências em ações. Uma diminuição das atividades em saúde e contas-satélite de saúde associadas ao financiamento limitado e prioridades em mudanças, durante 2012–2013, poderia prejudicar a sustentabilidade desses avanços.

Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
14.3.1: Número de países relatando informações atualizadas sobre financiamento e gastos em saúde à Iniciativa Regional de Dados de Saúde Central da OPAS e o Anexo Estatístico dos Relatórios de Saúde Mundial da OMS (WHR's)	29/35	33/35	33/35	35/35	<p>Linha de Base 2009: ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ELS, GUT, GUY, HON, JAM, MEX, NCA, NEA, NIC, PAN, PAR, TRT, URU, VEN</p> <p>Meta 2011: ECU, PER, SAL, SCN</p> <p>Todos os 33 países alcançaram o indicador e relataram informações atualizadas sobre os gastos em saúde ao processo de consulta para atualização de dados da Estatística de Saúde Mundial anual da OMS.</p>

14.3.2: Número de países que institucionalizaram a produção periódica de Contas de Saúde e Contas Nacionais de Saúde harmonizadas com o sistema estatístico das Nações Unidas	16	21	24	24	<p>Linha de Base 2009: ABM, ANI, BAR, BRA, CAN, CHI, COL, DOM, ECU, GRA, MEX, PAR, SAL, SAV, SCN, USA</p> <p>Meta 2011: BAH, BLZ, BOL, ELS, GUT, HON, NIC, TRT</p> <p>A meta foi excedida. Além dos cinco países-alvo que alcançaram o indicador (BAH, BLZ, ELS, GUT e HON), outros países que também alcançaram este indicador incluem BOL, NIC e TRT.</p>
14.3.3: Número de países que contam com estudos sobre as despesas e o financiamento dos sistemas públicos de saúde ou seguros saúde sociais	N/D	10	11	15	<p>Linha de Base 2009: N/D</p> <p>Meta 2011: CAN, CHI, DOM, ECU, GRA, HON, PAR, SAL, SAV, SCN, VEN</p> <p>A meta foi excedida (11 países alcançaram o indicador).</p>
RER 14.4: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para reduzir a exclusão social, ampliar a proteção social em saúde, fortalecer os seguros públicos e sociais e melhorar os programas e as estratégias de ampliação da cobertura					No caminho
Avaliação do RER (2 de 2 metas do indicador de RER atingidas, com 1 excedendo a meta de 2011 e, inclusive, atingindo a meta para 2013)					
<p>Houve importante progresso com relação a este RER na Região durante este biênio. Os países continuam ativos na área de Proteção Social em Saúde (SPH), com o Uruguai ampliando a proteção social aos grupos prioritários através de seu esquema de Seguro Saúde Nacional. O Haiti expandiu o acesso à saúde materna e da criança através dos SIG e SOG; e um grande avanço para o Haiti foi a aprovação de um projeto de \$20 milhões financiado pelo Canadá para acesso gratuito aos cuidados médicos pelas mulheres grávidas e crianças com menos de 5 anos. A OPAS continua oferecendo forte liderança no campo de SPH; porém, são necessários recursos humanos adicionais para acompanhar as atividades nos âmbitos regional, sub-regional e de país.</p>					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
14.4.1: Número de países com esquemas de seguro e outros mecanismos para ampliar a proteção social em saúde	10	11	12	12	<p>Linha de Base 2009: ARG, BAR, BRA, CHI, COL, COR, ECU, MEX, NEA, PER</p> <p>Meta 2011: BLZ, HAI</p> <p>A meta foi excedida. O HAI implementou com sucesso tanto o seu SOG como o SIG, portanto tinha esquemas financeiros implantados para prestar serviços gratuitos de obstetrícia e pediátricos sob um modelo de administração de contratos.</p>
14.4.2: Número de países que contam com informações atualizadas para formular políticas de ampliação da proteção social em saúde	13	15	15	16	<p>Linha de Base 2009: BOL, BRA, CHI, COL, DOR, ECU, GUT, HON, MEX, NIC, PAR, PER, VEN</p> <p>Meta 2011: COR, ELS</p> <p>A meta foi plenamente atingida. COR e ELS melhoraram substancialmente os modelos de informação que podem ser aplicados à formulação de políticas. Em COR, um estudo recente permitiu atualizar informações sobre</p>

					a situação de financiamento do Sistema de Previdência Social da Costa Rica (CCSS). ELS atualizou seu estudo sobre a exclusão social na saúde.
--	--	--	--	--	---

RER 14.5: Apoio aos Estados Membros mediante cooperação técnica para alinhar e harmonizar a cooperação internacional na área de saúde

No caminho

Avaliação do RER

(1 de 1 meta do indicador de RER atingida)

Um relatório comissionado pela Equipe Central de Avaliação da Declaração de Paris (PD) descobriu que a eficácia da ajuda aprimorou somente até certo ponto e ainda há medidas que precisam ser abordadas para melhorar a contribuição geral da assistência ao desenvolvimento na Região. No Panamá, a percepção geral é positiva: a assistência foi mais eficaz; a administração da assistência melhorou; a cooperação com os doadores foi mais inclusiva e eficaz. O Panamá sente que a PD ajudou a fortalecer as capacidades nacionais institucionais; a apoiar o fortalecimento do capital social; e a contribuir para os esforços de redução da exclusão, de igualdade de gênero e de alcance de melhores resultados em desenvolvimento no âmbito nacional. A Guatemala também mostra progresso nessas áreas. Em outros países, os entrevistados notam progressos limitados ou nenhum progresso na melhoria da igualdade de gênero, no apoio ao fortalecimento institucional e na redução da exclusão — não esquecendo o avanço em melhores resultados de desenvolvimento em geral. No caso de Honduras, por exemplo, os entrevistados indicam que a eficácia da assistência não melhorou durante os últimos cinco anos, e a maioria dos entrevistados diz que um contexto político adverso limitou a eficácia da assistência. O mesmo ocorre com o Haiti, onde a eficácia da assistência fornecida foi agravada após o terremoto e a dinâmica complexa da resposta posterior.

Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
14.5.1: Número de países que demonstram melhora nos níveis de harmonização e alinhamento da cooperação internacional na área de saúde, medidos por padrões e instrumentos estabelecidos internacionalmente	5	7	7	8	<p>Linha de Base 2009: BLZ, BOL, HAI, HON, NIC</p> <p>Meta 2011: GUT, PAN</p> <p>Os dois países-alvo (GUT e PAN) alcançaram o indicador. Avanços sustentados também foram conseguidos em BLZ, HON e NIC. O HAI foi baixado da linha de base. ELS também relata contribuições substantivas de relatórios para este indicador de RER.</p>

Relatório de Progresso do OE15

<p>OE15: Oferecer liderança, fortalecer a governança e promover parcerias e colaboração com os Estados Membros, o sistema das Nações Unidas e outros interessados diretos, para cumprir o mandato da OPAS/OMS no avanço com a agenda global de saúde, conforme estabelecido no 11º Programa Geral de Trabalho da OMS e na Agenda de Saúde para as Américas</p>					<p>No caminho</p>
<p>Visão Geral do Orçamento</p>					
<p>Orçamento Aprovado (PB 2010-2011)</p>	<p>Fundos Disponíveis</p>			<p>Gastos (%)</p>	<p>Financiado (%)</p>
	<p>RB</p>	<p>OE</p>	<p>Total</p>		
<p>\$74.885.000</p>	<p>\$65555000</p>	<p>\$9.749.753</p>	<p>\$75.304.753</p>	<p>93%</p>	<p>101%</p>
<p>Progresso em relação ao alcance do OE até 2013</p>					
<p>Progresso em direção ao alcance das metas do indicador de nível de impacto do OE, como estabelecido no Plano Estratégico da OPAS 2008–2012</p>					
<p>Indicador 1: Número de países implementando pelo menos 30% das resoluções relacionadas com políticas para saúde adotadas pela Conferência Sanitária Pan-Americana e pelo Conselho Diretor de OPAS durante o período de 2007–2011</p>					
<p>Linha de Base: 0 país no 2007 Meta: 19 países até 2013</p>					
<p>A meta foi excedida, com quase todos os países da Região implementando resoluções adotadas pelos Órgãos Diretivos da OPAS, levando em conta que 60% de suas resoluções estão relacionados com as resoluções para políticas em saúde.</p>					
<p>Indicador 2: Número de países relatando uma Estratégia de Cooperação entre Países (ECP) acordada pelo governo, com uma avaliação qualitativa do grau para o qual recursos da OPAS/OMS são harmonizados com parceiros e alinhados com estratégias nacionais de saúde e desenvolvimento</p>					
<p>Linha de Base: 0 país no 2007 Meta: 30 países até 2013</p>					
<p>A meta foi excedida, com 34 países e territórios que tinham uma Estratégia de Cooperação entre Países desenvolvida no final de 2011. Durante 2010-2011, além da nova ECP firmada, 9 países haviam atualizado sua ECP.</p>					
<p>Indicador 3: Número de países na América Latina e no Caribe que atingiram as metas de “Assistência Oficial para Desenvolvimento em Saúde” da Declaração de Paris relacionada com harmonização e alinhamento, como adaptado pela OMS e seus parceiros</p>					
<p>Linha de Base: 0 país Meta: 5 países até 2013</p>					
<p>Um total de 11 países da ALC desenvolveu relatórios de país sobre seus progressos na promoção da agenda para eficácia da assistência, usando as metas da Declaração de Paris que foram apresentadas no Fórum de Alto Nível sobre a Eficácia da Assistência, em Busan, República da Coreia, em 2011.</p>					
<p>Avaliação do OE 2010-2011</p>					
<p>Este OE está classificado como no caminho rastro, com 3 de 3 RERs no caminho, e 14 de suas 15 metas do indicador de RER atingidas.</p>					
<p>As áreas incluídas neste OE são liderança e governança: isto é, a presença da OPAS nos países para oferecer cooperação técnica e a relação da Organização com ambos o sistema das Nações Unidas e a comunidade internacional. O desempenho da RSPA para executar este OE foi positivo e atingiu suas metas</p>					

durante o biênio 2010-2011; mas a RSPA terá de continuar a trabalhar no próximo biênio para aumentar as conquistas. Alguns grandes avanços são: a maior presença da OPAS nas reuniões internacionais de alto nível através da participação técnica nas reuniões preparatórias, refletida em suas declarações ou resoluções que incluíam questões de saúde; a relação da OPAS com grandes parceiros (CAN, Espanha e USA) foi fortalecida; e a OPAS progrediu significativamente ao estabelecer e manter boa colaboração com uma ampla gama de parceiros da sociedade civil. Houve um maior engajamento da OPAS no processo de reforma das Nações Unidas durante este biênio, através da participação ativa da Organização na preparação do novo Marco de Assistência das Nações Unidas para o Desenvolvimento (MANUD) na Região.

Avanços Principais

- A liderança da OPAS como parte do sistema das Nações Unidas foi eficaz tanto no nível regional como de país no grupo de saúde e nas questões de alinhamento e harmonização.
- Todas as Equipes dos Países possuem pelo menos dois assistentes técnicos internacionais. Mais descentralização e/ou fortalecimento da presença da OPAS no país foram conseguidos na sub-região do Caribe.
- A América Latina e o Caribe estavam plenamente envolvidos na Reunião de Alto Nível das Nações Unidas (NHLM) sobre as Doenças Não Transmissíveis (DNTs), um fato que reflete a prioridade das DNTs na agenda no âmbito de país, sub-regional e regional.
- Recursos técnicos e financeiros mobilizados de parceiros tradicionais e não tradicionais incluem três parceiros estratégicos bilaterais (AECID, CIDA, e USAID) quantificando mais de \$70 milhões durante um período de três anos (2011–2013).

Desafios Principais

- Há uma falta de financiamento adequado para garantir presença central no país destinada a assegurar os recursos humanos apropriados para executar os programas de cooperação técnica dentro da estrutura da Estratégia de Cooperação entre Países.
- Falta, ainda, uma Estratégia para Mobilização de Recursos adequada dirigida tanto à comunidade internacional como para os recursos nacionais.
- O engajamento com empresas de setor privado que são consideradas prejudiciais à saúde pública é fraco; maiores esforços são necessários para persuadi-los a aprimorarem os seus modelos empresariais.
- Outro ponto fraco reside no alinhamento da Fundação Pan-Americana para a Saúde e Educação (PAHEF) com a missão da OPAS.
- A OPAS deve trabalhar a maior participação no Fundo de Reserva de Doadores Múltiplos (MDTF) do PNUD, agora disponível para a Região.
- A capacidade da OPAS em apoiar as atividades dos países da ALC na cooperação Sul-Sul e triangular é fraca.

Lições Aprendidas

- Outras reiterações dos processos de ECP resultaram em agenda estratégica bem mais aprimorada, proporcionando oportunidades para contribuir para uma melhor formulação do próximo Plano Estratégico da OPAS.
- A sustentação de um diálogo estratégico com nossos parceiros envolve muito mais do que reuniões públicas bem-apresentadas, bem-estruturadas.
- A ECP pode proporcionar reflexões valiosas para o processo do Marco de Assistência das Nações Unidas para o Desenvolvimento (MANUD), especialmente para incluir questões de saúde na agenda das Nações Unidas no âmbito de país.

Relatório de Progresso de RER do OE15

RER 15.1: Liderança e direção eficazes da Organização exercida por meio da acentuação de governança e coerência, responsabilidade e sinergia do trabalho da OPAS/OMS para cumprir seu mandato de avançar com as agendas de saúde no nível global, regional, sub-regional e nacional					No caminho
Avaliação do RER (4 de 5 metas do indicador de RER atingidas)					
<p>O desempenho geral da RSPA neste RER é positivo, em vista do progresso conseguido por suas diversas entidades: Órgãos Diretivos (GBO); Relações e Parcerias Externas (ERP); Serviços de Supervisão Interna e Avaliação (IES); Gênero, Etnia e Direitos Humanos (GDR); e Jurídico (LEG). A meta para o indicador 15.1.5 não foi atingida (como na avaliação anterior), porque 26 entidades precisam se vincular a este indicador. No entanto, as 17 entidades que estão vinculadas a este indicador de RER atingiram suas metas. Consequentemente, a RSPA está no caminho para alcançar este resultado esperado ao final do período tratado no Plano Estratégico de OPAS 2008–2012.</p>					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
15.1.1: Percentagem de resoluções dos Órgãos Diretores da OPAS aprovadas que focalizam estratégias e políticas de saúde	45%	50%	60%	55%	Das resoluções aprovadas pelo Conselho Diretor da OPAS, 60% estão diretamente relacionadas com políticas e estratégias de saúde pública.
15.1.2: Porcentagem de todos os projetos de supervisão finalizados que avaliam e aprimoram processos de gestão de risco, controle e governança	35%	70%	70%	90%	O número de tarefas em vigilância está no caminho pelo segundo dos três biênios. Com o seu nível atual dos recursos, a RSPA espera plenamente continuar a atingir esta meta.
15.1.3: Número de entidades da RSPA que implementam iniciativas de liderança e gestão (coordenação e negociação de cooperação técnica com parceiros, cooperação técnica entre países [TCC], defesa de causa para a missão da OPAS/OMS e Planos de Trabalho Bienais e relatórios) a tempo e dentro do orçamento	57/69	61/69	61/69	69/69	A meta foi atingida por 80% dessas entidades no final do biênio.
15.1.4: Porcentagem de consultas legais por parte dos Órgãos Diretores e Estados Membros respondidas em 10 dias úteis	90%	95%	95%	100%	A RSPA trabalhou para assegurar a implementação adequada das regras e regulamentações da OPAS. Destacados estão as seguintes conquistas da RSPA: <ul style="list-style-type: none"> • ofereceu apoio para o exame, avaliação e fortalecimento da EXM dos Centros Pan-Americanos Regionais da OPAS • ofereceu apoio às Unidades Técnicas da OPAS, PWR e Estados Membros no desenvolvimento da lei internacional de saúde

					<ul style="list-style-type: none"> • facilitou melhores relações com entidades sub-regionais • ampliou e promoveu os Fundos Rotatórios e Estratégicos da OPAS • negociou os novos termos favoráveis nos acordos com os países
15.1.5: Número de entidades da RSPA que vincularam cada prioridade transversal da RSPA a pelo menos 30% dos produtos e serviços em seus Planos de Trabalho Bienais	N/D	40/54	18/54	54/54	A RSPA concentrou esforços consideráveis para este indicador. Contudo, maior apoio é necessário.
RER 15.2: Presença efetiva da OPAS/OMS nos países para implementar as Estratégias de Cooperação entre Países (ECP) da OPAS/OMS que estejam: 1) alinhadas com as agendas nacionais de saúde e desenvolvimento dos Estados Membros; 2) harmonizadas com a equipe das Nações Unidas no país e com outros parceiros de desenvolvimento.					No caminho
Avaliação do RER (6 de 6 metas de indicadores de RER atingidas)					
A RSPA continuou com seu trabalho de guiar os Escritórios nos Países através de uma ampla estrutura que garantirá a presença eficaz e eficiente da OPAS nos países. Em termos gerais, a presença estratégica da Organização nos países foi vigiada e apoiada no nível da EXM. Isto resultou em maior disponibilidade dos recursos humanos relevantes, de prestação de cooperação técnica e melhor viabilização das funções no nível de país, compatível com a Política de Foco no País.					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
15.2.1: Número de países que usam a Estratégia de Cooperação entre Países (ECP) como base para definição da presença da Organização no país e seu respectivo Plano de Trabalho Bienal	30	32	34	35	<p>Linha de Base de 2009: ABM, ANI, ARG, BAR, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ELS, GRA, GUT, GUY, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, SCN, TRT, URU, VEN</p> <p>Meta 2011: BAH, CAN, ECU, SUR</p> <p>A meta foi excedida, com dois países adicionais a atingindo. Além da nova ECP desenvolvida, nove países atualizaram sua ECP.</p>
15.2.2: Número de países em que a ECP é usada como referência para a harmonização da cooperação em saúde com a equipe das Nações Unidas no país e outros parceiros de desenvolvimento	30	32	34	35	<p>Linha de Base 2009: ABM, ANI, ARG, BAR, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ELS, GRA, GUT, GUY, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, SCN, TRT, URU, VEN</p> <p>Meta 2011: BAH, CAN, ECU, SUR</p> <p>Houve um alinhamento crescente entre a ECP e os MANUDs.</p>

<p>15.2.3: Número de países em que o Plano de Trabalho Bienal é avaliado juntamente com o governo e outros parceiros relevantes</p>	<p>20</p>	<p>30</p>	<p>31</p>	<p>35</p>	<p>Linha de Base 2009: ARG, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, HON, GUT, GUY, JAM, NIC, PAN, PAR, PER, TRT, URU</p> <p>Meta 2011: ABM, ANI, BAH, BAR, DOM, GRA, MEX, NEA, SAV, SAL, SCN</p> <p>A avaliação conjunta com as contrapartes é realizada com regularidade precisa por todos os Escritórios de País da OPAS. Com base em sua área de competência, as entidades da RSPA continuarão unindo todos esses processos de avaliação seletivamente, de forma virtual ou física.</p>
<p>15.2.4: Número de sub-regiões que possuem uma Estratégia de Cooperação Sub-Regional</p>	<p>1/5</p>	<p>3/5</p>	<p>3/5</p>	<p>4/5</p>	<p>A Agenda de Saúde para a América Central permanece em vigor, e o plano respectivo estratégico está sob desenvolvimento. O MoU (Memorando de Entendimento) com o MERCOSUL está sendo implementado. A Estratégia Sub-Regional de Cooperação (SCS) para o Caribe foi liberada e serve como a estrutura para os programas de cooperação técnica no Caribe. Há uma SCS tanto para as sub-regiões andinas como do Caribe.</p>
<p>15.2.5: Número de entidades sub-regionais e nacionais da RSPA que melhoraram o apoio administrativo, a infraestrutura física, o transporte, os equipamentos de escritório, as mobílias e os equipamentos de informática, de acordo com seus Planos de Trabalho Bienais</p>	<p>25/29</p>	<p>27/29</p>	<p>27/29</p>	<p>29/29</p>	<p>A RSPA destina considerável financiamento para melhorar os edifícios e manter/melhorar a infraestrutura de TI e outras atividades operacionais que ajudam na prestação de cooperação técnica.</p>
<p>15.2.6: Número de entidades sub-regionais e nacionais da RSPA que implementaram políticas e planos para melhorar a saúde e a segurança do pessoal no local de trabalho, inclusive o cumprimento das normas mínimas de segurança operacional (MOSS)</p>	<p>25/29</p>	<p>27/29</p>	<p>27/29</p>	<p>29/29</p>	<p>Este indicador cobre não apenas a segurança, mas, também, uma variedade de procedimentos não físicos e práticas para melhorar as condições de pessoal. Do nível da Sede, a RSPA forneceu os fundos a 13 PWRs, com mais um pendente.</p>

RER 15.3: Mecanismos regionais de saúde e desenvolvimento estabelecidos, inclusive parcerias, saúde internacional e defesa de causas, para fornecer recursos técnicos e financeiros mais sustentados e previsíveis para a saúde, em apoio à Agenda da Saúde para as Américas.					No caminho
Avaliação do RER (4 de 4 metas do indicador de RER atingidas)					
<p>Como um RER em curso, o desempenho por parte das entidades da RSPA continuou sendo positivo durante 2010-2011. Em 2011, documentos do MANUD foram assinados na República Dominicana, em El Salvador, em Honduras, na Jamaica e no Peru — com a participação ativa da OPAS como parte da Equipe do País das Nações Unidas (UNCT). A saúde foi refletida nesses MANUDs, constituindo a estrutura para o trabalho das Nações Unidas no nível de país. Belize, Bolívia, Colômbia, Costa Rica, Cuba, México e Nicarágua estão no caminho para finalizar seus MANUDs na data final esperada e começaram a planejar o novo financiamento do MANUD em 2013.</p>					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
15.3.1: Número de países em que a OPAS/OMS mantém sua liderança ou participação ativa em parcerias de saúde e desenvolvimento (formais e informais), inclusive no contexto da reforma do sistema das Nações Unidas	27/27	27/27	27/27	27/27	A RSPA atingiu esta meta ao final do biênio em todos os 27 escritórios de países.
15.3.2: Número de acordos com organizações bilaterais e multilaterais e outros parceiros, incluindo agências das Nações Unidas, que apóiam a Agenda da Saúde para as Américas	10	17	17	25	A RSPA finalizou convênios de financiamentos extra-orçamentários com três dos parceiros estratégicos chaves bilaterais da OPAS (AECID, ACDI e USAID), quantificando mais de \$50 milhões durante um período de três anos (2011–2013). A RSPA progrediu significativamente ao estabelecer e manter boa colaboração com uma série de parcerias da sociedade civil: por exemplo, a Agência de Saúde Pública Americana (APHA); as organizações de caráter religioso como os Brothers of Charity, a Church of Jesus Christ of the Latter-day Saints (LDS) e a Seventh Day Adventist Church —, assim como com o Conselho Global de Saúde e diversos “think tanks”.

15.3.3: Percentagem de Declarações de Cúpula que refletem o compromisso com a promoção da Agenda de Saúde para as Américas 2008–2017	50%	70%	70%	75%	Durante o último biênio, os cumes sub-regionais, regionais e globais tudo refletiram um compromisso com a saúde. Uma amostra relevante disto foi a Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas no na Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis (UNGASS em DNTs), que foi realizado em Nova York. A OPAS e países da ALC estavam bem representados neste evento, com a participação ativa.
15.3.4: Percentagem de pedidos dos países por apoio da OPAS para mobilizar recursos técnicos e financeiros de parceiros externos que a OPAS atendeu	85%	90%	90%	95%	Pedidos dos países para apoio às propostas de desenvolvimento foram processados como algo normal para prestar serviços em curso. Vale mencionar que o tempo necessário para finalizar as análises declinou para 30% durante os últimos anos.

Relatório de Progresso do OE16

OE16: Desenvolver e manter a OPAS/OMS como uma organização flexível, de aprendizagem, para que possa realizar seu mandato de modo mais eficiente e eficaz				No caminho	
Visão Geral do Orçamento					
Orçamento Aprovado (PB 2010-2011)	Fundos Disponíveis			Gastos (%)	Financiado (%)
	RB	OE	Total		
\$86.275.000	\$63.373.000	\$38.337.817	\$101.710.817	96%	118%
Progresso em relação ao alcance do OE até 2013					
<p>Progresso em direção ao alcance das metas do indicador de nível de impacto, como estabelecido no Plano Estratégico da OPAS 2008–2012</p> <p>Indicador 1: Porcentagem dos Resultados Esperados em Nível Regional (RERs) alcançada sob os Objetivos Estratégicos 1–15, como medido pelos indicadores de RER Linha de Base: N/D Meta: 80% de RERs alcançados até 2013</p> <p>O número de RERs no caminho aumentou de 76% no 2008-2009 a 87% em 2010-2011. Com respeito às metas do indicador de RER, 88% foram atingidas no final de 2009 e 90% no final de 2011. Nesta taxa, espera-se que a Organização atinja a meta para 2013. Entretanto, é importante destacar que os benefícios obtidos durante biênios anteriores precisam ser mantidos; e os desafios afetando o progresso dos RERs em risco e com problemas também devem ser abordados durante 2012–2013.</p> <p>Indicador 2: Rentabilidade das funções de permissão da Organização, como medido pela porcentagem do orçamento total da OPAS representado por este OE Linha de Base: 17% no biênio 2006-2007 Meta: 15% até 2013</p> <p>Em 2010-2011, o OE16 teve 17,5% dos fundos totais disponíveis para o biênio (\$599,1 milhões). Isto representou uma redução de 20,2% comparada com 2008-2009, apesar do fato de que houvesse importantes projetos (ou seja, o Sistema de Gestão de Informações da RSPA [PMIS]), com financiamento significativo programado sob este OE.</p>					
Avaliação do OE 2010-2011					
<p>Este OE está no caminho com todos os seus 6 RERs no caminho, e 29 de 30 metas do indicador de RER atingidas durante o biênio. Em termos gerais, o OE 16 foi bem-sucedido ao alcançar as suas metas para este biênio, como demonstrado abaixo em avanços principais. Entretanto, há grandes desafios pela frente com a preparação, migração e implementação do PMIS e o aprimoramento simultâneo de todos os processos relevantes. Além disso, em um período de orçamentos apertados, a ênfase contínua em Gestão Baseada em Resultados (RBM) — com a introdução da Gestão de Riscos de Empresas (ERP) — asseguraria o uso mais eficaz de recursos para alcançar nossos Resultados Esperados, como declarado no Plano Estratégico da OPAS 2008–2012.</p>					

Avanços Principais

- Normas Internacionais de Contabilidade Aplicadas ao Setor Público (IPSAS) implementadas; Treinamento em RBM realizado; Orçamento para Programas (PB) 2012–2013 aprovado pelo 51º Conselho Diretor da OPAS.
- Opinião de Auditoria Sem Reservas para 2010.
- Aprimoramento contínuo e bem-sucedido do processo de Monitoramento de Desempenho e Avaliação (PMA).
- Um aumento na porcentagem das Contribuições Voluntárias que não são destinadas.
- Metodologia de Recursos Humanos aprimorada para a toda a organização; prazo para o processo de seleção encurtado.
- Plano de Gerenciamento de Riscos de Empresa (ERP) aprovado pela EXM.
- Aumento da consulta por parte do Escritório de Ética.
- Consolidação do Domínio OPAS com a rede privada da OPAS progredindo significativamente durante este biênio, com a maioria do pessoal parecendo estar satisfeita com os serviços de apoio gerencial e administrativo; aperfeiçoamento contínuo da infraestrutura física da OPAS em toda a Região, portanto melhorando a segurança e a vigilância de todos os empregados da OPAS.

Desafios Principais

- Preparação, migração e implementação do Sistema de Gestão de Informações (PMIS) da RSPA.
- Manutenção das operações enquanto recrutando para dois cargos de gerenciamento superiores na administração (Gestão de Recursos Humanos e Sistemas de Tecnologia e Informação) para mais ou menos metade do biênio.
- Implementação do Plano de Gerenciamento de Riscos de Empresa em toda a Organização como um instrumento de gestão para todas as entidades.
- Qualidade das traduções, uma área contínua de preocupação devido à partida e a renovação de pessoal de tradução.

Lições Aprendidas

- Necessidade de continuar estimulando os administradores através de reuniões periódicas dos grupos Administrativos Ótimos que constituem o motor da rede dos administradores.
- Feedback de clientes mais direto através de pesquisas ou sistemas automatizados que recolhem respostas mais eficiente e objetivamente para serem impulsionadas aos serviços de apoio gerencial e administrativo.
- Necessidade de estabelecer um sistema de acompanhamento para recomendações para todas as auditorias, transferências de Escritórios de País e de Centro e ECPs.

Relatório de Progresso de RER do OE16

RER 16.1: A RSPA é uma organização baseada em resultados, cujo trabalho se guia por planos estratégicos e operacionais que se baseiam em lições aprendidas, refletem necessidades sub-regionais e nacionais, são desenvolvidos conjuntamente em toda a Organização e usados de modo eficaz para monitorar o desempenho e avaliar os resultados	No caminho
Avaliação do RER (5 de 5 metas do indicador de RER atingidas, com 2 excedendo suas metas de 2011)	
O treinamento on-line para a de Gestão Baseada em Resultados da OPAS foi implementado e estava disponível para treinar pessoal da RSPA. O novo Programa e Orçamento da OPAS 2012–2013 (PB 2012–2013) foi aprovado pelo 51º Conselho Diretor da OPAS, com um aumento de 3,2% nas contribuições estimadas. O objetivo de 100% de progresso em direção aos objetivos de retribuição de recursos entre os três níveis da RSPA pela Política Orçamentária Regional para Programas da OPAS foi alcançado. Aproximadamente 90% das entidades da RSPA conseguiram mais de 75% de seus	

OSERs. Todos (100%) os Relatórios de Monitoramento do Desempenho e de Avaliações foram apresentados a tempo à RSPA/EXM. O RER 16.1 foi plenamente alcançado, conforme medido através do avanço de todas as metas de indicadores de RER, como demonstrado a seguir. Pensamos que este RER será plenamente alcançado no final de 2013 se for mantido este desempenho de alto nível que está agora.					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final de 2011	Meta 2013	Comentários
16.1.1: Estrutura da Gestão Baseada em Resultados (GBR) implementada	Estrutura de RBM aprovada pela EXM	Treinamento de pessoal da RSPA sobre RBM completado	Treinamento completado	Estrutura de RBM Implementada	Treinamento on-line para RBM como se esteve disponível desde junho de 2011. Além disso, outro treinamento foi ministrado através de diversos enfoques durante o último biênio. Isto inclui treinamento presencial de apoio aos Planos de Trabalho Bienais (BWPs) e Monitoramento de Desempenho e preparação de Avaliações (PMA), assim como várias sessões de treinamento virtual via Elluminate.
16.1.2: O Plano Estratégico (SP) da OPAS e documentos de Orçamento e Programas (elaborados no contexto da GBR, levando em consideração a política de foco no país e as lições aprendidas, e com a participação de todos os níveis da OPAS) são aprovados pelos Órgãos Diretores	PB 2010-2011 aprovado pelos Órgãos Diretivos da OPAS	PB 2012-2013 aprovado pelos Órgãos Diretivos da OPAS	Sim	SP 2013-2017 aprovado pelos Órgãos Diretivos da OPAS	O PB 2012-2013 (elaborado dentro da estrutura da GBR, levando em consideração a política de foco no país e as lições aprendidas, e com a participação de todos os níveis da OPAS) foi aprovado pelo 51º Conselho Diretor da OPAS.
16.1.3: Porcentagem do progresso em direção aos objetivos de retribuição de recursos entre os três níveis da RSPA, por Política Orçamentária Regional para Programas da OPAS (RPBP)	67%	100%	100%	100%	A RPBP foi plenamente implementada para o Orçamento Regular (RB). Enquanto a política foi apenas aplicada ao RB, foi, também, usada para guiar a alocação de fundos de Contribuições Voluntárias (CVs) fundos, ao máximo
16.1.4: Porcentagem de entidades da RSPA que obtêm mais de 75% de seus OSERs	50%	75%	90%	90%	Sessenta e duas (62) entidades (90%) atingiram pelo menos 75% de suas metas do indicador de OSER.

16.1.5: Porcentagem de relatórios de monitoramento do desempenho e avaliação dos resultados esperados contidos no Plano Estratégico e nos documentos de Orçamento e Programa submetidos oportunamente à Gerência Executiva da RSPA, após avaliação de seus pares	80%	90%	100%	100%	Todos (100%) dos relatórios de PMA foram fornecidos de maneira adequada.
---	-----	-----	------	------	--

RER 16.2: Fortalecimento do monitoramento e da mobilização de recursos financeiros para assegurar a execução do Orçamento e do Programa, incluindo o aperfeiçoamento de práticas financeiras sólidas e a gestão eficiente de recursos financeiros	No caminho
--	-------------------

Avaliação do RER
(6 de 6 metas do indicador de RER atingidas, com 3 excedendo suas metas de 2011)

Durante o biênio de 2010-2011, houve significativos progressos no alcance das metas com respeito aos indicadores de RER 16.2 para o biênio 2010-2011. Alguns avanços incluem o seguinte:

- Finalização das primeiras Demonstrações Financeiras de acordo com as IPSAS, com uma receita total de \$932 milhões e uma opinião de auditoria sem reservas.
- O alcance da meta de 75% dos Objetivos Estratégicos recebeu mais de 75% de suas quantias orçadas.
- Finalização dos convênios de CVs com o três parceiros chave bilaterais da OPAS (AECID, ACDI e USAID).
- Redução de fundos de CVs devolvidos aos parceiros de 0,8% em 2008-2009 para 0,5% (\$1,5 milhões) em 2010-2011, desse modo excedendo a meta de 2011 em 0,70%.
- Implementação de 89% do orçamento conseguida por mais de 80% das entidades (56 de 69) durante 2010-2011, com uma implementação do orçamento geral para a Organização para este biênio de 89%.

Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
16.2.1: Normas Internacionais de Contabilidade Aplicadas ao Setor Público implementadas na OPAS	IPSAS aprovadas pelos Estados Membros	IPSAS implementadas	Sim	IPSAS implementadas	A OPAS passou das Normas Contábeis do Sistema das Nações Unidas (UNSAS) para as IPSAS no dia 1º de janeiro de 2010. As demonstrações para o período de relatório financeiro de 2010 estavam preparadas, pela primeira vez, de acordo com as IPSAS.
16.2.2: Porcentagem de objetivos estratégicos alcançando pelo menos 75% de sua lacuna não financiada ao final do biênio	50%	60%	75%	70%	Cerca de 75% dos OEs excederam 75% de suas quantias orçadas. Os OEs 2 (39%), 10 (45%), 13 (65%) e 14 (60%) não alcançaram este nível de financiamento.

16.2.3: Porcentagem de Contribuições Voluntárias não específicas (fundos flexíveis cujas restrições chegam somente ao nível do OE)	10%	13%	44%	15%	A OPAS finalizou convênios de CVs com nossos três parceiros chave bilaterais (AECID, ACDI e USAID), utilizando um enfoque programático que quantifica mais de \$78 milhões durante um período de três anos (2011-2013). A porcentagem real de CVs que não são específicas é de 44% para 2010-2011, o que excedeu a meta.
16.2.4: Porcentagem de fundos de Contribuição Voluntária da OPAS (tanto destinados como não destinados) devolvidos aos parceiros	0,80%	0,7%	0,5%	0,5%	O total de fundos devolvido aos parceiros durante 2010-2011 (ou seja, até 31 de dezembro de 2011) foi de \$1,5 milhão. Portanto, a quantia devolvida aos parceiros representa 0,5% dos fundos totais disponíveis.
16.2.5: Práticas financeiras sólidas como comprovadas por opinião de auditoria sem reservas	Opinião de auditoria sem reservas	Opinião de Auditoria Sem Reservas	Sim	Opinião de auditoria sem reservas	A OPAS recebeu uma opinião de auditoria sem reservas sobre as Demonstrações Financeiras de 2010 de acordo com as IPSAS. As Demonstrações financeiras para 2010 foram apresentadas aos Órgãos Diretivos no 51º Conselho Diretor da OPAS.
16.2.6: Porcentagem de entidades da RSPA que implementaram pelo menos 90% dos fundos programados em seus Planos de Trabalho Bienais	75%	80%	80%	90%	Mais de 80% (56 entidades) implementaram pelo menos 90% de seu orçamento para programas em 2010-2011.

RER 16.3: Políticas e práticas de recursos humanos promovem (a) atração e retenção de pessoas qualificadas com as competências requeridas pela organização, (b) gestão eficaz e equitativa de desempenho e recursos humanos, (c) desenvolvimento de pessoal e (d) comportamento ético

No caminho

Avaliação do RER

(5 de 5 metas do indicador de RER, com 2 excedendo suas metas de 2011)

Apesar da saída do Gerente de Recursos Humanos, em fevereiro de 2011, junto com o volume de trabalho pesado enfrentado pela Área, todos os indicadores foram alcançados sob o RER 16.3. Mudanças significativas foram realizadas com o desenvolvimento e implementação de políticas e fluxo de trabalho importantes (por exemplo, Planos de RH). Esses tiveram um impacto significativo e positivo sobre a Organização. O grande desafio enfrentado pelo departamento, no próximo biênio, é a implementação do Módulo de RH no projeto do PMIS. A HRM continuará concentrando seus esforços na sua função de parceiro estratégico dentro da Organização, desenvolvendo talentos para gestão através de uma sucessão de práticas de planejamento.

Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
16.3.1: Porcentagem de entidades da	75%	98%	98%	100%	O processo de planejamento melhorou consideravelmente, com a participação ativa das Áreas Técnicas da OPAS e

RSPA com planos de recursos humanos aprovados pela Gerência Executiva					Escritórios nos Países. Isto se deve em grande parte à nova ferramenta de planejamento. Planos de RH que não foram ainda finalizados requerem mais discussões com a EXM devido às mudanças estruturais em curso.
16.3.2: Porcentagem de pessoal assumindo uma nova posição (com competência baseada na descrição do posto) ou mudando para um novo local durante um biênio de acordo com a estratégia de RH	50%	70%	100%	75%	Esta meta foi excedida, já que a porcentagem conseguida foi de 100%. Todo o pessoal assumindo novas posições teve como base suas competências e foi contratado de acordo com os Planos individuais e segundo a Estratégia aprovada de RH.
16.3.3: Porcentagem de Comitês de Seleção trabalhando com nova estrutura aprovada pela EXM, que inclui a avaliação psicométrica para posições-chave	100%	100%	100%	100%	A meta foi atingida por todas as posições gerenciais anunciadas no nível P-5 e acima.
16.3.4: Porcentagem da força de trabalho da RSPA que apresentou queixa formal ou foi objeto de ação disciplinar formal	<1%	<1%	<1%	<1%	A meta foi atingida. No final de 2011, a Junta para Apelos da OPAS (BOA) tinha cinco casos de apelos pendentes — todos dos quais estão prontos para consideração — e uma recomendação pela BOA, o que equivale a menos de 1%. Com a implementação de novos procedimentos para a BOA, prevemos que esses cinco casos serão resolvidos rapidamente e qualquer novo caso arquivado avançará.
16.3.5: Número de indagações recebidas por ano levantando questões éticas que refletem um grau mais alto de conscientização acerca do comportamento ético	80	120	160	150	Em 2011, o escritório de Ética da OPAS recebeu um total de 95 consultas; e em 2010, 65 consultas — para um total geral de 160 consultas durante o biênio 2010-2011.

RER 16.4: Estratégias, políticas e práticas de gestão de sistemas de informação implantadas para assegurar soluções confiáveis, seguras e rentáveis, sem deixar de atender às novas necessidades da RSPA					No caminho
Avaliação do RER (3 de 3 metas do indicador de RER atingidas)					
<p>A Consolidação de Domínio e os lançamentos das Redes Privadas da OPAS continuaram, com datas estimadas para completude nos 1º e 3º trimestres de 2012, respectivamente. Recursos extensos foram gastos lançando a nova Intranet. Esses projetos proporcionaram apoio para atingir a meta indicada neste RER. O STI anunciou o primeiro passo para um Aprimoramento de TIC dos do Plano de Serviços que inclui uma nova ferramenta de requisição de serviços para todos os Escritórios de Países e Centros Pan-Americanos Regionais, assim como ferramentas de gestão de projetos aperfeiçoadas. Essas iniciativas facilitarão ainda mais o progresso conseguido nesses indicadores, assim como o alcance das metas do indicador.</p>					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
16.4.1: Percentagem de propostas significativas de TI, projetos e aplicativos gerenciados de forma sistemática por processos de gerenciamento de portfolio	40%	60%	60%	80%	Esta meta foi atingida, com a BIREME sendo a única que não foi capaz de alcançar seus objetivos.
16.4.2: Nível do cumprimento das metas de nível de serviço acordadas para os serviços de TI gerenciados	50%	60%	60%	75%	A maioria de países atingiu as suas metas do nível de serviço, com assistência das melhorias na infraestrutura e nos esforços de telecomunicação atualmente sendo lançados pelo STI.
16.4.3: Número de entidades sub-regionais e regionais da OPAS/OMS e Centros Pan-Americanos que utilizam informação de gerenciamento consistente e quase em tempo real	35/35	35/35	35/35	35/35	Todos os escritórios continuam apresentando informações de gerenciamento quase em tempo real. Isso está, também, sendo fortalecido continuamente mediante as melhorias na infraestrutura de telecomunicação, agora, sendo implementada em todas os Escritórios nos Países e Centros Pan-Americanos Regionais.

RER 16.5: Fortalecimento dos serviços de apoio gerencial e administrativo, incluindo aquisição, para permitir o funcionamento eficiente e eficaz da Organização					No caminho
Avaliação do RER					
(5 de 5 metas do indicador de RER atingidas, com 2 excedendo suas metas de 2011)					
Todas as entidades incluídas neste RER mediram seus progressos através de feedback de clientes. Este feedback de clientes foi medido através das pesquisas, transações e uso de políticas estabelecidas. A utilização desta variedade de indicadores de feedback, o RER atingiu as metas do indicador para 2011. Contudo, no futuro, um feedback de clientes mais direto, através de pesquisas ou sistemas automatizados que reúnem as respostas de forma mais eficiente e objetiva será incentivado. Mudanças significativas foram realizadas na área de aquisição para responder às necessidades de evolução da Organização em termos de comprar e contratar as atividades.					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
16.5.1: Nível de satisfação do usuário com serviços administrativos e de gestão selecionados (incluindo segurança, viagens, transporte, correio, saúde, limpeza e alimentação) medido em pesquisas bienais	Médio (satisfação classificada em 50%–75%)	Alto (satisfação classificada em mais de 75%)	75%	Alto (satisfação classificada em mais de 75%)	A meta foi pelo menos 75% atingida nos serviços selecionados (Cafeteria, Limpeza, Viagem e Correio) na OPAS/Sede, conforme resultados de pesquisas periódicas que envolviam todo o pessoal da Sede.
16.5.2: Percentagem de procedimentos operacionais padrão usados pelo pessoal da RSPA durante emergências regionais	50%	75%	100%	100%	Todos os países declarando uma situação de desastre, ativando Procedimentos Especiais de Emergência (SEP) e solicitando as extensões o fizeram de acordo com o capítulo X.11 do e-Manual da OPAS/OMS sobre "Operações de Crise".
16.5.3: Percentagem de parâmetros internos atingidos ou superados nos serviços de tradução	70%	75%	100%	80%	Todos (100%) os pedidos de tradução foram administrados no momento adequado. Os níveis de controle de qualidade não foram, todavia, adequados. Ferramentas de tradução assistidas por computador não são mantidas adequadamente devido à atribuição de pessoal.

16.5.4: Implantação de um novo sistema de gestão de compras, para medir e monitorar o cumprimento das práticas ótimas de aquisição, inclusive treinamento dirigido, relatórios estatísticos aprimorados, listas de licitadores ampliadas, acordos sobre níveis de serviço e melhora dos procedimentos	Princípios orientadores elaborados	Regras empresariais elaboradas	Sim	Sistema de administração de compras implantado	As Regras Orientadoras e as Regras Empresariais foram elaboradas. Políticas, procedimentos e sistemas de aquisição foram reexaminados; e, ferramentas de responsabilidade, implementadas. O próximo passo é a implementação e a disseminação das novas políticas e procedimentos. No que se refere aos sistemas, várias melhorias ocorreram em nosso sistema atual (ADPICS) para permitir-nos medir o desempenho e implantar o sistema de E-licitação a fim de assegurar o alinhamento com as boas práticas de aquisição. Treinamento foi, também, realizado.
16.5.5: Porcentagem de solicitações internas de assessoria e serviços jurídicos na RSPA, respondidas dentro de 10 dias úteis após o recebimento	90%	95%	95%	100%	O LEG recebe e responde a mais de 1.000 averiguações jurídicas por ano. É, atualmente, está no processo de desenvolvimento de um novo <i>e-process</i> LEG para introduzir consultas. Este sistema automatizado permitirá ao LEG melhorar seu tempo de resposta com um melhor rastreamento e uma melhor distribuição das averiguações. As interações diretas e constantes com os clientes internos ajudarão LEG a prestar serviços verdadeiramente melhores.
RER 16.6: RSPA fortalecida através de reformas de desenvolvimento institucional e um ambiente físico de trabalho propício ao bem-estar e à segurança do pessoal					No caminho
Avaliação do RER (5 de 6 metas de indicadores de RER atingidas, com 1 excedendo sua meta de 2011)					
Este RER foi muito bem-sucedido em todas as questões relacionadas ao ambiente de trabalho físico, à infraestrutura e à saúde dos empregados. Como o novo PMIS incorporará a avaliação de competência e os módulos de plano de aprendizagem individuais, foi tomada uma decisão de esperar pela implementação do novo sistema de RH, o qual sustentará a integração dessas capacidades dentro do Sistema de Avaliação do Desempenho de Pessoal para empregados (PPES). Isto tornou o indicador 16.6.6 incompleto.					
Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingida Final 2011	Meta 2013	Comentários
16.6.1: Implementação da ficha de avaliação do desempenho institucional	Cartão de pontuação desenvolvido	Cartão de pontuação implementado	Sim	Cartão de pontuação implementado	O cartão de pontuação de desempenho institucional foi implementado durante 2010.

16.6.2: Porcentagem de contratos no plano de capital de infraestrutura da RSPA para projetos aprovados, nos quais todas as obras foram substancialmente concluídas a tempo	100%	100%	100%	100%	Esta meta foi atingida completamente (100%), o que equivale a oito projetos completados oportunamente. Imagens foram apresentadas aos Estados Membros no 51º Conselho Diretor da OPAS, em setembro de 2011 (BLZ, CHI, ELS, GUY, HAI, NIC, PAN, TRT).
16.6.3: Porcentagem de instalações físicas na Sede e Centros Pan-Americanos que implantaram políticas e planos para melhorar a saúde e a segurança do pessoal no local de trabalho, incluindo o cumprimento dos Padrões Mínimos de Segurança Operacional. (MOSS)	75%	80%	80%	100%	Conforme relatório recente apresentado pelo UNDSS/NY, a OPAS/Sede e os Centros Pan-Americanos Regionais aplicaram políticas e planos para melhorar a segurança e a vigilância no local de trabalho.
16.6.4: Porcentagem de entidades regionais da RSPA e Centros Pan-Americanos da OPAS que melhoram e mantêm sua infraestrutura física, seus equipamentos de escritório, móveis e equipamentos de tecnologia da informação e seu transporte, como programado nos seus Planos de Trabalho Bienais	90%	95%	100%	100%	Capital e tempo de pessoal foi destinado para melhorar o ambiente operacional na OPAS/Sede, através dos departamentos AM e em todos os Escritórios de País da OPAS através dos PWRs. O ITS forneceu novos computadores e software por todas os PWRs e para a Sede. O Fundo Principal de Investimentos de Capital e a Conta de Depósito focalizaram grandes projetos de construção, variando desde o Centro de Operações de Emergência, recém construído (COE) na Sede, até renovações para os novos escritórios regionais da OPAS/OMS realocados, ou reparos aos existentes. Como parte da Conta de Depósito, o Projeto dos MOSS forneceu rádios, telefones satélites e upgrades de segurança em diversos PWRs.
16.6.5: Número de políticas e práticas de recursos humanos que	6	10	10	14	Os 10 programas seguintes foram implementados: (1) Aulas de loga gratuitas (2) Festas abertas do clube de esportes (3) Descontos em academia de ginástica

<p>abordam o equilíbrio trabalho-vida pessoal, saúde, e segurança da força de trabalho da OPAS, que foram desenvolvidas e implantadas</p>					<p>(4) Sessões de “Enfrentar e Prosperar” (5) Sessões de “Enfrentar e Prosperar” (6) Sessões de “Enfrentar e Prosperar” (7) Cólera no Haiti (8) Flyer “Hora para a sua injeção contra a Gripe” (9) Evento para Conscientização em Violência Doméstica (10) Pandemia de Influenza</p>
<p>16.6.6: Novo sistema de Planejamento e Avaliação do Desempenho Implementado que permite o gerenciamento de desempenho eficaz e integrado com o Plano Estratégico da OPAS</p>	<p>Software comprado e plano de implementação em ordem</p>	<p>Implementação em todas as entidades da OPAS vinculadas aos Planos do Desenvolvimento de Pessoal</p>	<p>Não</p>	<p>Avaliações de 360 graus implementadas</p>	<p>Em vista do fato de que o novo sistema do PMIS incorporará a avaliação de competência e os módulos de plano de aprendizagem individuais, foi tomada uma decisão para esperar pela implementação do novo sistema de recursos humanos (RH), o que fornecerá a integração dessas capacidades com os PPEs.</p>

METAS DO INDICADOR DE RER NÃO ATINGIDAS EM 2010-2011

Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingi da Final 2011	Meta 2013	Comentários⁶
1.1.2: Porcentagem de municípios com cobertura de vacinação inferior a 95% na América Latina e no Caribe (DPT3 como marcador com linha de base de 15.076 municípios em 2005)	44%	34%	42%	32%	Embora uma diminuição de 2% tenha sido observada entre 2009 e 2011, espera-se que os dados revisados em meados de 2012 demonstrem um declínio no número de municípios com baixa cobertura.
1.3.1: Número de países que eliminaram a lepra nos níveis nacional e sub-nacional como um problema de saúde pública	17/24	19/24	18/24	24/24	Este indicador estava com 1 país a menos para atingir a meta de 2011. Apesar do fato de que 2 países adicionais alcançaram esta meta do indicador, 1 país saiu da linha de base.
1.3.4: Número de países com índice de infestação domiciliar por vetores triatomíneos inferior a 1%	11/21	15/21	12/21	18/21	Este indicador estava com menos 3 países para atingir a meta de 2011. Apesar do fato de que 3 países adicionais atingiram a meta do indicador, 2 descenderam da linha de base. Nota-se a lacuna para atingir a meta de 2013.
1.6.1: Número de países que adquiriram as capacidades centrais de vigilância e resposta, de acordo com as obrigações estipuladas no Regulamento Sanitário Internacional (2005)	0	17	0	25	A ausência de uma ferramenta global de avaliação preveniu uma medição integral do progresso conseguido em todos os requisitos do RSI. Os países estão considerando a possibilidade de solicitar uma extensão da data final de maio de 2012 para conseguirem as capacidades centrais. Este indicador foi modificado em 2009 na versão emendada do Plano Estratégico, tanto para torná-lo mais específico como para medir o avanço das capacidades centrais, em vez de sua avaliação — desse modo, o tornando mais difícil de ser conseguido. Como nenhum país atingiu esta meta do indicador de RER no final de 2011; e considerando as

⁶ Detalhes adicionais sobre cada indicador são fornecidos nos *Relatórios de Progresso do OE* no Anexo I.

Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingi da Final 2011	Meta 2013	Comentários ⁶
					extensões sendo solicitadas pelos países para implementar os requisitos do RSI, é improvável que esta meta do indicador seja atingida até 2013.
2.1.2: Número de países que proveem tratamento antirretroviral pelo menos a 80% da população que deste necessita, de acordo com as diretrizes da OPAS/OMS	7	12	9	15	Além dos 9 países com cobertura de 80%, há 5 países que alcançaram uma cobertura dentre 70% e 79%. A mudança nas diretrizes da OMS aumentou o número de pessoas exigindo que tratamento em um estágio anterior, desse modo, tornando esta meta do indicador mais difícil de ser atingida. A lacuna para atingir a meta de 2013 duplicou de 3 para 6 países.
2.1.5: Número de países com uma taxa de tratamento bem-sucedido de 85% dos pacientes com tuberculose	11/27	16/27	9/27	23/27	Apesar do fato de que 3 países adicionais atingiram a meta do indicador, 5 saíram da linha de base. Isto resultou na duplicação da lacuna para atingir a meta de 2013.
2.1.6: Número de países que atingiram a meta regional para eliminação da sífilis congênita	7	15	8	26	A linha de base foi mantida, mas somente um país adicional atingiu a meta do indicador. Importante progresso foi relatado em outros 7 países. A lacuna para alcançar a meta de 2013 triplicou.
3.2.7: Número de países que implementam um plano nacional para prevenir lesões por acidentes de trânsito, de acordo com as diretrizes da OPAS/OMS	17	20	18	23	Somente um país adicional não pertencente à linha de base atingiu a meta do indicador.
6.2.2: Número de países que desenvolveu um sistema nacional de vigilância funcional usando pesquisas de saúde nas escolas (Pesquisa Global de Saúde nas Escolas) e produzem relatórios periódicos sobre os principais fatores de risco para a saúde dos jovens	11	23	16	30	A lacuna para atingir a meta dobrou com o não alcance da meta em 2011.

Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingi da Final 2011	Meta 2013	Comentários⁶
6.3.4: Número de países que atualizaram pelo menos um dos componentes do Sistema Mundial de Vigilância do Tabaco (GTSS)	20	28	24	35	O atraso em realizar a pesquisa, segundo o previsto, afetou a taxa de avanço. Isto aumentou a brecha para atingir a meta de 2013 para 11 países.
7.6.3: Número de países que aplicam políticas, planos ou programas para melhorar a saúde de grupos étnicos ou raciais específicos	10	14	11	16	Enquanto progresso é relatado em 3 países adicionais não pertencentes à linha de base, somente um atingiu a meta do indicador. Isto duplicou a brecha para atingir a meta de 2013.
9.3.1: Número de países que adotaram e implementaram os Padrões de Crescimento Infantil da OMS	16	20	19	25	Neste indicador faltou somente um país para atingir a meta de 2011. No entanto, progresso significativo foi relatado no país que não atingiu a meta.
9.4.2: Número de países que implementaram estratégias para prevenção e controle da deficiência de micronutrientes	16	21	19	25	O não alcance da meta de 2011 duplicou a brecha para atingir a meta de 2013.
9.4.4: Número de países que incorporaram intervenções nutricionais em seus programas integrais de resposta ao HIV/AIDS e outras epidemias	15	20	17	25	O atraso para implementar as atividades programadas nos 4 países-alvo em 2010-2011 afetou o alcance da meta. Isto resultou no aumento da brecha para atingir a meta de 2013 para 8 países.
9.4.5: Número de países com planos nacionais de preparação e resposta a emergências alimentares e nutricionais	16	20	17	25	Embora 2 países adicionais tivessem atingido a meta do indicador, um descendeu da linha de base. Isto aumentou a brecha para 8 países que precisam atingir a meta de 2013.

Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingi da Final 2011	Meta 2013	Comentários ⁶
10.1.3: Número de países que integraram um enfoque intercultural na elaboração de políticas e sistemas de saúde baseados na Atenção Primária à Saúde	3	5	4	8	Neste indicador faltou um país para atingir a meta.
12.1.3: Número de países com 100% de doações de sangue voluntárias não remuneradas	5	12	6	17	Ainda que houve progressos significativos nos países-alvo durante 2010-2011, somente um país adicional atingiu a meta. Nota-se que este indicador é ambicioso e, provavelmente, não será alcançado até 2013, uma vez que não reflete a realidade nos países.
13.2.2: Número de países que participam da rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde para a produção de informações e evidências para a tomada de decisões	27	31	28	36	Houve progressos em 2 países adicionais, mas somente um atingiu a meta. Nota-se que Recursos Humanos para o Observatório de Saúde está sob análise.
13.3.1: Número de países que estabeleceram uma política de carreira para profissionais da saúde	7	10	9	14	Neste indicador faltou um país para atingir a meta de 2011.
13.5.2: Número de países que participam de acordos bilaterais ou multilaterais sobre a migração de profissionais da saúde	7	10	9	16	Neste indicador faltou um país para atingir a meta de 2011.
13.5.2: Número de estudos de países finalizados aplicando o modelo da OPAS, para avaliar a capacidade das famílias de cobrir os gastos com saúde	3	5	3	7	Os desafios relacionados com o financiamento afetaram a completude de todos os estudos planejados.

Indicador de RER	Linha de Base 2009	Meta 2011	Atingi da Final 2011	Meta 2013	Comentários⁶
14.2.1: Número de países com políticas públicas ou planos de financiamento para redução ou eliminação do risco financeiro associado a doenças e acidentes	2	4	3	8	Neste indicador faltou um país para atingir a meta de 2011. Contudo, progressos foram conseguidos no país que não atingiu a meta.
14.2.3: Número de entidades da RSPA que vincularam cada prioridade transversal da RSPA a pelo menos 30% dos produtos e serviços em seus Planos de Trabalho Bienais	N/D	40/54	18/54	54/54	Ainda que houve progressos, mais apoio e orientação são necessários para refletir adequadamente os assuntos de alcance interssetorial nos planos de trabalho bienais em todos os níveis.
15.1.5: Novo sistema de planejamento e avaliação de recursos humanos que permite um desempenho eficaz da gestão e está integrado ao Plano Estratégico da OPAS	Software comprado e plano de implementação em ordem	Implementação em todas as entidades da RSPA vinculadas aos planos de desenvolvimento de pessoal	Não atingidas	Avaliações de 360-graus implementadas	A implementação foi atrasada devido ao desenvolvimento do novo Sistema de Informação para a Gestão da OPAS (PMIS).

PAÍSES E TERRITÓRIOS

ABM	Anguila, Ilhas Virgens Britânicas e Montserrat (Territórios Ultramarinos Britânicos)
ANI	Antigua e Barbuda
ANU	Anguilla
ARG	Argentina
BAH	Bahamas
BAR	Barbados
BLZ	Belize
BOL	Bolívia
BRA	Brasil
CAN	Canadá
CHI	Chile
COL	Colômbia
COR	Costa Rica
CUB	Cuba
DOM	Dominica
DOR	República Dominicana
ECU	Equador
ELS	El Salvador
FDA	Departamentos Franceses nas Américas
FEP	Escritório da Fronteira México-Estados Unidos em El Paso, Texas
GRA	Granada
GUT	Guatemala
GUY	Guiana
HAI	Haiti
HON	Honduras
JAM	Jamaica
MEX	México
NCA	Caribe Setentrional (Bermudas e Ilhas Cayman)
NEA	Antilhas Holandesas
NIC	Nicarágua
PAN	Panamá
PAR	Paraguai
PER	Peru
PUR	Porto Rico
SAL	Santa Lúcia
SAV	São Vicente e Granadinas
SCN	Saint Kitts e Névis
SUR	Suriname
TCA	Ilhas Turks e de Caicos
TRT	Trinidad e Tobago
URU	Uruguai
USA	Estados Unidos
VEN	Venezuela (República Bolivariana da)

ACRÔNIMOS

AECI	Agência Espanhola de Cooperação Internacional [<i>Agencia Española de Cooperación Internacional</i>]
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMRO	Repartição Regional da OMS para as Américas
ART	Tratamento antirretroviral
ARV	Medicamento antirretroviral
CARMEN	Ação Colaborativa para Prevenção de Fatores de Risco e Administração Eficaz de Doenças Não Transmissíveis [<i>Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No Transmisibles</i>]
CCS (ECP)	Estratégia de Cooperação entre Países
CDC	Centros para Controle e Prevenção de Doenças (Estados Unidos)
CELADE	Centro Demográfico Latino-Americano e Caribenho [<i>Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía</i>]
CEPAL	Comissão Econômica para América Latina e o Caribe [<i>Comisión Económica para América Latina y el Caribe</i>]
CIDA	Agência Internacional de Desenvolvimento do Canadá
CNCD (DCN)	Doença Crônica Não Transmissível
DTP	Difteria, Tétano e Tosse Convulsa
EC (CE)	Comissão Europeia
EPHAFs (FESPs)	Funções Essenciais da Saúde Pública
EPI (PAI)	Programa Ampliado de Imunização
EXM	Gestão Executiva da RSPA
FCTC (CQCT)	Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco
FDA	Agência Reguladora de Alimentos e Medicamentos dos Estados Unidos
FTP	Posto com Contrato por Prazo Determinado
GAVI	Aliança Mundial para Vacinas e Imunização
GBO	Escritório de Órgãos Diretivos (na OPAS)
GSHS	Pesquisa Global da Saúde de Estudantes em Escolas
GTSS	Sistema Global de Vigilância do Tabaco
HFA	Marco de Ação de Hyogo
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HP (PS)	Promoção da Saúde
HRH (RHS)	Recursos Humanos para a Saúde
IHR (RSI)	Regulamento Sanitário Internacional
IHSDNs	Redes Integradas de Prestação de Serviços de Saúde
IPSAS	Normas Internacionais de Contabilidade Aplicadas ao Setor Público
IT (TI)	Tecnologia de Informação
LAC (ALC)	América Latina e Caribe
MDGs (ODM)	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

MEASURE	Monitoramento e Avaliação para Avaliar e Usar Resultados (utilizado em MEASURE-Avaliação)
MMR	Taxa de Mortalidade Materna
MTCT	Transmissão Materno-Fetal
NCT (DNT)	Doença Não Transmissível
NID	Doença Infecciosa Negligenciada
NORAD	Organismo de Desenvolvimento da Noruega
NTD	Doença Tropical Negligenciada
NVC	Contribuições Voluntárias Nacionais
OCR	Crise de Surto e Resposta
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OS	Outras Fontes
PAHEF	Fundação Pan-Americana para a Saúde e Educação
PALTEX	Programa Ampliado de Livros Escolares e Materiais de Instrução [<i>Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción</i>]
PASB	Repartição Sanitária Pan-Americana
PB	Programa e Orçamento
PHC (APS)	Atenção Primária à Saúde
PMA	Monitoramento de Desempenho e Avaliação
PMIS	Sistema de Gerenciamento de Informação da OPAS
RB	Orçamento Regular
RBM	Gestão Baseada em Resultados
RELAC SIS	Rede Latino-Americana e do Caribe para o Fortalecimento dos Sistemas de Informação em Saúde [<i>Red Latinoamericana y del Caribe para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información de salud</i>]
RER	Resultados Esperados no Nível Regional
RPBP	Política Orçamentária Regional para Programas
SCS	Estratégia Sub-Regional de Cooperação
SDH	Determinantes Sociais de Saúde
Sida (ASDI)	Agência de Desenvolvimento Internacional da Suécia
SO (OE)	Objetivo Estratégico
SPBA	Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração
TB	Tuberculose
UN (ONU)	Nações Unidas
UNDAF (MANUD)	Marco de Cooperação das Nações Unidas para o Desenvolvimento
UNFPA (FNUAP)	Fundo de População das Nações Unidas
UNHLM	Reunião de Nível Alto das Nações Unidas
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
VC	Contribuição Voluntária
VCPH	Campus Virtual em Saúde Pública

VPD	Doença Imunoprevenível
WHD	Dia Mundial da Saúde
