



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## 152.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

*Washington, D.C., EUA, del 17 al 21 de junio del 2013*

---

*Punto 4.1 del orden del día provisional*

CE152/10, Rev. 1 (Esp.)  
11 de junio del 2013  
ORIGINAL: INGLÉS

**PROYECTO DE PLAN ESTRATÉGICO DE LA  
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
2014-2019**

**VERSIÓN PRELIMINAR  
PLAN ESTRATÉGICO DE LA  
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE  
LA SALUD 2014-2019**

*“En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad”*

**VERSIÓN PRELIMINAR PARA EL COMITÉ EJECUTIVO  
Y LAS CONSULTAS NACIONALES**

Junio del 2013

### **Nota introductoria para el Comité Ejecutivo**

1. De conformidad con la hoja de ruta para la elaboración del Plan Estratégico 2014-2019 y del Programa y Presupuesto 2014-2015 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), aprobada por el Comité Ejecutivo de la OPS en su 151.<sup>a</sup> sesión en septiembre del 2012, el Plan Estratégico 2019-2019 se está elaborando en tres fases, conforme al ciclo de los Cuerpos Directivos de la OPS correspondiente al 2013, de la siguiente manera:

- a) *Fase 1:* Presentación de un esbozo al Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración en su séptima sesión en marzo del 2013, teniendo en cuenta las decisiones tomadas por el Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en enero del 2013 con respecto al proyecto de Duodécimo Programa General de Trabajo 2014-2019.
- b) *Fase 2:* Redacción del Plan Estratégico 2014-2019 y presentación del documento para la consideración del Comité Ejecutivo de la OPS en su 152.<sup>a</sup> sesión de junio del 2013, en cuyo momento ya se lo habrá fortalecido con los aportes de la versión final del Duodécimo Programa General de Trabajo y del presupuesto por programas 2014-2015 de la OMS, según sean aprobados por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2013.
- c) *Fase 3:* Presentación del proyecto definitivo de Plan Estratégico 2014-2019 al 52.<sup>o</sup> Consejo Directivo de la OPS en septiembre del 2013 para su aprobación.

2. A fin de garantizar que los Estados Miembros de la OPS participen en la formulación del Plan Estratégico 2014-2019 y que lo consideren como propio, además de los mecanismos establecidos por los Cuerpos Directivos, el Comité Ejecutivo de la OPS nombró un Grupo Consultivo de los Estados Miembros (CCG), al que se le confirió la responsabilidad de efectuar aportes estratégicos y técnicos para la elaboración del Plan Estratégico 2014-2019 y de su primer programa y presupuesto correspondiente al 2014-2015.

3. En vista del diálogo constante con los Estados Miembros sobre la reforma programática de la OMS —en particular el Duodécimo Programa General de Trabajo y el presupuesto por programas 2014-2015— y de su influencia sobre los marcos y procesos de planificación de la OPS, se presenta este proyecto al Comité Ejecutivo como documento de trabajo. Esta versión preliminar puede necesitar algunos ajustes sobre la base de la versión final del Programa General de Trabajo y del presupuesto por programas de la OMS que apruebe la 66.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2013.

4. Este documento ha mejorado gracias al examen y los aportes del CCG. La Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) continuará elaborando el Plan Estratégico 2014-2019 con la plena participación de los Estados Miembros de la OPS, así como del personal de todos los niveles de la Oficina, a fin de presentar un documento integral al 52.<sup>o</sup> Consejo Directivo de la OPS en septiembre del 2013 para su aprobación.

La Oficina recibirá con agrado los aportes y las recomendaciones de los Estados Miembros que integran el Comité Ejecutivo sobre este proyecto de documento, lo que le permitirá avanzar en la elaboración de la versión final del Plan Estratégico 2014-2019.

# **PROYECTO DE PLAN ESTRATÉGICO DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD 2014-2019**

*“En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad”*

Organización Panamericana de la Salud  
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

Junio del 2013

## ÍNDICE

*Página*

<b>I. PREFACIO DE LA DIRECTORA.....</b>	<b>8</b>
<b>II. RESUMEN.....</b>	<b>9</b>
<b>III. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>10</b>
<b>IV. EXAMEN DE LA SITUACIÓN Y CAMINO POR DELANTE .....</b>	<b>16</b>
Contexto político, económico, social y ambiental .....	16
Determinantes sociales de la salud.....	18
Tendencias demográficas .....	21
Medio ambiente y salud .....	22
Salud en la Región .....	24
Respuesta de los sistemas de salud .....	30
<b>V. AGENDA ESTRATÉGICA .....</b>	<b>34</b>
Panorama estratégico .....	34
Metas con respecto al impacto y enfoque estratégico.....	38
Organización del Plan .....	43
Establecimiento de prioridades .....	44
<b>VI. CATEGORÍAS, ÁREAS PROGRAMÁTICAS Y RESULTADOS     INTERMEDIOS .....</b>	<b>46</b>
<b>CATEGORÍA 1. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES .....</b>	<b>47</b>
Alcance.....	47
Contexto.....	47
Análisis de los interesados directos clave .....	54
Estrategias de cooperación técnica.....	55
Temas transversales y enfoques estratégicos de la salud.....	56
Áreas programáticas y resultados intermedios.....	59
1.1 Infección por el VIH/sida e infecciones de transmisión sexual .....	59
1.2 Tuberculosis .....	60
1.3 Malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores .....	60
1.4 Enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas.....	61
1.5 Enfermedades prevenibles mediante vacunación.....	62
_Toc358822217	

**CATEGORÍA 2: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y**

<b>FACTORES DE RIESGO.....</b>	<b>63</b>
Alcance.....	63
Contexto.....	63
Análisis de los interesados directos clave.....	67
Estrategias de cooperación técnica.....	68
Temas transversales y enfoques estratégicos de la salud.....	69
Áreas programáticas y resultados intermedios.....	70
2.1 Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo.....	70
2.2 Salud mental y trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas.....	71
2.3 Violencia y traumatismos.....	71
2.4 Discapacidades y rehabilitación.....	72
2.5 Nutrición.....	72

**CATEGORÍA 3. DETERMINANTES DE LA SALUD Y PROMOCIÓN**

<b>DE LA SALUD A LO LARGO DE TODO EL CICLO DE VIDA.....</b>	<b>73</b>
Alcance.....	73
Contexto.....	74
Análisis de los interesados directos clave.....	80
Estrategias de cooperación técnica.....	81
Temas transversales y enfoques estratégicos de la salud.....	83
Áreas programáticas y resultados intermedios.....	84
3.1 Salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente, y salud sexual y reproductiva.....	84
3.2 Envejecimiento y salud.....	85
3.3 Incorporación de la equidad de género, la equidad en torno a la salud, los derechos humanos y la etnicidad.....	85
3.4 Determinantes sociales de la salud.....	85
3.5 Salud y medio ambiente.....	86

**CATEGORÍA 4. SISTEMAS DE SALUD..... 87**

Alcance.....	87
Contexto.....	88
Análisis de los interesados directos clave.....	92
Estrategias de cooperación técnica.....	93
Temas transversales y enfoques estratégicos de la salud.....	95
Áreas programáticas y resultados intermedios.....	96
4.1 Gobernanza y financiamiento en el ámbito de la salud; políticas, estrategias y planes nacionales en materia de salud.....	96
4.2 Servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad.....	96

4.3 Acceso a productos médicos y fortalecimiento de la capacidad regulatoria .....	97
4.4 Información y evidencia sobre los sistemas de salud.....	97
4.5 Recursos humanos para la salud .....	98

**CATEGORÍA 5. PREPARACIÓN, VIGILANCIA Y RESPUESTA..... 99**

Alcance.....	99
Contexto .....	99
Análisis de los interesados directos clave .....	103
Estrategias de cooperación técnica.....	104
Temas transversales y enfoques estratégicos de la salud .....	105
Áreas programáticas y resultados intermedios.....	108
5.1 Capacidad de alerta y respuesta .....	108
5.2 Enfermedades epidémicas y pandémicas .....	108
5.3 Gestión de las emergencias, los riesgos y las crisis .....	109
5.4 Inocuidad de los alimentos.....	109
5.5 Respuesta a los brotes y las crisis .....	110

**CATEGORÍA 6. SERVICIOS CORPORATIVOS Y FUNCIONES**

**HABILITADORAS.....111**

Alcance.....	111
Contexto .....	111
Estrategias para prestar los servicios corporativos y las funciones habilitadoras ...	118
Temas transversales .....	119
Áreas programáticas y resultados intermedios.....	120
6.1 Liderazgo y gobernanza .....	120
6.2 Transparencia, rendición de cuentas y gestión de riesgos.....	121
6.3 Planificación estratégica, coordinación de recursos y presentación de informes.....	121
6.4 Gestión y administración.....	121
6.5 Comunicaciones estratégicas .....	122

**SIGLAS Y ABREVIATURAS .....127**

**REFERENCIAS [A PREPARARSE] .....130**

**ANEXOS .....131**

Anexo I. Enseñanzas clave extraídas de los planes anteriores.....	131
Anexo II. Marco de establecimiento de prioridades programáticas.....	135
Anexo III. Lista de países y territorios con su sigla correspondiente .....	140
Anexo IV. Mandatos, resoluciones, estrategias y planes de acción de la OPS.....	141



**PLAN ESTRATÉGICO DE LA  
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD 2014-2019**

**I. Prefacio de la Directora**

[A PREPARARSE]

## **II. Resumen**

[A PREPARSE]

### **III. Introducción**

1. El Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) es el instrumento de planificación de más alto nivel de la Organización aprobado por los Cuerpos Directivos. En este Plan se determina la orientación estratégica de la Organización, sobre la base de las prioridades colectivas de los Estados Miembros, y se establecen los resultados que deberán alcanzarse durante el período que abarca este plan. En el Plan también se establece el compromiso asumido por los Estados Miembros de la OPS y la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina), por lo que sirve de base para la elaboración de los programas y presupuestos bienales necesarios para ejecutarlo. El Plan es resultado de la colaboración y las consultas con los Estados Miembros, y en él se incorporan los aportes del personal de todos los niveles de la Oficina.

2. El Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 responde tanto a los mandatos regionales como los mundiales. En consecuencia, la agenda estratégica del Plan representa un equilibrio entre la respuesta de la OPS a las prioridades regionales definidas en la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, otros mandatos regionales establecidos por los Estados Miembros de la OPS y las prioridades nacionales colectivas determinadas en los análisis de las Estrategias de Cooperación en los Países de la OPS (ECP), además de la convergencia programática con el Programa General de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El Plan también concuerda con los parámetros de los principales acuerdos intergubernamentales para las operaciones en materia de desarrollo del sistema de las Naciones Unidas. La formulación y la ejecución del Plan se guían por la visión, la misión, los valores y las funciones básicas de la Organización. Además, en el Plan se establecerá el marco para abogar por la salud, el desarrollo sostenible y la equidad. El Plan procura lograr la cobertura sanitaria universal e incorporar los determinantes de la salud como un tema de alcance general que deberá abordarse de manera transversal en todos sus componentes.

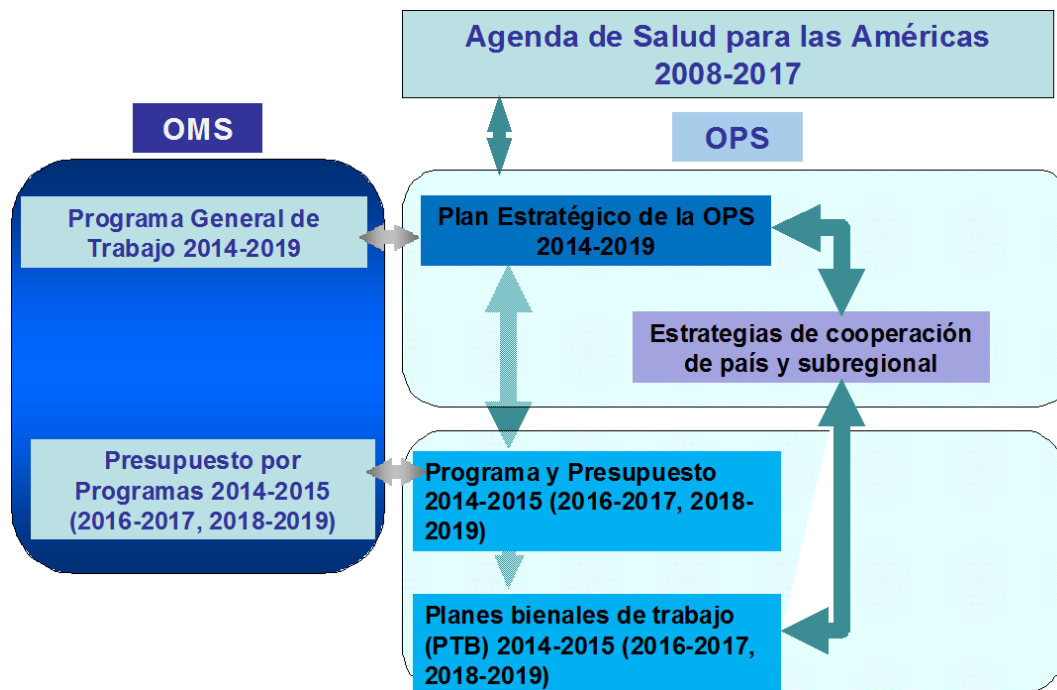
3. El Plan Estratégico 2014-2019 permitirá a la OPS seguir fortaleciendo los avances logrados hasta ahora en el campo de la salud pública en la Región de las Américas. También permitirá que la OPS pueda orientar las intervenciones a fin de abordar tanto los retos actuales que existen en la Región como los que puedan surgir. El Plan Estratégico 2014-2019 aprovechará la rica experiencia de la OPS y las enseñanzas obtenidas en los períodos de planificación anteriores. Este Plan permitirá continuar con los esfuerzos para aumentar la rendición de cuentas, la transparencia y la eficacia del trabajo de la Organización, de acuerdo con el marco de gestión basada en resultados y la nueva política presupuestaria de la OPS.

4. El Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 representa un hito importante para mejorar la armonización y la sincronización con los procesos de planificación, programación y presupuestación de la OMS en vista de que, por primera vez, se está formulando el Programa General de Trabajo de la OMS antes que el Plan Estratégico de la

OPS. En el Plan también se aprovecharon los aportes de la evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas realizada en el 2012. Además, el Plan Estratégico 2014-2019 está determinado por la visión de la nueva Directora de la Oficina (“En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad”), el impulso para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la salud en la agenda para el desarrollo después del 2015. Otros aportes clave incluyen el examen de las estrategias y los planes de acción regionales en materia de salud pública. El Plan también contribuirá al fortalecimiento del sistema de desarrollo de las Naciones Unidas de conformidad con la revisión cuadrienal amplia.

5. En la figura 1 se muestran los elementos principales de los marcos de planificación de la OPS y su armonización con la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, al igual que con los marcos de planificación de la OMS. El Plan Estratégico 2014-2019 se ejecutará a lo largo de tres programas y presupuestos consecutivos (2014-2015, 2016-2017 y 2018-2019). Un aspecto importante de la formulación y ejecución del Plan es lograr una mayor vinculación y armonización entre el Plan Estratégico y la estrategia de cooperación en los países. Los planes de trabajo bienales son los planes operativos que elaboran las entidades de la Oficina para ejecutar el programa y presupuesto y, por extensión, el Plan Estratégico de la OPS.

**Figura 1. Marcos de planificación de la OPS y de la OMS**



6. **Cadena de resultados:** En el Plan se adapta la cadena de resultados de la OMS, en la que se señala claramente la relación entre los diferentes niveles de los instrumentos de planificación, así como la rendición de cuentas y las respectivas responsabilidades de los Estados Miembros de la OPS y de la Oficina. Dado que el Plan es un compromiso conjunto de los Estados Miembros de la OPS y de la Oficina, los resultados previstos se derivan de la aplicación de los planes o estrategias de cada país (a nivel nacional o subnacional), los planes operativos de la Oficina y los esfuerzos colectivos de la Organización, como se muestra en la figura 2. En la sección VIII se brindan detalles sobre el seguimiento, la presentación de informes, la rendición de cuentas y la transparencia con respecto al Plan.

7. El Plan Estratégico y el Programa y Presupuesto abarcarán de manera conjunta la cadena completa de resultados. En el Plan Estratégico se señalarán los resultados en el nivel de impacto y los resultados intermedios, con sus respectivos indicadores, en tanto que en el Programa y Presupuesto se describirán los productos que los Estados Miembros y la Oficina han acordado alcanzar de manera conjunta en un bienio particular, así como las metas bienales para los indicadores de los resultados intermedios.

**Figura 2. Cadena de resultados de la OPS/OMS**



8. El **impacto** son los cambios sostenibles con respecto a la salud de la población a los cuales contribuyen los Estados Miembros de la OPS, la Oficina y otros asociados. Estos cambios se evaluarán por medio de indicadores con respecto al impacto que muestren una reducción de la morbilidad o la mortalidad, o mejoras en el bienestar de la población (es decir, aumento de la esperanza de vida sana de las personas). En consecuencia, la ejecución del Plan Estratégico de la OPS también contribuirá a la salud y el desarrollo a escala regional y mundial.

9. Los **resultados intermedios** son los cambios colectivos o individuales en los factores que afectan a la salud de la población, a los cuales contribuirá el trabajo de los Estados Miembros y la Oficina. Estos cambios incluyen, aunque sin limitarse a ellos, el aumento de la capacidad, de la cobertura o del acceso a los servicios, o la reducción de los riesgos relacionados con la salud. Los Estados Miembros son responsables de lograr los resultados intermedios, en colaboración con la Oficina y otros asociados de la OPS. Los resultados intermedios contribuyen a lograr las metas con respecto al impacto establecidas en el Plan. El progreso realizado hacia el logro de los resultados intermedios se evaluará mediante los indicadores correspondientes que miden los cambios a nivel nacional o regional.

10. Los **resultados inmediatos** son los cambios en los sistemas, los servicios y los instrumentos a escala nacional, producto de la colaboración entre la Oficina y los Estados Miembros de la OPS, de los cuales son responsables de manera conjunta. Los resultados inmediatos incluyen, aunque sin limitarse a ellos, cambios en las políticas nacionales, las estrategias, los planes, las leyes, los programas, los servicios, las normas, las regulaciones o las directrices. Los resultados inmediatos se definirán en el programa y presupuesto respectivo, y se evaluarán mediante un conjunto definido de indicadores de resultados inmediatos que medirán la capacidad de la Oficina de influir en dichos cambios.

11. Cabe señalar que para la categoría 6 (servicios corporativos y funciones habilitadoras), los resultados inmediatos y los resultados intermedios mostrarán los cambios institucionales que brindan apoyo a la prestación eficiente y eficaz de la cooperación técnica de la Organización en las otras cinco categorías programáticas.

12. Los **planes operativos** de la Oficina constan de los siguientes componentes:

- a) **Productos y servicios:** productos y servicios a entregarse con respecto a un presupuesto acordado, de los cuales la Oficina es responsable directamente durante el bienio. Los productos y servicios son tangibles y observables.
- b) **Actividades:** acciones que convierten los insumos en productos o servicios.
- c) **Insumos:** recursos (humanos, económicos, materiales y de otro tipo) que la Oficina asignará a las actividades y que generarán productos o servicios.

13. Los componentes de la planificación operativa son necesarios para lograr los resultados inmediatos y contribuir a los resultados intermedios y el impacto. Los componentes de la planificación operativa de la Oficina no están incluidos en el programa y presupuesto de la Organización; forman parte de los planes operativos de las distintas entidades de la Oficina (oficinas, departamentos o unidades). Los Estados Miembros participan directamente en el proceso de planificación operativa de la Oficina por intermedio de las representaciones de la OPS/OMS en los países.

14. **Riesgos y supuestos:** La cadena de resultados completa se basa en una serie de riesgos y supuestos, como el supuesto de que se cuenta con los recursos y la colaboración de los países para asegurar que las intervenciones contribuyan a lograr los resultados inmediatos e intermedios descritos en el Plan. Esto contribuirá a la consecución de los resultados con respecto al impacto y, por extensión, de la visión estratégica del Plan.

15. **Enseñanzas extraídas:** El Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 tiene como base las experiencias y las enseñanzas extraídas de planes, programas y presupuestos anteriores, y otros instrumentos y procesos de planificación de alto nivel, incluidos los procesos de la OMS. Se ha dado especial atención a las enseñanzas extraídas del Plan Estratégico de la OPS 2008-2013 en vista de que este fue el primer plan que se ejecutó usando el enfoque de gestión basada en resultados y que estuvo en consonancia con los procesos de planificación y presupuestación de la OMS. La aplicación de estas enseñanzas será fundamental para la ejecución eficaz del Plan y para seguir aumentando la eficiencia y la eficacia de la gestión de la Organización. A continuación se describen las enseñanzas extraídas clave y en el anexo I se brindan más detalles al respecto.

- a) Es fundamental para la ejecución exitosa del Plan que haya un mayor sentido de propiedad y participación de los Estados Miembros en la formulación y la ejecución del Plan, en particular en cuanto a la fijación de prioridades y metas.
- b) Es fundamental aplicar todos los aspectos del marco de gestión basada en resultados y debe ir acompañada de una simplificación de procesos, mejoras en la calidad de los indicadores, delegación de autoridad y mecanismos para la rendición de cuentas.
- c) Una mayor convergencia programática con la OMS facilitará una mejor gestión de los programas, optimizará los recursos, y mejorará los procesos de seguimiento y presentación de informes.
- d) Se necesita una mayor coherencia entre los distintos marcos de planificación y el Plan Estratégico, incluidas las ECP, los planes y las estrategias regionales.
- e) Se debe mejorar la asignación de los recursos de acuerdo con las prioridades programáticas y con una metodología y criterios objetivos de asignación de prioridades.

- f) Se debe asegurar un nivel básico de financiamiento de la presencia en cada país, como se indica en la nueva política presupuestaria, a fin de ejecutar eficazmente los programas de cooperación técnica con los Estados Miembros.
- g) Se deben incorporar las contribuciones voluntarias nacionales en el Programa y Presupuesto a fin de que se pueda apreciar cabalmente la contribución de los Estados Miembros al trabajo de la Organización.
- h) Se deben continuar los esfuerzos por aumentar la eficiencia, por medio de medidas de contención de costos, el uso de tecnologías y la innovación, y nuevas modalidades de cooperación técnica.



## IV. Examen de la situación y camino por delante

16. En el último decenio, la Región de las Américas ha logrado un avance sostenido en cuanto a la mejora de la salud de la población, aunque todavía enfrenta importantes deficiencias y problemas emergentes que los países están intentando resolver en forma tanto individual como conjunta. En este análisis se destacan los principales logros, brechas y tendencias en cuanto a la salud en la Región como la base para definir la agenda estratégica y las intervenciones correspondientes descritas en el Plan Estratégico 2014-2019. En este análisis se tiene en cuenta la información reciente publicada en Salud en las Américas 2012, la evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, el examen de las estrategias de cooperación en los países (ECP) y de los informes sobre las estrategias y los planes de acción de la OPS, entre otras fuentes.

### Contexto político, económico, social y ambiental

17. La Región sigue avanzando hacia una mayor **democracia**, con un avance notable en varias esferas. Los países están emprendiendo exámenes de sus marcos constitucionales y poniendo en marcha procesos electorales más transparentes y participativos. Hay una tendencia gradual a pasar de la democracia electoral hacia la democracia participativa, con una creciente descentralización, un mayor poder de decisión de la comunidad, una redistribución del poder y nuevos conceptos de ciudadanía.

18. Los países de la Región están integrándose cada vez más en la economía mundial, un proceso que se cree que resultará beneficioso para América Latina.

19. Los países de la Región están participando en diversas alianzas, iniciativas y bloques basados en la proximidad geográfica o en los intereses comerciales, culturales o políticos en común. También se está tornando más importante la presencia de los países de la Región en bloques estratégicos mundiales como la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), el Grupo de los 20 (G20), el foro para la Cooperación Económica en Asia y el Pacífico (OPEP) y el grupo BRICS (Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica). Además, recientemente han surgido asociaciones y foros nuevos en la Región como la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (ALBA), la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) y la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC), que coexisten con otras entidades regionales y subregionales más antiguas.

20. Con la rápida expansión de los servicios de Internet, el aumento del uso de las comunicaciones móviles y el mayor acceso a la información y los servicios en línea, se está dando un cambio en el funcionamiento de las redes sociales en la Región. Aunque estas tendencias representan nuevas oportunidades para comunicarse, aprender e intercambiar información, están también influenciando cambios en la cultura, el modo de vida, el

comportamiento y las modalidades de consumo, todos los cuales tienen un impacto directo sobre la salud de la población. Si bien la Región de las Américas representa más de 13% del total de minutos dedicados a contactos en las redes sociales a nivel mundial, se calcula que aproximadamente 115 millones de personas en América Latina solamente visitan el sitio de alguna red social cada día, lo que equivale a 96% del total de la población en línea en la Región. La proporción de hombres y de mujeres entre los usuarios latinoamericanos de las redes sociales son casi iguales, pero las mujeres presentan una proporción mayor del tiempo dedicado a contactos en las redes sociales.

21. Las redes sociales están redefiniendo la manera en que vemos la comunicación en el área de la salud y los riesgos para la salud. Los métodos nuevos y emergentes de comunicación hacen hincapié en las plataformas interactivas, la comunicación en dos sentidos y el intercambio de información, noticias y retroalimentación.

22. Desde los años noventa, los países de América Latina y el Caribe han llevado adelante cambios estructurales que incluyeron ajustes en los programas de seguridad social, comercio, impuestos y financiamiento, e incluso, en algunos casos, llevaron a privatizaciones masivas. Estos cambios no necesariamente estuvieron acompañados por inversiones públicas en la salud, la educación, la infraestructura y la protección del medio ambiente, lo que pone de relieve la necesidad de realizar cambios estructurales para aumentar el apoyo a estos sectores vitales y la armonización entre ellos. Si bien son aún motivo de polémicas, los datos indican que las inversiones públicas en el capital humano y la salud de los pobres han contribuido sustancialmente a reducir la pobreza en muchos países latinoamericanos.

23. Si bien los países latinoamericanos no se libraron de los efectos de la recesión mundial económica y financiera, han logrado resistir la crisis con más éxito que otras regiones del mundo y han mostrando signos más rápidos de recuperación. Entre el 2008 y el 2010, la mayoría de los países de la Región aplicaron políticas económicas anticíclicas a fin de contrarrestar y mitigar este ciclo. Estas medidas protegieron, y en algunos casos incluso ampliaron, el gasto público social. En especial, cabe destacar los programas de transferencias condicionadas de efectivo que, para el 2010, ascendían a 3% de producto interno bruto (PIB) total en algunos países latinoamericanos.

24. Debido al contexto internacional desfavorable, el crecimiento económico en América Latina y el Caribe se desaceleró durante el 2012, si bien continúa la tendencia positiva. El crecimiento del PIB regional fue de alrededor de 3,1% en el 2012, cerca de un punto porcentual inferior al del año anterior. La desaceleración afectó a la mayoría de los países sudamericanos, cuya tasa de crecimiento del PIB se calculó en 2,7% en el 2012 (1,8 puntos porcentuales menos que el 4,5% registrado en el 2011). En cambio, en los países de Centroamérica se registró una tasa de crecimiento similar a la del año anterior, mientras que en el Caribe se observó un crecimiento algo mayor. Este desempeño inferior de las

principales economías en América del Sur influyó decididamente en la tendencia regional. A pesar de la desaceleración del crecimiento del PIB en la Región, la mayoría de los países mantuvieron una tasa positiva de crecimiento, que se explica principalmente por la dinámica de la demanda interna y, en cierta medida, por el desempeño relativamente favorable de las inversiones y las exportaciones en algunos países.

25. Algunas estimaciones recientes indican que en el 2012 el crecimiento del PIB superará el 5% en cuatro países de la Región: Panamá (10,5%), Perú (6,2%), Chile (5,5%) y Venezuela (5,3%). En otro grupo de países, que incluye a Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador y Nicaragua, el crecimiento estaría entre 4% y 5%. En un tercer grupo de países, el PIB aumentaría entre 1% y 4%: Argentina, Brasil, Canadá, Cuba, Estados Unidos, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, República Dominicana y Uruguay. En los países del Caribe se estima que el aumento sería de 1,1%, tras un débil desempeño en el 2011. Paraguay es el único país donde se prevé que el PIB disminuirá un 1,8% en el 2012.

#### **Determinantes sociales de la salud**

26. Los ingresos, el empleo, la educación y la vivienda son algunos de los determinantes sociales de la salud más importantes, que influyen sobre otros determinantes intermedios y proximales de la salud.

27. Los indicadores con respecto al desarrollo humano están mejorando en la Región. Entre el 2000 y el 2012 el índice de desarrollo humano (IDH) aumentó de 0,683 a 0,741 en América Latina, de 0,632 a 0,687 en el Caribe y de 0,906 a 0,935 en América del Norte. América Latina ha alcanzado lo que el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) considera un nivel alto de desarrollo humano (0,711). Sin embargo, todavía subsisten diferencias entre los países y dentro de ellos, como lo muestran las cifras del IDH más bajas en los países del Caribe.

28. A pesar de estos indicadores favorables, **la pobreza y las inequidades** siguen siendo un reto para la Región. Algunos datos recientes todavía califican a América Latina y el Caribe como la región más desigual del mundo, con 29% de la población por debajo del umbral de pobreza y 40% de la población más pobre que recibe menos de 15% del total de los ingresos. Por otra parte, hay datos que apuntan a una reducción general de la desigualdad en los ingresos. En la primera década de este siglo, la desigualdad en cuanto al ingreso descendió en la mayoría de los países latinoamericanos y se registraron disminuciones importantes en Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, El Salvador, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela. Sin embargo, se produjeron algunos aumentos con respecto a la desigualdad del ingreso en Guatemala, Honduras, Nicaragua y Uruguay. A pesar del grado de estabilización macroeconómica que se ha alcanzado, sigue el debate sobre la necesidad de intensificar las reformas en ciertos

ámbitos fundamentales, como el área fiscal, laboral, judicial y de protección social, entre otros.

29. El aumento de los **ingresos laborales**, y el efecto de las políticas de redistribución de los ingresos aplicadas mediante programas que brindan transferencias condicionales de efectivo más progresivas y sostenidas a los grupos más vulnerables, han tenido una repercusión positiva sobre los niveles de pobreza y desigualdad en la Región.

30. En cuanto al empleo, los principales indicadores del mercado laboral en América Latina y el Caribe siguieron mejorando durante el 2012, a pesar de la desaceleración económica que se produjo como resultado de la situación internacional, especialmente en los países desarrollados. La tasa de desempleo en zonas urbanas (6,5% de la población económicamente activa) siguió descendiendo hasta el tercer trimestre del 2012, momento en el que era cuatro décimos de un punto porcentual inferior a la del mismo período del 2011.

31. A fines del 2012, se calculó que la tasa regional de desempleo en zonas urbanas era de 6,4%, 0,3% por debajo de la tasa de desempleo registrada en el 2011. En este período, el desempleo en zonas urbanas presentó una disminución de unas 400.000 personas.

32. La tasa general de desempleo descendió en las mujeres y los hombres en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe en el 2012. Sin embargo, persisten disparidades entre ambos sexos en cuanto al desempleo, dado que el desempleo en las mujeres sigue siendo 1,4 veces superior al desempleo en los hombres. En el tercer trimestre del 2012, la tasa regional de desempleo era de 7,7% en las mujeres y 5,6% en los hombres. Además se observó una disminución en la tasa de desempleo de la población joven, que pasó de 15,2% a 14,3%. A pesar de este progreso, persisten aun muchas inquietudes por la exclusión de la población joven del mercado de trabajo, ya que la tasa de desempleo correspondiente a este grupo triplica la de la población adulta.

33. El empleo asalariado siguió creciendo más vigorosamente que el trabajo por cuenta propia en algunos de los países, lo cual es un indicio de la modernización de los mercados laborales y del aumento del empleo formal en estos países. El empleo asalariado creció en Brasil (2,3%), Chile (4,0%), Colombia (4,4%), Panamá (5,5%) y Venezuela (3%). En cambio, en Argentina el empleo asalariado experimentó una disminución (-2,2%). El trabajo por cuenta propia en Ecuador y México sufrió un aumento similar al de la tasa general de empleo (3,3% y 4,0%, respectivamente). Dado que el empleo informal persiste, se debe analizar la calidad del empleo y las condiciones del lugar de trabajo.

34. La **educación** y la salud son piedras angulares del desarrollo. hay una clara relación sinérgica entre las dos. Un aumento del nivel de escolaridad se asocia con mejoras en la salud de la población y en la productividad, la movilidad social, la reducción de la pobreza

y el fortalecimiento de la ciudadanía. En América Latina y el Caribe, se han hecho importantes adelantos para lograr la enseñanza primaria universal. En 1990, el acceso a la enseñanza primaria estaba al alcance de 88% del total de niños y niñas; para el 2010, esta cobertura llegaba a 95% y, en algunos países, hasta 99%. El rezago educativo —medido por el número de niñas y niños que abandonan la escuela primaria o no finalizan el último año del ciclo primario en el período asignado— es muy importante para el sector de la salud. La mayoría de los embarazos en adolescentes se concentran en las adolescentes que han abandonado los estudios y, posteriormente, en este grupo se observan las tasas más altas de mortalidad y morbilidad infantiles.

35. El capital educativo se transmite de una generación a la siguiente dentro de la familia. Por ejemplo, es menos probable que los niños cuyos padres no completaron su educación básica terminen la educación secundaria. Alrededor de la mitad de la población de América Latina y el Caribe ha terminado la escuela secundaria; sin embargo, en seis países este porcentaje no supera el 38%. Varias investigaciones sostienen que los estudios secundarios completos constituyen la escolaridad mínima que necesita una persona para mejorar sus condiciones de vida.

36. La **equidad de género y la equidad étnica** son un tema que está cada vez más presente en la agenda política de muchos de países de la Región, a medida que las mujeres ocupan cada vez más puestos de liderazgo. Si bien el número de mujeres que ocupan esos puestos es todavía insuficiente, la participación y representación de las mujeres en la vida política y los procesos electorales en América Latina y el Caribe rondó en alrededor de 20% en el 2010. En el 2011, cinco países de la Región estaban gobernados por mujeres. También ha habido un mayor empoderamiento y reconocimiento de los derechos y las contribuciones de las mujeres, y de las poblaciones indígenas y de afrodescendientes, así como de los grupos de orientación sexual diversa, como las lesbianas, los homosexuales y las personas transgénero.

37. En América Latina y el Caribe, las mujeres son mayormente (90%) quienes cuidan a los adultos mayores, y asumen una carga física y económica sin remuneración ni reconocimiento. Los datos disponibles indican que, dado el envejecimiento de la población, el aumento epidémico de las enfermedades crónicas y la discapacidad, y la respuesta institucional limitada, el volumen de trabajo no remunerado de las mujeres que cuidan de los ancianos seguirá en aumento.

38. Los programas de reducción de la pobreza han promovido que las mujeres tengan un mayor control sobre sus recursos, lo que incluye el acceso a la atención de salud y la educación. En la Región de las Américas, las mujeres como grupo han sobrepasado a los hombres en cuanto a la escolaridad, aunque esta mayor escolaridad no se traduce plenamente en un mayor bienestar económico, en especial en lo que hace a los salarios, un aspecto en el que las mujeres siguen estando a la zaga de los hombres.

39. En la Región viven unos 1.100 grupos indígenas, que representan 10% de la población total en América Latina y el Caribe, 4% en Canadá y 1,6% en Estados Unidos. Independientemente de su país de residencia, los grupos indígenas y otros grupos étnicos, al igual que los afrodescendientes, sufren distintos grados de vulnerabilidad y exclusión social. Según el Banco Mundial, algunas de estas poblaciones perciben remuneraciones que solo equivalen a entre 46% y 60% de lo que ganan las personas que no son de ascendencia indígenas. Dados los niveles actuales de pobreza y exclusión social en los grupos étnicos discriminados, se prevé que las repercusiones negativas sobre la salud persistirán a través de las generaciones.

### **Tendencias demográficas**

40. Entre el 2005 y el 2012, la **población total** de la Región aumentó de 886 millones a 954 millones de habitantes. Sin embargo, se está observando una desaceleración relativa del crecimiento demográfico: entre el período 1995-2000 y el 2005-2012, el crecimiento promedio anual de la población a nivel regional descendió de 1,3% a 1%.

41. Entre el 2005 y el 2012, la tasa total de **mortalidad** de la Región descendió de 6,9 a 5,9 por 1.000 habitantes. La tasa total de fecundidad durante el mismo período bajó de 2,3 a 2,1 hijos por mujer. Los cambios demográficos muestran gradientes evolutivos distintos de un país a otro: por ejemplo, mientras que Cuba informa una tasa de 1,5 hijos por mujer (considerablemente inferior al nivel de reemplazo de la población), Guatemala y Bolivia registran tasas de 4,0 y 3,3, respectivamente. Entre el 2005 y el 2012, se estima que la esperanza de vida para ambos sexos en la Región de las Américas ha ascendido de 72,2 a 76,4 años —un aumento de cuatro años en un decenio— y se prevé otro aumento de 6,5 años para el 2050. Sin embargo, persisten las diferencias entre los países.

42. En el 2012, había más de 100 millones de **personas de más de 60 años de edad** en la Región. Se prevé que esta cifra se duplicará para el 2020 y que más de la mitad de esas personas vivirán en América Latina y el Caribe. Un total de 69% de las personas nacidas en América del Norte y 50% de las nacidas en América Latina y el Caribe llegarán a más de los 80 años de edad. Están aumentando la razón de dependencia total. En el 2010, la razón de dependencia total en América Latina y el Caribe fue de 53,3, mientras en América del Norte fue de 49,0. Para el 2050, se prevé que estas cifras aumenten a 57,0 y 67,1, respectivamente. En el 2010, la mayor proporción de dependencia en la Región se observaba en los grupos de población con menores ingresos, hecho que, en un escenario pesimista, podría contribuir a perpetuar el ciclo de la pobreza.

43. Todos países latinoamericanos sin excepción tienen una situación demográfica ventajosa para el desarrollo económico, el llamado “**bono demográfico**”. La primera fase de este proceso se caracteriza por una razón de más de dos personas dependientes por cada tres personas económicamente activas. En la segunda fase, considerada la más favorable, la razón de dependencia alcanza un nivel bajo, de menos de dos personas dependientes por

cada tres personas activas, y permanece constante en ese nivel. En la tercera fase la razón es todavía favorable, con menos de dos personas dependientes por cada tres personas activas, pero está en proceso de cambio debido al que está en aumento el número de adultos mayores. En términos generales, América Latina está en la segunda fase del bono demográfico. Esta fase comenzó a principios del siglo XXI y se prevé que se prolongue hasta fines de la década 2011-2020, momento en que se prevé que comenzará la tercera fase (que se extenderá hasta los primeros años de la década 2041-2050). Ocho países se encuentran en la primera fase del bono demográfico: Bolivia, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, República Dominicana y Paraguay. Otros ocho están en la segunda fase: Argentina, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú y Venezuela; y solamente tres países están en la tercera fase: Brasil, Cuba y Chile.

### **Medio ambiente y salud**

44. El crecimiento de la población, el bono demográfico y el envejecimiento son tendencias demográficas que, junto con la urbanización, influyen de manera directa en el medio ambiente y su sostenibilidad. Casi 80% de la población de América Latina y el Caribe vive en **zonas urbanas**, pero hay considerables variaciones dentro de la Región, entre las distintas subregiones y en los países. Los países y territorios con una proporción alta de población urbana (más de 77%) son Anguila, Argentina, Bermudas, Brasil, Canadá, Estados Unidos, Islas Caimán, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Chile, Guadalupe, México, Perú, Puerto Rico, Uruguay y Venezuela. Los países con una proporción baja de población urbana (menos de 50%) son Antigua y Barbuda, Aruba, Barbados, Islas Vírgenes Británicas, Granada, Guatemala, Guyana, Montserrat, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, y Trinidad y Tabago.

45. Si bien la Región de las Américas ya ha alcanzado el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) relativo al acceso a fuentes mejoradas de **agua potable** y **saneamiento básico** y se encamina a alcanzar la meta de saneamiento para el 2015, también persisten marcadas desigualdades entre los países y dentro de ellos. En el 2010, 36 millones de personas en la Región no tenían acceso a agua potable para consumo humano y aproximadamente 120 millones carecían de servicios mejorados de eliminación de aguas residuales y cloacales; casi 25 millones de personas en América Latina y el Caribe defecan al aire libre. En general se observa una baja cobertura de servicios de agua potable y saneamiento en las personas que se encuentran en los quintiles de ingresos más bajos. El abastecimiento de agua y las condiciones adecuadas de saneamiento e higiene, en particular para la población más vulnerable, siguen siendo temas que requieren de un apoyo constante.

46. América Latina produce aproximadamente 436.000 toneladas diarias de **residuos sólidos** urbanos y más de 600 toneladas diarias de desechos peligrosos generados por los establecimientos de salud. Más de la mitad de la población urbana en América Latina

cuenta con servicios de eliminación de desechos en vertederos sanitarios adecuados. Sin embargo, a pesar de la legislación ambiental vigente que prohíbe la eliminación de desechos especiales y peligrosos sin tratamiento previo, este tipo de desechos con frecuencia se eliminan junto con los desechos comunes en muchos países de América Latina y el Caribe.

47. Alrededor de un cuarto de millón de muertes prematuras por año en la Región se atribuyen a la **contaminación ambiental del aire**; de estas muertes, 110.000 se producen en Canadá y Estados Unidos, y 140.000 en América Latina y el Caribe. La carga media de morbilidad atribuible a la contaminación del aire representa entre 0,8% de años de vida sana perdidos en el grupo de países del Cono Sur (Argentina, Chile y Uruguay) y 3% de años de vida sana perdidos en el grupo de países andinos (Bolivia, Ecuador y Perú). Las enfermedades respiratorias, que son uno de los efectos más documentados de la contaminación de aire, constituyen la principal causa de muerte en menores de 5 años en Centroamérica y se encuentran entre las tres causas principales de muerte en todos los países, a excepción de Estados Unidos y Canadá. Esta situación no ha sufrido ningún cambio significativo entre 1990 y el 2010. Se calcula que más de 100 millones de personas en la Región están expuestas a concentraciones de contaminantes ambientales que exceden el nivel recomendado en las directrices de la OMS sobre la calidad del aire. La **contaminación del aire en locales cerrados** causada por la quema de combustibles sólidos es el riesgo ambiental que registra la mayor carga de morbilidad en América Latina y el Caribe.

48. La **contaminación por plaguicidas** es un problema prevalente en la Región, documentado principalmente en Centroamérica, donde se importaron 33 millones de kilogramos anuales de principios activos entre 1977 y el 2006, de los cuales 77% pertenecían al grupo de contaminantes orgánicos persistentes que deben eliminarse, de acuerdo con lo que establece el Convenio de Estocolmo.

49. Los problemas con respecto al control y la gestión de los **riesgos químicos** han adquirido particular relevancia debido al crecimiento de la minería. En América Latina, la minería aumentó de 4,3% de PIB regional en el 2001 a 6,1% en el 2011; en diversos países, esta actividad se duplicó y triplicó durante ese período, hasta llegar a representar entre 11% y 27% de PIB nacional. Si bien la expansión de las actividades de minería es positiva desde el punto de vista económico, tiene repercusiones directas e indirectas sobre la salud y el medio ambiente que pueden generar costos mayores para la salud pública y, lo que significa que es esencial realizar evaluaciones de las repercusiones.

50. La vulnerabilidad ante los **desastres naturales** es un problema mundial. De las 63 ciudades de América Latina y el Caribe con un millón o más de habitantes, 38 están en zonas de mayor riesgo de sufrir al menos un tipo de desastre natural, seis están en zonas de mayor riesgo de sufrir dos tipos de desastres, y dos se encuentran en zonas de mayor riesgo



de sufrir tres tipos de desastres o más. Muchos grupos poblacionales en situaciones de vulnerabilidad socioeconómica están establecidos en terrenos que posiblemente se vean afectados por el cambio climático; sin embargo, estos grupos tienen menos capacidad de afrontar los riesgos ambientales. Las precipitaciones más elevadas causadas por fenómenos climáticos extremos vinculados con el cambio climático conducen a mayores depósitos de contaminantes químicos como nutrientes y fertilizantes en las zonas costeras, lo que favorece la proliferación de algas tóxicas que causan intoxicaciones alimentarias. Este fenómeno ha aumentado en todas las costas, especialmente en el Caribe. Estos cambios tienen implicaciones para la seguridad alimentaria y nutricional, la inocuidad de los alimentos y el agua segura para el consumo, así como para la prevalencia de las enfermedades transmitidas por vectores.

### **Salud en la Región**

51. Cuando ya ha transcurrido 84% del tiempo previsto para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el 2015, la Región ha logrado avances, aunque aún subsisten muchos retos, que se describen a continuación.

52. La **mortalidad infantil** sigue descendiendo en la Región. En América Latina y el Caribe, la tasa de mortalidad infantil fue de 42 defunciones por 1.000 nacidos vivos en 1990 y de 16 por 1.000 en el 2011, lo que representa una disminución de 62,0%. En el 2011 se registraron aproximadamente 170.000 defunciones de niños en la Región de las Américas. Nueve de los 34 países de América Latina y el Caribe sobre los cuales se cuenta con información alcanzaron el ODM correspondiente en el 2000, 17 podrían alcanzarlo para el 2015 y ocho no alcanzarán este objetivo. Se observan tasas más bajas de mortalidad infantil en Barbados, Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos y Uruguay (entre 5 y 12 defunciones por 1.000 nacidos vivos), mientras que Bolivia y Haití tienen las tasas más altas (entre 40 y 45 defunciones por 1.000 nacidos vivos). En los países del Caribe, las tasas de mortalidad infantil son más inestables porque se trata de poblaciones pequeñas; la situación es más homogénea que en los países latinoamericanos. Los departamentos franceses en el continente americano (Guayana Francesa, Guadalupe y Martinica) y Anguila tienen la tasa de mortalidad infantil más baja en el Caribe (menos de 12 defunciones por 1.000 nacidos vivos), mientras que Guyana y Suriname presentan las tasas más elevadas, con 39 y 26 defunciones por 1.000 nacidos vivos, respectivamente. Las medidas de salud pública que han contribuido a la disminución general incluyen el avance de la atención primaria de salud, los programas ampliados de vacunación, la rehidratación oral, mejores servicios de salud materno-infantil, la planificación familiar y la mayor cobertura de los servicios básicos (principalmente agua y saneamiento). El mayor nivel de escolaridad de la población y la reducción de la pobreza también contribuyeron a la reducción de la mortalidad infantil.

53. La **mortalidad materna** sigue siendo un reto no resuelto y muchos países de la Región no lograrán alcanzar la meta correspondiente de los ODM para el 2015. Aunque ha habido una reducción general en la razón de mortalidad materna en la Región, las tendencias difieren entre los países. Según estimaciones del Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Materna, la razón de mortalidad materna en 1990 era de 140 defunciones por 100.000 nacidos vivos en América Latina y el Caribe, y de 80 defunciones por 100.000 nacidos vivos en el 2010, lo que representa una reducción de 41%, con una disminución promedio de 2,6% al año. En América Latina, la razón de mortalidad materna disminuyó de 130 a 72 muertes en el 2010, lo que representa una reducción de 43%, con una disminución anual promedio de 2,8%; mientras en el Caribe esta razón disminuyó de 280 a 190, una reducción de 30%, con una disminución anual promedio de 1,8%. En el 2010, se estima que hubo un total de 9.726 defunciones maternas en la Región de las Américas.

54. Un análisis de los datos para el período 1990-2011 correspondientes a 33 países y territorios de la Región muestra que se registraron disminuciones de la razón de mortalidad materna en 25 países. Entre las distintas subregiones, América del Norte tiene las tasas más bajas. En los países de Centroamérica, se observaron reducciones de la razón de mortalidad materna de entre 8,0% y 54,5%. En los países latinos del Caribe se registraron disminuciones que varían entre 9,6% y 57,5%, y aumentos de entre 15,9% y 86,4%. En casi todos los países andinos y del Cono Sur se produjeron disminuciones de entre 2,1% y 66,5%. Es importante observar que en varios países la ampliación de la cobertura de la atención prenatal, la atención obstétrica prestada por personal capacitado y la disponibilidad y el uso de anticonceptivos son estrategias que están contribuyendo a la disminución de la razón de mortalidad materna. Los aumentos de la razón de mortalidad materna que se registran en algunos contextos pueden obedecer a una mejor vigilancia y notificación, y no necesariamente a un aumento real de la mortalidad.

55. Durante el período 2009-2011, hubo una reducción del número de nuevas infecciones por el VIH calculado para los países de la Región, así como una disminución en la morbilidad y la mortalidad relacionadas con el VIH. En el 2011, cerca de 6% del total mundial de nuevas infecciones por el VIH se registraron en la Región de las Américas (147.000 casos), de las cuales 83.000 correspondieron a América Latina, 51.000 a América del Norte y 13.000 al Caribe. El Caribe ha sido una de las subregiones con la mayor disminución del número de nuevas infecciones (42% menos). Además, la cantidad de niños que contrajeron la infección por el VIH se redujo 24% en América Latina y 32% en el Caribe en el transcurso de dos años (2009-2011). Si continúan estas tendencias, la mayoría de los países alcanzarán la meta de los ODM de haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/sida. Sin embargo, ciertos segmentos de la población afrontan mayores repercusiones negativas, aunque hay datos limitados que indican una reversión (por ejemplo, en hombres que tienen relaciones con hombres, profesionales del sexo y los grupos poblacionales itinerantes). Para fines del 2011, el porcentaje de personas

en América Latina y el Caribe infectadas por el VIH que necesitan tratamiento y que lo reciben era de 68%, un porcentaje superior al promedio mundial de 54%. En cuanto a las embarazadas seropositivas, el porcentaje que recibió antirretrovíricos en América Latina y el Caribe aumentó de 36% en el 2005 a 70% en el 2011.

56. En el período 2000-2011, el número de casos de **malaria** en la Región confirmados mediante microscopia disminuyó de 1,18 millones a 490.000, una reducción de 58% de la morbilidad, que estuvo acompañada por una disminución de 70% en la mortalidad en el mismo período. De los 21 países de la Región de las Américas donde la malaria es endémica, 13 habían logrado una reducción de la tasa de incidencia de la malaria de  $\geq 75\%$  entre el 2000 y el 2011 (Argentina, Belice, Bolivia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guayana Francesa, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay y Suriname), mientras que tres países están en camino de lograr una reducción de 75% para el 2012 (Colombia, Panamá y Perú) y se prevé que Brasil reducirá la tasa de incidencia entre 50% y 75%.

57. Alrededor de 30% de la población de los 21 países donde la malaria es endémica está expuesta a algún grado de riesgo, y para aproximadamente 8% de la población este riesgo es alto. Argentina, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México y Paraguay están en la fase previa a la eliminación. Los otros 15 países donde la enfermedad es endémica están todos en la fase de control. El vínculo entre la disminución de los casos de malaria y la ejecución de medidas de control de vectores no siempre es claro. En cinco países (Costa Rica, Ecuador, Nicaragua, República Dominicana y Venezuela) fue superior a 50% la cobertura de las poblaciones expuestas a un alto riesgo con mosquiteros tratados con insecticidas o rociamientos en el interior de las viviendas con insecticidas de acción residual, pero solo en tres de esos países (Costa Rica, Ecuador y Nicaragua) hubo una disminución de más de 50% de los casos de malaria. Los informes sobre la disponibilidad del tratamiento combinado con artemisinina estaban completos solo en 3 de los 8 países donde existe resistencia a la cloroquina y que, por consiguiente, usan el tratamiento combinado. En consecuencia, conforme a la información disponible, no se ha establecido claramente la asociación entre la prevención o el tratamiento (con medicamentos antimaláricos) y las tendencias de la malaria en todos los países con endemidad de la Región de las Américas, y se requiere una evaluación más exhaustiva.

58. Los 35 Estados Miembros han logrado avances en cuanto al control de la **tuberculosis**, con una tasa de detección de casos de 84% para la Región en el 2011. Sin embargo, la tuberculosis multirresistente y la coinfección por la tuberculosis y el VIH siguen siendo un reto, a pesar de los adelantos en su control, como se señala en la evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas realizada en el 2012. El informe de la OMS del 2012 sobre el control de la tuberculosis indica una disminución anual de 4% en la incidencia de la tuberculosis en la Región de las Américas, lo que representa la mayor disminución regional registrada a escala mundial. La Región de

las Américas ha alcanzado y sobrepasado las metas fijadas para el 2015 de un 50% de reducción de la prevalencia y la mortalidad por tuberculosis.

59. Unos 250 millones de personas en la Región sufren una o varias **enfermedades no transmisibles** (ENT). En el 2007, 3,9 millones de personas en la Región de las Américas murieron a causa de alguna de estas enfermedades y 37% de esas defunciones correspondieron a personas menores de 70 años. Los factores de riesgo comunes de las ENT son el tabaquismo, el consumo nocivo de bebidas alcohólicas, un régimen alimentario poco saludable y la inactividad física. Las **enfermedades cardiovasculares** son la principal causa de muerte por enfermedades no transmisibles. La **hipertensión arterial** tiene factores de riesgo en común con otras enfermedades crónicas. El 30% de las muertes prematuras por enfermedades cardiovasculares se produce en el quintil más pobre de la población, mientras que sólo el 13% corresponde al quintil más próspero. Las defunciones prematuras por enfermedades cardiovasculares son más frecuentes en los hombres que en las mujeres y ocurren a las edades de mayor productividad, por lo que causan un importante daño económico y social. La reciente evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas puso de relieve el incremento de la **obesidad** en la población adulta, especialmente en las mujeres, como un importante factor de riesgo de sufrir enfermedades no transmisibles.

60. Entre el 2000 y el 2007, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en la Región descendió 19%, de 207,8 a 167,9 defunciones por 100.000 habitantes. En el mismo período, mientras América del Norte experimentó una disminución de 25%, y pasó de 192,3 a 144,2 defunciones por 100.000 habitantes, el Caribe no latino experimentó una disminución de 14%, de 296,4 a 254,9 defunciones por 100.000 habitantes. América Latina también experimentó una disminución de 14% entre el 2000 y el 2009, de 229,9 a 191,4 defunciones por 100.000 habitantes. Si bien las reducciones observadas en América del Norte y América Latina fueron tanto lineales como estadísticamente significativas, la disminución en el Caribe no latino fue estadísticamente significativa, pero no lineal.

61. Las **neoplasias malignas** constituyen la segunda causa principal de muerte en los países de la Región de las Américas, las más comunes de las cuales son los cánceres de pulmón, de estómago, de colon y de mama. La incidencia del cáncer —incluidas la incidencia del cáncer cervicouterino en las mujeres y del cáncer de próstata en los hombres— es más alta en los países de ingresos bajos y medianos. La incidencia de las neoplasias malignas depende de complejas interrelaciones entre factores biológicos, genéticos y del modo de vida; también influyen los determinantes sociales como la pobreza, la educación, el empleo, la vivienda, el transporte, la contaminación y la nutrición. Un aspecto clave de la prevención del cáncer son las medidas orientadas a determinar la exposición de la población y a protegerla contra los carcinógenos humanos reconocidos o presuntos, de los cuales existen por lo menos 245. Otro factor importante que hay que tener en cuenta es si la exposición a los factores de riesgo fue voluntaria (por

ejemplo, exposición al humo del tabaco por fumar) o involuntaria. El peso de cada uno de estos factores varía según el grado y la intensidad de la exposición y los gradientes sociales, lo que genera una carga de morbilidad desigual. Estos factores no siempre están suficientemente caracterizados ni tampoco se han establecido con claridad las interconexiones entre ellos. En la Región está disminuyendo el número de muertes por tumores malignos. Del 2000 al 2007, la mortalidad por neoplasias malignas ajustada por la edad descendió 8%, de 131,3 a 121,3 defunciones por 100.000 habitantes. Se estima que se puede evitar entre 50% y 60% del total de defunciones por cáncer, pero para lograrlo se deberían poner en marcha muchas medidas normativas, así como promover cambios del modo de vida. La detección temprana y el tratamiento eficaz también son fundamentales para mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer.

62. La **diabetes** causa anualmente alrededor de 242.000 defunciones en la Región; se estima que 22.000 (8%) de esas muertes son evitables dado que se producen en personas menores de 50 años de edad. Las características de mortalidad de esta enfermedad varían según los países. Mientras que la tasa de incidencia de la diabetes tiende a disminuir en algunos países (por ejemplo, Argentina, Canadá y Estados Unidos), en otros está aumentando (por ejemplo, Cuba, Ecuador, El Salvador y México). Es importante tener presente que, en muchas defunciones de personas diabéticas, no se registra la enfermedad como causa básica de la defunción; más bien, estas defunciones se registran como provocadas por otras enfermedades o complicaciones crónicas asociadas, como alguna enfermedad cardiovascular o renal. Las proyecciones indican que el número de personas con diabetes en la Región de las Américas se incrementará de 62,8 millones en el 2011 a más de 91 millones en el 2030. No obstante, este aumento podría ser menor si se fortalecieran las medidas de prevención, se redujera la epidemia de obesidad y se obtuviesen mejores resultados en la atención sanitaria de las personas que ya padecen la enfermedad.

63. La **enfermedad renal crónica**, causada principalmente por las complicaciones de la diabetes y la hipertensión, es otra enfermedad que ha aumentado en la Región. De 1990 al 2010, los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) por enfermedad renal crónica aumentaron 20% en Estados Unidos y 58% en América Latina y el Caribe. Muchos países centroamericanos han reconocido la necesidad de comprender mejor la magnitud y las causas de un tipo grave de enfermedad renal crónica, que no está relacionada con la diabetes ni la hipertensión, y de elaborar estrategias para controlarla. Esta enfermedad grave afecta principalmente a hombres jóvenes que trabajan en el sector agropecuario, una situación que está teniendo notables repercusiones sociales y económicas en las familias, las comunidades y los servicios de salud. Recientemente, el proyecto carga mundial de morbilidad de la OMS calculó que en Centroamérica hubo un aumento de 99% y 127% de 1990 al 2010 en los AVAD y los años de vida perdidos, respectivamente, a causa de la enfermedad renal crónica.

64. Los informes indican que, en la Región de las Américas, una reducción de 20% en el **tabaquismo** y de 15% **en el consumo de sal, aunada** al tratamiento de las personas con alto riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares con una combinación de drogas apropiadas, podrían prevenir hasta 3,4 millones de defunciones con un costo razonable en el lapso de 10 años. Estos datos fortalecen el argumento de que los países, bajo la rectoría bien informada ejercida por los ministerios de salud, deben continuar promoviendo políticas multisectoriales que estimulen la prevención basada en el autocuidado individual responsable y mejoren la disponibilidad de medicamentos esenciales.

65. A nivel regional, se están produciendo rápidamente cambios nocivos en cuanto al **consumo de alimentos** y los hábitos alimentarios; estos cambios afectan a sectores amplios de la población, especialmente los segmentos de ingresos bajos y de menor nivel de escolaridad. Una epidemia alarmante de **sobrepeso y obesidad** ha sido causada por el consumo de alimentos procesados de alto valor calórico, con un contenido elevado de grasas y azúcar y sal, unido a una disminución significativa del consumo de frutas y verduras, y a una reducción de la actividad física. Se estima que, en la Región, entre 50% y 60% de los adultos, más de un tercio de los adolescentes, y entre 7% y 12% de los menores de cinco años tienen sobrepeso o son obesos. Peor aun, las previsiones indican que esta cifra aumentará rápidamente y alcanzará los 289 millones de personas (o 39% de la población total) para el 2015. En casi todos los países, el problema es mayor en las mujeres. Un análisis de 57 estudios prospectivos señala que cada exceso de 5 kg/m<sup>2</sup> en el índice de masa corporal (IMC) se asocia con un aumento de la mortalidad de casi 30% (40% por enfermedades cardiovasculares, 60% a 120% por complicaciones relacionadas con la diabetes, 10% por cáncer y 20% por enfermedades respiratorias crónicas).

66. Los **trastornos mentales** en América Latina y el Caribe, si bien tienen bajas tasas de mortalidad, son responsables de cerca de 22% de la carga total de morbilidad expresada en años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). La depresión y los trastornos relacionados con el consumo de alcohol ocupan el primero y el segundo lugar, respectivamente, en cuanto a la carga de morbilidad. A pesar de que la mayoría de los países han logrado grandes avances en cuanto a la reforma de los servicios y la protección los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, persisten retos, en particular la subnotificación de casos y la brecha en el acceso al tratamiento y la calidad de este. Los países asignan menos de 2% de su presupuesto sanitario a la salud mental y 67% de ese porcentaje se destina específicamente a los hospitales psiquiátricos.

67. La mortalidad debida a **causas externas** (distintas de las causas naturales y que se consideran evitables, como los homicidios, los accidentes y los suicidios) continúan siendo un problema importante de salud pública en la Región. Se calcula que más de 5,5 millones de personas murieron por estas causas entre 1999 y el 2009. En la población joven y adulta (de 10 a 49 años de edad) se produjeron 3,5 millones de defunciones (64%), con un promedio de 319.000 defunciones por año; 84% de las defunciones correspondieron a

hombres, cinco veces más defunciones en los hombres que en mujeres. Las causas externas más frecuentes fueron los homicidios (33%) y los accidentes de transporte terrestre (26%). La violencia por razones de género, incluida la violencia sexual, sigue siendo un problema cada vez mayor y un importante reto para la salud pública.

### **Respuesta de los sistemas de salud**

68. Los sistemas de salud de la Región se caracterizan por su segmentación, que se manifiesta en una variedad de mecanismos de financiamiento y afiliación. La prestación de servicios de salud también está fragmentada en muchas instituciones, establecimientos o unidades diferentes, que no se integran en la red de atención de salud. Estas dos características aumentan la inequidad en el acceso y reducen la eficiencia en cuanto a la prestación y la gestión de los servicios de salud.

69. Las razones fundamentales de esta segmentación y fragmentación son complejas; con frecuencia son el reflejo de factores sistémicos de carácter social, político y económico que se han acumulado a lo largo del tiempo y han pasado de una generación a la siguiente. En este contexto, los servicios de salud mismos se convierten en un importante determinante de la salud y tienen el potencial para ayudar a mejorar la equidad en la medida en que impulsen la cobertura universal, financiada mediante recursos públicos progresivos que reduzcan al mínimo los desembolsos por los usuarios y eliminen las prácticas discriminatorias y la cualidad diferencial de la atención.

70. En los últimos años, los países de la Región han avanzado hacia la universalización de los sistemas de salud mediante reformas de las políticas y cambios que hacen hincapié en el derecho a la salud. Aun así, persisten varios retos, en particular en cuanto a la mejor manera de avanzar hacia la cobertura integral de los servicios, reducir los copagos y otros desembolsos directos de los usuarios y garantizar beneficios similares para todos. Otros retos importantes incluyen mejoras a la calidad de la atención y la adaptación de la capacidad de respuesta de los servicios a la demanda de atención de salud. Muchos de estos problemas siguen sin resolverse y es necesario redoblar los esfuerzos para abordarlos.

71. La Región celebró recientemente el trigésimo aniversario de la puesta en marcha de su estrategia de atención primaria de salud y de la meta de salud para todos. En el marco de estas celebraciones, se reafirmó la importancia de poner en práctica de una manera eficaz los valores y principios de la estrategia de atención primaria de salud, incluido su enfoque integral y multisectorial. En algunos países de la Región, la práctica de la atención primaria de salud se ha limitado a ofrecer un primer nivel de atención, con frecuencia a grupos de ingresos bajos, y solo incluye unas pocas actividades de promoción de la salud y de prevención. Con este enfoque, se pone en riesgo la capacidad de respuesta durante las crisis sanitarias.

72. Sin embargo, es alentador ver que varios países de la Región están realizando esfuerzos importantes para incorporar la atención primaria en salud en la renovación de sus modelos de atención. Los países están tratando de hacer que la atención primaria de salud forme parte de una red de servicios que esté mejor equipada para responder a las nuevas exigencias generadas por los cambios demográficos, epidemiológicos, sociales, tecnológicos y culturales, entre otros.

73. El período reciente se ha caracterizado por un dinamismo sostenido en la elaboración de políticas, estrategias y planes de recursos humanos que concuerden con las políticas mundiales, regionales y nacionales. En la Región, hay ahora un amplio consenso sobre la función rectora de la autoridad sanitaria con respecto al fortalecimiento de los recursos humanos. Esto implica buscar la coherencia estratégica en la organización de los sistemas y servicios de salud, al mismo tiempo que se establece una estrecha relación con las instituciones de capacitación. Este enfoque ha producido una ampliación efectiva de la cobertura por medio de equipos multidisciplinarios de salud familiar y comunitaria, que son responsables de una población y un territorio determinados en las zonas urbanas, rurales, alejadas y remotas.

74. Aun cuando se reconoce que los países de la Región han hecho avances en el área de los recursos humanos para la salud, todavía no han logrado una composición ni una distribución satisfactorias del personal sanitario. El mejoramiento de la gobernanza y las competencias de los trabajadores sanitarios, de manera conjunta con el sector de la educación, para reducir algunas de las incoherencias y desequilibrios existentes sigue siendo un reto fundamental. La jerarquización rígida que prevalece entre las diferentes categorías profesionales, debido a la cual es difícil o imposible establecer prácticas de colaboración, también es un problema que se debe abordar. En algunos países, las reformas y los programas enfrentan problemas estructurales difíciles de superar. Esto se pone de manifiesto en la emigración masiva del personal sanitario de los países del Caribe.

75. En Estados Unidos, en el 2009 trabajaban más de 15 millones de personas en el sector de la salud, lo que representaba 11% del total de la fuerza laboral del país. Esto incluía a 784.000 médicos, de los cuales 305.000 estaban dedicados al primer nivel de atención. Sin embargo, el cumplimiento de la Ley de Atención Asequible de Salud, que requiere que se amplíe el acceso a la atención de salud, podría dar lugar a una escasez de prestadores. En un estudio se ha calculado que para el 2015 habrá una carencia de unos 63.000 médicos, que aumentará progresivamente hasta el 2025.

76. En toda la historia de América Latina y el Caribe, la expansión de la cobertura de los servicios de salud ha sido el objetivo principal para varios países. Sin embargo, los datos indican que la calidad de la atención es también un elemento fundamental para mantener y mejorar la salud individual y de la población.



77. Durante el período 2005-2010, en América Latina y el Caribe el gasto total en salud como porcentaje del PIB pasó de 6,8% a 7,3%. En ese mismo período, el gasto promedio en salud pública en América Latina y el Caribe aumentó de 3,3% a 4,1% del PIB, mientras que en Canadá pasó de 7,1% a 8,4% y en Estados Unidos, de 6,4% a 8,0%. También durante ese período, los gastos sanitarios pagados directamente por los usuarios en América Latina y el Caribe descendieron de 3,5% a 3,2% del PIB. En el 2010, el gasto total por habitante destinado a la salud varió de US\$ 90 en Bolivia a US\$ 2.711 en las Bahamas, US\$ 5.499 en Canadá y US\$ 8.463 en los Estados Unidos. Los gastos sanitarios relacionados con la adquisición de productos y servicios fueron más de ocho veces mayores en Estados Unidos que en América Latina y el Caribe.

78. Si bien la medición del gasto por habitante es pertinente, no hay una relación linear entre el monto gastado y los resultados en materia de salud. Hay otras variables que tiene mucho peso, entre ellas, las políticas de protección social (o su ausencia), la gestión y la organización de los sistemas de salud, el alcance de los programas de salud pública y las actividades de promoción de la salud, y la reglamentación del mercado de la salud.

79. Los desembolsos directos por los usuarios han tenido un efecto empobrecedor en los hogares. La experiencia indica que el suministro de la cobertura universal y la financiación mancomunada constituyen las mejores opciones para proteger las finanzas de las familias cuando deben enfrentar gastos médicos catastróficos. En Estados Unidos, entre el 2000 y el 2008 el costo de las pólizas de seguro médico aumentó 72%, lo que afectó económicamente tanto a empleadores como a empleados; los desembolsos directos por los usuarios aumentaron 44%. En el 2010, los gastos en que incurrieron las personas con enfermedades crónicas no transmisibles representaron alrededor de 75% del gasto total destinado a la salud. Los hospitales, que constituían 1% de los establecimientos de salud, gastaron 35% del presupuesto total. Asimismo, como resultado de la crisis económica, la población sin seguro médico en ese país pasó de 15,4% en el 2008 a 16,7% en el 2009 (46,3 y 50,7 millones de personas, respectivamente).

80. Si bien en los cinco últimos años los países de América Latina y el Caribe han avanzado en cuanto a la formulación y ejecución de políticas farmacéuticas, solo algunos de ellos las han actualizado. La inclusión de los medicamentos como parte de las garantías de la salud es fundamental para asegurar el acceso universal real a los servicios de salud. En el 2008, se estimó que el gasto promedio anual por habitante destinado a medicamentos pagado de manera directa por los usuarios en América Latina y el Caribe fue de US\$ 97, con una variación que va desde US\$ 7,50 en Bolivia hasta US\$ 160 en Argentina y Brasil. El uso de medicamentos genéricos en la Región no ha avanzado tanto como sería aconsejable, en parte debido a la falta de incentivos y de marcos normativos adecuados.

81. Los países de las Américas presentan grandes diferencias en cuanto a **la cobertura y la calidad** de sus sistemas de información sanitaria. Un estudio del 2008 mostró que 7 de 26 países han mejorado la **cobertura** de los registros de estadísticas vitales y han logrado

una cobertura de más de 85% a nivel nacional. Otros siete países solo registran hasta 50% de estos sucesos vitales, es decir, uno de cada dos nacimientos o defunciones. Algunos retos como el número bajo de nacimientos que tienen lugar en establecimientos de salud en algunos países y las limitaciones de las oficinas de estadística hacen que sea difícil para los países mejorar el registro de las estadísticas vitales. En cuanto a la **calidad de los datos**, una evaluación regional reciente mostró que solo 19 de los países estudiados proporcionaban datos de buena calidad. Con respecto a las **estadísticas vitales**, un análisis reciente en la Región muestra que cada vez se tiene más conciencia sobre la importancia de registrar todos los sucesos vitales y que la cobertura de los nacimientos tiende a aumentar cuando *a)* el país acepta el derecho a la identidad como un derecho humano y *b)* otros sectores de la sociedad como el de la educación y la salud requieren el registro de estos sucesos vitales. Con respecto al registro de las defunciones, la vigilancia de los compromisos asumidos por los países para cumplir los ODM, especialmente en relación con la mortalidad materno-infantil, ha sido un importante estímulo para que los países aumenten la cobertura.

## V. Agenda estratégica

### Panorama estratégico

82. Esta sección es la parte central del Plan Estratégico y en ella se establece la orientación estratégica que el Plan brindará a la Organización durante los próximos seis años. El Plan está guiado por la visión, la misión y los valores de la OPS.

### Visión, misión y valores de la OPS

#### Visión

La Oficina Sanitaria Panamericana será el mayor catalizador para asegurar que toda la población de las Américas goce de una óptima salud y contribuir al bienestar de sus familias y sus comunidades.

#### Misión

Liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los Estados Miembros y otros aliados para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad, y mejorar la calidad y prolongar la duración de la vida de los pueblos de las Américas.

#### Valores

**Equidad:** Lucha por la imparcialidad y la justicia mediante la eliminación de las diferencias que son innecesarias y evitables.

**Excelencia:** Logro de la más alta calidad en lo que hacemos.

**Solidaridad:** Promoción de intereses y responsabilidades compartidas, facilitando esfuerzos colectivos para alcanzar metas comunes.

**Respeto:** Aceptación de la dignidad y la diversidad de los individuos, grupos y países.

**Integridad:** Garantía de un desempeño transparente, ético y responsable.

### Funciones básicas de la OPS

1. Ejercer liderazgo en temas cruciales para la salud y participar en alianzas cuando se requieran actuaciones conjuntas.
2. Determinar las líneas de investigación y estimular la producción, aplicación y difusión de conocimientos valiosos.
3. Definir normas y patrones, y promover y seguir de cerca su aplicación en la práctica.
4. Formular opciones de política que aúnen principios éticos y fundamento científico.
5. Establecer cooperación técnica, catalizar el cambio y crear capacidad institucional duradera.
6. Seguir de cerca la situación en materia de salud y determinar las tendencias sanitarias.

83. El Plan responde a las prioridades establecidas en la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y también está en consonancia con el Duodécimo Programa General de Trabajo 2014-2019 de la OMS. Además contempla los principales mandatos regionales y las prioridades colectivas de los países señaladas en las Estrategias de Cooperación en los Países (ECP) y en otros documentos estratégicos nacionales.

84. Bajo el lema “En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad”, este Plan se centrará en reducir las desigualdades en materia de salud en la Región tanto entre los países y territorios como dentro de ellos a fin de mejorar los resultados sanitarios. En consonancia con esto, las estrategias principales del Plan serán: *a)* promover la salud y el bienestar; *b)* abogar por un enfoque multisectorial a fin de abordar los determinantes sociales de la salud; y *c)* fomentar la colaboración con todos los países y territorios para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal. En cada categoría se señalan estrategias específicas de acuerdo con las funciones básicas de la OPS.

85. El compromiso de la OPS con la equidad en materia de salud es de larga data y está plasmado explícitamente en su visión, misión, valores y mandatos y, además, está en consonancia con la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. El término “inequidad” tiene una dimensión moral y ética: se refiere a las desigualdades injustas e injustificadas que son innecesarias y evitables. Para que se pueda decir que una situación específica no es equitativa, se debe examinar la causa y determinar que es injusta en el contexto de lo que

sucede en el resto de la sociedad. Reducir las inequidades en materia de salud es una cuestión de equidad y justicia social. En el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 se manifiesta claramente el compromiso de los Estados Miembros y la Oficina de: *a*) reducir las inequidades en materia de salud; *b*) disminuir al nivel más bajo posible de los factores diferenciales de la salud entre los países y dentro de ellos; y *c*) al hacerlo, crear la oportunidad de que todos alcancen el grado más alto de salud.

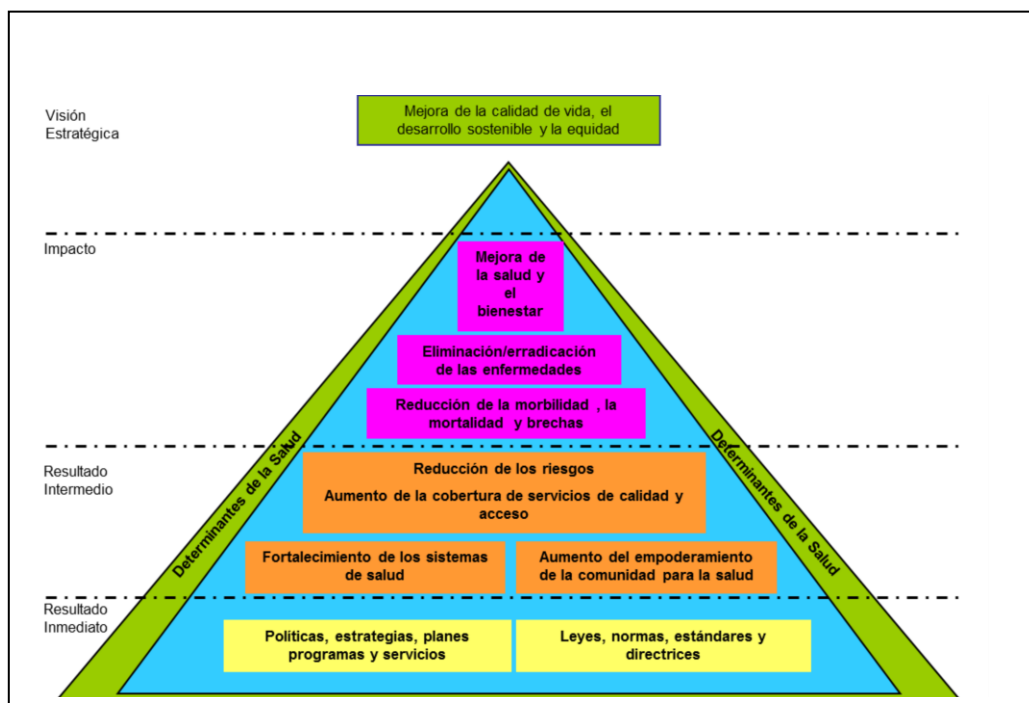
86. Las inequidades en materia de salud son el núcleo central de los determinantes sociales de la salud. La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud fue establecida por la OMS para examinar qué se podía hacer, si es que era posible hacer algo, para enfrentar las desigualdades en materia de salud. En este Plan se sigue el conjunto propuesto de recomendaciones generales y se hace hincapié en la **función del sector de la salud para abordar los determinantes sociales de la salud**. En este sentido, la Región de las Américas propuso el concepto de la “**salud en todas las políticas**” como una estrategia clave del Estado en la que se hace hincapié en la planificación coordinada entre diferentes sectores y niveles de adopción de decisiones del gobierno a fin de influir en aquellos determinantes sociales que están más allá de la responsabilidad directa del sector de la salud (es decir, educación, empleo, vivienda, etc.). La estrategia de la “salud en todas las políticas” se centra en la equidad, facilita el avance progresivo hacia el logro del derecho a la salud y genera sinergias para mejorar el bienestar de la población de manera sostenible. En el Plan se señalan medidas específicas, como las recomendadas por la Comisión de la OMS, para enfrentar las inequidades en materia de salud en todas las áreas programáticas. **El enfoque multisectorial de la salud es el punto central de la respuesta de los sistemas de salud para abordar los determinantes sociales de la salud** y, por lo tanto, representa un enfoque estratégico transversal en este Plan.

87. **La OPS está comprometida a impulsar la cobertura sanitaria universal como un objetivo estratégico fundamental en la agenda para el desarrollo después del 2015 en la Región de las Américas.** Este enfoque ofrece a la Región la oportunidad de consolidar y mantener los logros alcanzados por los Estados Miembros en años recientes y, al mismo tiempo, reafirma la importancia de la salud como un elemento clave para el desarrollo sostenible. Este enfoque abordará los retos existentes en la Región: consolidar los avances en torno a la salud materno-infantil y el control de las enfermedades transmisibles; reducir la carga de la epidemia de las enfermedades crónicas mediante modelos innovadores de atención que incluyan la prevención de estas enfermedades y la promoción de la salud, y reducir las brechas en el acceso y la utilización de los servicios de salud.

88. **Sobre la base de los adelantos logrados en la Región, el presente Plan tiene por objeto avanzar hacia una visión centrada en el bienestar y la vida sana. En consecuencia, en este Plan se pretende catalizar diversos cambios en la respuesta de salud de la Región a fin de trascender el enfoque tradicional centrado en la enfermedad.** El Plan está influido por los procesos mundiales que abordan la agenda para

el desarrollo y, a la vez, responde a ellos, dado que la salud es un tema central para el desarrollo sostenible. En los tres primeros años del Plan, al mismo tiempo que se acelera el cumplimiento de los ODM, se otorgará prioridad a acompañar e influir en el proceso de elaboración de la nueva agenda para el desarrollo, es decir, la agenda para el desarrollo después del 2015 y los objetivos de desarrollo sostenible. Los tres últimos años del Plan responderán plenamente a la nueva agenda para el desarrollo bajo los principios de la atención sanitaria universal y una vida sana más larga. Algunos de los temas clave señalados para esta Región (documento interinstitucional de la CEPAL de marzo del 2013) son: centrarse en las brechas pendientes con respecto a los ODM, abordar los aspectos emergentes en consonancia con los cambios concurrentes en la Región, y promover un nuevo modelo de desarrollo basado en la equidad y la sostenibilidad ambiental. A este respecto, se han manifestado inquietudes sobre la necesidad de establecer un umbral mínimo de bienestar, políticas e instituciones más sólidas, una mejor medición y capacidad analítica, y una mejor gobernanza para el desarrollo sostenible.

**Figura 3. Panorama estratégico**



89. De acuerdo con lo anterior, y sobre la base de las experiencias y enseñanzas extraídas, los siguientes **temas transversales** son centrales para abordar los determinantes de la salud: **la equidad de género, la equidad en materia de salud, los derechos humanos y la etnicidad**. Además de los determinantes sociales de la salud, en el Plan se aplicarán algunas estrategias clave de salud pública como la promoción de la salud, la

atención primaria de salud y la protección social en el ámbito de la salud. Los temas transversales son enfoques programáticos a fin de mejorar los resultados sanitarios y reducir las desigualdades en materia de salud, y son aplicables a las categorías 1 a 6. Las estrategias de salud pública son enfoques integrales para lograr una mejor salud para todos y por todos, haciendo hincapié en las intervenciones comprobadas de salud pública y las intervenciones a nivel comunitario.

90. En este Plan se aprovecha la ventaja estratégica que ofrecen algunos de los elementos más recientes de la planificación, programación y presupuestación que ha planteado la OPS, por ejemplo, la Política del Presupuesto de la OPS y la determinación de los países clave. Estos elementos reconocen intrínsecamente un gradiente social de la salud y, en consecuencia, fijan cierta progresividad en la distribución de los recursos y las acciones de cooperación técnica a lo largo de este gradiente, favoreciendo más a los países que tienen una mayor necesidad y aplicando al mismo tiempo el principio del universalismo proporcional. A este respecto, y en consonancia con los principios de la equidad y la solidaridad panamericana, en el Plan se establecen **8 países clave** (Bolivia, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Suriname) con los que la Organización se compromete a hacer más hincapié en la cooperación técnica para procurar que se subsanen las brechas. Esto incluye poner a disposición los recursos necesarios humanos y económicos a fin de afrontar los diversos desafíos de salud pública de estos países.

91. Teniendo en cuenta que los países y los territorios de la Región tienen diferentes necesidades y situaciones sanitarias, en el Plan se indican los **países y territorios previstos por área programática** para centrar la cooperación técnica de la Organización en cuestiones específicas de salud pública. Los países y los territorios previstos se establecen a nivel del indicador de resultado intermedio sobre la base de un análisis integral y en consulta con los Estados Miembros. Para fijar las líneas de base y las metas, el universo de los países y los territorios para el Plan es de 51: 35 Estados Miembros, 4 Miembros Asociados y 12 territorios de ultramar (6 territorios del Reino Unido, 3 departamentos franceses en la Región de las Américas y 3 territorios de los Países Bajos). En el anexo III figura la lista completa de los países y territorios.

### **Metas con respecto al impacto y enfoque estratégico**

92. El éxito del Plan se medirá por la contribución de la Organización al logro de las metas con respecto al impacto descritas en el cuadro 1, medida según los indicadores correspondientes.

93. Si la ejecución del Plan está en consonancia con la orientación estratégica de la Organización, para fines del ciclo de planificación en el 2019, la OPS podrá mostrar mejoras tangibles en la salud de la población, en particular en la salud de aquellas personas que se encuentran en los niveles inferiores del gradiente social. Esto, por definición,

debería producir una reducción de las inequidades en materia de salud al subsanar las brechas entre los países y dentro de ellos. Esto implica un enfoque explícito con respecto a la equidad en materia de salud y un compromiso de medir el impacto logrado en este tema. De esta manera, la OPS contribuirá a mejorar la salud de los pueblos del continente americano.

94. Para cumplir con el objetivo de reducir las inequidades en torno a la salud, en este Plan se definen metas e indicadores específicos con respecto a la equidad en el ámbito de la salud, como el nivel más alto de compromiso de la Organización de cumplir su agenda estratégica en los próximos seis años.

95. En el cuadro 1 a continuación se describen las metas, los indicadores, la línea de base y los objetivos con respecto al impacto del Plan, que están en consonancia con las metas del impacto a nivel mundial (como se establecen en el Duodécimo Plan General de Trabajo 2014-2019 de la OMS), y se abordan las metas específicas para la Región. La tasa de cambio durante el ciclo que abarca este plan será la base sobre la cual se medirá el éxito del Plan, según los indicadores del impacto establecidos.

96. Las metas y los indicadores propuestos concuerdan con las conclusiones del reciente documento de consenso *Health in the Post-2015 Agenda: Report of the Global Thematic Consultation on Health* [la salud en la agenda después del 2015: informe de la consulta temática mundial sobre la salud], de abril del 2013. Los indicadores propuestos pueden adaptarse a los contextos regionales y nacionales y a las condiciones existentes a fin de reflejar las necesidades y las prioridades nacionales en materia de salud.

97. En consonancia con la visión del Plan, se escogieron nueve metas con respecto al impacto a fin de captar y reflejar las diversas dimensiones estratégicas del trabajo de la OPS, a saber: *a)* el mandato de la OPS de mejorar la salud de la población en la Región y reducir las inequidades entre los países; *b)* el apoyo de la OPS a los países para llevar adelante la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017; *c)* el compromiso de la OPS de que se logren en los países de la Región las metas relativas a la salud de los ODM; *d)* el compromiso de la OPS con la universalidad, la solidaridad y el panamericanismo; *e)* la necesidad de abordar la triple carga de morbilidad que representan para la Región las enfermedades transmisibles, las enfermedades no transmisibles y los traumatismos; y *f)* la convergencia con el Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS.



**Cuadro 1. Objetivos, indicadores y metas del impacto\* [EN REVISIÓN]**

<b>Objetivos del impacto</b>	<b>Indicadores del impacto</b>	<b>Metas del impacto</b>
1. Promover la salud y el bienestar promoviendo la equidad	Años de vida sana y brecha conexas	En preparación (a terminarse a más tardar el 10 de junio para el Comité Ejecutivo)
2. Asegurar que los recién nacidos y los menores de 1 año inicien su vida de una manera saludable	Tasa de mortalidad infantil	Reducción de 26% para el 2019 en comparación con la línea de base del 2014
	Razón de la tasa de mortalidad infantil y los quintiles de país del índice de necesidades sanitarias	Reducción de por lo menos entre el 2014 y el 2019
	Índice de la pendiente de desigualdad de la mortalidad infantil en el gradiente interpaíses del índice de necesidades sanitarias	Reducción de por lo menos 3 muertes de menores de 1 año en exceso por 1.000 nacidos vivos entre el 2010 y el 2019
3. Garantizar una maternidad sin riesgos	Razón de mortalidad materna (RMM)	Reducción de 11% para el 2019 en comparación con la línea de base del 2014
	Razón de mortalidad materna y los quintiles de país del índice de necesidades sanitarias	Reducción de por lo menos 25% entre el 2014 y el 2019
	Índice de la pendiente de desigualdad de la mortalidad materna en el gradiente interpaíses del índice de necesidades sanitarias	Reducción de por lo menos 18 muertes maternas en exceso por 100.000 nacidos vivos entre el 2010 y el 2019
4. Reducir la mortalidad debida a la calidad deficiente de la atención de salud	Tasa de mortalidad prevenible mediante atención sanitaria	Reducción de 9% para el 2019 en comparación con la línea de base del 2014
	Razón de la mortalidad prevenible mediante atención sanitaria y los quintiles de país del índice de necesidades sanitarias	Aumento de no más de 6% entre el 2010 y el 2019
	Índice de la pendiente de desigualdad de la mortalidad prevenible mediante atención sanitaria en el gradiente interpaíses del índice de necesidades sanitarias	No más de 8 muertes evitables en exceso por 100.000 habitantes entre el 2010 y el 2019
5. Mejorar la salud de la población adulta haciendo hincapié en las enfermedades no transmisibles y los factores de riesgo	Tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles	Reducción de 8% para el 2019 en comparación con la línea de base del 2014
	Razón de la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles y los quintiles de país del índice de necesidades sanitarias	Aumento de no más de 14% entre el 2014 y el 2019
	Índice de la pendiente de desigualdad de la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles en el gradiente interpaíses del índice de necesidades sanitarias	No más de 18 muertes prematuras por enfermedades no transmisibles en exceso por 100.000 habitantes entre el 2010 y el 2019

<b>Objetivos del impacto</b>	<b>Indicadores del impacto</b>	<b>Metas del impacto</b>
6. Reducir la mortalidad por enfermedades transmisibles	Tasa de mortalidad por sida	Reducción de 15% para el 2019 en comparación con la línea de base del 2014
	Número de muertes por dengue	Reducción de 30% para el 2019 en comparación con el 2012
	Mortalidad por tuberculosis	Reducción de 24% para el 2019 en comparación con el 2014
	Mortalidad por malaria	Reducción de 75% en comparación con el 2011
7. Frenar la mortalidad prematura debida a la violencia y los traumatismos al abordar los principales riesgos para los adolescentes y adultos jóvenes (15 a 24 años de edad)	Tasa de homicidios	Reducción de 6% para el 2019 en comparación con la línea de base del 2014
	Tasa de suicidios	Ningún aumento para el 2019 en comparación con el 2014
	Muertes por traumatismos causados por el tránsito	Reducción de 1% para el 2019 en comparación con la línea de base del 2014
8. Eliminar las enfermedades transmisibles prioritarias en la Región	Número de países y territorios que han eliminado la transmisión materno-infantil de la infección por el VIH y la sífilis congénita	16 países y territorios para el 2019
	Número de países que han eliminado la oncocercosis	4 países para el 2019
	Número de países que han eliminado la lepra en el primer nivel subnacional	23 países para el 2019
	Número de países que han interrumpido la transmisión por el vector principal de la enfermedad de Chagas en todo el territorio o en unidades territoriales en riesgo	21 países endémicos para el 2019
	Número de países endémicos que han eliminado la malaria	Al menos 3 de los 6 países con endemidad (ARG, DOR, ECU, HON, MEX, PAR)
	Número de países y territorios sin casos de rabia humana transmitida por el perro	35 países para el 2019
9. Evitar las muertes, las enfermedades y las discapacidades como consecuencia de emergencias	Porcentaje de emergencias extremas importantes en las cuales la tasa bruta de mortalidad regresa dentro de los 3 meses al nivel de referencia aceptable	70% de emergencias (notificadas utilizando la base de datos de acuerdo con el acuerdo internacional)

Nota: Estas metas representan el compromiso colectivo de los países de la Región. Cada país determinará sus propias metas.

98. Además de los objetivos, los indicadores y las metas del impacto, el Plan contiene **áreas de enfoque estratégico** para guiar su ejecución, que se describe a continuación:

- I. **Reducir la carga de las enfermedades transmisibles**, incluidas la infección por el VIH/sida y las infecciones de transmisión sexual (ITS); la tuberculosis; la malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores; las enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas; las enfermedades prevenibles mediante vacunación; y las hepatitis virales.
- II. **Reducir la carga de las enfermedades no transmisibles**, incluidas las cardiopatías, el cáncer, las neumopatías crónicas, la diabetes y los problemas de salud mental, así como la discapacidad, la violencia y los traumatismos, mediante la promoción de la salud y la reducción de riesgos, la prevención, el tratamiento y la vigilancia de las enfermedades no transmisibles y los factores de riesgo de dichas enfermedades.
- III. **Promover la buena salud en las etapas clave de la vida**, teniendo en cuenta la necesidad de abordar los determinantes sociales de la salud (las condiciones sociales en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen) y aplicando enfoques basados en la igualdad de género, la etnicidad, la equidad y los derechos humanos.
- IV. **Fortalecer los sistemas de salud** haciendo hincapié en la gobernanza para la protección social de la salud; el fortalecimiento de los marcos legislativos y normativos y una mayor protección financiera para garantizar el avance progresivo hacia el logro del derecho a la salud; la prestación integrada de servicios de salud centrados en la persona; la promoción del acceso a tecnologías sanitarias eficaces, seguras y de buena calidad, así como su uso racional; el fortalecimiento de los sistemas de información y los sistemas nacionales de investigación sobre la salud; la promoción de la investigación para integrar el conocimiento científico en la atención de salud, las políticas sanitarias y la cooperación técnica; la facilitación de la transferencia del conocimiento y las tecnologías; y el desarrollo de los recursos humanos para la salud.
- V. **Reducir la mortalidad, la morbilidad y la perturbación social resultantes de las epidemias, los desastres, los conflictos y las emergencias ambientales y relacionadas con la alimentación** mediante actividades de reducción de riesgos, preparación, respuesta y recuperación que fortalezcan la capacidad de recuperación y apliquen un enfoque multisectorial para contribuir a la seguridad sanitaria.
- VI. **Fomentar y llevar adelante el liderazgo institucional y los servicios institucionales** necesarios para mantener la integridad y el funcionamiento eficiente de la Organización a fin de que pueda cumplir eficazmente con sus mandatos.

## Organización del Plan

99. En consonancia con el Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS 2014-2019, el Plan Estratégico se organiza en 6 categorías y 31 áreas programáticas, como se muestra en el cuadro 2. En las secciones a continuación se brinda información detallada sobre cada categoría y sus respectivas áreas programáticas. En cada categoría, se establece el alcance, el contexto (desglosado en áreas programáticas), el análisis de los interesados directos clave, las estrategias para la cooperación técnica, y los temas transversales y los enfoques estratégicos en torno a la salud, que incluyen oportunidades para la colaboración y la coordinación interprogramáticas. Luego se brindan los cuadros que presentan los resultados intermedios y los indicadores de los resultados intermedios para cada área programática dentro de la categoría correspondiente. Para cada indicador de resultado intermedio se establece una lista de países en la línea de base y en la meta. A menos que se indique otra cosa, la línea de base es el 2012.

**Cuadro 2. Categorías y áreas programáticas**

Categoría	Áreas programáticas
1. Enfermedades transmisibles	1.1 Infección por el VIH/sida e infecciones de transmisión sexual 1.2 Tuberculosis 1.3 Malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores (incluidos el dengue y la enfermedad de Chagas) 1.4 Enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas 1.5 Enfermedades prevenibles mediante vacunación (incluido el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis) 1.6 Hepatitis virales ( <b>sujeta a la confirmación del presupuesto</b> )
2. Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo	2.1 Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo 2.2 Salud mental y trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas 2.3 Violencia y traumatismos 2.4 Discapacidades y rehabilitación 2.5 Nutrición
3. Determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida	3.1 Salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente, y salud sexual y reproductiva 3.2 Envejecimiento y salud 3.3 Incorporación de la equidad de género, la equidad en torno a la salud, los derechos humanos y la etnicidad 3.4 Determinantes sociales de la salud 3.5 Salud y medio ambiente
4. Sistemas de salud	4.1 Gobernanza y financiamiento en el ámbito de la salud; políticas, estrategias y planes nacionales en materia de salud 4.2 Servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad 4.3 Acceso a productos médicos y fortalecimiento de la capacidad regulatoria

Categoría	Áreas programáticas
	4.4 Información y evidencia sobre los sistemas de salud 4.5 Recursos humanos para la salud
5. Preparación, vigilancia y respuesta	5.1 Capacidad de alerta y respuesta 5.2 Enfermedades epidémicas y pandémicas 5.3 Gestión de las emergencias, los riesgos y las crisis 5.4 Inocuidad de los alimentos 5.5 Respuesta a los brotes y las crisis
6. Servicios corporativos y funciones habilitadoras	6.1 Liderazgo y gobernanza 6.2 Transparencia, rendición de cuentas y gestión de riesgos 6.3 Planificación estratégica, coordinación de recursos y presentación de informes 6.4 Gestión y administración 6.5 Comunicaciones estratégicas

Nota: consúltese el documento *Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2014-2015* (documento CE152/11) para ver detalles con respecto a la presupuestación para la poliomielitis y la respuesta a brotes y crisis, que son segmentos presupuestarios separados de acuerdo con la práctica presupuestaria de la OMS.

### Establecimiento de prioridades

100. En el Plan se establecen 31 áreas programáticas, que representan las prioridades para la Organización durante el período que abarca el Plan. Estas áreas programáticas fueron establecidas por los Estados Miembros como parte de la elaboración del Duodécimo Programa General de Trabajo 2014-2019 de la OMS y mediante otras consultas para determinar las prioridades regionales específicas. Además, en el Plan se establece un marco de asignación de prioridades para guiar la asignación de todos los recursos con los que cuenta la Oficina Sanitaria Panamericana, incluidos los recursos humanos y económicos, y para proyectar la movilización de recursos a fin de ejecutar el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Este marco está en consonancia con los principios de la Política del Presupuesto de la OPS y con el marco de gestión basada en resultados de la OPS. Se han establecido principios generales, que incluyen criterios y un método científico, a fin de guiar la aplicación de este marco de una manera objetiva. Los criterios y el método se aplicarán a todas las áreas programáticas a fin de establecer niveles prioritarios (1, 2 y 3). El marco completo, incluidos los criterios y la metodología, puede consultarse en el anexo II.

101. Los resultados del ejercicio de asignación de prioridades se incluirán en el Plan para fundamentar la toma de decisiones.

**Cuadro 3. Resultados de marco de asignación de prioridades**

(EN PREPARACIÓN: LOS RESULTADOS SE INCLUIRÁN TRAS LA CONSULTA CON LOS PAÍSES)

## **VI. Categorías, áreas programáticas y resultados intermedios**

## **Categoría 1. Enfermedades transmisibles**

*Reducir la carga de las enfermedades transmisibles, incluidas la infección por el VIH/sida y las infecciones de transmisión sexual (ITS); la tuberculosis; la malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores; las enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas; las enfermedades prevenibles mediante vacunación; y las hepatitis virales.*

### **Alcance**

102. Las enfermedades infecciosas prevalentes, así como las enfermedades transmisibles reemergentes, ocasionan una gran carga de morbilidad y mortalidad en la Región de las Américas, que puede aumentar drásticamente cuando se producen brotes (por ejemplo, de dengue). Estas enfermedades no solo representan una crisis para el mundo en desarrollo, exacerbando la pobreza, las desigualdades y la mala salud, sino que también presentan retos sustanciales para los países desarrollados al crear una carga innecesaria para los sistemas sanitarios y sociales, la seguridad nacional y la economía. Esta categoría abarca las siguientes áreas programáticas: *a)* infección por el VIH/sida e infecciones de transmisión sexual (ITS); *b)* tuberculosis; *c)* malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores (por ejemplo, dengue y enfermedad de Chagas); *d)* enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas; *e)* enfermedades prevenibles mediante vacunación (incluido el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis); y *f)* hepatitis virales.

### **Contexto**

#### **1.1 Infección por el VIH/sida e infecciones de transmisión sexual**

103. En el 2011 había alrededor de 1,4 millones de personas infectadas por el VIH en América Latina y 230.000 en el Caribe. La Región ha progresado mucho en la reducción del número de nuevas infecciones por el VIH y la mortalidad por causas relacionadas con el sida. Alrededor de 83.000 personas contrajeron la infección por el VIH en América Latina en el 2011, en comparación con 93.000 en el 2001, y las defunciones relacionadas con el sida disminuyeron 10%, de 60.000 a 54.000. En el Caribe, el número de nuevas infecciones se redujo de 22.000 a 13.000 y las defunciones relacionadas con el sida disminuyeron 50% en el mismo período. También se realizaron grandes avances en la ampliación del acceso al tratamiento antirretrovírico: se estima que la cobertura del tratamiento en América Latina y el Caribe fue del 68% en el 2011. Sin embargo, la mayoría de los países todavía no han logrado el acceso universal. La verticalidad persistente y la vulnerabilidad financiera de la respuesta a la infección por el VIH, en particular los programas de tratamiento, plantea una amenaza para el mantenimiento de los logros y la superación de las disparidades que subsisten en lo que se refiere al acceso universal. Algunos grupos clave, como los hombres que tienen relaciones con hombres, los



profesionales del sexo y las personas transgénero, siguen siendo afectados desproporcionadamente por la epidemia. El estigma y la discriminación, así como la capacidad limitada del sector de la salud para prestar servicios adecuados a estos grupos, siguen siendo retos importantes para brindar una respuesta adecuada. Además, el progreso en el fortalecimiento de los sistemas de información estratégica y su integración en los sistemas de información sanitaria ha sido desigual y sigue obstaculizando la programación basada en datos probatorios y el seguimiento del avance. América Latina y el Caribe fue la primera región en comprometerse formalmente a eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH con un enfoque dual que incorpora el compromiso existente con la eliminación de la sífilis congénita.

104. La estrategia de cooperación técnica relacionada con el VIH tiene cuatro prioridades o pilares: *a)* el fortalecimiento y la ampliación de los programas de tratamiento mediante la promoción de las opciones técnicas y programáticas basadas en datos probatorios y en los principios de salud pública, articuladas en los cinco pilares de la iniciativa “Tratamiento 2.0”; *b)* la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita mediante la promoción y el fortalecimiento de la integración de los servicios relacionados con la infección por el VIH, así como los servicios de salud sexual y reproductiva y salud de la madre, el recién nacido y el niño, la inscripción temprana en los servicios de atención prenatal, y la detección y el tratamiento tempranos para las embarazadas infectadas por el VIH o con sífilis y los lactantes expuestos; *c)* la promoción de la formulación de políticas y el establecimiento de prioridades y el fomento de un entorno propicio para una labor de divulgación a poblaciones clave, abordando el estigma y la discriminación y la promoción de un enfoque basado en los derechos humanos de la respuesta a la infección por el VIH, la creación de conjuntos de servicios (planes detallados), el fortalecimiento de la capacidad de los proveedores de servicios y el fomento de la participación comunitaria; y *d)* el fortalecimiento de los sistemas de información sanitaria, la promoción y el apoyo de un enfoque longitudinal mediante la vigilancia de casos y el seguimiento del proceso continuo de atención, el análisis y la difusión de información regional y la ejecución de una estrategia regional para la prevención, la vigilancia y el seguimiento de la farmacoresistencia del VIH. En todas las prioridades se incorpora el fortalecimiento de los sistemas de salud y la perspectiva de atención primaria.

105. En la Región se producen anualmente alrededor de 89 millones de nuevos casos de infecciones de transmisión sexual (ITS), como sífilis, clamidiosis, gonorrea e infecciones por el virus de los papilomas humanos (VPH), en personas de 15 a 49 años. Además de que pueden producir la muerte directamente, estas ITS contribuyen a diversos resultados negativos en materia de salud, entre ellos infertilidad, mortinatalidad, embarazo ectópico y cáncer. Algunas ITS, en particular las que causan ulceraciones genitales, aumentan el riesgo de contraer o transmitir la infección por el VIH. Las limitaciones de los datos y la falta de estrategias nacionales integrales para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento

de las ITS compromete la capacidad de la Región para concentrarse debidamente en las ITS y abordarlas.

106. El alcance y los resultados de las medidas de control de las ITS en la Región son variables, por lo que es fundamental el apoyo de la OPS al fortalecimiento de los programas nacionales. El apoyo técnico de la OPS se centrará en el fortalecimiento de las funciones normativas y de información estratégica de los programas nacionales, entre ellas el fortalecimiento del programa de vigilancia de la susceptibilidad de los gonococos a los agentes antimicrobianos (GASP) y el apoyo a los países para la elaboración o la actualización de estrategias y directrices nacionales para la prevención y el manejo de las ITS sobre la base de los datos generados por el GASP, así como otros métodos de vigilancia de las ITS, y de la orientación normativa que exista a nivel mundial y regional.

## **1.2 Tuberculosis**

107. Se han hecho importantes avances en la Región de las Américas desde que comenzó a ejecutarse la estrategia Alto a la Tuberculosis, que permitió ampliar el diagnóstico y el tratamiento tanto de la tuberculosis sensible como de la tuberculosis resistente asociada o no a una infección por el VIH. La incidencia de la tuberculosis está disminuyendo en la Región de las Américas, pero a una tasa de solo 3% al año. , La OMS estimó que en la Región de las Américas se producirían 268.000 casos nuevos de tuberculosis y 21.000 muertes por tuberculosis en el 2011, sin incluir los casos de coinfección por el VIH. Durante ese año se notificaron 218.000 casos nuevos de tuberculosis. En comparación con las estimaciones, los casos notificados representaron una tasa de detección de casos de 81%.

108. La pobreza, la migración y otras vulnerabilidades sociales intensifican la epidemia de tuberculosis. El aumento de los casos de ENT, incluida la diabetes y las enfermedades relacionadas con el tabaco, significa que más personas inmunodeprimidas corren el riesgo de enfermarse de tuberculosis, lo que exacerba los riesgos sociales ya presentes. Estas condiciones convergen en los barrios pobres de las ciudades, donde las desigualdades sociales limitan el acceso a los servicios de salud, especialmente para las mujeres, los niños y los adultos mayores, así como muchos otros grupos vulnerables (por ejemplo, consumidores de drogas, personas sin hogar, enfermos mentales, minorías étnicas, etc.).. Es necesario integrar los programas y los servicios de salud básicos para facilitar el acceso temprano al diagnóstico y el tratamiento. Esto, sumado a la participación cada vez mayor de la comunidad, la sociedad civil y el sector privado, puede llevar al uso más eficaz de nuevos medios de diagnóstico y medicamentos que ya estén disponibles o que estén en desarrollo para la prevención y el tratamiento de la tuberculosis, la tuberculosis multirresistente y la tuberculosis asociada a la infección por el VIH.

109. El apoyo técnico y normativo de la OPS/OMS, así como su apoyo para la vigilancia y su papel en las alianzas, son cruciales para el control de la epidemia de tuberculosis. El programa regional contra la tuberculosis se centra en el fortalecimiento de la capacidad nacional para aplicar la estrategia mundial contra la tuberculosis en los países a fin de llegar a las poblaciones vulnerables mediante la introducción de marcos nacionales para el control de la tuberculosis. El programa también actualizará y consolidará las políticas emergentes y la orientación técnica, y las adaptará al contexto nacional. En consecuencia, la cooperación técnica para brindar apoyo a los programas nacionales contra la tuberculosis reforzará el uso de medios rápidos de diagnóstico y mejores prácticas de laboratorio, la atención médica a los pacientes con tuberculosis multirresistente, el manejo comunitario integrado de la tuberculosis, el acceso adecuado a nuevas directrices e instrumentos, el acceso a medicamentos de primera y segunda línea de buena calidad, y los sistemas de vigilancia complementados con un mejor análisis y uso de los datos.

### **1.3 Malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores**

110. Las tasas de mortalidad por malaria han disminuido más de 25% a nivel mundial desde el 2000. En la Región de las Américas, la mortalidad bajó 67% entre el 2000 y el 2011, en tanto que la morbilidad (es decir, el total de casos confirmados) disminuyó 58%. Sin embargo, a fin de alcanzar las metas fijadas para el 2015, se necesita una ampliación masiva del acceso a la prevención de la malaria, especialmente mediante el control sostenible de vectores, a las pruebas de diagnóstico con garantía de calidad y al tratamiento eficaz con antimaláricos. El riesgo de resurgimiento de la malaria como consecuencia de la disminución del financiamiento internacional de la prevención y el control, así como de la resistencia a la artemisinina y los insecticidas, exige inversiones estratégicas sostenidas tanto de los asociados como de los países donde la malaria es endémica. Además, es necesario fortalecer los sistemas de vigilancia con objeto de focalizar de manera apropiada los recursos limitados y evaluar el progreso y el impacto de las medidas de control.

111. El apoyo a los países con malaria endémica incluirá el aumento de la capacidad para su prevención, control y eliminación, el fortalecimiento de la vigilancia, y la detección tanto de amenazas como de nuevas oportunidades para el control y la eliminación de la malaria. En consonancia con la estrategia técnica mundial para el control y la eliminación de la malaria (2016-2025), el trabajo de la OPS en esta área guiará a los países y a otros interesados directos para mantener los avances del decenio pasado y actualizar la política y la orientación técnica sobre el control de vectores, las pruebas de diagnóstico y el tratamiento antimalárico. Además, la OPS mantiene su firme compromiso y el énfasis en la prevención de la reintroducción de la transmisión local en las zonas declaradas libres de malaria.

112. El dengue es una enfermedad endémica con ciclos epidémicos asociados con determinantes sociales, como el crecimiento demográfico, la pobreza y el acceso limitado a

servicios básicos. Desde el 2003, 45 países y territorios de la Región de las Américas han notificado 8,6 millones de casos y 4.400 defunciones. El dengue es una enfermedad que siempre ha tenido repercusiones políticas, económicas y sociales sumamente negativas en los países. Actualmente, la cooperación técnica está orientada al fortalecimiento de la capacidad nacional para la vigilancia integral, la atención del paciente, y la detección temprana, los preparativos y el control de brotes en el marco de la Estrategia de Gestión Integrada (EGI-dengue) y la Estrategia Mundial de la OMS 2012-2020.

113. En América Latina, la enfermedad de Chagas es la enfermedad tropical transmisible más prevalente, con una incidencia anual de 28.000 casos. Se calcula que afecta a unos 8 millones de personas y causa un promedio de 12.000 defunciones al año. Hay que tomar más medidas para evitar que esta enfermedad siga propagándose y para localizar, diagnosticar y tratar adecuadamente a los pacientes ya infectados. Además, se necesitará una gran coordinación entre los países y un importante trabajo técnico para mantener los avances realizados con respecto a la eliminación de esta enfermedad transmitida por vectores en muchos territorios endémicos, así como para mantener adecuadamente el análisis sistemático de la sangre en todos los países. La *Estrategia y plan de acción para la prevención, el control y el tratamiento de la enfermedad de Chagas*, apoyados por iniciativas subregionales entre países, han sido eficaces y han logrado reducir la morbilidad, la mortalidad y el sufrimiento humano, y han sido eficientes en el ahorro de recursos de los países al reducir los costos directos e indirectos asociados con esta enfermedad.

#### **1.4 Enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas**

114. En América Latina y el Caribe, las enfermedades infecciosas desatendidas afectan a grupos pobres vulnerables, como indígenas y afrodescendientes, así como a personas que viven en zonas rurales y periurbanas y que suelen tener dificultades con el acceso a los servicios de salud. Se calcula que, en la Región de las Américas, se encuentran 8,8% de los casos de enfermedades infecciosas desatendidas del mundo, vinculados al 40% de la población de América Latina y el Caribe (es decir, aproximadamente 200 millones de personas) que vive en la pobreza. Además se notifican algunas enfermedades infecciosas desatendidas en Estados Unidos y Canadá, pero con una prevalencia generalmente menor. La “hoja de ruta” regional de la OPS para cinco enfermedades infecciosas desatendidas proporciona directrices para acelerar el trabajo a fin de superar el impacto de las enfermedades desatendidas y tropicales en América Latina y el Caribe, y establece un cronograma para el control y, en los casos en que corresponda, la eliminación de 12 enfermedades específicas. Como parte de esta estrategia, la donación de medicamentos y el apoyo de diferentes asociados han posibilitado ofrecer la quimioterapia preventiva en gran escala y el tratamiento adecuado de casos, lo cual ya está teniendo efectos positivos y cuantificables en los países afectados. Para mantener el ímpetu actual de la lucha contra estas enfermedades se necesitan no solo productos y financiamiento, sino también apoyo

político. La OPS/OMS se centrará en la ampliación del manejo preventivo, innovador e intensificado de enfermedades y en el aumento del acceso a los medicamentos esenciales para las enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas. Además, seguirá prestando especial atención al fortalecimiento de la capacidad nacional para vigilar enfermedades, el seguimiento apropiado y oportuno del progreso, y la documentación y certificación o comprobación de la eliminación de algunas enfermedades.

115. En todos los países de la Región hay zoonosis, que afectan principalmente a grupos humanos vulnerables con acceso limitado a servicios de salud de buena calidad, así como a las personas expuestas a animales y productos de origen animal en malas condiciones sanitarias. Como la mayoría de las zoonosis son enfermedades desatendidas, los datos sobre la carga de morbilidad son limitados. Sin embargo, los datos probatorios actuales indican que, en la Región, 70% de los casos registrados de enfermedades infecciosas son zoonosis o enfermedades transmisibles comunes a los seres humanos y los animales. La mayoría de las zoonosis que afectan a los animales de producción son endémicas en la Región, aunque están detectándose con mayor frecuencia zoonosis en animales acompañantes y en animales salvajes. Eso se refleja, por ejemplo, en el número creciente de casos de rabia humana transmitida por murciélagos hematófagos. A pesar de la eliminación generalizada de la rabia humana transmitida por el perro en la Región, subsisten focos de esta enfermedad. Las intervenciones de la OPS/OMS para prevenir estas enfermedades en los seres humanos son multisectoriales y requieren actividades eficaces e integradas de vigilancia y control en el marco de los programas veterinarios y de inspección de alimentos, coordinados con el sector de la salud pública, así como la participación de organizaciones no gubernamentales, los gobiernos locales y la comunidad para detectar y tratar los casos en seres humanos en una etapa temprana.

### **1.5 Enfermedades prevenibles mediante vacunación**

116. Se ha reconocido el liderazgo mundial de la Región de las Américas en el ámbito de la inmunización, lo que ha allanado el camino para la innovación y los adelantos en esta esfera. Entre la gran variedad de logros programáticos cabe señalar la eliminación de la viruela, la poliomielitis, el sarampión y la rubéola; las tasas de cobertura de vacunación que se encuentran entre las más altas del mundo; los rápidos adelantos en la introducción de nuevas vacunas; el liderazgo en la promoción de la adopción de decisiones basada en datos probatorios; la compra de vacunas asequibles y de buena calidad por medio del Fondo Rotatorio de la OPS; la creación y el uso de registros computadorizados de inmunización; y la ampliación de la Semana de la Vacunación en las Américas que se convirtió en la Semana Mundial de la Inmunización en el 2012. Por último, el programa de inmunización ha evolucionado eficazmente, pasando de un programa dirigido a los niños a uno que abarca toda la familia.

117. A pesar de estos numerosos logros, queda mucho trabajo por delante para mantenerlos y para abordar la agenda inconclusa de la ampliación de los beneficios de la inmunización y enfrentar varios retos nuevos y emergentes.

118. El promedio elevado de la cobertura regional oculta grandes desigualdades en los países. Haití es el único país de la Región que todavía no ha eliminado el tétanos neonatal como problema de salud pública. Además, este país no tiene un programa nacional de inmunización afianzado y fuerte. El proceso de documentación y comprobación relacionado con el sarampión y la rubéola puso de relieve grandes problemas con la vigilancia de las enfermedades prevenibles mediante vacunación que deben abordarse para mantener a la Región libre de las enfermedades que ya se han eliminado. Las nuevas vacunas (por ejemplo, contra la malaria y el dengue) plantean a los programas de vacunación el reto creciente de la introducción sostenible, que requiere un aumento considerable de sus presupuestos y una gran ampliación de la cadena de frío. Haití también ha experimentado retos con respecto a la disponibilidad y el uso de las vacunas para abordar problemas graves y complejos de salud pública, como el cólera.

119. Por último, al cabo de más de 20 años sin casos, la Región de las Américas todavía corre el riesgo de importación de poliovirus salvajes o de circulación de poliovirus derivados de la vacuna. El plan de acción para mantener a la Región de las Américas libre de poliomielitis proporciona un marco para que la Región siga libre de poliomielitis antes y después de la eliminación, así como durante la etapa de transición. En ese plan se presenta una estrategia integral para mejorar todos los aspectos de la protección de las comunidades y la vigilancia epidemiológica.

#### **1.6 Hepatitis virales (la inclusión de esta área programática está en análisis, sujeta a la confirmación del presupuesto)**

120. Alrededor de un tercio de las personas en todo el mundo ha tenido contacto con el virus de la hepatitis B o ha contraído la infección. En la Región de las Américas, la prevalencia estimada de hepatitis B se sitúa entre menos del 2% y el 4%, y se calcula que hay entre 7 millones y 9 millones de adultos infectados por el virus de la hepatitis C en América Latina y el Caribe. Además, se calcula que entre 65% y 80% de los casos de hepatitis B y alrededor de 55% de los casos de hepatitis C en el personal sanitario en América Latina y el Caribe se deben a pinchazos con agujas. En la Región también hay casos de superinfección con hepatitis D, que afecta en particular a los pueblos indígenas de la zona amazónica por razones genéticas. Además, a pesar de las tasas de prevalencia mayormente bajas, en algunos países se han notificado brotes de hepatitis A y E, lo cual revela la gran necesidad de contar con mejores datos y vigilar estos grupos de enfermedades. Los casos clínicos de hepatitis A están desplazándose de los jóvenes a personas de edad madura y adultos mayores, lo cual aumenta las posibilidades de situaciones clínicas peores y de un número mayor de muertes. Las personas infectadas por

el VIH y otros grupos inmunodeprimidos (como las embarazadas y las personas con enfermedades crónicas) se ven afectadas desproporcionadamente por las hepatitis virales, que contribuyen a graves complicaciones hepáticas y a un mayor riesgo de muerte.

121. Se ha reconocido el éxito de la Región de las Américas con iniciativas proactivas para el uso de vacunas contra la hepatitis B. De manera más reciente se ha dado prioridad a las recomendaciones relativas a una dosis de vacuna contra la hepatitis A. En la Región se ha promovido con éxito el análisis sistemático de la sangre para detectar los virus de la hepatitis B y C, y se han llevado a cabo campañas para educar y capacitar mejor a los profesionales de la salud a fin de prevenir los pinchazos con agujas. No obstante, solo unos pocos países de la Región de las Américas tienen actualmente una estructura de salud pública que responde oficialmente a las necesidades sanitarias generadas por estas infecciones y enfermedades. Tras la adopción de la resolución WHA63.18 en mayo del 2010, la OPS respondió de inmediato y ha estado trabajando con los países para formular una estrategia regional que esté en consonancia con el marco de la OMS para la acción mundial contra las hepatitis virales.

122. La propuesta de la OPS se centra en la educación y la promoción de la causa, la vigilancia y el seguimiento, el diagnóstico, el manejo y el tratamiento de casos, y las investigaciones prioritarias.

### **Análisis de los interesados directos clave**

123. La vigilancia, la promoción, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, el control y la eliminación de las enfermedades transmisibles se lograrán mediante la acción conjunta con los asociados actuales y con nuevos asociados dentro y fuera del sector de la salud. La OPS seguirá fomentando la colaboración con diversos organismos de las Naciones Unidas, grandes fundaciones, centros colaboradores de la OMS, organismos multilaterales y bilaterales, instituciones científicas y otros asociados estratégicos clave que comparten la misma visión de reducir la carga de las enfermedades transmisibles a nivel regional y mundial utilizando las herramientas disponibles para forjar alianzas (por ejemplo, acuerdos de cooperación técnica, comités coordinadores interinstitucionales, alianzas publicoprivadas, cooperación técnica entre países, cartas de acuerdo, etc.).

124. La lista actual de asociados estratégicos incluye la Fundación Bill y Melinda Gates, el Organismo de Salud Pública del Caribe (CARPHA), la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI), la Sociedad Canadiense para la Salud Internacional (CSIH), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), la Corporación Andina de Fomento (CAF), la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la Fundación Oswaldo Cruz (FioCruz), la Alianza GAVI, la Alianza Mundial para el Control de la Rabia (GARC), el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria

(FMSTM), la iniciativa del Comité Luz Verde, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA), la Asociación Internacional de Médicos que Tratan el Sida (IAPAC), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), la Iniciativa para el Sarampión y la Rubéola, el Mercado Común del Sur (MERCOSUR), el Organismo Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria (OIRSA), el Programa de Tecnología Sanitaria Apropriada (PATH), el Organismo de Salud Pública de Canadá (PHAC), el Instituto de Vacunas Sabin (SVI), la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), el Grupo de Trabajo para la Salud Mundial (TFGH), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Plan de Emergencia del Presidente de Estados Unidos de América para el Alivio del Sida (PEPFAR), el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) y la Sociedad Mundial para la Protección Animal (WSPA).

### **Estrategias de cooperación técnica**

125. Apoyo al fortalecimiento de la capacidad nacional y la autosostenibilidad:
- a) Proporcionar cooperación técnica y apoyo a los Estados de Miembros en consonancia con los mandatos y las resoluciones de los Cuerpos Directivos de la OPS/OMS, los marcos mundiales y regionales, y las recomendaciones basadas en datos probatorios formuladas por reconocidos grupos consultivos técnicos y estratégicos regionales.
  - b) Priorizar las poblaciones vulnerables y los grupos de alto riesgo en la cooperación técnica.
  - c) Aumentar la cobertura de las intervenciones eficaces centradas en la vigilancia, la promoción, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, el control y la eliminación de las enfermedades transmisibles.
  - d) Hacer hincapié en el fortalecimiento de la capacidad nacional y local en todos los niveles, así como en la colaboración eficaz entre países, a fin de surtir un efecto sostenible y positivo en los programas sociales y de salud.
  - e) Promover y apoyar la adopción y el uso de tecnologías nuevas, accesibles y eficaces que permitan acelerar los esfuerzos para alcanzar las metas de salud en los países y en la Región.
  - f) Elaborar y aplicar estrategias eficaces para la caducidad y la sostenibilidad de programas conexos a nivel nacional, como la transición del apoyo focalizado a algunos países prioritarios a la cooperación técnica regional de más alto nivel.



126. Formulación de criterios y normas:

- a) Aprovechar los conocimientos técnicos especializados de la OPS, que se basan en pruebas científicas y conocimientos aplicados, en la formulación y adaptación de criterios y normas regionales.
- b) Trabajar en colaboración con los Estados Miembros para generar datos probatorios que sirvan de base para la adopción de directrices, herramientas y metodologías regionales.
- c) Impulsar a los países a que consideren como propios las normas y los criterios regionales que se establezcan en el área de las enfermedades transmisibles, facilitando su diseminación generalizada, su uso y adaptación a todos los niveles.
- d) Procurar que en los programas en todos los niveles se incorporen elementos de supervisión, seguimiento y evaluación.

127. Determinar las líneas de investigación:

- a) Señalar los principales retos relacionados con la salud para los cuales se necesitan respuestas operacionales o basadas en conocimientos.
- b) Promover la investigación operativa y el uso apropiado de los resultados para reducir la morbilidad, la mortalidad y la carga causada por las enfermedades infecciosas en la Región.
- c) Apoyar el establecimiento de mecanismos para recopilar, analizar, preparar, difundir y utilizar información estratégica a fin de contribuir al caudal de conocimientos sobre las mejores prácticas de vigilancia, prevención, control y eliminación de enfermedades transmisibles.

## **Temas transversales y enfoques estratégicos de la salud**

128. La vigilancia, la promoción, la prevención, el tratamiento, el diagnóstico, el control y la eliminación de las enfermedades transmisibles en la Región de las Américas presentan muchas oportunidades para el trabajo interprogramático a fin de garantizar un enfoque integrado en la formulación y ejecución de programas. Esta colaboración transversal tiene lugar entre las áreas programáticas de la categoría 1, así como entre las diversas categorías. Además, todas las áreas programáticas de la categoría 1 están estrechamente relacionadas con el trabajo que se realiza en la categoría 5 (preparación, vigilancia y respuesta), específicamente en lo que se refiere a los esfuerzos para proporcionar un enfoque integrado de la prevención, la detección temprana, la respuesta inmediata y la notificación de enfermedades transmisibles contempladas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

129. En el área de la infección por el VIH/sida y las ITS, el trabajo contribuye a las siguientes categorías y también se beneficia de ellas: categoría 2 (enfermedades no transmisibles y factores de riesgo); categoría 3 (determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida), ya que la prevención de la transmisión maternoinfantil brindará oportunidades para que las mujeres tengan acceso a servicios para el tratamiento de la infección por el VIH y a otros servicios de salud en diversas etapas de la vida; categoría 4 (sistemas de salud) por medio de la mejora de la infraestructura sanitaria y un mayor acceso al tratamiento; y categoría 5 (preparación, vigilancia y respuesta).

130. El área de la tuberculosis se vincula con las categorías 2 y 4. En el caso del vínculo con la categoría 2, las personas con ciertas enfermedades no transmisibles, como la diabetes, pueden tener un sistema inmunitario hipoactivo que aumenta el riesgo de que contraigan tuberculosis. De manera análoga, en el caso del vínculo con la categoría 4, la creación de un programa eficaz contra la tuberculosis depende del funcionamiento adecuado del sistema de atención primaria de salud para diagnosticar y tratar a los pacientes, seguido de un sistema selectivo, pero eficiente, de derivación y contraderivación.

131. El área programática de las enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas se vincula con la categoría 3, ya que las intervenciones para prevenir y tratar la esquistosomiasis, el tracoma, las geohelmintiasis y otras enfermedades desatendidas tendrán efectos positivos en los resultados de la salud maternoinfantil.

132. En el área de las enfermedades prevenibles mediante vacunación, las oportunidades para el trabajo interprogramático incluyen la categoría 2, en la cual se abordan asuntos relacionados con las vacunas contra el VPH y la hepatitis B; la categoría 3, en la cual la administración de vacunas tradicionales y nuevas ayuda a mejorar la salud a lo largo de todo el ciclo de vida; la categoría 4, en lo que concierne al uso de la vacunación como vehículo para llegar a las poblaciones vulnerables con otras intervenciones de salud y las oportunidades para vincular los registros de vacunación, los registros de nacimientos y otras estadísticas sanitarias en un sistema de información sanitaria integral; y la categoría 5, en lo que se refiere al seguimiento estrecho de la vigilancia de las enfermedades prevenibles mediante vacunación a fin de detectar y responder oportunamente a los brotes en la Región, y al fortalecimiento de la capacidad en materia de laboratorios.

133. En la categoría 1, el trabajo en relación con las hepatitis virales está estrechamente vinculado al trabajo con la infección por el VIH/sida y las ITS debido al tema de la coinfección, así como las estrategias con respecto a la seguridad de la sangre, la seguridad de las inyecciones y la promoción de prácticas sexuales más seguras. En la categoría 2, los pacientes inmunodeprimidos, incluidos los portadores de enfermedades crónicas, tienen

mayores probabilidades de contraer hepatitis. Esta área programática también requiere oportunidades para la colaboración interprogramática con las categorías 3, 4 y 5.

134. En la categoría 1 se incorporan los temas transversales relativos a la equidad de género, la equidad en materia de salud, los derechos humanos y la diversidad cultural a fin de mejorar los resultados sanitarios.

- a) Las intervenciones para combatir las enfermedades transmisibles se adaptan con el fin de responder a cuestiones de género y de diversidad cultural partiendo de la comprensión de los hombres y las mujeres en todas las edades, su patrimonio cultural y los factores que influyen en su situación sanitaria. También incluyen la recopilación y presentación de datos desglosados por edad, sexo y otras variables pertinentes.
- b) El énfasis en la prevención, el tratamiento y el control de las enfermedades transmisibles, en particular en las áreas de mayor necesidad, apoya los ideales de la equidad en la salud y la reducción de la pobreza a fin de llegar a las poblaciones vulnerables con intervenciones integradas de salud que prevengan las desgracias cuando se producen enfermedades.
- c) El enfoque de derechos humanos es particularmente pertinente en las áreas programáticas relativas a la infección por el VIH/sida y las ITS, la tuberculosis, las enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas, y las hepatitis virales. Debe prestarse especial atención a la promoción de intervenciones para combatir el estigma y la discriminación.

135. Los enfoques estratégicos en el campo de la salud, a saber, los determinantes sociales, la atención primaria de salud, la promoción de la salud y la protección social, están sumamente integrados en el trabajo de la categoría 1.

- a) Los determinantes sociales, como el crecimiento demográfico, la pobreza, la migración, las condiciones de vida inadecuadas y la falta de servicios básicos, son factores que obstaculizan los esfuerzos para prevenir, tratar y controlar las enfermedades transmisibles (por ejemplo, las enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas). Por consiguiente, contribuyen a resultados negativos en materia de salud que acentúan las inequidades sanitarias. Las intervenciones puestas en marcha por las áreas programáticas aprovecharán las mejores prácticas existentes para abordar de frente estos determinantes sociales a fin de obtener mejores resultados en materia de salud.
- b) Muchas intervenciones que están alineadas con el trabajo de las diversas áreas programáticas se realizan en el nivel de la atención primaria de salud y proporcionan un punto de acceso para que las familias reciban otros servicios de salud de buena calidad (por ejemplo, vacunación), así como más oportunidades

para recibir educación sanitaria. La incorporación de estas intervenciones en el nivel de la atención primaria de salud también facilita el acceso al diagnóstico y el tratamiento tempranos de enfermedades transmisibles (por ejemplo, la malaria y la tuberculosis).

- c) La prevención de las enfermedades transmisibles concuerda con los principios de la protección social en la salud al limitar la exposición a agentes infecciosos que pueden causar enfermedades, discapacidad o mayor pobreza, en particular en las poblaciones marginadas y vulnerables.

## Categoría 1. Enfermedades transmisibles

### *Áreas programáticas y resultados intermedios*

(LÍNEAS DE BASE Y METAS EN EVALUACIÓN, A LA ESPERA DE LAS CONSULTAS NACIONALES)

#### 1.1 Infección por el VIH/sida e infecciones de transmisión sexual

Resultado intermedio	Ind.	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2012 <sup>1</sup>	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 1.1 Aumento del acceso a intervenciones clave para la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH y las ITS	RIT 1.1.1	Número de países que tienen una cobertura de 80% con el tratamiento antirretrovírico (población que reúne los requisitos)	2 CUB, GUY	12 ARG, BRA, CHI, COR, DOR, ECU, MEX, NIC, PAR, PER
	RIT 1.1.2	Número de países y territorios con al menos 95% de cobertura de la profilaxis del VIH y tratamiento de la sífilis en embarazadas y niños	0	15 ANU, BAH, BAR, BER, BLZ, CAN, CHI, CUB, DOM, GRA, GUY, PER, SAV, SCN, USA

<sup>1</sup> La línea de base es el 2012 o el año para el que se tienen los datos más recientes. En el caso de los indicadores sin datos para el 2012, se indica el año correspondiente.

## 1.2 Tuberculosis

Resultado intermedio	Ind.	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2012	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 1.2 Aumento del número de pacientes con tuberculosis diagnosticados y tratados con éxito	RIT 1.2.1	Número acumulado de pacientes con tuberculosis confirmada bacteriológicamente tratados con éxito en programas que han adoptado la estrategia recomendada por la OMS desde 1995	1,34 millones	2,3 millones
	RIT 1.2.2	Número anual de pacientes con tuberculosis multirresistente presunta o confirmada, incluidos los casos resistentes a la rifampicina, que reciben tratamiento contra la tuberculosis multirresistente en todo el mundo	3.473	4.410
	RIT 1.2.3	Porcentaje de nuevos pacientes con tuberculosis diagnosticada en comparación con los casos estimados por la OMS de 1995 al 2011	81%	90%

## 1.3 Malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores

Resultado intermedio	Ind.	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2012	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 1.3 Aumento de la capacidad de los países para formular y ejecutar planes, programas o estrategias integrales de vigilancia, prevención, control o eliminación de la malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores	RIT 1.3.1	Porcentaje de casos de malaria confirmados en el sector público que reciben tratamiento con antimaláricos de primera línea de acuerdo con la política nacional (sobre la base de las recomendaciones de la OPS/OMS)	85%	95%
	RIT 1.3.2	Número de países con capacidad instalada para eliminar la malaria	6 ARG, COR, ECU, ELS, MEX, PAR	13 BLZ, DOR, GUT, HAI, HON, NIC, PAN
	RIT 1.3.3	Número de países con capacidad instalada para el manejo de todos los casos de dengue	3 BRA, ELS, MEX	17 ARG, BOL, COL, COR, DOR, ECU, HON PAN, PAR, PER, PUR, NIC, VEN, GUT
	RIT 1.3.4	Número de países y territorios donde toda la zona endémica o las unidades territoriales tienen un índice de infestación doméstica (por la especie principal de vectores de triatominos o por el vector sustituto, según el caso) inferior o igual a 1%	14 ARG, BLZ, BOL, BRA, CHI, COR, ELS, GUT, HON, MEX, NIC, PAR, PER, URU	21 COL, ECU, FRG, GUY, PAN, SUR, VEN

#### 1.4 Enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas

Resultado intermedio	Ind.	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2012	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 1.4 Aumento de la capacidad de los países para formular y ejecutar planes, programas o estrategias integrales de vigilancia, prevención, control o eliminación de las enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas	RIT 1.4.1	Número de países con endemidad que han tenido aumentos anuales del número de casos diagnosticados y del tratamiento etiológico, como resultado de un aumento de la calidad y la cobertura de la atención médica de la leishmaniasis humana	0	12 ARG, BOL, BRA, COL, COR, GUT, HON, NIC, PAN, PAR, PER, VEN
	RIT 1.4.2	Número de países endémicos con un sistema de detección de casos de lepra en los grupos vulnerables	18 COL, COR, CUB, ECU, ELS, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PER, SAL, SUR, TRT, URU	24 ARG, BOL, BRA, DOR, PAR, VEN
	RIT 1.4.3	Número de países endémicos que han logrado la meta de cobertura recomendada de la población en riesgo de contraer filariasis linfática	1 HAI	4 BRA, DOR, GUY
	RIT 1.4.4	Número de países endémicos que han logrado la meta de cobertura recomendada de la población en riesgo de contraer oncocercosis	1 BRA	2 VEN
	RIT 1.4.5	Número de países endémicos que han logrado la meta de cobertura recomendada de la población en riesgo de contraer tracoma	0	3 BRA, COL, GUT
	RIT 1.4.6	Número de países endémicos que han logrado la meta de cobertura recomendada de la población en riesgo de contraer esquistosomiasis	0	2 BRA, COL
	RIT 1.4.7	Número de países endémicos que han logrado la meta de cobertura recomendada de la población en riesgo de contraer gohelmintiasis	3 BLZ, MEX, NIC	14 BRA, BOL, COL, DOR, ELS, ECU, GUY, HAI, HON, PAR, PER
	RIT 1.4.8	Número de países con capacidad establecida y procesos eficaces para eliminar la rabia humana transmitida por el perro	28 ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, ECU, ELS, GRA, GUY, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, SAL, SAV, SCN, SUR, TRT, URU, USA, VEN	35 BOL, BRA, DOR, GUT, HAI, HON, PER

### 1.5 Enfermedades prevenibles mediante vacunación

Resultado intermedio	Ind.	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2012	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 1.5 Aumento de la cobertura de vacunación de las poblaciones y comunidades de difícil acceso y mantenimiento del control, la erradicación y la eliminación de las enfermedades prevenibles mediante vacunación	RIT 1.5.1	Promedio de la cobertura regional con tres dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina	92%	94%
	RIT 1.5.2	Número de países y territorios donde se ha reanudado la transmisión endémica de los virus del sarampión y de la rubéola	0	0
	RIT 1.5.3	Número de países y territorios que introdujeron una o varias vacunas nuevas	34 ARG, ARU, BAH, BAR, BER, BOL, BON, BRA, CAN, CAY, CHI, COL, COR, CUR, DOR, ECU, ELS, FRG, GUA, GUT, GUY, HON, MAR, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAB, STA, TRT, URU, USA, VEN	51 ANU, ANI, BLZ, BVI, CUB, DOM, DSM, GRA, HAI, JAM, MON, PUR, SAL, SAV, SCN, SUR, TCA
	RIT 1.5.4	Número de países y territorios que notificaron casos de parálisis debida al poliovirus salvaje o a la circulación del poliovirus derivado de la vacuna en los 6 meses anteriores	0	0

### 1.6 Hepatitis virales (la inclusión de esta área programática está sujeta a la confirmación del presupuesto)

Resultado intermedio	Ind.	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2012	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 1.6 Aumento de la capacidad de los países para mejorar la vigilancia, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, el seguimiento y el control de las hepatitis virales	RIT 1.6.1	Número de países a los que se proporcionó vigilancia integrada de la hepatitis haciendo hincapié en los grupos de alto riesgo según las directrices de la OPS/OMS	2 ARG, BRA	POR DECIDIRSE

## **Categoría 2: Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo**

*Reducir la carga de las enfermedades no transmisibles, incluidas las cardiopatías, el cáncer, las neumopatías crónicas, la diabetes y los problemas de salud mental, así como la discapacidad, la violencia y los traumatismos, mediante la promoción de la salud y la reducción de riesgos, la prevención, el tratamiento y la vigilancia de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo.*

### **Alcance**

136. La OPS, junto con otras organizaciones asociadas de diversos sectores, abordará la carga de las enfermedades no transmisibles (ENT), en particular las cardiopatías, el cáncer, la diabetes, las neumopatías y las nefropatías crónicas, así como los factores de riesgo comunes, como el tabaquismo, el consumo nocivo de alcohol, el régimen alimentario poco saludable, la inactividad física y la obesidad. En su respuesta a las ENT, la OPS se centrará también en la nutrición y en otros problemas relacionados con ellas, entre ellos la salud mental, la violencia y los traumatismos, y las discapacidades y la rehabilitación. El objetivo principal del trabajo en esta categoría será abordar los determinantes subyacentes de las ENT, incluidos los factores socioeconómicos, ambientales y ocupacionales a lo largo del ciclo de vida, así como fortalecer la respuesta de la atención primaria a las ENT, los factores de riesgo y los trastornos conexos. Los distintos enfoques específicos se describen en los diversos mandatos de la OPS/OMS relacionados con las ENT, entre ellos el *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles* para el período 2013-2019.

### **Contexto**

#### **2.1 Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo**

137. Más de 75% de las defunciones en la Región de las Américas son causadas por ENT, que son prevenibles en gran medida y que pueden controlarse mediante políticas y normas públicas, servicios de salud e intervenciones con respecto al modo de vida. De especial interés es la carga de mortalidad prematura por ENT, ya que, en la Región, cada año mueren más de 1,5 millones de personas menores de 70 años debido a las ENT, lo cual tiene graves implicaciones para el desarrollo social y económico. Dado que las ENT son en gran parte un resultado de la globalización, la urbanización, las tendencias demográficas y la situación económica, se necesitan intervenciones no solo del sector de la salud, sino también de otros sectores gubernamentales, como la agricultura y la ganadería, la educación, el transporte, el trabajo, el medio ambiente y el comercio, así como de la sociedad civil y el sector privado. Las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el cáncer son todos problemas que están en aumento en la Región de las Américas y, con el crecimiento demográfico y el envejecimiento de la población, se prevé que la situación empeorará. Por lo tanto, se necesitan urgentemente políticas y



servicios para reducir los principales factores de riesgo y promover la salud en las comunidades, los lugares de trabajo, las escuelas y otros entornos. Para controlar mejor las ENT, se deben fortalecer los sistemas y servicios de salud, en particular en el nivel de la atención primaria, para facilitar el tamizaje sistemático, la detección temprana y el manejo de ENT y sus factores de riesgo, garantizar el acceso a medicamentos y tecnologías, y mantener la continuidad de la atención de buena calidad.

138. El tabaquismo es uno de los principales factores de riesgo de ENT. En la Región, la prevalencia del tabaquismo en adultos es de 22% y 16% de la mortalidad total en adultos puede atribuirse al tabaco. Las diferencias en el consumo entre los hombres y las mujeres está reduciéndose, especialmente en los adolescentes. El tabaquismo también refleja desigualdades sociales, observándose una mayor prevalencia en los grupos de menores ingresos y con niveles de escolaridad más bajos. En la Región, 29 países han ratificado el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT). Aunque unos 20 países han aprobado leyes para cumplir por lo menos uno de los mandatos del convenio, es necesario avanzar mucho más. La interferencia de la industria tabacalera sigue siendo un importante reto en la Región que impide el progreso necesario en la ejecución del CMCT de la OMS.

139. El consumo de alcohol es otro importante factor de riesgo de la carga de morbilidad. En el 2004, causó por lo menos 347.000 muertes en la Región y la pérdida de más de 13 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). Se calcula que el consumo medio por habitante es de 8,7 litros en los mayores de 15 años (en comparación con un promedio mundial de 6,1 litros), y la modalidad de consumo, medida sobre la base de episodios semanales de consumo excesivo de alcohol (17,9% en los hombres y 4,5% en las mujeres), es de alto riesgo. La expansión de la industria del alcohol en la Región y sus intensas campañas de comercialización y promoción, ante la falta de un control reglamentario eficaz, siguen siendo obstáculos importantes para la adopción de una respuesta eficaz.

140. La obesidad está vinculada a varias ENT, y en la Región de las Américas uno de cada dos adultos y casi 30% de los niños y adolescentes en edad escolar tienen un peso excesivo (IMC >25). La urbanización acelerada de la Región, los sueldos en ascenso y el crecimiento económico están detrás de la “epidemia” de regímenes alimentarios poco saludables y modos de vida sedentarios que, a su vez, han dado lugar al problema de la obesidad. También están implicados la globalización de los mercados de los alimentos procesados y las bebidas azucaradas, la enorme popularidad del entretenimiento electrónico y las computadoras, el papel central del automóvil en la planificación y el diseño urbano, y el temor creciente de la delincuencia en la calle, que llevan a que las personas eviten usar la calle como punto de reunión para la interacción y el entretenimiento. Con la adopción por parte de la OMS de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, ahora se hace hincapié en la importancia

fundamental del entorno alimentario, que influye en las preferencias, las decisiones adquisitivas y el comportamiento alimentario.

## **2.2 Salud mental y trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas**

141. Los trastornos mentales, neurológicos y de consumo de sustancias psicoactivas son una causa importante de morbilidad, mortalidad y discapacidad. Ocho trastornos prioritarios son los que más contribuyen a la morbilidad en la mayoría de los países en desarrollo: depresión, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, suicidio, epilepsia, demencia, trastornos debidos al consumo de alcohol, trastornos debidos al uso de drogas ilícitas y trastornos mentales en los niños. En la Región, los problemas que requieren especial atención son la depresión, los trastornos debidos al consumo de alcohol, la demencia y los trastornos mentales de los niños y los adolescentes, incluida la prevención del suicidio. Estos son los principales determinantes y causas de la morbilidad. La OPS se centrará en la información y la vigilancia, ampliando el caudal de datos probatorios sobre la salud mental; la formulación de políticas, planes e instrumentos jurídicos, con un énfasis particular en la protección de los derechos humanos; el desarrollo y la integración del componente de la salud mental en la atención primaria; y el suministro de servicios de salud mental y apoyo psicosocial en casos de desastre y emergencias humanitarias. A este respecto, la reestructuración de los servicios de salud mental debe seguir teniendo prioridad en América Latina y el Caribe.

## **2.3 Violencia y traumatismos**

142. La violencia y los traumatismos son una causa importante de morbilidad y mortalidad en la Región de las Américas. Los homicidios son la primera causa de mortalidad en los hombres de 15 a 29 años en la Región y la segunda causa en las mujeres de la misma edad. Los traumatismos causados por el tránsito son la principal causa de muerte en los niños de 5 a 14 años y la segunda en el grupo de 15 a 44 años en la Región. Por cada persona que muere como consecuencia de actos de violencia y traumatismos, muchas más sufren diversas consecuencias a largo plazo para la salud física y mental. Las distintas formas de violencia afectan a las poblaciones de manera específica. Mientras que los hombres, incluidos los hombres jóvenes, tienen mayores probabilidades de ser atacados por personas totalmente extrañas o personas conocidas, las mujeres tienen mayores probabilidades de sufrir violencia a manos del esposo o compañero íntimo, y los niños tienen mayores probabilidades de ser abusados por adultos muy cercanos a ellos.

143. La violencia implica considerables costos directos e indirectos para la sociedad. Consume gran parte del presupuesto de los sectores de la salud, los servicios sociales y la justicia por los gastos que representan el tratamiento de los sobrevivientes y el arresto y enjuiciamiento de los agresores. La violencia también reduce la productividad, aumenta el ausentismo y plantea considerables costos intergeneracionales como consecuencia de

las repercusiones de la violencia en los hijos de los sobrevivientes. Además, el temor a la violencia puede exacerbar aun más las desigualdades al aislar a los pobres en sus hogares y a los ricos en sus espacios segregados, afectando el bienestar y la trama social de las familias y comunidades.

## **2.4 Discapacidades y rehabilitación**

144. En la Región de las Américas, se calcula que entre 140 millones y 180 millones de personas tenían algún tipo de discapacidad en el 2010. Se prevé que esta cifra aumentará debido al crecimiento demográfico, el envejecimiento, el aumento de los casos de ENT, los accidentes, los desastres, la violencia, el régimen alimentario deficiente y el consumo de sustancias psicoactivas. Los recursos limitados, las políticas deficientes, el acceso limitado a los servicios de salud y de rehabilitación, y el transporte constituyen retos importantes para las personas con alguna discapacidad. Es necesario abordar la salud ocular, auditiva y bucodental, dado que cerca de 80% de los casos de ceguera en la Región de las Américas son evitables y las caries dentales afectan a más del 90% de la población de la Región (la inclusión de la salud ocular, auditiva y bucodental en el Plan está pendiente a la espera de la confirmación del presupuesto).

145. La OPS ayudará a mejorar la situación y los problemas de las personas con discapacidades en la Región mediante la cooperación técnica, el fomento de la participación comunitaria y un enfoque basado en los derechos. Se fortalecerá el acceso a los servicios de salud para las personas discapacitadas, incluidos los servicios de rehabilitación. Eso contempla generar sinergias entre programas de salud conexos para la promoción de la salud y la prevención de discapacidades, fortalecer la capacidad del personal sanitario, brindar protección social a las personas discapacitadas y mejorar la información sobre las discapacidades en los sistemas de información sanitaria.

## **2.5 Nutrición**

146. La nutrición deficiente, que conduce al retraso del crecimiento en los niños y al sobrepeso y la obesidad a lo largo de todo el ciclo de vida, es un factor de riesgo importante de tres de las cuatro ENT principales: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes. Para alcanzar los objetivos de desarrollo mundiales, es fundamental la prevención de la desnutrición, el sobrepeso y la obesidad, al igual que la reducción de la carga que representan estos problemas para las personas, las comunidades y el sistema de salud, y del obstáculo que representan para el desarrollo humano y económico y la equidad. Se han establecido metas regionales con respecto a la lactancia materna exclusiva y la reducción del retraso del crecimiento de los niños, el sobrepeso y la anemia en las mujeres.

147. La OPS brindará apoyo al fortalecimiento de la base de datos probatorios para intervenciones eficaces y a la formulación y evaluación de políticas y programas, además

de ofrecer el liderazgo, los conocimientos prácticos y la capacidad necesarios para ampliar el alcance de las actividades. Proporcionará cooperación técnica a fin de mejorar los entornos, por ejemplo, a para apoyar la lactancia materna en los hospitales y fomentar las comidas saludables y la recreación en las escuelas, y fomentará la participación del sector privado en la fortificación de los alimentos de primera necesidad y la reformulación de productos. También propondrá marcos para la reglamentación en las áreas del etiquetado de alimentos y la comercialización de alimentos y bebidas a los niños, entre otros. En todas estas actividades se utilizarán enfoques multisectoriales con la participación de actores clave, como ministerios de educación, de agricultura y ganadería, y de medio ambiente. Por último, dará seguimiento al progreso realizado en la consecución de las metas nutricionales acordadas por los Estados Miembros.

### **Análisis de los interesados directos clave**

148. Los principales interesados directos en esta categoría son los ministros de salud y las autoridades sanitarias nacionales responsables de las ENT y sus factores de riesgo, la nutrición, la salud mental, la violencia y los traumatismos, las discapacidades y la rehabilitación, incluidos los programas de salud ocular, bucodental y auditiva. Dado que se necesita un enfoque de la totalidad del gobierno para abordar las ENT y sus factores de riesgo, los interesados directos clave también comprenden otros sectores, como la agricultura y la ganadería, la educación, el transporte, el trabajo, el medio ambiente y el comercio. La OPS también se asocia en estas áreas programáticas con interesados directos fuera del gobierno, incluidos los distintos actores de la sociedad civil (organizaciones no gubernamentales, organizaciones internacionales, asociaciones profesionales y comunidad académica) así como el sector privado.

149. La OPS tiene sólidas alianzas con los centros colaboradores de la OMS relacionados con la categoría y también con numerosas asociaciones profesionales, instituciones académicas, organizaciones no gubernamentales y organizaciones de sector privado que trabajan en el área de las ENT. Esta colaboración tiene lugar principalmente por medio del Foro Panamericano de Acción sobre las Enfermedades No Transmisibles, pero también se han establecido este tipo de vínculos con respecto a otras iniciativas relacionadas con las áreas programáticas específicas dentro de la categoría. La Coalición Caribe Saludable, la Coalición de América Latina para la Salud y la Alianza para el Convenio Marco son también interesados directos clave de la sociedad civil que colaboran con la OPS, en particular para la movilización social y las comunicaciones en torno a las ENT y la prevención y el control de los factores de riesgo.

150. La OPS además colabora con organismos de las Naciones Unidas como la Unión Internacional de Telecomunicaciones, el UNICEF, el PNUD, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito a fin

de ampliar la programación conjunta en el ámbito de las ENT y sus factores de riesgo a nivel regional y nacional.

151. Por medio de sus fuertes lazos con los gobiernos, la OPS ha apoyado las diversas declaraciones políticas sobre las ENT, entre ellas la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, la declaración de Puerto España sobre las ENT, la resolución de los ministros de salud de la zona andina sobre las ENT y su vigilancia (REMSAA XXXIV/5 y REMSAA XXXII, 2011), la resolución de UNASUR sobre las ENT y la declaración de Antigua (Guatemala) de los ministros de salud de Centroamérica y la República Dominicana sobre las ENT, respaldada por los presidentes del Sistema de Integración Centroamericana.

152. La OPS seguirá formando y ampliando la capacidad en los ministerios de salud para mejorar la respuesta de los diversos interesados directos, así como la eficacia y el impacto de las políticas, los programas y los servicios nacionales relacionados con las ENT y sus factores de riesgo.

### **Estrategias de cooperación técnica**

153. En los esfuerzos hacia la consecución de las metas y los indicadores mundiales establecidos en el marco de vigilancia mundial de las ENT, se asignará prioridad a la ejecución de los diversos mandatos y resoluciones sobre las ENT, los factores de riesgo y trastornos conexos, en particular el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (un tratado mundial jurídicamente vinculante) y el plan de acción regional para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. La OPS encabezará, junto con los Estados Miembros, una respuesta multisectorial, articulando opciones normativas y reglamentarias para abordar las condiciones físicas, socioeconómicas y ambientales más amplias que propician la nutrición saludable, la reducción de los factores de riesgo, la salud mental, la prevención de la violencia, la discapacidad, la rehabilitación y el manejo de las ENT. Para eso será necesario establecer alianzas eficaces y desempeñar un papel de liderazgo y coordinación con los fondos, programas y organismos pertinentes de las Naciones Unidas. El trabajo de la OPS se basará en gran medida en su competencia normativa y de fortalecimiento de la capacidad.

154. La OPS apoyará a los Estados Miembros en la elaboración de planes nacionales y el fortalecimiento de políticas, programas y servicios, poniendo de relieve el enfoque de la atención primaria de salud para las ENT, sus factores de riesgo y los trastornos conexos. Se hará hincapié especialmente en la prevención a lo largo del ciclo de vida y en el tamizaje sistemático y la detección temprana del cáncer, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo. Otros temas prioritarios serán la mejora de la calidad de la atención, el aumento del acceso a servicios asequibles de diagnóstico y

tratamiento, la reducción del sufrimiento de las personas con discapacidades y enfermedades crónicas, y el apoyo a estrategias y tecnologías apropiadas para entornos de atención primaria de salud y lugares de trabajo que cuentan con escasos recursos. La OPS también apoyará la información, la vigilancia y la investigación, ampliando la base de datos probatorios para sustentar las políticas, estrategias y leyes nacionales y haciendo hincapié en la protección de los derechos. Con respecto a la salud mental, también incluirá el apoyo mental y psicosocial en las situaciones de emergencia humanitaria.

### **Temas transversales y enfoques estratégicos de la salud**

155. La categoría 2 y sus áreas programáticas requerirán un trabajo interprogramático con las demás categorías, en particular la categoría 1 (enfermedades transmisibles), la categoría 3 (determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida) y la categoría 4 (sistemas de salud). Los vínculos con la categoría 1 son principalmente las comorbilidades (por ejemplo, tuberculosis, diabetes, infección por el VIH/sida y trastornos mentales) y las vacunas para prevenir ciertos tipos de cáncer (vacuna contra el virus de la hepatitis B para el cáncer hepático y vacuna contra el virus de los papilomas humanos para el cáncer cervicouterino). Con respecto a la categoría 3, hay vínculos fuertes entre la mortalidad neonatal y en la primera infancia y la morbilidad y la promoción de la nutrición saludable (particularmente la lactancia materna) para prevenir las ENT. Las estrategias para prevenir y controlar las ENT también brindan apoyo al envejecimiento activo y saludable. Las medidas multisectoriales necesarias para la prevención de las ENT son aquellas que abordan los determinantes sociales de la salud, así como las amenazas ambientales para la salud y la equidad de género. Los vínculos con la categoría 4 son particularmente fuertes, ya que para el manejo de las ENT es indispensable adoptar un enfoque de atención primaria centrada en la persona y tener acceso a tecnologías médicas. Debido a la índole de los temas abarcados en la categoría 2, se necesita una fuerte colaboración multisectorial para abordar las causas subyacentes de las ENT y los factores de riesgo conexos de una manera más eficaz.

156. Abordar los determinantes sociales de la salud es un aspecto crucial en la estrategia para responder a la carga de las ENT, los factores de riesgo y los trastornos conexos. Las estrategias de promoción de la salud también son un componente esencial de la prevención de las ENT. Es especialmente importante promover la salud en la niñez y la adolescencia a fin de instilar, en las primeras etapas de la vida, modos de vida saludables. La atención primaria de salud es otro componente esencial del manejo de las ENT y sus factores de riesgo, al igual que la salud mental, las discapacidades y la rehabilitación, y la prevención de la violencia y los traumatismos. La OPS integrará las intervenciones para el manejo de las ENT y los factores de riesgo en los esfuerzos más amplios de fortalecimiento de los sistemas de salud, sobre la base del enfoque de la atención primaria. A fin de proporcionar atención equitativa para las ENT, los factores de riesgo y los trastornos conexos, se necesitan mecanismos de protección social en el

ámbito de la salud. Por consiguiente, la prevención y el control de las ENT y sus factores de riesgo deben estar incluidos en los conjuntos de medidas de protección social.

157. Se tendrán en cuenta los temas transversales del género, los derechos humanos, la equidad y la diversidad cultural establecidos por la OPS en la consecución de todos los resultados intermedios y los indicadores correspondientes que se señalan a continuación.

## Categoría 2. Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo

### *Áreas programáticas y resultados intermedios*

(LÍNEAS DE BASE Y METAS EN EVALUACIÓN, A LA ESPERA DE LA CONSULTA CON LOS PAÍSES)

#### 2.1 Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo

Resultado intermedio	Ind.	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2012 <sup>1</sup>	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 2.1 Aumento del acceso a intervenciones para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo	RIT 2.1.1	Consumo total (registrado y no registrado) de alcohol por habitante (mayores de 15 años)	8,67 litros (2003-2005)	7,8 litros (reducción de 10%)
	RIT 2.1.2	Prevalencia del tabaquismo actual (mayores de 15 años)	21% (2010)	17%
	RIT 2.1.3	Prevalencia de la actividad física insuficiente en la población joven de 13 a 15 años de edad	60%	55%
	RIT 2.1.4	Porcentaje de personas con hipertensión controlada (<140/90 mmHg)	15%	35%
	RIT 2.1.5	Porcentaje de personas con diabetes controlada	15%	35%
	RIT 2.1.6	Número de países con una prevalencia estable de obesidad	0	2 COR, PER
	RIT 2.1.7	Consumo promedio de sal/sodio en la población	11,5 gramos (2010)	5 gramos
	RIT 2.1.8	Número de países con una cobertura de detección del cáncer cervicouterino de 70% para el 2019	5 BRA, CAN, CHI, JAM, USA	15 ARG, BOL, COL, COR, GUA, GUY, HON, PAR, MEX, TRT

<sup>1</sup> La línea de base es el 2012 o el año para el que se tienen los datos más recientes. En el caso de los indicadores sin datos para el 2012, se indica el año correspondiente.

Resultado intermedio	Ind.	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2012 <sup>1</sup>	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
	RIT 2.1.9	Número de países con un punto de prevalencia de nefropatías terminales tratadas notificadas de por lo menos 700 pacientes por 1 millón de habitantes	7 ARG, BRA, CAN, CHI, MEX, URU, USA	14 ELS, COL, COR, CUB, DOM, ECU, VEN

## 2.2 Salud mental y trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas

Resultado intermedio	Ind.	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2012	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 2.2 Aumento de la capacidad de cobertura de los servicios de tratamiento para los trastornos mentales y los trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas	RIT 2.2.1	Número de países que han aumentado la tasa de usuarios tratados por establecimientos ambulatorios de salud mental por encima de la tasa regional de 975 por 100.000 habitantes	20 ARG, BLZ, BOL, BRA, BVI, CAN, CHI, COR, CUB, DOM, JAM, HAI, PAN, PER, SCN, SUR, TRT, URU, USA	30 (lista de países a confirmarse durante las consultas nacionales)

## 2.3 Violencia y traumatismos

Resultado intermedio	Ind.	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2012	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 2.3 Reducción de los factores de riesgo relacionados con la violencia y los traumatismos, haciendo hincapié en la seguridad vial, los traumatismos infantiles y la violencia contra los niños, las mujeres y los jóvenes	RIT 2.3.1	Número de países con por lo menos 70% de uso de los cinturones de seguridad en asientos traseros	2 CAN, USA (informe del 2013 de la OMS)	7 COL, COR, ECU, PAR, SCN
	RIT 2.3.2	Número de países que usan una perspectiva de salud pública como parte de un enfoque integrado de la prevención de la violencia	1 BRA	6 ELS, MEX, NIC, PER, TRT



## 2.4 Discapacidades y rehabilitación

Resultado intermedio	Ind.	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2012	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 2.4 Aumento del acceso a servicios sociales y de salud para personas con discapacidades, incluida la prevención	RIT 2.4.1	Número de países que alcanzan 12% de acceso a servicios sociales y de salud para personas con discapacidades, como parte del plan de acción mundial sobre la discapacidad	0	14 ARG, BRA, BOL, CHI, COL, COR, CUB, ECU, ELS, GUT, MEX, PER, URU, VEN
	RIT 2.4.2	Número de países y territorios cuya tasa de cirugía de cataratas llega a 2.000 por millón de habitantes al año	14 ARG, BAH, BAR, BRA, CAN, CHI, COR, CUB, DOM, SAL, TRT, USA, URU, VEN	20 COL, ELS, MEX, NIC, PAN, PER
	RIT* 2.4.3	Número de países y territorios cuyo índice de dientes cariados, perdidos y obturados es inferior a 2 a la edad de 12 años	23 ANU, ANI, BAH, BAR, BLZ, BER, CAN, CAY, CHI, CUB, CUR, DOM, ECU, ELS, GUY, HAI, JAM, MEX, MON, SUR, TCA, TRT, USA	32 BOL, DOR, GUT, HON, PAN, PER,

\* La inclusión de este indicador está sujeta a la confirmación del presupuesto.

## 2.5 Nutrición

Resultado intermedio	Ind.	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2012	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 2.5 Reducción de los factores de riesgo nutricionales	RIT 2.5.1	Porcentaje de menores de 5 años que padecen retraso del crecimiento	13,5% (2010)	7,5%
	RIT 2.5.2	Porcentaje de mujeres en edad fecunda (15 a 49 años) con anemia	22,5% (2010)	18%
	RIT 2.5.3	Porcentaje de menores de 5 años que tienen sobrepeso	6,9% (2009)	7%

### **Categoría 3. Determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida**

*Promover la buena salud en las etapas clave de la vida, teniendo en cuenta la necesidad de abordar los determinantes sociales de la salud (las condiciones sociales en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen) y aplicando enfoques basados en la igualdad de género, la etnicidad, la equidad y los derechos humanos.*

#### **Alcance**

158. Esta categoría abarca las estrategias para promover la salud y el bienestar desde antes de la concepción hasta la vejez. Está orientada a: *a)* la salud como resultado de todas las políticas; *b)* la salud con relación al desarrollo, incluido el medio ambiente; y *c)* los determinantes sociales de la salud, con la incorporación de una perspectiva de género, equidad, derechos humanos y etnicidad, y el fortalecimiento de la capacidad.

159. Por su índole, esta categoría es transversal y resulta fundamental para abordar los determinantes sociales de la salud y la equidad a fin de mejorar los resultados en materia de salud en la Región. Aborda las necesidades sanitarias de la población, haciendo hincapié en las etapas clave de la vida. Este enfoque permite formular estrategias integrales que respondan a los cambios en las necesidades, las características demográficas y los factores epidemiológicos, sociales, culturales, ambientales y conductuales, así como la acentuación de las desigualdades en materia de salud y las brechas en cuanto a la equidad. El enfoque de la totalidad del ciclo de vida tiene en cuenta la forma en que diversos determinantes interactúan y afectan a la salud a lo largo de la vida y entre generaciones. La salud se considera como un proceso continuo dinámico, en vez de una serie de estados de salud aislados. Este enfoque destaca la importancia de las transiciones, vinculando cada etapa a la siguiente, define los factores de riesgo y los que protegen la salud, y prioriza las inversiones en la atención de salud y en los enfoques que incorporan los determinantes sociales, el género, la promoción y la protección de los derechos humanos, y la etnicidad. Asimismo, el trabajo en esta categoría contribuye a la consecución de objetivos acordados internacionalmente, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), especialmente el ODM 3 (promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer), el 4 (reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años) y el 5 (mejorar la salud materna). También está en consonancia con los convenios y las normas universales y regionales en materia de derechos humanos, y responde a la visión de la agenda para el desarrollo después del 2015.

## **Contexto**

160. En la Región de las Américas, la esperanza de vida al nacer aumentó de 69,2 en 1980 a 76,1 en el 2011. Sin embargo, a pesar del gran progreso, persisten marcadas inequidades en la Región, y los indicadores positivos a menudo ocultan grandes diferencias dentro de los países y entre ellos. La Región ha experimentado una transición demográfica y una rápida urbanización. Existe un alto grado de diversidad étnica, y los grupos étnicos y raciales minoritarios presentan las mayores tasas de pobreza, inequidades sanitarias y acceso limitado a los servicios de salud. Los grupos indígenas, los afrodescendientes y los gitanos, entre otros, necesitan medidas específicas para compensar las inequidades en materia de salud.

161. El enfoque de los determinantes sociales de la salud tiene en cuenta el panorama completo en cada país, abordando los factores interrelacionados que repercuten en la salud y el bienestar general. Permite a los sanitaristas buscar soluciones fuera de los sistemas de atención de salud para abordar las inequidades sanitarias. Además, proporciona un marco para mejorar la salud de las personas al mismo tiempo que propicia oportunidades justas a lo largo de todo el ciclo de vida, promoviendo la participación de la sociedad civil y el empoderamiento de las comunidades.

162. El género interactúa con otros determinantes de la salud e influye en el estado general de salud. Los grupos que enfrentan las mayores desigualdades, basadas en el género, el grupo étnico, la edad, el lugar de residencia, la religión, el idioma, la orientación sexual u otros factores, tienden a ser más vulnerables y a presentar resultados peores en materia de salud.

163. El derecho a la salud y los derechos humanos, consagrados en convenios y normas universales y regionales de derechos humanos, ofrecen un marco conceptual y jurídico unificador para orientar las estrategias a los grupos en situación de vulnerabilidad, así como un mecanismo para evaluar el éxito y aclarar la rendición de cuentas y responsabilidades de los diferentes interesados directos.

164. Aunque muchos países han progresado significativamente en la reducción de la mortalidad materna, los promedios nacionales ocultan inequidades. Cada día mueren en la Región alrededor de 30 mujeres debido a causas relacionadas con el embarazo o el parto. Es necesario mejorar la recopilación de datos y los sistemas de información a fin de vigilar mejor la salud materna. Los grupos vulnerables (poblaciones rurales, grupos indígenas y adolescentes) requieren medidas específicas que se basen en un enfoque de género, equidad, derechos humanos y determinantes sociales de la salud. Las mejoras en la reducción de la mortalidad materna deben incluir estrategias para recopilar mejor información y abordar la morbilidad materna grave (“cuasi incidentes”). La feminización de la infección por el VIH/sida; la salud mental; la violencia doméstica, sexual y de

pareja; la menopausia; y los distintos tipos de cáncer ginecológico son retos que subsisten en la Región. Un tema fundamental y todavía nuevo de las políticas de atención de la salud de la mujer es la interfaz con las enfermedades no transmisibles, como la obesidad, la hipertensión y la diabetes, que ahora son causas importantes de la carga de morbilidad de las mujeres.

165. En la Región se necesitan enfoques amplios e integrados de salud sexual y reproductiva, lo que implica una evaluación completa de las necesidades y exigencias de las mujeres a lo largo de todo el ciclo de vida, incluido el período anterior a la concepción, el período prenatal, el parto, el puerperio y la menopausia. Como parte de los programas integrales dirigidos a la salud sexual y reproductiva, debe considerarse la posibilidad de incluir la anticoncepción y el aborto en la elaboración y la ejecución de las intervenciones de atención de salud. En cuanto a los hombres, sigue siendo un reto en la Región prestar servicios integrales sexuales y reproductivos dirigidos a ellos, incluido el cáncer de próstata.

166. Los niños de la Región de las Américas son su principal recurso, y el reconocimiento y la protección de sus necesidades diferentes y de sus derechos humanos son esenciales para un desarrollo verdadero. La Región ha hecho grandes avances con respecto a la reducción de la mortalidad y la morbilidad en la niñez, y los Estados Miembros han alcanzado un mayor grado de integración de los servicios de salud infantil en los establecimientos de salud. Sin embargo, para que dicha integración sea aun más eficaz, las políticas, las estrategias y los planes nacionales de salud, así como las leyes y la normativa, deben usar un enfoque intersectorial, interprogramático y del ciclo de vida. Las condiciones al nacer y en las primeras etapas de la vida influyen mucho en la salud y el desarrollo a lo largo de todo el ciclo de vida. Aunque la mortalidad infantil ha disminuido mucho, persisten retos en la Región que deben afrontarse. La mortalidad neonatal es el componente principal de la mortalidad de menores de 1 año y de 5 años, y las principales causas de muerte son prevenibles. Cada año, 210.000 niños mueren antes de cumplir 5 años, más de 60% de ellos durante el primer mes de vida. Diversas condiciones adversas en las primeras etapas de la vida influyen de manera negativa en el crecimiento, el desarrollo y la capacidad sensorial, lo que a su vez afecta la calidad de vida y la capacidad de trabajar y aprender de la persona y, en última instancia, el capital social de un país. También hay datos que indican que ciertos trastornos en la infancia contribuyen a la aparición de enfermedades crónicas en la edad adulta.

167. La exclusión social y las desigualdades persistentes tienen efectos perjudiciales en el desarrollo de los niños y constituyen uno de los retos mayores en la Región. Los niños que quedan rezagados en cuanto a su desarrollo en los primeros cinco años de vida nunca pueden ponerse a la par de los que tienen un mejor comienzo. Ochenta por ciento de la capacidad del cerebro se desarrolla antes de los 3 años de edad; sin embargo, los programas de desarrollo del niño en la primera infancia tienen una cobertura baja y

muchas estrategias de supervivencia infantil todavía usan un enfoque vertical que no tiene en cuenta las condiciones ambientales y otros determinantes sociales de la salud. Los países afrontan retos para ampliar la cobertura de las estrategias de prestación de servicios de salud, tanto clínicos como comunitarios, a fin de alcanzar las metas de salud y calcular los recursos necesarios y las implicaciones financieras de estas estrategias, especialmente para las poblaciones excluidas.

168. La población de adolescentes y jóvenes representa actualmente 26% del total de la población, la mayor cohorte de este grupo en comparación con otros grupos etarios en la historia de la Región. La tasa de fecundidad en adolescentes (73,4 por 1.000 mujeres adolescentes de 15 a 19 años) sigue siendo elevada en comparación con el nivel mundial (52,7 por 1.000). Veintiún por ciento de los adolescentes tienen un peso excesivo y 6% son obesos; al mismo tiempo, la anemia sigue siendo un problema considerable en las mujeres jóvenes. Además, la violencia y el uso de sustancias psicoactivas en los jóvenes son importantes inquietudes en la Región. El impacto desproporcionado de estos problemas en la población joven de ingresos bajos, transfronteriza y que pertenece a minorías étnicas causa especial preocupación y será el punto central de investigaciones e intervenciones.

169. Los adultos mayores sanos e independientes contribuyen al bienestar de la familia y la comunidad. En los próximos 10 años, la Región tendrá el doble de adultos mayores (personas de más de 65 años) que en el año 2000. Aunque los adultos que llegan a los 60 años tienen una esperanza de vida de alrededor de 21 años más, en general pasan 10 de esos años con mala salud. Los adultos mayores se enfrentan con desigualdades sociales y económicas, junto con diversos trastornos crónicos y discapacidades que se complican debido a la falta de protección sanitaria y social, y al acceso limitado a servicios de buena calidad. La disponibilidad de recursos familiares para ayudar a los adultos mayores ha disminuido notablemente y, por consiguiente, más personas de este grupo no dispondrán de este tipo de cuidados. Con intervenciones oportunas y adecuadas se podrán afrontar estos retos y aumentar la contribución de los adultos mayores al desarrollo social y económico.

170. El desarrollo sostenible se redefine desde la interdependencia y las sinergias entre las políticas sociales, económicas y ambientales hasta la salud y el bienestar de la población. Los factores ambientales influyen en la salud de las personas y de las poblaciones en su conjunto. En promedio, los determinantes ambientales de la salud son la causa de cerca del 25% de la carga mundial de morbilidad y de alrededor de un millón de muertes en la Región. En la Región, los principales determinantes ambientales de la salud son la contaminación del aire de las viviendas por combustibles sólidos; las partículas ambientales y el ozono; el radón en las viviendas; la exposición doméstica peligrosa a metales, en particular plomo, mercurio y metilmercurio; los plaguicidas; los desechos peligrosos; la falta de acceso sostenible a agua potable y saneamiento básico, y

los principales factores de riesgo ocupacionales. Los determinantes ambientales de la salud se caracterizan por una distribución altamente desigual, lo que interactúa con otras desigualdades en materia de salud. La carga de morbilidad ambiental y su distribución injusta en la Región representan una seria amenaza para la equidad en la salud, la cobertura sanitaria universal, la seguridad económica y el crecimiento, el desarrollo humano sostenible, la gobernanza regional y el logro de los objetivos de desarrollo mundiales.

### **3.1 Salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente, y salud sexual y reproductiva**

171. Hay intervenciones eficaces para mejorar la salud de las mujeres y los niños, y reducir la mortalidad materna, neonatal e infantil. Los retos estriban en utilizarlas y ampliarlas, de manera que sean accesibles para todos antes de la concepción y en el embarazo, el parto y los primeros años de vida, garantizando la calidad de la atención. La mitad de las defunciones maternas, un tercio de las defunciones de recién nacidos y un tercio de los mortinatos, así como la mayoría de las complicaciones que pueden conducir a la muerte de la madre o el recién nacido, se producen dentro de las 24 horas precedentes o siguientes al parto. Es también en este mismo período que pueden efectuarse las intervenciones más eficaces para salvar la vida de las madres y los bebés: manejo del parto, administración de oxitocina después del parto, reanimación del recién nacido, inicio temprano de la lactancia materna e intervenciones para niños con defectos congénitos. El trabajo en esta área es objeto de un compromiso de alto nivel como consecuencia de su inclusión en los ODM 4 y 5, y de que es un tema de interés para la Comisión de Información y Rendición de Cuentas sobre la Salud de las Mujeres y los Niños.

172. La planificación familiar puede evitar hasta un tercio de las muertes maternas, pero en el 2012 más de 200 millones de mujeres tenían necesidades desatendidas en el ámbito de la anticoncepción. Es necesario consolidar y fortalecer la ejecución de políticas de salud sexual y reproductiva en la Región como parte de los derechos a la salud reproductiva. Hay grandes retos que subsisten, como la provisión de suministros para la planificación familiar; la universalización de la anticoncepción de urgencia; la disponibilidad de servicios de esterilización masculina y femenina; la ampliación de la capacidad de los servicios de salud para abordar la infertilidad; la realización de abortos en los casos en que están permitidos por ley, en particular en embarazos resultantes de actos de violencia sexual; y la integración de programas de salud sexual y reproductiva con el tratamiento de la hipertensión y la diabetes y la salud mental, en vista de la alta carga de morbilidad de estas enfermedades.

173. Durante el período 2014-2019, la Oficina seguirá trabajando en la promoción de intervenciones eficaces para reducir las tasas de mortalidad de menores de 5 años en los

países en desarrollo a niveles que se acerquen a aquellos de los países más ricos y disminuir las disparidades entre los niños más pobres y los más adinerados dentro de cada país, prestando especial atención al tratamiento de la neumonía y la diarrea y a la coordinación eficaz con las enfermedades conexas prevenibles mediante vacunación y los programas ambientales.

174. En el caso de los adolescentes, el trabajo se centrará en la inversión en factores protectores a nivel individual, familiar y de la comunidad a fin de promover y proteger el comportamiento saludable y prevenir los factores de riesgo, priorizando a los adolescentes pobres en situación de vulnerabilidad, y las áreas de la salud sexual y reproductiva, la violencia sexual y de pareja, la salud mental, la nutrición, los accidentes, el uso y el abuso de sustancias psicoactivas y las enfermedades no transmisibles, en un marco de derechos humanos.

### **3.2 Envejecimiento y salud**

175. La promoción de la salud con un enfoque de todo el ciclo de vida conduce a un envejecimiento más activo y saludable. En el período 2014-2019, la Oficina dará prioridad a la salud de los 150 millones de adultos mayores que viven actualmente en la Región y los 50 millones más que llegarán a la vejez antes del 2025. Los esfuerzos se concentrarán en el mantenimiento de la capacidad funcional para que estas personas puedan llevar una vida activa e independiente en la comunidad, la reducción de las tasas de discapacidad y la demanda de atención a largo plazo y de servicios sociales y de salud, la promoción de la salud de los adultos mayores en las políticas públicas, la adaptación de los sistemas de salud para afrontar los retos relacionados con el envejecimiento, el apoyo a la formación de recursos humanos para afrontar este reto y la generación de la información necesaria para realizar intervenciones y evaluarlas.

### **3.3 Incorporación de la equidad de género, la equidad en torno a la salud, los derechos humanos y la etnicidad**

176. La igualdad de género en el ámbito de la salud es una meta progresiva para garantizar que las mujeres y los hombres, en un contexto de diversidad sexual y étnica, tengan igualdad de oportunidades para obtener acceso a los recursos necesarios para proteger y promover su salud. Algunas de las condiciones previas necesarias para lograr la igualdad de género incluyen el cumplimiento del Estado de sus obligaciones relacionadas con el derecho a la salud y que se aborden las inequidades por razones de género.

177. Se utilizará un enfoque sinérgico como base para la integración institucional del género, la equidad, los derechos humanos y la etnicidad en todos los niveles de la Organización, lo que implica diseñar y establecer mecanismos estructurales que

posibiliten que la integración programática (políticas, planes y leyes) tenga buenos resultados y que ayuden a los países a alcanzar la igualdad de género, la equidad, la igualdad étnica y el derecho a la salud y otros derechos humanos conexos. Los retos cruciales para lograr todo esto en la OPS y en los países consisten en adquirir suficiente pericia en lo que se refiere a la elaboración de instrumentos de derechos humanos y de mecanismos para la rendición de cuentas aplicables al ciclo de vida, los determinantes sociales, el género, la equidad y la diversidad cultural, y su integración en los sistemas de salud.

### **3.4 Determinantes sociales de la salud**

178. La labor en relación con los determinantes sociales de la salud abarca todas las áreas de trabajo de la OPS. Durante el 2014-2019, la OPS seguirá centrando su trabajo en los determinantes sociales y sus vínculos con la promoción de la salud, abordando la equidad en las cinco categorías programáticas del Plan Estratégico (excluida la categoría 6, servicios corporativos y funciones habilitadoras). Además, el fortalecimiento de la capacidad para integrar el enfoque de determinantes sociales de la salud continuará en la Oficina y en los Estados Miembros. Se necesitan herramientas y directrices para garantizar la presencia de “la salud en todas las políticas” a fin de crear una mayor conciencia sobre el valor agregado por medio del enfoque basado en los determinantes sociales y su vínculo con la promoción de la salud que fomenta la participación y el poder de decisión de la comunidad en lo que respecta a la salud. La Oficina también elaborará un conjunto normalizado de indicadores para dar seguimiento a las medidas relativas a los determinantes sociales de la salud, ejecutar el plan de trabajo conjunto en ese campo y darle seguimiento con sus colaboradores dentro y fuera del sector de la salud. Para eso será necesario recopilar datos desglosados a fin de mejorar el análisis y la comprensión de las desigualdades y los gradientes sociales en cuanto a la salud en la Región y dentro de los países.

179. La iniciativa de la salud en todas las políticas se basa en los avances nacionales e internacionales en el ámbito de las políticas sanitarias y la atención sanitaria integral, entre ellos la Declaración de Alma-Ata, la Carta de Ottawa, la Declaración Universal de los Derechos humanos y la Declaración Política de Rio sobre los determinantes sociales de la salud. La Declaración Política de Rio, aprobada en el 2011 en la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, expresa el compromiso político mundial de adoptar un enfoque orientado hacia los determinantes sociales, lo que permite a los países de la Región cobrar impulso para elaborar sus propios planes nacionales de acción y estrategias multisectoriales a fin de reducir las inequidades.

180. Por último, tal como se señala en la Declaración Política de Rio, la OPS se centrará en la necesidad de una mejor gobernanza, incluida la coordinación y la orientación, del número cada vez mayor de actores en el sector de la salud, área



generalmente denominada gobernanza sanitaria. El enfoque de determinantes sociales de la salud promueve la gobernanza por medio de alianzas y redes con diferentes sectores de la sociedad, cuyo propósito es abordar las marcadas desigualdades que se observan en la Región mediante acciones concretas y políticas públicas basadas en el consenso, con el objetivo de alcanzar el grado máximo de salud para todos y de cumplir los tratados y las normas regionales y mundiales aplicables a la salud en el marco de los derechos humanos.

### **3.5 Salud y medio ambiente**

181. Es indispensable abordar los determinantes ambientales y sociales de la salud a fin de construir sociedades inclusivas en entornos saludables, seguros y sostenibles, donde las personas puedan alcanzar su potencial y llevar una vida larga, sana, digna y productiva. Esto requiere medidas específicas para abordar las desigualdades ambientales en torno a la salud. En consonancia con el gran conjunto de compromisos, acuerdos y mandatos mundiales y regionales sobre los temas relativos a la salud ambiental, la cooperación técnica de la OPS en esta área prioritaria se centrará en: *a)* el fortalecimiento de la función rectora de las autoridades sanitarias nacionales en cuanto a la salud ambiental; *b)* el aumento de la capacidad institucional en la esfera de la salud ambiental, incluidas la competencia profesional en relación con los riesgos de salud ambiental y la evaluación del impacto, la vigilancia de las desigualdades ambientales en la salud y la generación de una base de datos probatorios para fundamentar las políticas; *c)* la promoción de la salud ambiental y la atención, en particular la puesta en marcha de servicios ambientales primarios como orientación de política para la acción local; *d)* la promoción de medidas para reducir las desigualdades ambientales y sus repercusiones en la salud mediante actividades que abarquen toda la gama de gradientes ambientales y sociales y que se centren en las poblaciones sumamente vulnerables; y *e)* el fortalecimiento de programas específicos relacionados con amenazas ambientales actuales y emergentes que tienen un impacto en la salud local, como el cambio climático, la pérdida de diversidad biológica, el agotamiento del ecosistema, la escasez de agua y la desertificación.

### **Análisis de los interesados directos clave**

182. Se trabajará en el contexto de la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer y el Niño, en el marco del movimiento “Todas las mujeres, todos los niños”, con asociados como H4+ (OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial, ONUSIDA, ONU-MUJERES) y la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, al igual que con otros organismos de las Naciones Unidas como el PNUD y la División de Población. Además resultará fundamental en esta área la colaboración con la Organización de los Estados Americanos (OEA); las instituciones académicas y de investigación; la sociedad civil y los asociados en el ámbito del

desarrollo; el Programa Especial del PNUD/UNICEF/UNFPA/OMS/Banco Mundial de Investigación, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana; el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, y la Alianza GAVI a fin de procurar la complementariedad y acelerar la acción en la recta final para cumplir los ODM 3, 4 y 5.

183. Como una de las metas fundamentales de la agenda para el desarrollo después del 2015 consiste en mantener el grado máximo posible de salud en todas las etapas de la vida, el trabajo en esta categoría es esencial para alcanzar esta meta al igual que la meta de cobertura universal de los servicios de salud. En este sentido son esenciales los enfoques sobre los determinantes sociales de la salud y sobre la promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida.

184. Con la experiencia adquirida en el trabajo con la plataforma de las Naciones Unidas para los determinantes sociales de la salud en el 2012-2013 (Organización Internacional del Trabajo, ONUSIDA, PNUD, UNFPA, UNICEF y OMS), la Organización está en buenas condiciones para promover la acción con respecto a los determinantes sociales de la salud, incluida su integración en la agenda para el desarrollo después de 2015, y proporcionar apoyo técnico a los Estados Miembros sobre el tema. Asimismo, se establecerá una red de instituciones con el propósito de fortalecer la capacidad de los Estados Miembros para trabajar en las cinco áreas de acción consagradas en la Declaración Política de Rio sobre los determinantes sociales de la salud.

185. La OPS seguirá colaborando con ONU-Agua, fortalecerá su colaboración con el UNICEF en la vigilancia mundial del agua y el saneamiento, e impulsará una iniciativa para asegurar la calidad del agua en un nuevo marco de colaboración con ONU-Hábitat en asuntos relacionados con la salud ambiental en zonas urbanas. La Organización seguirá participando en el Programa Interinstitucional de Gestión Racional de los Productos Químicos y seguirá proporcionando servicios de secretaría para este programa. La OPS fortalecerá aun más la representación de la salud en la respuesta general de las Naciones Unidas al cambio climático, por medio de la Junta de los Jefes Ejecutivos del Sistema de las Naciones Unidas para la Coordinación. La Organización efectuará aportes técnicos relacionados con la salud a los programas relacionados con la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático y a alianzas específicas con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas.

### **Estrategias de cooperación técnica**

- a) Garantizar que haya datos para cuantificar las tendencias relacionadas con los determinantes sociales de la salud, los derechos humanos, la etnicidad y la igualdad de género en la medida en que se relacionan con la salud en la Región.

- b) Fortalecer los sistemas de vigilancia, seguimiento y evaluación a fin de ampliar la base de datos probatorios y de investigación para la planificación y la evaluación de las políticas por medio de inversiones adecuadas, el fortalecimiento de la capacidad y alianzas eficaces entre los sectores académico y público.
- c) Llevar a cabo una labor de promoción con los gobiernos para dar prioridad a la salud a lo largo de todo el ciclo de vida usando un marco de determinantes sociales, derechos humanos, diversidad cultural e igualdad de género en la salud, mediante la educación, políticas y un plan de comunicación, haciendo hincapié en la acción intersectorial y las alianzas publicoprivadas.
- d) Fortalecer las estrategias y los planes nacionales para abordar la salud en todas las políticas públicas, con la participación de la sociedad civil y los interesados directos pertinentes, por medio de iniciativas comunitarias.
- e) Apoyar la incorporación de las perspectivas de igualdad de género e igualdad étnico-racial, reducción de la pobreza y derechos humanos en la elaboración de directrices, la formulación de políticas y la ejecución de programas en el ámbito de la salud a fin de abordar las causas fundamentales de las inequidades sanitarias, la discriminación y la desigualdad con respecto a los grupos más vulnerables.
- f) Ejecutar los planes y las estrategias regionales existentes acordados con los Estados Miembros, incluidas las resoluciones de los Cuerpos Directivos de la OPS, que se relacionan con la salud a lo largo de todo el ciclo de vida, los determinantes sociales, los derechos humanos, la diversidad cultural, la igualdad de género en la salud, y el medio ambiente, y que integran intervenciones en los principales problemas de salud usando estrategias de promoción y prevención.
- g) Contribuir al fortalecimiento de los sistemas de salud por los siguientes medios:
  - Integración y armonización de programas e intervenciones a lo largo de un proceso continuo de atención de todo el ciclo de vida que abarque el hogar, la comunidad y diferentes niveles de los sistemas y servicios de salud.
  - Ampliación, integración y reorientación de los servicios a fin de realizar intervenciones que tengan en cuenta la perspectiva de género y que sean eficaces en función de los costos a lo largo de todo el ciclo de vida, usando los marcos relativos a los determinantes sociales, los derechos humanos y la igualdad de género en la salud, y mediante la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la atención y el apoyo, asegurando que los servicios lleguen a las poblaciones de difícil acceso y a los grupos vulnerables, incluidos los pueblos indígenas.
  - Fortalecimiento de la capacidad del personal de salud pública para ejecutar intervenciones de salud pública y brindar atención de salud de buena calidad

en respuesta a las nuevas exigencias emanadas de las tendencias demográficas y epidemiológicas.

- Promoción de intervenciones comunitarias y apoyo a la atención apropiada en el hogar a lo largo de todo el ciclo de vida.
- h) Establecer y mantener una coordinación eficaz con otros asociados en todos los sectores pertinentes a nivel de país, subregional y regional, y promover alianzas con organismos bilaterales y de las Naciones Unidas para armonizar los esfuerzos a fin de ampliar las intervenciones y aprovechar al máximo los recursos, fortaleciendo la red de centros colaboradores de la OMS ubicados en la Región de las Américas.
- i) Fomentar la transferencia de tecnologías y nuevas modalidades de cooperación técnica (por ejemplo, Sur-Sur), procurando aprovechar y movilizar la pericia técnica en toda la Región, y promover el intercambio de enseñanzas entre los Estados Miembros.
- j) Mejorar la alianza estratégica de los ministerios de salud y medio ambiente para establecer lazos más sólidos entre el sector ambiental y el de la salud en la planificación y ejecución de políticas nacionales.
- k) Movilizar recursos para todos los enfoques estratégicos a fin de mejorar la salud a lo largo de todo el ciclo de vida.
- l) Procurar que la cooperación técnica se adapte a las necesidades de los Estados Miembros y las poblaciones, centrando la cooperación técnica en los países clave definidos en este Plan Estratégico y en los países prioritarios señalados para esta categoría.

## **Temas transversales y enfoques estratégicos de la salud**

186. Esta categoría tiene muchos vínculos con otras áreas de trabajo de la OPS. Hay una relación especial de trabajo con las enfermedades transmisibles y las vacunas, la nutrición, la inocuidad de los alimentos y los servicios de salud integrados, centrados en la persona que brindan atención primaria para reducir la mortalidad y la morbilidad materna y en la niñez a lo largo de todo el ciclo de vida. También hay vínculos con los programas que abordan los comportamientos de riesgo en la adolescencia y los programas contra las ENT en los adultos. La respuesta de la Oficina a las necesidades sanitarias de los grupos de mayor edad es polifacética y abarca todos los componentes de la Organización. Será particularmente importante la estrecha colaboración con el análisis sanitario, las ENT y la salud mental a lo largo de todo el ciclo de vida y el acceso de los adultos mayores a servicios de salud, el cuidado a largo plazo y la prevención de discapacidades. Igualmente importante es el vínculo con las iniciativas para garantizar la salud de las mujeres, los niños y los adultos mayores en situaciones de emergencia.

187. Además, por su misma índole, el trabajo en esta categoría—concretamente, los esfuerzos para apoyar la salud a lo largo de todo el ciclo de vida y los temas transversales, como la integración de la perspectiva de género, la equidad, la etnicidad y los derechos humanos— contribuye al trabajo en las demás categorías y se beneficia del trabajo que se realiza en ellas. Esta categoría servirá de núcleo para asegurar que el trabajo técnico en estas áreas transversales se incorpore en todas las áreas programáticas. Además, se deberá promover la colaboración intersectorial para abordar los determinantes sociales y ambientales de la salud.

### **Categoría 3. Determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida**

#### ***Áreas programáticas y resultados intermedios***

(LÍNEAS DE BASE Y METAS EN EVALUACIÓN, A LA ESPERA DE LA CONSULTA CON LOS PAÍSES)

#### **3.1 Salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente, y salud sexual y reproductiva**

<b>Resultado intermedio</b>	<b>Ind.</b>	<b>Indicadores del resultado intermedio</b>	<b>Línea de base en el 2012<sup>1</sup></b>	<b>Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)</b>
RIT 3.1 Aumento del acceso a las intervenciones para mejorar la salud de la mujer, el recién nacido, el niño y el adolescente	RIT 3.1.1	Porcentaje de necesidades desatendidas con respecto a los métodos modernos de planificación familiar	44%	25%
	RIT 3.1.2	Porcentaje de nacidos vivos atendidos por personal sanitario competente	95%	99%
	RIT 3.1.3	Porcentaje de madres y recién nacidos que reciben atención posnatal dentro de los siete días siguientes al parto	40%	65%
	RIT 3.1.4	Porcentaje de niños de 0 a 5 meses alimentados exclusivamente mediante la lactancia materna	43,8%	54,0%
	RIT 3.1.5	Porcentaje de niños de 0 a 59 meses con neumonía presunta que reciben antibióticos (en evaluación)	POR DECIDIRSE	POR DECIDIRSE

<sup>1</sup> La línea de base es el 2012 o el año para el que se tienen los datos más recientes. En el caso de los indicadores sin datos para el 2012, se indica el año correspondiente.

Resultado intermedio	Ind.	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2012 <sup>1</sup>	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
	RIT 3.1.6	Tasa de fecundidad específica en las mujeres de 15 a 19 años y menores de 15 años	60	52

### 3.2 Envejecimiento y salud

Resultado intermedio	Ind.	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2012	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 3.2 Aumento del acceso a intervenciones para que los adultos mayores puedan llevar una vida independiente	RIT 3.2.1	Número de países con un aumento del acceso a los servicios integrados comunitarios y con programas de autocuidado para adultos mayores (en evaluación)	5 CAN, CHI, COR, CUB, USA	18 La lista de los países se incluirá durante las consultas nacionales

### 3.3 Incorporación de la equidad de género, la equidad en torno a la salud, los derechos humanos y la etnicidad

Resultado intermedio	Ind.	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2012	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 3.3 Aumento de la capacidad del país de integrar el género, la equidad, los derechos humanos y la etnicidad en el ámbito de la salud	RIT 3.3.1	Número de países con una respuesta institucional a las inequidades en el ámbito de la salud (género, equidad en torno a la salud, derechos humanos y etnicidad)	24 ANU, ARG, BAR, BLZ, BOL, BVI, CAN, CHI, COL, COR, DOR, ECU, ELS, GUT, GUY, HON, MON, NIC, PAN, PAR, PER, SUR, TRT, USA	29 CUB, BRA, HAI, SAL, URU

### 3.4 Determinantes sociales de la salud

Resultado intermedio	Ind.	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2012	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 3.4 Mayor liderazgo del sector de la salud para abordar los determinantes sociales de la salud	RIT 3.4.1	Número de países que pusieron en marcha al menos dos de los cinco pilares de la Declaración Política de Río sobre los determinantes sociales de la salud	6 ARG, BRA, CAN, COL, COR, CHI	20 BAR, BLZ, BOL, CUB, ECU, ELS, PAN, PER, DOR, GUT, MEX, NIC, SUR

Resultado intermedio	Ind.	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2012	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
	RIT 3.4.2	Número de países y territorios en los que se ha reorientado el sector de la salud para abordar las inequidades en torno a la salud	6 ARG, BRA, CAN, CHI, COR, MEX	13 BLZ, BOL, CUB, ELS, NIC, PAN, PER

### 3.5 Salud y medio ambiente

Resultado intermedio	Ind.	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2012	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 3.5 Reducir las amenazas medioambientales y ocupacionales para la salud	RIT 3.5.1	Número de países y territorios que han reducido la brecha entre el acceso de la población urbana y la rural al abastecimiento de agua de calidad controlada de acuerdo con las recomendaciones de la OMS	6 ARU, BAR, CAN, SAV, TCA, URU	16 BOL, COR, GUY, GUT, JAM, HAI, HON, NIC, PER, TRT
	RIT 3.5.2	Número de países en los que se redujo la proporción de la población que depende de combustibles sólidos	14 ARG, BAH, BAR, CAN, DOM, ECU, GRA, SAL, SAV, TRT, URU, USA, VEN	19 COL, GUT, HAI, NIC, PER
	RIT 3.5.3	Número de países y territorios con capacidad de abordar el tema de la salud ambiental y ocupacional	7 ARG, BRA, CAN, COL, MEX, PER, USA	12 La lista de los países se incluirá durante las consultas nacionales

## Categoría 4. Sistemas de salud

### *Sistemas de salud basados en la atención primaria de salud para apoyar la cobertura sanitaria universal*

*Fortalecer los sistemas de salud haciendo hincapié en la gobernanza para la protección social de la salud; el fortalecimiento de los marcos legislativos y normativos y una mayor protección financiera para garantizar el avance progresivo hacia el logro del derecho a la salud; la prestación integrada de servicios de salud centrados en la persona; la promoción del acceso a tecnologías sanitarias eficaces, seguras y de buena calidad, así como su uso racional; el fortalecimiento de los sistemas de información y los sistemas nacionales de investigación sobre la salud; la promoción de la investigación para integrar el conocimiento científico en la atención de salud, las políticas sanitarias y la cooperación técnica; la facilitación de la transferencia del conocimiento y las tecnologías; y el desarrollo de los recursos humanos para la salud.*

### **Alcance**

188. La cobertura sanitaria universal, una de las ideas más poderosas en la salud pública, combina dos componentes fundamentales: *a)* el acceso a los servicios de calidad necesarios para lograr que cada persona y comunidad tengan buena salud, incluidas la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos o la atención a largo plazo, junto con las medidas necesarias para abordar los determinantes de la salud; y *b)* los mecanismos, las políticas y los reglamentos financieros requeridos para garantizar la protección financiera y evitar que las deficiencias de salud conduzcan a la pobreza o la empeoren. La promoción de la cobertura sanitaria universal significa promover el acceso universal a trabajadores de la salud bien capacitados y motivados, y a tecnologías sanitarias seguras y eficaces, incluidos los medicamentos y otros productos médicos, mediante redes de prestación de servicios bien organizadas. Significa establecer y mantener sistemas de salud sólidos basados en la atención primaria de salud y que descansen en firmes cimientos legales, institucionales y organizativos. El trabajo en estas esferas debe estar guiado por la innovación, las pruebas científicas y el conocimiento pertinente. Los Estados Miembros de la OPS varían en cuanto a su tamaño, recursos y niveles de desarrollo; la cobertura sanitaria universal proporciona un poderoso concepto unificador para orientar la salud y el desarrollo, así como para fomentar la equidad en materia de salud en los próximos años. El liderazgo de la OPS, tanto técnico como político, será crucial para impulsar la cobertura sanitaria universal y permitir a los países alcanzarla.



## Contexto

### 4.1 Gobernanza y financiamiento en el ámbito de la salud; políticas, estrategias y planes nacionales en materia de salud

189. La segmentación del sistema de salud debida a regímenes de financiamiento y afiliación distintos y la fragmentación debida a la atención de salud prestada por muchas instituciones y establecimientos o unidades distintas no integradas en redes siguen siendo dos retos importantes de los sistemas de salud en la Región. Otros problemas son la falta de prioridades y objetivos nacionales claros, la falta de datos comparables, la gestión de servicios y capacidades de reglamentación poco sólidas y deficiencias con respecto a la disponibilidad, distribución y calidad del personal sanitario. Estos problemas agravan las inequidades con respecto a la salud, la ineficiencia de los servicios de atención de salud y las brechas en el acceso eficaz a servicios de salud de alta calidad, incluidos los productos médicos y otras tecnologías sanitarias.

190. Si bien la evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas realizada en el 2012 documenta avances importantes en la planificación estratégica de la salud en una gran parte de los países de la Región, el fortalecimiento de esta función en el sector de la salud es fundamental para el liderazgo y la gobernanza eficaces. Uno de los retos principales relacionados con el liderazgo y la gobernanza del sector de la salud es la insuficiencia del acceso al conocimiento científico y su poca utilización para comprender mejor los efectos de los programas y servicios de salud pública.

191. El acceso a los servicios de salud es solo uno de varios determinantes de la salud. Los grupos de población más afectados son los más vulnerables, históricamente excluidos y pobres, por ejemplo, los grupos indígenas y los afrodescendientes. Hay una estrecha relación entre la cobertura sanitaria universal y los pilares sociales, ambientales y económicos del desarrollo sostenible. En consecuencia, millones de personas en la Región no tienen garantizado el derecho a la salud y los recursos no se utilizan eficientemente para ejecutar intervenciones de eficacia comprobada que aborden las prioridades de salud y mejoren los resultados sanitarios. Las políticas y los marcos jurídicos que promueven la equidad en el acceso a la atención de salud y las tecnologías sanitarias están abordándose en toda la Región, junto con los mecanismos de protección social para reducir o eliminar los obstáculos financieros.

192. La cobertura sanitaria universal no se concibe como un conjunto mínimo de servicios, sino como un proceso activo que se logra de manera progresiva y que requiere avanzar en tres aspectos: *a)* la gama de servicios de buena calidad efectivamente al alcance de las personas; *b)* la proporción de los costos de esos servicios que están cubiertos; y *c)* la proporción de la población cubierta por los servicios de salud. Los

resultados de la evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas revelan adelantos en cuanto a la función rectora de las autoridades sanitarias nacionales e indican que se deben realizar esfuerzos continuos para fortalecer estas tres dimensiones. El establecimiento de una buena gobernanza en el ámbito de la salud —como proceso encaminado a establecer una visión común y hacer converger los esfuerzos— es esencial para la cobertura sanitaria universal. La estrategia política propuesta, que vincula la salud con metas sociales y económicas más generales, implica la ejecución de políticas de protección social basadas en datos probatorios con mecanismos financieros específicos dirigidos a la cobertura sanitaria universal.

#### **4.2 Servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad**

193. En la Región de las Américas, la fragmentación de los servicios de salud es una limitación común. Desde la perspectiva de las personas, se manifiesta como la falta de acceso a los servicios, la pérdida de continuidad en la atención y la incapacidad de los servicios de satisfacer las necesidades de los usuarios. Sus características principales son la falta de coordinación entre los distintos niveles y lugares de atención, la duplicación de los servicios y la infraestructura, la capacidad de producción sin utilizar o subutilizada en un nivel inferior al óptimo y prestación de servicios de salud en el sitio menos apropiado, en particular, en los hospitales. La cobertura sanitaria universal implica un modelo de atención centrado en la persona y el establecimiento de redes integradas de atención sanitaria a fin de satisfacer las necesidades y exigencias de toda la población a lo largo de todo el ciclo de vida. La transformación de la manera en que se presta la atención asegurará el acceso a servicios de salud eficaces e integrales, incluidos los programas de salud verticales, a lo largo de todo el continuo de la atención sanitaria. La prestación de servicios integrados centrados en la persona se estructura en torno a las necesidades de salud y las expectativas de las personas y las comunidades, en lugar de hacerlo en las enfermedades. Entretanto, las políticas fundamentadas en datos probatorios reúnen los mejores datos científicos y otras formas de conocimiento de manera sistemática y promueven métodos adecuados y eficientes para mejorar la atención sanitaria y las políticas en materia de salud. Ambos aspectos son fundamentales para configurar las políticas y los servicios de salud.

#### **4.3 Acceso a productos médicos y fortalecimiento de la capacidad regulatoria**

194. Las tecnologías sanitarias, incluidos los medicamentos y otros productos médicos, son imprescindibles para la prestación de los servicios de salud, desde la prevención hasta los cuidados paliativos. Para lograr la cobertura sanitaria universal un paso fundamental es mejorar el acceso a las tecnologías sanitarias y una parte esencial de esto es elaborar y ejecutar políticas que fortalezcan la gobernanza y la gestión de las tecnologías sanitarias. Sin embargo, hay disparidades importantes en el acceso a los medicamentos y otras tecnologías sanitarias entre los países de la Región de las Américas, y entre los distintos

grupos socioeconómicos dentro de un mismo país. En la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos las tecnologías sanitarias constituyen el mayor gasto público en salud después de los gastos de personal, y el mayor gasto en salud de los hogares. El uso inapropiado e irracional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias no solo infla los costos de la salud, sino que también disminuye la calidad de la atención, arriesga la seguridad del paciente y compromete los resultados generales en materia de salud. Aunque algunos países de la Región han fortalecido su capacidad de innovación tecnológica en el ámbito de la salud, aún no se han abordado muchas de las prioridades en materia de innovación. Las tecnologías sanitarias más novedosas comienzan a estar disponibles, pero a menudo tienen un costo mayor que aquellas que reemplazan. Por lo tanto, la incorporación de tecnologías sanitarias sobre la base de evaluaciones debe orientar la toma de decisiones con respecto a su adquisición y ejecución en los servicios de salud, mejorar la formulación y la utilización de las directrices de práctica, mejorar la calidad de la atención y optimizar los recursos para la salud. Es importante señalar que se requiere una capacidad de reglamentación apropiada para asegurar la disponibilidad de medicamentos seguros, de calidad y eficaces, así como de otras tecnologías sanitarias; el fortalecimiento de esta capacidad se ha tornado una prioridad para los países de la Región a fin de avanzar hacia la cobertura sanitaria universal.

#### **4.4 Información y evidencia sobre los sistemas de salud**

195. La información sanitaria es un insumo fundamental que apoya todos los aspectos de la acción sanitaria, como la investigación, la planificación, las operaciones, la vigilancia, el seguimiento y la evaluación, así como la asignación de prioridades y la toma de decisiones. Sin embargo, subsisten disparidades entre los países con respecto a la cobertura, fiabilidad, oportunidad y calidad de la información suministrada por los sistemas de información sanitaria. También hay diferencias entre los países con respecto a la capacidad analítica y de investigación para producir datos de salud y usarlos a fin de analizar las causas de los problemas y las mejores opciones disponibles para abordarlos. Las comunidades deben desempeñar una función más activa en la generación y difusión de los datos probatorios a fin de orientar mejor las medidas para mejorar el estado de salud de la población.

196. Para mejorar las condiciones de vida de la población y reducir las inequidades en los resultados sanitarios es necesario fortalecer la capacidad de análisis de la situación sanitaria y mejorar la producción y el intercambio de evidencia, así como su traducción en políticas y aplicación en la práctica de salud pública. Las pruebas científicas y la información sanitaria deben integrarse en los procesos decisorios a todos los niveles del sistema sanitario para lograr atención de salud basada en datos probatorios y formulación de políticas basadas en la evidencia. La Oficina seguirá elaborando directrices, herramientas y productos de información multilingües y en formatos múltiples, y promoviendo el acceso sostenible a conocimientos científicos y técnicos por parte del

personal de la Oficina y los profesionales sanitarios de los países, y contribuyendo al empoderamiento de los pacientes mediante información fidedigna. Además, la Oficina administrará y apoyará las redes de expertos, convirtiendo los datos científicos en políticas y prácticas, y promoviendo el uso apropiado de las tecnologías de la información y de la comunicación.

197. Se considera que la información sanitaria es un derecho básico de las personas. El desarrollo y el uso de las tecnologías de la información y de la comunicación, la ampliación del alfabetismo digital y el aumento del acceso a conocimientos científicos y la capacitación son todos elementos que pueden contribuir a aumentar el acceso a de las personas a información fidedigna sobre salud. En particular, el desarrollo y uso de los dispositivos móviles (*mHealth*) y de aplicaciones de salud electrónicas (*eSalud*) ofrece la posibilidad de cambiar la manera en que se prestan los servicios de salud. El desarrollo y la aplicación de las estrategias nacionales de ciber salud serán fundamentales para la optimización del beneficio para la salud que ofrecen las nuevas tecnologías de la información.

#### **4.5 Recursos humanos para la salud**

198. Los recursos humanos para la salud —profesionales, científicos, técnicos, auxiliares y agentes sanitarios de la comunidad— son la columna vertebral de los sistemas y servicios de salud y, en consecuencia, son fundamentales para lograr la cobertura sanitaria universal. Sin embargo, sin una atención adecuada, la fuerza laboral puede convertirse en un obstáculo importante para alcanzar la cobertura sanitaria universal. Muchos países de la Región sufren una escasez crítica de personal de salud a nivel nacional, definida como menos de 25 trabajadores sanitarios por 10.000 habitantes, y prácticamente todos experimentan escasez de personal sanitario en algunos distritos o comunidades, por lo general de la periferia urbana o comunidades rurales habitadas por pueblos indígenas o por personas con singularidades socioeconómicas y culturales. A mediano plazo, las crecientes exigencias relacionadas con las enfermedades no transmisibles y el envejecimiento de la población, combinadas con las presiones financieras sobre los sistemas de salud, intensificarán las tensiones en torno a la disponibilidad, la distribución, la composición, las competencias, el manejo y el desempeño de los recursos humanos sanitarios. Otro problema en muchos países es la emigración del personal del área de la salud.

199. El personal sanitario también es un actor político fundamental que tiene suficiente poder para cambiar la manera en que las políticas de salud se formulan y se ejecutan. La eficacia de la atención sanitaria depende enormemente del desempeño de los trabajadores de salud y, en consecuencia, de su financiamiento, capacitación, selección, contratación y desarrollo mediante perspectivas de carrera integrales. Los servicios de salud integrados de gran calidad, eficaces y centrados en la persona dependen de una combinación

acertada de trabajadores de salud que tengan las aptitudes adecuadas, en el lugar adecuado y el momento propicio. El fortalecimiento de la gestión y el desarrollo de los recursos humanos para la salud debe formar parte de las políticas públicas. Veinte de los 30 países que participaron en la evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas en el 2012 informaron que habían incluido esta área de trabajo en sus planes nacionales de salud. Puesto que los recursos humanos para la salud, considerados como la cabeza, el corazón y las manos del sistema sanitario, pueden influir considerablemente en el estado de salud de la población, deben considerarse como trabajadores esenciales y no como recursos flexibles que pueden recortarse fácilmente ante a un déficit presupuestario.

### **Análisis de los interesados directos clave**

200. En el sector de la salud hay muchos interesados directos en el nivel mundial, regional, nacional y local. Además, en los últimos años ha surgido un número cada vez mayor de actores en el campo internacional de la salud, lo que ha favorecido una cooperación constructiva, pero también competición por los recursos y por influencia en la política sanitaria. Para mejorar la salud y la equidad sanitaria en la Región de las Américas se necesita una visión compartida, un enfoque basado en los derechos y la convergencia de todos los esfuerzos a la consecución de objetivos comunes. Al promover la cobertura sanitaria universal y apoyar a los Estados Miembros para que la alcancen, la Oficina seguirá colaborando con el sector público, el sector privado y la sociedad civil. Dentro del sector público, seguirá haciendo participar a otros aliados en las actividades de cooperación que abarquen múltiples sectores, incluidas las esferas de la educación, la agricultura y la ganadería, el medio ambiente, la planificación, las finanzas y las actividades parlamentarias y jurídicas. Para evitar la duplicación, optimizar el uso de recursos y aumentar las sinergias, la Oficina seguirá fortaleciendo la coordinación con otros organismos del sistema de las Naciones Unidas y el sistema interamericano, y mejorando la armonización y alineación con los tres niveles de la OMS.

201. La Oficina trabajará con una serie de asociados estratégicos que participan en las diferentes áreas programáticas en esta categoría como la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (CIDA), la Agencia de Salud Pública de Canadá (PHAC), Salud Canadá, la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS), la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA), la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), el Gobierno del Brasil, la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz), el Organismo de Salud Pública del Caribe (CARPHA), el Departamento de Salud del Reino Unido, la Fundación Bill y Melinda Gates, la Alianza GAVI, el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Mundial), el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), y RAD-AID International. Por último, la

Oficina reforzará sus relaciones y asociaciones con los centros colaboradores de la OMS relacionados con esta categoría, así como las relaciones con numerosas asociaciones profesionales, instituciones académicas, organizaciones no gubernamentales y organizaciones del sector privado en el área de los sistemas de salud.

### **Estrategias de cooperación técnica**

- a) Establecer asociaciones y redes en todas las ramas del gobierno, la sociedad civil, las universidades, los centros de investigación, los centros colaboradores, las asociaciones profesionales, los donantes y otros, a fin de promover la cobertura sanitaria universal.
- b) Aplicar un enfoque basado en la atención primaria de salud a la transformación de los sistemas de salud, como se define en el documento de posición *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas*. Un sistema de salud basado en la atención primaria de salud supone un enfoque amplio de la organización y el funcionamiento de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor grado posible de salud su principal objetivo, a la vez que maximiza la equidad y la solidaridad. Un sistema de esta naturaleza se rige por los principios de capacidad de respuesta frente a las necesidades de salud de la población, la orientación hacia la calidad, la rendición de cuentas de los gobiernos, la justicia social, la sostenibilidad, la participación social y la coordinación intersectorial.
- c) Convertir la investigación en políticas de salud pública que apoyen la cobertura sanitaria universal, ejecutando la Política de la OPS sobre la Investigación para la Salud y la estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud, así como la estrategia de la OMS sobre la investigación en políticas y sistemas de salud. Formar y mantener la capacidad necesaria para realizar investigaciones sobre cuestiones de interés nacional y regional en las esferas de la salud pública, las políticas y la reglamentación en materia de salud, y los sistemas de salud; y convertir los resultados en políticas y prácticas.
- d) Aumentar la capacidad para fortalecer la función rectora de las autoridades sanitarias nacionales y forjar alianzas entre las instituciones del gobierno y otros interesados directos y asociados pertinentes, a fin de que los países se sientan identificados con las metas y los objetivos nacionales.
- e) Fortalecer la capacidad de las autoridades sanitarias nacionales con respecto a la definición, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de las estrategias y los planes nacionales de salud, con el apoyo de políticas multisectoriales e inversiones nacionales.
- f) Fortalecer la capacidad parlamentaria tanto en el nivel regional como en el nacional, a fin de elaborar una legislación que permita alcanzar la cobertura sanitaria universal.

- g) Promover el desarrollo institucional y opciones de política basadas en la evidencia para crear marcos jurídicos y mecanismos financieros que aumenten la protección social en la salud.
- h) Ampliar el uso de las tecnologías de la información y de la comunicación, así como de los medios sociales para la colaboración virtual y un mayor alcance de las actividades de cooperación técnica, mediante iniciativas regionales como la Red Colaborativa de Atención Primaria de Salud, la Plataforma Regional de Acceso e Innovación para Tecnologías Sanitarias, el Campus Virtual de Salud Pública y el Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud.
- i) Realizar actividades de promoción y apoyo a los Estados Miembros en la reorganización de la atención sanitaria mediante la aplicación del marco de redes integradas de prestación de servicios de salud (OPS, 2010) y fortalecer las capacidades de gestión y liderazgo.
- j) Fortalecer las instituciones en los niveles nacional, subregional y regional, y promover una estrategia de salud pública para el desarrollo, la innovación, la incorporación, la evaluación, la reglamentación, la gestión y el uso racional de las tecnologías sanitarias, con vistas a garantizar la seguridad del paciente y la calidad de la atención. Aplicar la *Estrategia mundial y el plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual*, y fortalecer la Red de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de las Américas y el Fondo Estratégico de la OPS para la compra de medicamentos esenciales e insumos de salud pública.
- k) Elaborar y aplicar normas y criterios, métodos, herramientas analíticas y opciones de política internacionales basados en la evidencia para los sistemas de salud, servicios y tecnologías sanitarias, incluido el análisis, la investigación y el diseño y la evaluación de las intervenciones en el ámbito de la salud. Ampliar las plataformas para convertir el conocimiento que introducen un método sistemático para la formulación de políticas fundamentadas en la evidencia. Usar sistemas validados para abordar las variaciones injustificadas o no deseadas en la atención sanitaria.
- l) Consolidar, mantener y ampliar las iniciativas regionales para el fortalecimiento de los sistemas de información y el intercambio de información, como el Plan Regional para el Fortalecimiento de las Estadísticas Vitales y de Salud, y la Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud y Perfiles de País. Promover el mapeo de los sistemas nacionales de investigación sobre la salud y otras herramientas para apoyar la gobernanza de la investigación de salud y la plataforma de información sanitaria de la OPS.
- m) Ejecutar las estrategias y los planes de acción regionales sobre *eSalud* y gestión del conocimiento y comunicaciones a fin de contribuir al objetivo de tener sociedades más informadas, equitativas, competitivas y democráticas.

- n) Elaborar y ejecutar opciones de política y herramientas basadas en la evidencia para afrontar los cinco objetivos relativos al desarrollo de recursos humanos para la salud establecidos en el Llamado a la Acción de Toronto para el decenio de los recursos humanos en salud en las Américas.

## **Temas transversales y enfoques estratégicos de la salud**

202. Los sistemas y servicios de salud son el vehículo para combatir las enfermedades, promover la salud física y mental, y alargar la vida; deben garantizar el derecho a la salud sin discriminación de ninguna clase. También son un medio para fomentar el desarrollo social y económico. El establecimiento y mantenimiento de sistemas de salud sólidos basados en la atención primaria de salud es la manera de lograr y mantener mejores resultados en materia de salud, mejorar la equidad y la protección social en el ámbito de la salud, y aumentar la satisfacción de las personas con respecto a la atención sanitaria. El trabajo interprogramático y la colaboración intersectorial son partes inherentes de la estrategia de atención primaria de salud. Las limitaciones en el nivel del sistema y de los servicios pueden impedir que mejoren los resultados en materia de salud, y comprender y abordar estas limitaciones requiere del diálogo y la colaboración con los expertos de todas las demás áreas de trabajo. Para mejorar con equidad los resultados de salud se requiere aplicar enfoques de derechos humanos, género y diversidad cultural al desarrollar los sistemas de salud, pero sobre todo al evaluar su desempeño.

203. La integración de los servicios en todo el continuo de la atención sanitaria y el establecimiento de mejores vínculos entre la atención médica, social y de largo plazo suponen beneficios importantes en cuanto a la atención de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, la salud maternoinfantil y la salud de las personas que están envejeciendo. La carga cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles tendrá consecuencias devastadoras para la salud de las personas, las familias y las comunidades, y amenaza con saturar los sistemas de salud. Las emergencias de salud pública, los desastres, las enfermedades desatendidas y las amenazas emergentes para la salud de la población requieren sistemas de salud que respondan a estas situaciones. La adopción de medidas multisectoriales es fundamental para abordar estas cargas y amenazas, y para mejorar con equidad los resultados en materia de salud.

204. El establecimiento de sistemas de salud sólidos para la cobertura sanitaria universal es un asunto que incumbe a todos. Es un medio para lograr resultados previstos en otras categorías de trabajo; por ejemplo, para crear capacidad y herramientas para la coherencia de las políticas, a fin de incorporar los determinantes sociales de la salud o crear las capacidades básicas que los Estados Miembros necesitan para cumplir con el Reglamento Sanitario Internacional (como una legislación nacional, política y financiamiento, coordinación, recursos humanos y laboratorios, entre otras).



## Categoría 4. Sistemas de salud

### Áreas programáticas y resultados intermedios

(LÍNEAS DE BASE Y METAS EN EVALUACIÓN, A LA ESPERA DE LA CONSULTA CON LOS PAÍSES)

#### 4.1 Gobernanza y financiamiento en el ámbito de la salud; políticas, estrategias y planes nacionales en materia de salud

Resultado intermedio	Ind.	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2012 <sup>1</sup>	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 4.1 Aumento de la capacidad de los países para lograr la cobertura sanitaria universal	RIT 4.1.1	Número de países y territorios que han aumentado la cobertura sanitaria mediante mecanismos de protección social	4 BRA, CHI, COL, URU	14 BOL, COR, ECU, GUY, HAI, MEX, PAR, PER, VEN
	RIT 4.1.2	Número de países que comprometen al menos 5% del producto interno bruto al gasto público destinado a la salud	10 ARG, ARU, BER, CAN, CHI, COR, CUB, DSM, MON, USA	23 ANU, BAR, COL, CUR, DOM, ECU, ELS, NIC, HON, PAN, PAR, URU

#### 4.2 Servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad

Resultado intermedio	Ind.	Indicador del resultado intermedio	Línea de base	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 4.2 Aumento del acceso a servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad	RIT 4.2.1	Número de países que han tenido un aumento de la utilización de los servicios del primer nivel de atención tras la aplicación de nuevos modelos de atención centrados en la persona	9 BOL, BRA, CAN, CHI, COR, ELS, MEX, PAN, PER	20 ARG, ECU, GUT, GUY, NIC, PAR, SUR, SAL, TRT, URU, USA

<sup>1</sup> La línea de base es el 2012 o el año para el que se tienen los datos más recientes. En el caso de los indicadores sin datos para el 2012, se indica el año correspondiente.

#### 4.3 Acceso a productos médicos y fortalecimiento de la capacidad regulatoria

Resultado intermedio	Ind.	Indicador del resultado intermedio	Línea de base	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 4.3 Aumento del acceso y del uso racional de medicamentos, productos médicos y tecnologías sanitarias seguros, eficaces y de buena calidad	RIT 4.3.1	Número de países que proporcionan de manera gratuita los medicamentos incluidos en la lista nacional de medicamentos esenciales	16 ANI, BAR, BRA, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, GUY, HON, JAM, PAN, PER, TRT	27 ARG, BAH, BOL, CHI, COL, GUT, HAI, PAR, SUR, URU, VEN
	RIT 4.3.2	Número de países y territorios que han fortalecido sus sistemas de reglamentación con respecto a la funcionalidad de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias	7 ARG, BRA, CAN, COL, CUB, MEX, USA	26 BOL, CHI, COR, DOR, ELS, ECU, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, NIC, PAN, PAR, PER, SUR, TRT, URU

#### 4.4 Información y evidencia sobre los sistemas de salud

Resultado intermedio	Ind.	Indicador del resultado intermedio	Línea de base	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 4.4 Todos los países tienen sistemas de información e investigación sobre salud en funcionamiento	RIT 4.4.1	Número de países y territorios que han aumentado la cobertura y mejorado la calidad del sistema nacional de información sanitaria	14 ARG, BRA, CAN, CHI, DOR, ECU, ELS, GUT MEX, NIC, PAN, PAR, PER, USA	35 ANI, ANU, BLZ, BOL, BVI, COL, COR, CUB, DOM, GRA, GUY, HON, JAM, MON, SAV, SAL, SCN, SUR, TRT, URU, VEN
	RIT 4.4.2	Número de países con mecanismos funcionales de gobernanza de la investigación sobre salud	3 BRA, MEX, PER	14 ARG, BOL, COL, COR, CHI, ECU, ELS, GUT, HON, PAN, PAR

#### 4.5 Recursos humanos para la salud

Resultado intermedio	Ind.	Indicador del resultado intermedio	Línea de base	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 4.5 Disponibilidad adecuada de personal sanitario competente, culturalmente apropiado, bien reglamentado y distribuido, y tratado de manera justa	RIT 4.5.1	Número de países que sufren escasez de personal en el área de la salud	14 BLZ, BOL, COL, DOR, ECU, ELS, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, NIC, PAR, PER	6 BOL, GUT, GUY, HAI, HON, NIC
	RIT 4.5.2	Número de países en los que 100% de los trabajadores de atención primaria de salud tienen competencias demostrables interculturales y de salud pública	4 CUB, GRA, COR, NIC	17 ARG, BLZ, BRA, CAN, CHI, DOR, ECU, ELS, GUT, HON, MEX, PAN, PER
	RIT 4.5.3	Número de países que han reducido a la mitad la brecha en la distribución del personal de salud entre las zonas urbanas y rurales	9 ARG, BAR, CHI, DOM, JAM, MON, NIC, SAL, TRT	18 ANI, BLZ, BOL, COL, ECU, GRA, PAN, PAR, PER

## **Categoría 5. Preparación, vigilancia y respuesta**

*Reducir la mortalidad, la morbilidad y la perturbación social resultantes de las epidemias, los desastres, los conflictos, las emergencias medioambientales y las relacionadas con la alimentación mediante actividades de reducción de riesgos, preparación, respuesta y recuperación que fortalezcan la capacidad de recuperación y apliquen un enfoque multisectorial para contribuir a la seguridad sanitaria.*

### **Alcance**

205. Esta categoría se centra en el fortalecimiento de la capacidad de los países en cuanto a la prevención, la reducción de riesgos, la preparación, la vigilancia, la respuesta y la recuperación temprana en relación con todo tipo de amenazas para la salud humana que pueden surgir como consecuencia de emergencias o desastres, incluidas aquellas capacidades específicas contempladas en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005). Esta categoría también procura fortalecer la formación de capacidad para amenazas específicas con relación a una variedad de enfermedades que tienen potencial para causar brotes, epidemias o pandemias, y también con respecto a eventos relacionados con la inocuidad de los alimentos, las zoonosis, la resistencia a los antimicrobianos, las emergencias químicas y radiológicas, los peligros naturales y los conflictos. Considera el enfoque de la seguridad humana para formular políticas intersectoriales coherentes que protejan a las personas y las faculten para aumentar la capacidad de recuperación comunitaria frente a amenazas graves y generalizadas. Además, esta categoría aborda la prestación de asistencia sanitaria internacional adecuada y coordinada para que los Estados Miembros respondan a las situaciones de emergencia cuando sea necesario.

### **Contexto**

#### **5.1 Capacidad de alerta y respuesta**

206. Hasta junio del 2012, 29 de los 35 Estados Partes de la Región de las Américas habían solicitado y obtenido una prórroga para poner en marcha sus capacidades básicas relacionadas con los componentes de vigilancia y respuesta del RSI (2005). El estado de las capacidades básicas en la Región es bastante heterogéneo en todos los países, pero entre los puntos débiles más graves señalados en los informes presentados ante la 65.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud estuvieron las situaciones de emergencia radiológica, los incidentes de origen químico, los puntos de entrada, los recursos humanos y la preparación.

207. El objetivo de esta área programática es lograr que todos los países de la Región cuenten con las capacidades básicas necesarias para cumplir con sus responsabilidades de conformidad con el RSI (2005) antes de la fecha límite fijada para el 2016. Estas abarcan la legislación, las políticas y el financiamiento a nivel nacional; la coordinación y las comunicaciones con los centros nacionales de enlace; la vigilancia y la comunicación de riesgos; la preparación y la respuesta; la prevención y el control de las infecciones; los recursos humanos, y la creación de redes y fortalecimiento de la capacidad en materia de laboratorios. La OPS prestará apoyo a los países de la Región en sus esfuerzos para ejecutar los planes de acción nacionales relativos al RSI y mantener sus capacidades.

208. Además, la OPS seguirá perfeccionado, en calidad de punto de contacto regional para el RSI, su capacidad de detectar y comprobar los riesgos, y coordinar la evaluación de riesgos; difundir información exacta y oportuna sobre los posibles eventos de salud pública de importancia internacional; y coordinar la respuesta ante los brotes cuando se presenten, incluidos el acceso a asesoramiento y apoyo técnicos, y el apoyo por medio de los mecanismos de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos u otros.

## **5.2 Enfermedades epidémicas y pandémicas**

209. Las enfermedades epidémicas y pandémicas representan una amenaza permanente y continua para la seguridad sanitaria y el desarrollo socioeconómico sostenible a escala mundial y regional. La necesidad de una vigilancia integral y una respuesta colectiva rápida en la Región, sobre todo en el caso de posibles pandemias y brotes, supone un reto importante debido al gran número de desplazamientos de las poblaciones y a los cambios en los entornos ambientales, como la deforestación y el cambio climático, entre otros factores. Las enfermedades de origen animal que pueden causar epidemias o pandemias ponen de manifiesto la necesidad de una gestión eficaz de los riesgos de zoonosis emergentes y enfermedades de los animales de gran impacto que pueden provocar emergencias de salud pública.

210. Esta área programática se centrará en *a)* mejorar el intercambio del conocimiento y la información disponibles sobre las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes; *b)* mejorar la vigilancia de las enfermedades epidémicas de posible importancia internacional como la gripe, la fiebre amarilla, las fiebres hemorrágicas virales, el síndrome respiratorio agudo grave, el cólera, la peste neumónica y la enfermedad meningocócica, así como la respuesta frente a ellas, y la vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos, entre otros temas; *c)* prestar apoyo a los países para la preparación, respuesta y capacidad de recuperación frente a las epidemias, incluido el fortalecimiento de la capacidad en materia de laboratorios y la creación de redes; *d)* proporcionar orientación sobre el manejo clínico basado en la evidencia y el control de infecciones a fin de reducir la morbilidad y la mortalidad durante los brotes; y

e) contribuir a los mecanismos y procesos mundiales para manejar la dimensión internacional de las enfermedades epidémicas, por ejemplo, el Marco de Preparación para una Gripe Pandémica y el Grupo Especial Mundial de lucha contra el Cólera.

### **5.3 Gestión de las emergencias, los riesgos y las crisis**

211. Entre el 2006 y el 2010, casi una cuarta parte de los desastres ocurridos en el mundo tuvieron lugar en la Región de las Américas (442 de 1.915) y afectaron a 48 millones de personas en la Región. Las repercusiones económicas de estos desastres para la Región superaron los US\$ 157.000 millones, lo que equivale al 34% de las pérdidas totales en el mundo. Entre el 2000 y el 2009, más de 45 millones de personas en la Región se quedaron sin atención sanitaria durante meses, y a veces incluso años, debido a los daños causados por los fenómenos naturales a los hospitales y otros establecimientos sanitarios.

212. El sector de la salud tiene la responsabilidad de vigilar, prever y mitigar las consecuencias de las situaciones de emergencia y los desastres para la salud; en consecuencia, debe fortalecer su capacidad para responder y ejecutar oportuna y eficazmente intervenciones relacionadas con la salud. Un reto importante es la preparación: la infraestructura operativa ordinaria, el personal y la organización de los servicios de salud deben tener la flexibilidad y capacidad para pasar de inmediato a la respuesta ante emergencias, teniendo en cuenta los laboratorios, la vigilancia, el equipo de protección personal, los recursos humanos y la participación comunitaria, entre otros aspectos.

213. Mediante el plan de acción sobre hospitales seguros se procura proteger la vida de los pacientes y del personal sanitario y el equipo y los suministros de salud contra los desastres, y asegurar que los servicios de salud sigan funcionando eficazmente durante y después de las situaciones de emergencia y los desastres, a fin de salvar vidas, reducir las discapacidades y permitir al sector de la salud cumplir con sus responsabilidades.

214. La incorporación del concepto de la seguridad humana en los planes de salud de los países tiene como objetivo abordar las raíces fundamentales de las múltiples amenazas generalizadas e interrelacionadas que ponen en peligro la supervivencia, los medios de vida y la dignidad de las personas. Se procura aumentar la congruencia intersectorial entre las medidas de protección del nivel nacional y otras políticas estatales, la atención sanitaria local y el poder de decisión de las personas y las comunidades, sobre todo de aquellas que se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad.

215. Esta área programática procura fortalecer la capacidad de los países para proteger el bienestar físico, mental y social de sus habitantes, y de recuperarse rápidamente de las situaciones de emergencia y los desastres. Esto requiere liderazgo nacional y una

capacidad sostenida del sector de la salud, que permita fortalecer la capacidad de recuperación de los países y los territorios.

#### **5.4 Inocuidad de los alimentos**

216. Recientemente, tanto en los países en desarrollo como en los industrializados ha habido una creciente demanda de especialización sobre el manejo de problemas relacionados con el control de la inocuidad de los alimentos y las enfermedades zoonóticas en situaciones de emergencia y desastres. Este conocimiento, que forma parte del campo de la salud pública veterinaria, es fundamental para la preparación, vigilancia y respuesta eficaz frente a las emergencias relacionadas con la inocuidad de los alimentos.

217. La contaminación de los alimentos con agentes microbianos y productos químicos (incluidos los antimicrobianos) representa un riesgo importante para la salud pública que abarca desde las enfermedades diarreicas hasta varias formas de cáncer. Desde 1993 la OPS cuenta con un sistema de información regional sobre las enfermedades de transmisión alimentaria en América Latina y el Caribe. Un estudio de los brotes de estas enfermedades notificados por 22 países entre 1993 y el 2010 indicó que de los 9.180 brotes donde el agente causal había sido identificado, 69% eran de origen bacteriano y 9,7% de origen viral; 9,5% habían sido causados por toxinas marítimas, 2,5% por contaminantes químicos, 1,8% por parásitos y 0,5% por toxinas vegetales. Aunque los datos sobre las enfermedades de transmisión alimentaria en América Latina y el Caribe son limitados debido a la subnotificación, revelan la importancia del problema. Tan solo en los Estados Unidos hay 47,8 millones de casos de enfermedades de transmisión alimentaria cada año. La OMS también calcula que, según el país, entre el 15% y el 79% de todos los casos de diarrea a escala mundial se deben a alimentos contaminados. Los estudios realizados en la Región de las Américas indican que la frecuencia relativa de las enfermedades diarreicas atribuibles a los agentes patógenos transmitidos por los alimentos varía del 26% al 36%.

218. Se precisa un enfoque multisectorial y transdisciplinario para garantizar la inocuidad de los alimentos, al mismo tiempo que se controlan eficazmente los riesgos para la salud de los seres humanos, los animales, las plantas y el medio ambiente. Las políticas públicas, las estrategias y los planes intersectoriales en materia de salud, agricultura y ganadería, y medio ambiente son fundamentales para fortalecer los sistemas de inocuidad de los alimentos y, de ese modo, garantizar alimentos inocuos y saludables de la granja a la mesa, incluida la protección del consumidor con hincapié en los grupos de población pobres y vulnerables.

## **5.5 Respuesta a los brotes y las crisis**

219. La pandemia de gripe por A (H1N1) del 2009 y el terremoto devastador del 2010 que azotó Haití, y la epidemia de cólera que le siguió, dieron lugar a las operaciones de respuesta frente a emergencias de mayor magnitud y dificultad afrontadas por los países afectados y los agentes de respuesta inmediata, así como por toda la comunidad internacional.

220. En general, actualmente los países de la Región pueden responder a los desastres menores de manera autosuficiente, aunque siempre será necesaria la asistencia externa siempre será necesaria cuando se trate de desastres mayores. Por consiguiente, la Organización seguirá desempeñando un papel importante en la prestación de ayuda a los países y los territorios durante la respuesta a desastres mayores, orientada por la Política relativa a la Respuesta Institucional de la OSP frente a Emergencias y Desastres. En consecuencia, la OPS debe mejorar constantemente su capacidad para desplegar ayuda en el menor tiempo posible. Debe dedicarse especial atención a velar por que los grupos de población más vulnerables —entre ellos, los niños, los adultos mayores, las comunidades indígenas y las embarazadas— tengan un acceso equitativo a los servicios de salud.

### **Análisis de los interesados directos clave**

221. La participación de los interesados directos, en particular los ministerios de salud y las instituciones nacionales de gestión de emergencias, es imprescindible para ejecutar las actividades planificadas, así como para obtener resultados intermedios y resultados inmediatos en esta categoría. Todas las instituciones nacionales e internacionales relacionadas con la salud desempeñan una función fundamental en el fortalecimiento de la capacidad de los países para reducir los riesgos, prepararse para las emergencias y los desastres de salud pública, responder frente a ellos y recuperarse.

222. La Estrategia Internacional para la Reducción de los Desastres de las Naciones Unidas, la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas y el Comité Interinstitucional Permanente están a cargo de coordinar las iniciativas mundiales para reducir la mortalidad, la morbilidad y la perturbación social causadas por los desastres, y regularmente incluyen prioridades relacionadas con la salud en sus deliberaciones, decisiones y directrices. Las actividades actuales que forman parte de los marcos y mecanismos existentes multilaterales, internacionales y regionales se ejecutarán plenamente, en particular aquellas prescritas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005), el Marco de Preparación para una Pandemia de Gripe, el Plan de Acción Mundial para las Vacunas Antigripales, el Marco de Acción de Hyogo para 2005-2015, la Agenda Transformadora de las Naciones Unidas, la Comisión Mixta FAO/OMS del Codex Alimentarius, la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos, la iniciativa tripartita de la OMS, la FAO y la OIE “Una Salud”, la



Asociación Internacional para la Gestión de Conflictos y la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, al igual que los convenios sobre productos químicos, y las plataformas mundiales y regionales para la reducción de riesgos de desastres. Se mantendrán y fortalecerán las principales redes, como la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos, el Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Gripe, el Grupo de Acción Sanitaria Mundial y los equipos de respuesta regionales del Comité Interinstitucional Permanente.

223. Los interesados directos en la inocuidad de los alimentos comprenden todas las entidades que desean utilizar información relativa a esta esfera en toda la cadena alimentaria para la toma de decisiones, fines de investigación y promoción de la causa. Entre ellos están los Estados Miembros, las organizaciones bilaterales y multilaterales, las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales, las fundaciones, las redes científicas, las instituciones de investigación, los grupos de consumidores, los medios de comunicación centrales y los científicos, al igual que las industrias alimentaria, agropecuaria y farmacéutica.

224. Muchas universidades, centros de excelencia y asociaciones profesionales, entre otros, realizan actividades de investigación y capacitación relacionadas con la gestión de las emergencias sanitarias, que contribuyen al desarrollo, difusión y aplicación de las políticas, las estrategias, los planes de acción y las directrices técnicas y publicaciones de los Estados Miembros de la OPS y de la Oficina.

### **Estrategias de cooperación técnica**

225. El enfoque de la gestión de riesgos en casos de emergencia debe ser integral, eficiente y eficaz. A fin de establecer la capacidad de recuperación y proteger mejor a las poblaciones se necesita un enfoque holístico, coordinado y capaz de hacer frente a múltiples riesgos, que debe aplicarse en la Oficina y los Estados Miembros, así como en la comunidad sanitaria internacional. Para lograr un impacto óptimo, este enfoque debe incorporarse en planes nacionales integrales para la gestión de riesgos en casos de emergencia que incluyan a todos los sectores. Además, se requerirá la formulación de políticas multisectoriales y medidas basadas en datos científicos para prevenir la exposición a los contaminantes a lo largo de la cadena alimentaria y velar por la seguridad de las nuevas tecnologías.

226. La función de liderazgo de los ministerios de salud se verá fortalecida al hacerse mayor hincapié en el fortalecimiento de la capacidad de incorporar los preparativos, la vigilancia y los criterios de respuesta en las políticas, planes, normas y presupuestos nacionales. Se dará un nuevo énfasis a la creación de vínculos con las instituciones académicas y de investigación para conocer más a fondo los posibles impactos de riesgos concretos como la gripe pandémica, los terremotos, las inundaciones, los huracanes, las

emergencias químicas y radiológicas, las enfermedades de transmisión alimentaria y el cambio climático. La inclusión de la reducción de riesgos de desastres en el sector de la salud es esencial para proteger los servicios sanitarios (con respecto tanto a la infraestructura física como al nivel funcional) y para asegurar la continuidad de estos servicios durante y después de las emergencias.

227. Se hará hincapié en la utilización de las alianzas en pro de la salud y las redes de gestión de desastres existentes y nuevas dentro del sector de la salud y otros sectores, entre ellos, organismos del sector público y del sector privado. Las actividades de colaboración incluirán la promoción de la causa, la gestión de la información, la movilización de recursos y los acuerdos nacionales e internacionales para reducir los riesgos de desastres en el sector de la salud y garantizar la posibilidad de realizar intervenciones oportunas y eficaces durante y después de estos eventos. La Oficina fomentará la colaboración entre los países, aprovechando sus experiencias y capacidades específicas; asimismo, aumentará la concientización política sobre la importancia de los programas de prevención y control de infecciones en el marco de las capacidades básicas del Reglamento Sanitario Internacional.

228. La Oficina fortalecerá su capacidad interna para mejorar aún más sus mecanismos de respuesta coordinados de preparación ante los desastres y las emergencias, y ayudar eficientemente a los países cuando se requiera. Además, implantará los procedimientos normalizados de trabajo de la OMS para la gestión de las amenazas de salud pública graves en toda la Organización (incluido fortalecer del sistema de la OMS de gestión de eventos a nivel de toda la organización y asegurar su capacidad operativa en todo momento) y las normas y los procedimientos de la OPS para la respuesta institucional a emergencias y desastres. Se adoptará un método basado en las enseñanzas extraídas para modificar y actualizar las normas, los procedimientos, las directrices técnicas y otras herramientas relacionadas con las emergencias y los desastres, y las estrategias, y para ajustarlos cuando sea necesario.

### **Temas transversales y enfoques estratégicos de la salud**

229. La planificación y ejecución conjunta de todas las áreas programáticas de la categoría 5 es esencial para ejecutar el Plan Estratégico. Los temas transversales y los enfoques estratégicos se mencionan de forma específica en la descripción a continuación de los vínculos con otras categorías de trabajo y sus áreas programáticas particulares.

230. Esta categoría guarda un vínculo particularmente estrecho con la categoría 1 reducción de la carga de las enfermedades transmisibles, cuya vigilancia y control es un aspecto principal de las responsabilidades de la OPS, de conformidad con el RSI (2005). La contribución de la Organización incluye proporcionar orientación experta sobre el tratamiento de la neumonía, las enfermedades diarreicas, las enfermedades prevenibles

mediante vacunación, la malaria, el dengue, las hepatitis virales, la tuberculosis y la infección por el VIH en tales entornos.

231. Con respecto a la categoría 2, enfermedades no transmisibles, la coordinación con el área programática sobre la salud mental es necesaria para prepararse y responder a las necesidades de salud mental y psicosociales de las poblaciones afectadas por desastres y situaciones de emergencia. Dado que los traumatismos y la violencia generalmente aumentan en las situaciones de emergencia, la categoría 5 tiene conexiones estrechas con esta área programática para la prestación de atención traumatológica y la prevención de los traumatismos y la violencia. Una respuesta adecuada a los desastres disminuirá las discapacidades a largo plazo cuando se ponen en práctica estrategias adecuadas; las estrategias de prevención de las enfermedades de transmisión alimentaria evitarán discapacidades crónicas como la artritis reactiva o el síndrome hemolítico urémico, al igual que el retraso del crecimiento asociado con la diarrea, un factor importante que contribuye al retraso del crecimiento en los menores de 5 años. La inocuidad de los alimentos y la nutrición guardan vínculos estrechos en el contexto de los preparativos para situaciones de emergencia.

232. Los principios de la categoría 3 —derechos humanos, ética, equidad, género, desarrollo sostenible, seguridad humana y rendición de cuentas— fundamentan toda la labor en torno a las emergencias de la Organización. En los desastres, se necesita de la colaboración con las áreas programáticas que abordan el curso de vida, especialmente con respecto a la protección y la atención continua de embarazadas, niños y adultos mayores. En especial, las poblaciones de adultos mayores pueden tener una movilidad reducida y poca capacidad de adaptarse. Las funciones propias de cada género deben considerarse explícitamente en los planes y programas de emergencia. Por otro lado dado que los riesgos se distribuyen a lo largo de un gradiente social, las intervenciones deben considerar a los grupos de población marginados, culturalmente distintos o en situaciones de vulnerabilidad. La creación de recursos comunitarios para abordar las emergencias forma parte del proceso participativo que debe servir de fundamento para medidas estatales de protección coherentes. La respuesta a las situaciones de emergencia requiere la capacidad institucional de identificar y manejar el saneamiento ambiental, las amenazas químicas y radiológicas y el impacto del cambio climático.

233. Las capacidades requeridas para la reducción de riesgos, la preparación, la respuesta y la recuperación en casos de desastre y el RSI son componentes fundamentales de la categoría 4 (sistemas de salud). Se precisa un vínculo sólido con las políticas, las estrategias y los planes nacionales en materia de salud para facilitar la aplicación de las resoluciones y los mandatos relativos al RSI, la estrategia y el plan de acción de hospitales seguros, las políticas y los reglamentos relativos a la inocuidad de los alimentos y la reforma de las Naciones Unidas en el ámbito de la gestión de desastres. La convergencia plena con la estrategia de servicios de salud integrados y centrados en la

persona es fundamental para desplegar la ayuda humanitaria y la respuesta a los brotes. El acceso a los productos médicos y el fortalecimiento de la capacidad de reglamentación, particularmente en relación con las emergencias radiológicas y los laboratorios, son aspectos clave relacionados con los preparativos para situaciones de emergencia, el RSI y la respuesta a crisis. La información y los datos probatorios del sistema de salud proporcionarán información fundamental para elaborar las evaluaciones de riesgos, vigilar el avance, generar medidas de intervención basadas en datos científicos y ejecutar la respuesta frente a emergencias. Uno de los pilares de la preparación para situaciones de emergencia es fortalecer las capacidades de los recursos humanos en el ámbito de la salud para ejecutar una respuesta oportuna y adecuada frente a las consecuencias para la salud pública de las emergencias y los desastres.

234. Con respecto a la categoría 6, la Oficina utilizará asociaciones para prestar apoyo a los países para que mejoren sus capacidades de gestión de riesgos en casos de emergencia. La OMS fortalecerá su interacción con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y organismos multilaterales, bilaterales y regionales. La respuesta frente a las situaciones de emergencia requiere una estrategia concreta de comunicación de riesgos, concebida por los responsables del manejo de la respuesta, así como un conjunto bien definido de canales de comunicación, mensajes y métodos para llegar a los grupos destinatarios. Gran parte del trabajo comprendido en la categoría 5 depende de los procesos de liderazgo institucional relacionados con la planificación estratégica, la movilización y la gestión de los recursos, en particular el acceso a recursos extrapresupuestarios. Por lo tanto, la creación, negociación y ejecución de nuevos métodos de financiamiento, concebidos para aumentar la previsibilidad, flexibilidad y sostenibilidad del financiamiento de la OPS, es primordial para realizar las tareas clasificadas en esta categoría. Para el funcionamiento eficaz y eficiente de esta categoría es fundamental que existan y se pongan en marcha procesos administrativos flexibles y orientados a la obtención de logros, sobre todo cuando se trabaja en situaciones de emergencia.

## Categoría 5. Preparación, vigilancia y respuesta

### Áreas programáticas y resultados intermedios

(LÍNEAS DE BASE Y METAS EN EVALUACIÓN, A LA ESPERA DE LA CONSULTA CON LOS PAÍSES)

#### 5.1 Capacidad de alerta y respuesta

Resultado intermedio	Ind.	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2012 <sup>1</sup>	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 5.1 Todos los países tienen las capacidades básicas mínimas de alerta y respuesta para todo tipo de peligros requeridas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005)	RIT 5.1.1	Número de países que tienen y mantienen las capacidades básicas estipuladas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005)	6 BRA, CAN, CHI, COL, COR, USA	35 ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, CHI, CUB, DOR, DOM, ECU, ELS, JAM, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, SCN, SUR, TRT, URU, VEN

#### 5.2 Enfermedades epidémicas y pandémicas

Resultado intermedio	Ind.	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2012	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 5.2 Todos los países pueden aumentar la capacidad de recuperación y mejorar la preparación a fin de desplegar una respuesta rápida, previsible y eficaz frente a las epidemias y pandemias graves	RIT 5.2.1	Número de países con capacidad instalada para responder eficazmente a epidemias y pandemias graves	6 BRA, CAN, CHI, COL, COR, USA	35 ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, CHI, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, SCN, SUR, TRT, URU, VEN

<sup>1</sup> La línea de base es el 2012 o el año para el que se tienen los datos más recientes. En el caso de los indicadores sin datos para el 2012, se indica el año correspondiente.

### 5.3 Gestión de las emergencias, los riesgos y las crisis

Resultado intermedio	Ind.	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2012	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 5.3 Países con un programa de gestión de riesgos para emergencias ocasionadas por todo tipo de amenazas para la salud, dirigido a un sector de la salud capaz de resistir los efectos de los desastres y con énfasis en los grupos vulnerables de la población	RIT 5.3.1	Número de países y territorios que cumplen con las capacidades mínimas (o las superan) para controlar los riesgos para la salud pública asociados con las emergencias y que tienen en cuenta a las comunidades vulnerables	14 ARG, ARU, BRA, CAN, CHI, COL, ECU, FRG, GUA, GUT, MAR, PER, USA, VEN	36 ANI, BAH, BAR, BLZ, BOL, COR, CUR, DOM, DOR, DSM, ELS, GRA, GUY, HON, JAM, NIC, PAN, SAL, SVN, SUR, TRT, URU
	RIT 5.3.2	Número de países que ejecutan intervenciones de reducción de los riesgos que implican los desastres para el sector de la salud y que aumentan la capacidad de recuperación de la comunidad	12 ARG, BAR, CAN, CHI, COL, DOR, ECU, ELS, GUT, MEX, PER, USA	35 ANI, BAH, BLZ, BRA, BOL, COR, CUB, DOM, GRA, GUY, HAI, HON, JAM, NIC, PAN, PAR, SAL, SAV, SCN, SUR, TRT, URU, VEN

### 5.4 Inocuidad de los alimentos

Resultado intermedio	Ind.	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2012	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 5.4 Todos los países tienen la capacidad de mitigar los riesgos para la inocuidad de los alimentos y de responder a los brotes	RIT 5.4.1	Número de países y territorios que tienen mecanismos adecuados para prevenir o mitigar los riesgos para la inocuidad de los alimentos y responder a los brotes, incluidos los brotes en los grupos de población marginados	4 CAN, CHI, COL, USA	38 La lista de los países se incluirá después de las consultas nacionales
	RIT 5.4.2	Número de países y territorios con mecanismos de gestión de riesgos para las enfermedades de los animales de alto impacto para la salud pública, incluidas las enfermedades zoonóticas emergentes transmitidas por los alimentos (la salud animal está sujeta a la confirmación del presupuesto)	3 CAN, CHI, USA	38 La lista de los países se incluirá después de las consultas nacionales

### 5.5 Respuesta a los brotes y las crisis

Resultado intermedio	Ind.	Indicadores del resultado intermedio	Línea de base en el 2012	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 5.5 Todos los países responden adecuadamente a las amenazas y emergencias que tienen consecuencias para la salud pública	RIT 5.5.1	Porcentaje de países que mostraron una respuesta adecuada ante una situación de emergencia ocasionada por cualquier peligro, con una evaluación inicial coordinada y un plan de respuesta del sector de la salud en las 72 horas siguientes al inicio de la emergencia	ND	100%

## **Categoría 6. Servicios corporativos y funciones habilitadoras**

*Fomentar y llevar adelante el liderazgo institucional y los servicios institucionales necesarios para mantener la integridad y el funcionamiento eficiente de la Organización a fin de que pueda cumplir eficazmente con sus mandatos.*

### **Alcance**

235. Esta categoría incluye funciones y servicios que contribuyen a fortalecer el liderazgo y la gobernanza de la OPS, así como la transparencia, la rendición de cuentas y la gestión de riesgos. También procura mejorar la planificación estratégica, la coordinación y movilización de recursos, la presentación de informes, la gestión y la administración, y las comunicaciones estratégicas. La labor en esta categoría seguirá fortaleciendo la función de liderazgo de la OPS en la Región, a fin de permitir que los numerosos actores desempeñen una función activa y eficaz al contribuir a la salud de todas las personas; también dará lugar a una Organización transparente y con capacidad de respuesta, y mejorará el trabajo de la Oficina en relación con la prestación de cooperación técnica en todas las categorías de una manera eficaz y eficiente. El trabajo en esta categoría será importante para mejorar la coordinación con las autoridades nacionales, los organismos de las Naciones Unidas y otras organizaciones intergubernamentales, las alianzas publicoprivadas y la sociedad civil de conformidad con la revisión cuadrienal amplia de las Naciones Unidas.

### **Contexto**

#### **6.1 Liderazgo y gobernanza**

236. En los esfuerzos de la Organización en pro de la salud y de abordar las inequidades relativas a la salud de la Región, la Oficina deberá ejercer un importante liderazgo en el ámbito de la salud pública en colaboración con los países y asociados. En consecuencia, en esta área programática se abordan las siguientes cuestiones: *a)* reforzar el liderazgo en la salud para apoyar la función de gobernanza de los Estados Miembros en el marco de los proceso de reforma de la OMS y de las Naciones Unidas; *b)* coordinar y convocar a los interesados directos pertinentes en el ámbito de la salud para asegurar una buena gobernanza y rendición de cuentas a los Estados Miembros; *c)* fortalecer los esfuerzos de los Estados Miembros para satisfacer las prioridades nacionales en materia de salud, como se describe en este Plan y en la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017; y *d)* fortalecer la presencia en los países para atender eficiente y efectivamente las necesidades nacionales de salud. Estos esfuerzos deben conducir a una acción intersectorial que pase del énfasis en las enfermedades a un énfasis en el bienestar y el desarrollo sostenible.



237. El número cada vez mayor de actores en el ámbito de la salud es una tendencia continua que no se prevé que disminuirá en un futuro cercano. Ha llevado a nuevas asociaciones, alianzas, canales financieros y fuentes de apoyo técnico. Al mismo tiempo, el número cada vez mayor de interesados directos genera dificultades relacionadas con la duplicación de esfuerzos, elevados costos de transacción, requisitos variables para la rendición de cuentas y una armonización débil con las prioridades nacionales y regionales aprobadas, como las definidas en la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017.

238. Además, algunas economías emergentes están incrementando su apoyo financiero y técnico en el ámbito de la salud más allá de sus programas nacionales como parte de una tendencia en aumento de la cooperación Sur-Sur y otros modos de cooperación similares. Reconociendo la amplia experiencia que existe en los Estados Miembros, la OPS está aprovechando cada vez más estos recursos en apoyo de la cooperación técnica. Este enfoque panamericano es clave para reforzar el trabajo de los Estados Miembros y de la Organización.

239. La OPS debe ser capaz de responder a las necesidades cambiantes de los países y de adaptarse a los cambios externos como los procedentes de la reforma de la OMS y de las Naciones Unidas. Por consiguiente, tiene que continuar los esfuerzos encaminados a aumentar la eficacia de la participación con los otros interesados directos, fortalecer la capacidad de negociación de los actores sanitarios, invertir en la diplomacia sanitaria y utilizar su posición de liderazgo para mejorar la coherencia entre los muchos actores que participan en el ámbito de la salud en el nivel mundial, regional, subregional y nacional. Esta coherencia puede ser evidente, cuando sea apropiado, dentro del Marco de Asistencia del Desarrollo de Naciones Unidas, u otras iniciativas similares. En este sentido, la Organización deberá fortalecer y refinar su trabajo en los tres niveles funcionales (nacional, subregional y regional), y además aumentar la coordinación y armonización con la OMS.

240. Las siguientes nueve prioridades de liderazgo de la Oficina brindan apoyo a la ejecución del Plan. La Oficina abogará para que estas prioridades se aborden en los niveles políticos más altos y para que se tomen las medidas necesarias a nivel nacional, subregional y regional. Al hacerlo, la Oficina perfeccionará las estrategias existentes, incluida la ejecución de nuevas modalidades de cooperación técnica, y fortalecerá la capacidad en torno a la diplomacia de salud y la gobernanza de salud. [EN REVISIÓN]

- a) Fortalecer la capacidad del sector de la salud de abordar los determinantes sociales de la salud, promoviendo una mayor participación y empoderamiento comunitarios.
- b) Catalizar el logro progresivo de la cobertura sanitaria universal, haciendo especial énfasis en los ocho países prioritarios.

- c) Aumentar la acción intersectorial y multisectorial para la prevención y atención de las enfermedades no transmisibles.
- d) Mejorar las capacidades básicas de los países para ejecutar el Reglamento Sanitario Internacional (2005).
- e) Acelerar las medias para la eliminación de las enfermedades transmisibles prioritarias en la Región.
- f) Terminar el trabajo en torno a los ODM relacionados con la salud e influir sobre la integración de la salud en la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015.
- g) Fortalecer la capacidad del sistema de salud de generar información y datos probatorios para medir y demostrar el avance en cuanto a la vida sana y el bienestar.
- h) Optimizar los conocimientos y la pericia en los países de la Región en cuanto a la prestación de la cooperación técnica.
- i) Aumentar la rendición de cuentas, la transparencia, la eficiencia y la eficacia del funcionamiento de la Oficina.

241. Para procurar que la OPS se mantenga relevante como un organismo líder en el ámbito de la salud pública que responde a sus Estados Miembros, el fortalecimiento de la gobernanza de la Organización es una prioridad continua. Esto requiere de la participación y supervisión continuas de los Estados Miembros por medio de los mecanismos formales de los Cuerpos Directivos de la Organización y la colaboración cercana a nivel de país.

## **6.2 Transparencia, rendición de cuentas y gestión de riesgos [EN REVISIÓN]**

242. La transparencia de la gestión, la rendición de cuentas y la gestión de riesgos son aspectos fundamentales para lograr una gestión eficaz y eficiente, así como para infundir confianza a los Estados Miembros, los donantes, los interesados directos y los asociados con respecto al trabajo de la Organización. Con este fin, la OPS fortalecerá los mecanismos existentes e introducirá nuevas medidas concebidas para velar por que la Organización siga rindiendo cuentas y siendo transparente y experta en el control eficaz de los riesgos.

243. La evaluación es un aspecto fundamental cuando se aborda la transparencia y la rendición de cuentas, y facilita cumplir con las mejores prácticas. La OPS/OMS promoverá una cultura de la evaluación, al igual que su uso proactivo en toda la Organización, lo que implica proporcionar un marco institucional consolidado para la evaluación en los diferentes niveles, de acuerdo con las normas y criterios del Grupo de Evaluación de las Naciones Unidas. Dentro del contexto de la política de evaluación de la

OMS, la OPS abordará sus necesidades específicas en esta esfera. Además, la OPS continuará fortaleciendo una cultura de la evaluación como un componente integral de la planificación operativa, respaldada por un sistema de garantía de la calidad para promover las mejores prácticas. Se promoverá una estrategia coordinada y un sentido de identificación con la función de evaluación en todos los niveles de la Organización. En consonancia con la política de evaluación de la OPS propuesta, se facilitará la evaluación objetiva, que será apoyada con herramientas como directrices claras.

244. La función de auditoría interna en la OPS se ha fortalecido considerablemente en los últimos años; se seguirán realizando auditorías de las operaciones de la Sede y las representaciones, en las que se consideren factores de riesgo específicos. La Oficina de Ética continuará centrándose en el fortalecimiento de las normas de comportamiento ético del personal y también realizará evaluaciones de riesgos para determinar cualquier vulnerabilidad que pudiera repercutir en la imagen y la reputación de la Organización. Se prestará atención particular a la elaboración de un nuevo programa de declaración de conflictos de intereses y situación financiera. En su calidad de coordinadora del Sistema de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos de la OPS, la Oficina de Ética también dirigirá las actividades encaminadas a fortalecer aún más el sistema interno de justicia de la OPS.

245. La gestión de los riesgos es una esfera importante de particular interés. La OPS está expuesta constantemente a riesgos de distinta naturaleza, entre ellos, los relacionados con su trabajo técnico en la salud pública, el financiamiento, las actividades de compras en nombre de los Estados Miembros, las relaciones con el sector privado, las organizaciones no gubernamentales y otras instituciones, y el contexto político y de gobernanza. Todos estos riesgos pueden afectar la eficacia y la reputación de la Organización. Este enfoque requiere la implantación y el seguimiento de procesos establecidos para velar por que todos los riesgos sean detectados y controlados adecuadamente, y notificados periódicamente al personal directivo superior de la OPS para que se adopten decisiones y medidas oportunas y fundamentadas.

246. Para garantizar el funcionamiento eficaz del sistema de gestión de riesgos, así como las actividades de cumplimiento y control, la OPS pondrá en marcha un sistema de gestión de riesgos corporativos en todos los niveles de la Organización, lo cual está en consonancia con la labor que está realizando el Comité Consultivo de Expertos Independientes de la OMS.

### **6.3 Planificación estratégica, coordinación de recursos y presentación de informes**

247. Esta área programática abarca la formulación de políticas; la planificación estratégica y operativa; la gestión, el desempeño, el seguimiento y la evaluación del

presupuesto, y la presentación de informes en todos los niveles. También comprende el financiamiento y la gestión de los recursos para asegurar la coherencia, sinergia y armonización entre las distintas partes de la Oficina en respuesta a las prioridades establecidas en el Plan Estratégico. La Oficina continúa impulsando y consolidando la gestión basada en los resultados como marco operativo principal para mejorar la eficacia, eficiencia, alineación con los resultados y rendición de cuentas de la Organización. Es particularmente importante formular, negociar y ejecutar enfoques nuevos para la movilización de recursos y la creación de alianzas, concebidas para aumentar la previsibilidad, flexibilidad y sostenibilidad del financiamiento de la OPS mediante un enfoque programático.

#### **6.4 Gestión y administración**

248. Esta área programática abarca los servicios administrativos básicos que sustentan el funcionamiento eficaz y eficiente de la OPS: finanzas, recursos humanos, tecnología de la información, compras y apoyo a las operaciones. La Oficina procurará poner en práctica un sistema moderno de gestión de la información que simplifique los procesos administrativos y mejore los controles y los indicadores del desempeño, lo que dará lugar a una mayor eficiencia, transparencia, rendición de cuentas, descentralización y delegación de autoridad. Además, garantizará que la toma de decisiones y la asignación de recursos tengan lugar más cerca de donde se ejecutan los programas. Por otra parte, las capacidades y competencias administrativas y de gestión se fortalecerán en todos los niveles de la Oficina.

249. La idoneidad del marco de control financiero, como un aspecto concreto de la gestión de riesgos, es una prioridad particular. La OPS mejorará y ampliará los mecanismos que le permitan declarar, con confianza y de manera oportuna, cómo se están utilizando todos los recursos invertidos en la Organización para lograr el conjunto previsto de resultados establecidos en el Plan Estratégico y en el Programa y Presupuesto.

250. La orientación en relación con los recursos humanos también está en consonancia con la reforma general de la gestión, que procura asegurar que la OPS sea capaz de reclutar al personal adecuado y desplegarlo donde se requiera; administrar los contratos del personal de acuerdo con las reglas existentes y de modo que se promueva su movilidad y desarrollo profesional; utilizar la planificación de la sucesión en los puestos para promover la continuidad de las funciones esenciales; y velar por que la Organización cuente con políticas y sistemas de recursos humanos que le permitan responder rápidamente a las circunstancias y necesidades cambiantes en el campo de la salud pública.

251. Las compras son un componente fundamental de la misión de la Organización de apoyar la cooperación técnica mediante la compra de bienes y servicios en nombre de los

Estados Miembros, a fin de garantizar su acceso a medicamentos, vacunas y otros insumos de salud pública a precios asequibles. La OPS tiene implantados normas y procedimientos en materia de compras y sistemas de planificación institucional para garantizar la gestión apropiada de las actividades estratégicas y las relacionadas con las transacciones, así como desplegar una respuesta rápida en situaciones de emergencia.

252. La OPS garantizará un entorno de trabajo seguro y saludable para su personal mediante la provisión eficaz y eficiente de apoyo operativo y logístico, mantenimiento de la infraestructura y administración de los activos, incluido el cumplimiento de las normas mínimas de seguridad operacional de las Naciones Unidas y de las normas mínimas de seguridad residencial para las operaciones.

253. Por último, la formulación y ejecución de políticas y servicios en materia de tecnología de la información seguirán garantizando que se disponga de infraestructura, aplicaciones, redes y comunicaciones, apoyo a los usuarios y continuidad de las operaciones plenamente funcionales.

## **6.5 Comunicaciones estratégicas**

254. La labor en el área de las comunicaciones estratégicas se basará en dos objetivos interrelacionados. Por un lado, la OPS desempeña la función crucial de proporcionar al público información sanitaria oportuna y exacta, incluso durante las situaciones de emergencia; y por otro lado, tiene que comunicar mejor el trabajo que realiza, incluido su impacto, para aumentar su visibilidad y posicionamiento estratégico como una organización líder en el ámbito de la salud.

255. La demanda cada vez mayor de información sobre la salud hace necesario que la OPS se deba comunicar interna y externamente de manera oportuna y coherente. También exige el suministro de conocimientos sanitarios esenciales y material de promoción a los Estados Miembros, los asociados en la esfera de la salud y otros interesados directos, incluida la sociedad civil.

256. La OPS adoptará un enfoque más proactivo de colaboración con los medios de comunicación y el personal para explicarles mejor la función que desempeña la Organización y el impacto que tiene sobre la salud de las personas. Esto se logrará mediante la ejecución de la *Estrategia de gestión del conocimiento y comunicaciones* en todos los niveles de la Organización. Además, la OPS mejorará su capacidad de suministrar información sanitaria mediante herramientas innovadoras de comunicación para llegar a un público más amplio.

257. Entre los elementos fundamentales de esta área programática están la preparación, la gestión y el intercambio de información y conocimientos basados en la evidencia producidos por los Estados Miembros de la OPS y la Oficina; la prestación de

cooperación técnica en materia de gestión del conocimiento y comunicaciones; la facilitación de las comunicaciones entre la OPS y los interesados directos, incluido el sistema de las Naciones Unidas y el sistema interamericano, el público en general y el público especializado; el mejoramiento de la imagen de la Organización; y el uso de las comunicaciones para fomentar los cambios individuales, sociales y políticos necesarios para mejorar y mantener la salud y el bienestar.

### **Análisis de los interesados directos clave (EN REVISIÓN)**

258. La participación de un amplio espectro de interesados directos es necesaria para lograr muchos de los resultados intermedios y resultados inmediatos en esta categoría y brindar apoyo a la ejecución del Plan Estratégico. Reconociéndose la función de la Organización dentro de la OMS y las Naciones Unidas, se prevé que habrá una mayor coordinación, armonización y comunicación continuas con ellos. Esto es especialmente importante dado que la Organización prevé contribuciones positivas para poner en práctica con éxito la reforma institucional que se está llevando a cabo en la OMS y las Naciones Unidas. Dados los esfuerzos específicos en marcha en relación con el establecimiento de prioridades programáticas y la reforma de la gestión, la interacción de la Organización con la OMS y los organismos del sistema de las Naciones Unidas será particularmente importante. A nivel de país esto incluirá la participación activa del equipo de coordinación de las Naciones Unidas, a nivel regional esto también incluirá la colaboración en curso entre los organismos de las Naciones Unidas para prestar apoyo sinérgico, y a nivel mundial la OPS seguirá colaborando en el importante diálogo político y técnico.

259. Con miras a poner en marcha nuevas modalidades de cooperación técnica, con, la colaboración y alianzas entre países con una base en los países más amplia incluirán los ministerios de salud, así como otros interesados directos clave del sector público y privado fuera del sector de la salud. Las actividades para incluir a otros actores serán clave para asegurar que se preste suficiente atención a los determinantes de la salud.

260. Los esfuerzos de la Organización dependen de los recursos dentro de un entorno económico difícil, donde hay una importante competencia. No obstante, la Organización sigue demostrando importantes resultados ante los asociados, lo que contribuye, por lo tanto, a la participación y la colaboración permanentes. En este sentido, la Organización debe estar lista para fomentar las asociaciones nuevas y reforzar las alianzas existentes en apoyo de la agenda regional de salud pública. Teniendo en cuenta el número de países de ingresos medianos dentro de la Región, la Organización seguirá reforzando y desarrollando modalidades de financiamiento con los Estados Miembros, tanto a fin de apoyar la colaboración dentro de cada país como para centrar la atención estratégica en cuestiones regionales de salud pública regionales.

## **Estrategias para prestar los servicios corporativos y las funciones habilitadoras**

261. Las estrategias principales para prestar los servicios corporativos y las funciones habilitadoras son las siguientes:

- a) Dirigir, orientar y coordinar la labor con la OMS, los Estados Miembros, el sistema de las Naciones Unidas y el sistema interamericano, y con otros asociados, interesados directos y el público en general para asegurar una mayor capacidad de respuesta a las necesidades de salud de los Estados Miembros, al mismo tiempo que se avanza en torno a los mandatos regionales y mundiales en materia de salud.
- b) Seguir apoyando y coordinando la formulación de estrategias de cooperación en los países que converjan estrechamente con las políticas, estrategias y planes de salud nacionales, y con el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo, a fin de mostrar una mayor armonización.
- c) Promover enfoques intersectoriales y multisectoriales para fortalecer la capacidad institucional y el liderazgo entre los Estados Miembros a fin de que desempeñen su función de gobernanza en el campo de la salud.
- d) Garantizar que los Estados Miembros y otros asociados se comprometan plenamente a conseguir recursos sostenibles para la ejecución del Plan Estratégico de la OPS mediante un enfoque programático fundamentado en la gestión basada en resultados.
- e) Fortalecer las competencias apropiadas de los funcionarios de la OPS para poner en marcha nuevos enfoques relacionados con la diplomacia sanitaria y las nuevas asociaciones en el campo de la salud.
- f) Garantizar la ejecución de un sistema moderno de gestión de la información para simplificar los procesos administrativos y mejorar los indicadores y los controles del desempeño, lo que permitirá una mayor eficiencia, transparencia, rendición de cuentas, descentralización y delegación de autoridad.
- g) Fortalecer la capacidad institucional para poner en marcha un sistema de gestión de riesgos corporativos.
- h) Fortalecer las capacidades y competencias administrativas y de gestión en todos los niveles de la Oficina.
- i) Fortalecer la planificación estratégica de los recursos humanos, centrandó la atención en la planificación de la sucesión, la ubicación del personal en función de las competencias y las necesidades, la movilidad y el desarrollo del personal.

- j) Formar y mantener la capacidad de la Oficina necesaria para ejecutar las estrategias de comunicación interna y gestión del conocimiento.

### **Temas transversales**

262. Sobre la base de las normas y prácticas existentes, los temas transversales de la equidad de género, equidad en salud, derechos humanos y diversidad cultural se aplicarán en todo el trabajo incluido en esta categoría según sea necesario, pero sobre todo en lo que se refiere a los asuntos relacionados con la gestión de los recursos humanos y el sistema de justicia interno. Además, la Organización aplicará el plan de acción para todo el sistema sobre la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, adoptado recientemente por las Naciones Unidas.

263. Por medio del trabajo incluido en esta categoría, la Oficina apoyará la labor en las otras categorías para facilitar la obtención de sus resultados. De esta manera, la categoría 6 se vincula con todas las demás categorías.



## Categoría 6. Servicios corporativos y funciones habilitadoras

### Áreas programáticas y resultados intermedios

(LÍNEAS DE BASE Y METAS EN EVALUACIÓN, A LA ESPERA DE LA CONSULTA CON LOS PAÍSES)

#### 6.1 Liderazgo y gobernanza

Resultado intermedio	Ind.	Indicador del resultado intermedio	Línea de base en el 2012 <sup>1</sup>	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 6.1 Mayor coherencia en el campo de la salud en la Región, con la OPS/OMS desempeñando una función de liderazgo para permitir que los distintos actores contribuyan de manera eficaz a la salud de todas las personas de la Región de las Américas	RIT 6.1.1	Nivel de satisfacción de los Estados Miembros con la función de la OPS/OMS en la conducción de los asuntos de salud mundiales y regionales	Alta (basado en clasificación compuesta de la encuesta de los interesados directos de noviembre del 2012)	Al menos alta (encuesta de los interesados directos en el 2015)
	RIT 6.1.2	Número de planes o estrategias nacionales de salud que incorporan las áreas de acción de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017	20 (a partir de la evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas)	A determinarse después de las consultas nacionales
	RIT 6.1.3	Número de planes, estrategias o programas subnacionales de salud que incorporan las áreas de acción de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017	3 (A determinarse a partir de la evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas)	5
	RIT 6.1.4	Número de organismos internacionales que trabajan en el ámbito de la salud en la Región usando la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 para diseñar sus políticas, planes o estrategias	5 (A determinarse a partir de la evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas)	10

<sup>1</sup> La línea de base es el 2012 o el año para el que se tienen los datos más recientes. En el caso de los indicadores sin datos para el 2012, se indica el año correspondiente.

## 6.2 Transparencia, rendición de cuentas y gestión de riesgos

Resultado intermedio	Ind.	Indicador del resultado intermedio	Línea de base en el 2012	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 6.2 La OPS funciona de manera responsable y transparente y dispone de marcos de gestión y de evaluación de riesgos que funcionan bien	RIT 6.2.1	Proporción de riesgos institucionales con planes de respuesta aprobados y ejecutados	0	100%

## 6.3 Planificación estratégica, coordinación de recursos y presentación de informes

Resultado intermedio	Ind.	Indicador del resultado intermedio	Línea de base en el 2012	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 6.3 Financiamiento y asignación de recursos alineados con las prioridades y necesidades de salud de los Estados	RIT 6.3.1	Porcentaje del presupuesto aprobado de la OPS que se ha financiado	80% A determinarse (sobre la base de la proyección correspondiente al 2012-2013)	90%
Miembros en un marco de gestión basada en los resultados	RIT 5.3.2	Porcentaje de indicadores de los resultados intermedios logrados	89% (a determinarse sobre la base de la evaluación y seguimiento del desempeño más reciente)	90%

## 6.4 Gestión y administración

Resultado intermedio	Ind.	Indicador del resultado intermedio	Línea de base en el 2012	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 6.4 Gestión y administración eficaces en los tres niveles de la Organización	RIT 6.4.1	Proporción lograda de las métricas de gestión y administración (como las desarrolladas en los acuerdos del nivel de servicio)	Estos datos no se miden actualmente	95%

## 6.5 Comunicaciones estratégicas

Resultado intermedio	Ind.	Indicador del resultado intermedio	Línea de base en el 2012	Meta para el 2019 (sumada a la línea de base)
RIT 6.5 Mejor comprensión por parte del público y los interesados directos del trabajo de la OPS/OMS [en revisión]	RIT 6.5.1	Porcentaje de los Estados Miembros y otros representantes de los interesados directos que evalúan el desempeño de la OPS/OMS como bueno o excelente	77% (mayo del 2013)	100% en la encuesta de percepción de los interesados directos (noviembre del 2019)

## VII. Garantizar la ejecución eficiente y eficaz del Plan

[EN PREPARACIÓN]

264. En esta sección se analizarán los diversos factores que podrían influir en la ejecución eficiente y eficaz del Plan. Entre otros, se abordarán los siguientes temas:

- a) Estrategias de cooperación técnica: en esta sección se presentará un resumen de las estrategias que la OPS aplicará para lograr los resultados previstos en el Plan. Se dedicará una parte importante de esta sección a las modalidades de cooperación técnica de la OPS/OMS.
- b) Funciones y responsabilidades de la Oficina y de los Estados Miembros con respecto a la ejecución exitosa del Plan: Se hará hincapié en aclarar las medidas conjuntas necesarias para lograr los resultados intermedios del Plan y producir el impacto previsto.
- c) Financiamiento del Plan Estratégico: se calculará el total previsto de recursos y se lo incluirá en el Plan Estratégico para proporcionar a los Estados Miembros una idea de la magnitud de los recursos necesarios durante el período de seis años que abarcará el Plan a fin de permitir que se alcancen los resultados anticipados. Esto se hará sobre la base de un examen de los recursos utilizados para ejecutar el Plan Estratégico 2008-2013, incluido un análisis de las tendencias actuales de todas las fuentes de financiamiento: presupuesto ordinario, contribuciones voluntarias, contribuciones voluntarias nacionales y fondos de la OMS. Se tendrán en cuenta las implicaciones de la nueva política presupuestaria de la OPS, así como la manera en que se deben incorporar las contribuciones voluntarias nacionales y el tratamiento que se les dará en el contexto del financiamiento de las categorías y los resultados intermedios del Plan. Se prestará especial atención al enfoque programático de la Organización guiado por este Plan para obtener recursos que tengan la suficiente flexibilidad a fin de posibilitar que se logren los resultados intermedios previstos.
- d) Gestión de riesgos: La Oficina aplicará su marco de gestión de riesgos institucionales para determinar los riesgos y aplicar las medidas de mitigación necesarias a fin de aumentar la probabilidad de lograr los resultados previstos en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. El marco de gestión de riesgos institucionales de la Oficina se basa en la norma internacional ISO 31000 e incluye una metodología para integrar la gestión de riesgos en todos los niveles de la Organización por medio de un proceso proactivo, continuo y sistemático. Este proceso procura preparar a la Organización a fin de que pueda determinar y controlar los riesgos de manera oportuna, y aprovechar adecuadamente las oportunidades que pudieran surgir. Este marco se aplicará a Plan Estratégico

2014-2019, a los distintos Programas y Presupuestos (2014-2015, 2016-2017, 2018-2019) y a la planificación operativa en todas las entidades de la Oficina.

## **VIII. Seguimiento y presentación de informes, evaluación, rendición de cuentas y transparencia**

[EN PREPARACIÓN]

265. El desempeño de la OPS se evaluará al medir el progreso hacia el logro de las metas del impacto y los resultados intermedios establecidos para el período que abarca el Plan Estratégico 2014-2019.

266. La ejecución general del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 se evaluará usando los indicadores definidos para los resultados intermedios. Esta evaluación requerirá que tanto los Estados Miembros como la Oficina hagan el seguimiento e informen al respecto. Por consiguiente, es importante definir indicadores de los resultados intermedios que sean los más pertinentes y factibles, teniendo en cuenta la disponibilidad de información y la capacidad de los Estados Miembros para informar sobre ellos.

267. A fin de que se pueda medir el avance, se han definido líneas de base y metas para cada indicador de los resultados intermedios y de los objetivos del impacto. Se ha elaborado una lista de países en la línea de base y metas para los indicadores de resultado intermedio a fin de evaluar el progreso específico en los países y centrarse en las intervenciones necesarias. Esto contribuirá a la transparencia y a la rendición de cuentas y la responsabilidad compartida de los Estados Miembros y la Oficina para el logro de los resultados previstos en el Plan.

268. Para dar seguimiento al impacto y los resultados intermedios del Plan Estratégico 2014-2019 e informar al respecto se usará el sistema de información sanitaria de la Organización (Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud y perfiles de país). Es posible que sea necesario fortalecer o ampliar el conjunto actual de datos e incluso mejorar la presentación de informes por parte de los Estados Miembros.

269. El seguimiento y la evaluación de la ejecución del Plan se hará anualmente y, al finalizar cada bienio, se presentará un informe a los Cuerpos Directivos. La evaluación de fin de bienio de la ejecución del programa y presupuesto proporcionará un análisis integral del desempeño de la Organización, que incluirá una determinación del progreso realizado hacia la obtención de los resultados intermedios establecidos. Las evaluaciones de fin de bienio servirán de base para informar a los Estados Miembros sobre el progreso en la ejecución del Plan Estratégico. Se seguirá trabajando en la definición del marco y el proceso de seguimiento y evaluación de la ejecución del nuevo Plan Estratégico, incluido el nivel de la rendición de cuentas de la Oficina y la responsabilidad conjunta con los Estados Miembros de dar seguimiento a los resultados a nivel de impacto e intermedios, y de informar al respecto.

270. En vista del cronograma de la agenda para el desarrollo después del 2015, se propone realizar una evaluación de mitad de período del Plan a fin de analizar los ajustes necesarios en respuesta a los aspectos relativos a la salud de la nueva agenda.

## Siglas y abreviaturas

Sigla	Descripción
<b>AECID</b>	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
<b>ALBA</b>	Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América
<b>AVAD</b>	años de vida ajustados en función de la discapacidad
<b>BID</b>	Banco Interamericano de Desarrollo
<b>BRICS</b>	Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica
<b>CAF</b>	Banco de Desarrollo de América Latina
<b>CARPHA</b>	Organismo de Salud Pública del Caribe
<b>CCG</b>	Grupo Consultivo de los Países
<b>CCS</b>	Estrategia de cooperación en los países
<b>CDC</b>	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos
<b>CIDA</b>	Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional
<b>CMCT</b>	Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco
<b>CTP</b>	Cooperación técnica entre países
<b>EASP</b>	Escuela Andaluza de Salud Pública
<b>EGI-dengue</b>	Estrategia de Gestión Integrada para la Prevención y el Control del Dengue
<b>ENT</b>	enfermedades no transmisibles
<b>eSalud</b>	salud electrónica
<b>FAO</b>	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
<b>FDA</b>	Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos
<b>FMSTM</b>	Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
<b>GOARN</b>	Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos
<b>HBV</b>	virus de la hepatitis B
<b>HCV</b>	virus de la hepatitis C



<b>IDH</b>	índice de desarrollo humano
<b>IICA</b>	Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura
<b>IMC</b>	índice de masa corporal
<b>INS</b>	índice de necesidades de salud
<b>ITS</b>	infecciones de transmisión sexual
<b>MANUD</b>	Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo
<b>MERCOSUR</b>	Mercado Común del Sur
<b>mHealth</b>	salud móvil (vía teléfonos celulares, computadoras tipo tabletas, etc.)
<b>OCDE</b>	Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos
<b>ODM</b>	Objetivo de Desarrollo del Milenio
<b>OIE</b>	Organización Mundial de Sanidad Animal
<b>OIRSA</b>	Organismo Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONUSIDA</b>	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
<b>ONU-SWAP</b>	Plan de Acción para Todo el Sistema de las Naciones Unidas sobre la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>OSP, la Oficina</b>	Oficina Sanitaria Panamericana
<b>PAFNCD</b>	Foro Panamericano de Acción contra las Enfermedades No Transmisibles
<b>PEPFAR</b>	Plan de Emergencia para el Alivio del SIDA presidente de los Estados Unidos
<b>PHAC</b>	Organismo de Salud Pública del Canadá
<b>PIB</b>	producto interno bruto
<b>PMIS</b>	Sistema de Información Gerencial de la OSP
<b>PNUD</b>	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
<b>PTB</b>	programa de trabajo bienal
<b>REMSAA</b>	Reunión de Ministros de Salud del Área Andina
<b>RIT</b>	resultado intermedio

<b>RSI</b>	Reglamento Sanitario Internacional
<b>SCSI</b>	Sociedad Canadiense para la Salud Internacional
<b>sida</b>	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
<b>SVI</b>	Instituto de Vacunas Sabin
<b>TB</b>	tuberculosis
<b>UNASUR</b>	Unión de Naciones Suramericanas
<b>UNFPA</b>	Fondo de Población de las Naciones Unidas
<b>UNICEF</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
<b>USAID</b>	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
<b>VIH</b>	virus de la inmunodeficiencia humana

## Referencias

[A PREPARARSE]

## Anexos

### **Anexo I. Enseñanzas clave extraídas de los planes anteriores**

1. El Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 se basa en la experiencia y las enseñanzas extraídas de planes, programas y presupuestos anteriores, y de otros instrumentos y procesos de planificación de alto nivel, incluidos los procesos de planificación y presupuestación de la OMS. Se ha otorgado especial atención al análisis de las enseñanzas extraídas del Plan Estratégico de la OPS 2008-2013 en vista de que fue el primer plan que se ejecutó usando el enfoque de la gestión basada en resultados.
2. A continuación se indican las principales enseñanzas extraídas que se han tenido en cuenta en la elaboración del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, que se han clasificado en tres categorías: *a)* políticas y estratégicas; *b)* programáticas y técnicas; y *c)* administrativas y de gestión. La aplicación de estas enseñanzas será fundamental para la ejecución eficaz del Plan y para seguir mejorando la eficiencia y la eficacia de la gestión de la Organización.

#### **Enseñanzas políticas y estratégicas**

3. El Plan Estratégico de la OPS 2008-2013 fue el primer plan que estuvo en consonancia con los procesos de planificación y presupuestarios de la OMS (específicamente el Plan Estratégico de Mitad de Período 2008-2013 de la OMS y el presupuesto por programas correspondiente). Aunque se tomó la decisión de armonizar, por primera vez, el trabajo de la OPS con el del programa general de trabajo de la OMS, esto no se logró plenamente en todos los objetivos estratégicos. Estas variaciones con el programa general de trabajo de la OMS crearon algunos retos al presentar información al nivel mundial. El Plan Estratégico 2014-2019 está en consonancia con el Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS al mismo tiempo que preserva los aspectos específicos regionales, y este grado de armonización debería facilitar el seguimiento y la presentación de informes sobre los indicadores mundiales incluidos en el Duodécimo Programa General de Trabajo. Además, facilitará la gestión de los recursos recibidos de la OMS y la contribución de la Región al programa mundial de acción sanitaria.
4. El Plan Estratégico 2014-2019 debe tener la flexibilidad necesaria para que sea posible adaptarlo fácilmente a las circunstancias cambiantes. El proceso para modificar el Plan Estratégico 2008-2013 requirió que los Estados Miembros aprobaran todos los cambios necesarios lo que incluyó, aunque sin limitarse a estos aspectos, la fijación de líneas de base y de metas para el período completo de ejecución. En el nuevo Plan se incorporan funciones y responsabilidades más claras de los Estados Miembros y de la Oficina. Además incorporará mecanismos para hacer los ajustes necesarios en los diferentes componentes del Plan durante su ejecución.

5. Aunque un documento estratégico debería indicar las áreas prioritarias a las que la Organización dirigirá sus recursos, se deben establecer además las prioridades dentro de las áreas para que se puedan abordar eficazmente los temas clave. Cuando se elaboró el Plan Estratégico 2008-2013 los criterios de asignación de prioridades no se basaban en pruebas fidedignas y no habían sido elaborados por medio de una consulta amplia, lo que limitó la aceptación posterior del plan. En el Plan Estratégico 2014-2019 los criterios se formularon sobre la base de un método científico y con la participación de personal de toda la Oficina. Los criterios y la metodología fueron también examinados y aplicados por los Estados Miembros por intermedio del Grupo Consultivo de los Países (CCG).

6. El logro de los resultados del Plan Estratégico debe ser una responsabilidad conjunta de la Oficina y los Estados Miembros. Es necesario que haya una mayor participación de los Estados Miembros durante todas las fases desde el comienzo de la formulación y a lo largo de la ejecución hasta la evaluación final del plan. En este sentido, el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 debe ejecutarse dentro de otros marcos estratégicos como el Programa General de Trabajo de la OMS y la Agenda de Salud para las Américas, al igual que otros marcos pertinentes en la Región.

7. Las contribuciones voluntarias nacionales (es decir, las contribuciones voluntarias de los Estados Miembros destinadas exclusivamente a la cooperación técnica en el propio país) representaron una porción considerable de las contribuciones voluntarias recibidas por la Organización durante la ejecución del Plan Estratégico 2008-2013. Aunque se hizo un esfuerzo para garantizar que hubiera un vínculo adecuado con las prioridades estratégicas establecidas por los Estados Miembros, es necesario explicitar el aporte de estas contribuciones al logro general de resultados. En el Programa y Presupuesto 2014-2015 se indicarán las contribuciones voluntarias nacionales y su efecto sobre otras fuentes de financiamiento de la Organización, así como sobre el equilibrio general entre el nivel de recursos y los logros programáticos.

### **Enseñanzas programáticas y técnicas**

8. La Organización ha avanzado en la promoción y el apoyo del trabajo interprogramático entre diferentes categorías, en particular a nivel de país. Aun persisten algunos retos a nivel regional donde una estructura funcional fija parece obstaculizar la colaboración horizontal. Mediante la reducción del número de Objetivos Estratégicos, ahora llamados categorías, y un enfoque de gestión más flexible se pretende afrontar este reto. Se necesitarán otros cambios a nivel operativo para promover el trabajo entre las categorías.

9. La estrategia de cooperar por medio de redes para mejorar la gobernanza y el liderazgo se considera apropiada y eficaz en función de los costos; sin embargo, requiere

un compromiso institucional para su sostenibilidad a mediano y largo plazo. La creación de redes debe incluir mecanismos de sostenibilidad para que sea exitosa a largo plazo.

10. Los proyectos de cooperación técnica entre los países en los que se utilizan fuentes flexibles de financiamiento, como la porción variable del presupuesto asignado al país, demostraron ser más eficaces que los proyectos comparables que no tienen esta flexibilidad. Hay muchos factores específicos de los países (la voluntad política, las limitaciones económicas y otras prioridades de salud) que afectan la viabilidad de estos proyectos y, por lo tanto, los fondos deben ajustarse a las necesidades específicas de los Estados Miembros. Sin embargo, esto también requiere que se establezcan criterios para garantizar un enfoque equitativo de asignación de recursos entre los Estados Miembros. Los Estados Miembros manifestaron la necesidad de un mayor intercambio de conocimientos entre los profesionales dedicados a la salud pública, al igual que entre los organismos internacionales de cooperación, lo que llevó a un esfuerzo en toda la Organización para crear una plataforma de intercambio de conocimientos ubicada en la web donde pudieran transmitirse experiencias y buenas prácticas en el ámbito de la salud pública. La importancia cada vez mayor de la cooperación Sur-Sur y la cooperación triangular en el diálogo internacional ha llevado a la Organización a elaborar un marco político renovado para facilitar la cooperación entre los países, que será examinado por los Cuerpos Directivos en el 2013 y, de ser aprobado, posiblemente se incorporará en el nuevo Plan Estratégico.

11. El nivel subregional de la cooperación técnica fue introducido en la Política del Presupuesto Regional por Programas en el 2006 y concebido para permitir que la Organización prestase apoyo a los planes de salud de los procesos de integración subregional en la Región de las Américas, proporcionando otro espacio para la cooperación y la promoción de la causa en la Región. El trabajo en este nivel ha permitido que la Organización cuente con otro espacio y mayor flexibilidad para responder a las necesidades de los Estados Miembros, al mismo tiempo que promueve simultáneamente la cooperación entre países, un tema cada vez más importante entre los países de la Región. La cooperación técnica a nivel subregional también facilita el debate en torno a las políticas sanitarias subregionales, regionales y mundiales al crear una variedad de foros diplomáticos en los que los países pueden contribuir al diálogo supranacional sobre las políticas y la diplomacia sanitarias. Cada proceso subregional ofrece una plataforma para los intereses e inquietudes comunes, así como un espacio en el que pueden surgir normas y prácticas innovadoras mediante el diálogo y el intercambio colectivo.

### **Enseñanzas administrativas y de gestión**

12. La cantidad, la calidad y la mensurabilidad de los indicadores fue un reto a lo largo del proceso de ejecución del Plan Estratégico 2008-2013. En la mayoría de los casos, la

evaluación se centró en indicadores cuantitativos y el análisis cualitativo fue limitado. El mejoramiento que se logró con el transcurso de los años en cuanto al seguimiento y la evaluación de la ejecución del Plan Estratégico 2008-2013 demostró el valor de realizar un análisis integral cualitativo para demostrar mejor los resultados. Sin embargo, se consideró que este proceso era bastante engorroso. En consecuencia, se ha simplificado el proceso: se ha reducido el número de indicadores y se ha mejorado su calidad. Los indicadores en el Plan Estratégico 2014-2019 se centran en medir el progreso hacia la mejora de la situación sanitaria con respecto a los indicadores del impacto en lugar de centrarse en evaluar los procesos.

13. Aunque el proceso de seguimiento y evaluación de la ejecución del Plan Estratégico 2008-2013 se condujo a nivel de la Oficina, también incluyó el progreso logrado por los Estados Miembros. En el nuevo proceso de evaluación se definirán claramente los distintos niveles de rendición de cuentas. El impacto y los resultados intermedios se evaluarán sobre la base de los sistemas oficiales de información con los que cuentan los Estados Miembros, y los resultados inmediatos y productos y servicios serán responsabilidad de la Oficina. La Oficina ha examinado el proceso de seguimiento y evaluación del desempeño, y ha encontrado un nuevo proceso que combina las eficiencias con la flexibilidad para determinar los retos y realizar ajustes. Además se debe incorporar un proceso para que se realicen evaluaciones independientes periódicas a fin de garantizar el mejoramiento continuo de la programación y de contribuir a la rendición de cuentas; la información ponerse a disposición de todos los niveles de la gestión y los interesados directos.

14. El Plan Estratégico de la OPS 2008-2013 fue el primer plan que se ejecutó completamente usando el marco de la gestión basada en resultados. La aplicación de la gestión basada en resultados permitió a la Organización demostrar mejor los resultados y centrar mejor la asignación de recursos, al mismo tiempo que aumentó la transparencia y la rendición de cuentas. Este enfoque se ha institucionalizado en gran medida en la OPS como se muestra en el informe más reciente de la Dependencia Común de Inspección de las Naciones Unidas. La OPS seguirá consolidando este marco de gestión basada en resultados a fin de mejorar la transparencia y la rendición de cuentas, al mismo tiempo que se simplifica la planificación, la presupuestación y los procesos de seguimiento y evaluación del desempeño al fortalecer la capacidad. El nuevo Sistema de Información Gerencial de la OPS (PMIS) también contribuirá a mejorar aun más la aplicación de la gestión basada en resultados en toda la Oficina. El sistema generará y usará información sobre el desempeño para rendir cuentas, presentar información a los interesados directos externos y brindar información a la gerencia interna a fin de hacer el seguimiento, aprender y tomar decisiones.

## **Anexo II. Marco de establecimiento de prioridades programáticas**

1. En el Plan Estratégico se establece este marco a fin de que sirva como instrumento clave para guiar la asignación de todos los recursos con los que cuenta la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina), incluidos los recursos humanos y económicos, y para proyectar la movilización de recursos a fin de ejecutar el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Este marco está en consonancia con los principios de la Política del Presupuesto de la OPS y con el marco de gestión basada en resultados de la OPS. Se han establecido principios generales, que incluyen criterios y un método científico, a fin de guiar la aplicación de este marco de una manera objetiva.
2. En este marco se aprovecha el proceso de asignación de prioridades programáticas del Plan Estratégico de la OPS 2008-2013 y el que se ha utilizado en el proyecto de Duodécimo Programa General de Trabajo 2014-2019 de la OMS.
3. La metodología empleada en este marco está en consonancia con el marco de la gestión basada en resultados de la OPS y, por consiguiente, debería contribuir a mejorar la rendición de cuentas y la transparencia en la asignación y la movilización de recursos mediante un enfoque programático.
4. Los criterios y el método serán aplicables a todas las áreas programáticas (aprobados por la Gerencia Ejecutiva y el CCG) a fin de determinar los niveles prioritarios (por ejemplo, niveles de prioridad 1, 2 y 3).
5. En vista de que la categoría 6 (servicios corporativos y funciones habilitadoras) brinda apoyo a la prestación de la cooperación técnica en las categorías 1 a 5, incluida la presencia en los países, y que depende del presupuesto ordinario, es importante asegurar que se disponga de los fondos necesarios para cubrir dichas funciones. El nivel de financiamiento de esta categoría se determinará sobre la base de análisis de los costos esenciales, la eficiencia y las medidas eficaces en función de los costos, entre otros (la Oficina emprenderá estos análisis). Dado que los temas transversales en el área programática 3.3 (Incorporación de la equidad de género, la equidad en torno a la salud, los derechos humanos y la etnicidad) se aplican a todas las categorías, en esta área programática se utilizan los mismos criterios empleados para financiar las áreas programáticas en la categoría 6.
6. Teniendo en cuenta que la Organización ya ha establecido las áreas programáticas, que representan las prioridades para el Plan Estratégico 2014-2019, debe fijarse para cada área programática un límite inferior del presupuesto ordinario, lo que garantizará una cobertura mínima de la Organización a fin de mantener los logros y la capacidad de respuesta institucional. El gasto histórico a partir del presupuesto ordinario



en los dos últimos bienios será un aporte clave para determinar el límite inferior del presupuesto por área programática (promedio a ser determinado por la Oficina).

7. Después de que se cubran los elementos en los párrafos 5 y 6, la asignación de los fondos restantes se guiará por el método de estratificación prioritaria y los criterios definidos en este marco. Esto se complementará con los criterios establecidos en el mecanismo de coordinación de recursos, incluida la brecha en los indicadores de resultados intermedios (la distancia entre la línea de base y la meta prevista que debe lograrse a fines de un bienio), sobre la base de la determinación de los costos del Programa y Presupuesto. La asignación de los recursos flexibles movilizados se hará según el nivel de prioridad y la brecha programática. Esta metodología proporciona un medio para comparar distintos temas de salud en un marco relativo, no absoluto, de la manera más equitativa posible y en una forma objetiva en cierta medida.

8. La metodología es de índole cualitativa e incluye juicios de valor individuales usados para generar consenso. Los resultados reflejan la percepción colectiva de los temas, los aspectos o los problemas evaluados. Por consiguiente, su aplicación se beneficia de un enfoque multidisciplinario.

### **Metodología**

9. La metodología propuesta se basa en los criterios de Hanlon para la fijación de prioridades de salud, sumamente conocidos y ampliamente aceptados.

10. El método se basa en los siguientes componentes: *a*) la magnitud, *b*) la seriedad, *c*) la eficacia y *d*) la factibilidad (véanse las definiciones de cada componente que figuran a continuación), con una ponderación mediante el método modificado de calificación de prioridades de Hanlon (APEXPH/NACHO, 1991). En estos cuatro componentes se tiene en cuenta el sector público, en particular el sector de la salud. Además, se está considerando el posicionamiento institucional estratégico de la Organización como un quinto componente, incluidos los criterios propuestos por Musgrove (1999).

### **Magnitud del tema (tamaño del tema o problema)**

- a) Contribución relativa a la carga regional de morbilidad o importancia relativa para el programa regional de acción sanitaria (sobre la base de la Iniciativa de Datos Básicos de Salud de la OPS y el sistema de perfiles de país, la edición 2012 de Salud en las Américas y los resultados principales del estudio de la carga mundial de morbilidad 2010).
- b) Contribución relativa a la carga mundial de morbilidad o importancia relativa para el programa mundial de acción sanitaria (sobre la base de la Iniciativa de Datos Básicos de Salud de la OPS y el sistema de perfiles de país, la edición 2012 de Salud

en las Américas y los resultados principales del estudio de la carga mundial de morbilidad 2010).

- c) Bienes públicos (fundamentales para mejorar la salud pública y no necesariamente atractivos para los mercados).

**Seriedad del tema (gravedad y urgencia del tema o problema)**

- a) naturaleza emergente del problema,
- b) carga para los servicios de salud,
- c) posibilidad de causar la muerte prematura o discapacidad,
- d) contribución a la seguridad sanitaria regional y mundial,
- e) amenaza para el desarrollo humano sostenible,
- f) repercusión desproporcionada sobre los grupos de población que viven en condiciones de vulnerabilidad,
- g) amenaza para el acceso universal a la salud,
- h) posibles pérdidas económicas a nivel individual y comunitario.

**Eficacia de las intervenciones para abordar el tema (¿qué tan bien se puede resolver el problema, si es que es posible resolverlo?)**

- a) Disponibilidad de intervenciones eficaces en función de los costos (incluidas las mejores prácticas y las mejores opciones).
- b) Posibilidad de colaborar con otros sectores, organizaciones e interesados directos para lograr una repercusión importante sobre la salud.
- c) Exigencia pública (incluye los aspectos políticos, la opinión pública, las presiones con respecto al gasto público, entre otras cuestiones).

**Factibilidad de abordar el tema (criterios conocidos por la sigla PEARL)**

- a) Procedencia: ¿El tema se encuentra dentro del mandato o la responsabilidad del sector de la salud?
- b) Factibilidad económica: Desde el punto de vista económico, ¿tiene sentido abordar el tema? ¿Hay consecuencias económicas de que no se aborde el tema? (incluye la proximidad a la eliminación o erradicación de una enfermedad o infección).
- c) Aceptabilidad: ¿Los Estados Miembros o la población destinataria aceptarán que se aborde el tema? (incluye la existencia de conocimientos basados en datos

- científicos y la ciencia y la tecnología para mejorar la salud, así como la capacidad de aplicarlos)
- d) Recursos: ¿Se dispone de recursos para abordar el tema? (incluye la capacidad institucional nacional, la participación de otros organismos o asociados que trabajan en el tema y la disponibilidad de recursos financieros de fuentes nacionales o externas).
  - e) Legalidad: ¿Permiten las leyes, los reglamentos y los mandatos vigentes (a nivel mundial, regional o nacional) que se aborde el tema?

### **Posicionamiento institucional estratégico**

- a) Valor agregado de la OPS (incluye la eficacia en función de los costos de la cooperación técnica de la OPS para lograr los resultados en materia de salud definidos en Plan Estratégico de la OPS 2014-2019).
- b) Clave para la gobernanza y el liderazgo de la OPS.
- c) Capacidad de la OPS de contribuir al aumento de la capacidad en los Estados Miembros.
- d) Tema señalado explícitamente como una prioridad en la Estrategia de Cooperación en los Países de la OPS o en las estrategias o planes nacionales de salud (estrategias o planes provinciales o estatales en el caso de los países federados)

### **Aplicación**

11. Se utilizará una herramienta tipo matriz de Hanlon adaptada a la OPS para la estratificación de prioridades a fin de que los evaluadores asignen puntuaciones en iteraciones inicialmente independientes. Luego se determinará una puntuación general para cada área programática al computar la media recortada de la distribución de puntuaciones individuales (es decir, excluidos los valores mínimos y máximos). El CCG validó la metodología en una prueba piloto que realizó junto con la Oficina. Esta metodología será aplicada por los Estados Miembros como parte de las consultas nacionales para el Plan Estratégico 2014-2019. Se usará una herramienta de matriz de estratificación de prioridades a fin de captar las puntuaciones de cada Estado Miembro. Se integrarán todas las puntuaciones a fin de obtener las puntuaciones promedios regionales por área programática (recortando los valores extremos), lo que dará lugar a los tres estratos de prioridades descritos en la metodología más arriba.

12. Las representaciones de la OPS/OMS facilitarán las consultas nacionales en colaboración con la autoridad sanitaria.

13. Los resultados se incluirán en el Plan Estratégico 2014-2019 y su aplicación en el Programa y Presupuesto se someterá a la aprobación de los Estados Miembros.

Anexo III. Lista de países y territorios con su sigla correspondiente

<b>País</b>	<b>Sigla</b>	<b>País</b>	<b>Sigla</b>		
<b>Estados Miembros</b>		<b>Miembros Asociados</b>			
<b>35</b>		<b>4</b>			
1	Antigua y Barbuda	ANI	36	Aruba	ARU
2	Argentina	ARG	37	Curaçao	CUR
3	Bahamas	BAH	38	Puerto Rico	PUR
4	Barbados	BAR	39	San Martín	DSM
5	Belice	BLZ			
6	Bolivia (Estado Plurinacional de)	BOL	<b>Estados Participantes</b>		
7	Brasil	BRA	<b>3</b>		
8	Canadá	CAN		Francia	<b>3</b>
9	Chile	CHI	40	Guadalupe	GUA
10	Colombia	COL	41	Guayana Francesa	FRG
11	Costa Rica	COR	42	Martinica	MAR
12	Cuba	CUB		Reino de los Países Bajos	<b>3</b>
13	Dominica	DOM	43	Bonaire	BON
14	Ecuador	ECU	44	Saba	SAB
15	El Salvador	ELS	45	San Eustaquio	STA
16	Estados Unidos de América	USA		Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	<b>6</b>
17	Granada	GRA			
18	Guatemala	GUT	46	Anguila	ANU
19	Guyana	GUY	47	Bermuda	BER
20	Haití	HAI	48	Islas Caimán	CAY
21	Honduras	HON	49	Islas Turcas y Caicos	TCA
22	Jamaica	JAM	50	Islas Vírgenes Británicas	BVI
23	México	MEX	51	Montserrat	MON
24	Nicaragua	NIC			
25	Panamá	PAN			
26	Paraguay	PAR			
27	Perú	PER			
28	República Dominicana	DOR			
29	Saint Kitts y Nevis	SCN			
30	San Vicente y las Granadinas	SAV			
31	Santa Lucía	SAL			
32	Suriname	SUR			
33	Trinidad y Tabago	TRT			
34	Uruguay	URU			
35	Venezuela (República Bolivariana de)	VEN			

## **Anexo IV. Mandatos, resoluciones, estrategias y planes de acción de la OPS**

Categoría y área programática	Mandatos , resoluciones, estrategias y planes de acción de la OPS
<b>1 Enfermedades transmisibles</b>	
1.1 Infección por el VIH/sida e ITS	Plan estratégico regional de la OPS para el control de la infección por el VIH/sida y las infecciones de transmisión sexual (2006-2015)
1.2 Tuberculosis	Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita (2010-2015)
1.3 Malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores (incluidos el dengue y la enfermedad de Chagas)	Estrategia regional para el control de la tuberculosis (2005-2015)
1.4 Enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas	Estrategia y plan de acción sobre la malaria (2011-2015)
1.5 Enfermedades prevenibles mediante vacunación (incluido el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis)	Estrategia y plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas
1.6 Hepatitis virales	Visión y estrategia mundial de inmunización, 2007-2015
<b>2 Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo</b>	Plan de acción mundial sobre vacunas (resolución WHA65.17)
2.1 Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo	Hepatitis virales (resolución WHA63.18)
	Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública (2012-2021)
	Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol (2012-2021)
	Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino (2008-2015)
	Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluido el régimen alimentario, la actividad física y la salud (2006-2015)
	Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco

- |          |  |  |
|----------|--|--|
| 2.2      | Salud mental y trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas                                    | Estrategia y plan de acción sobre la epilepsia (2011-2021)<br><br>Estrategia y plan de acción sobre salud mental (2009-2019)   |
| 2.3      | Violencia y traumatismos   | Plan de acción sobre la seguridad vial (2012-2017)   |
| 2.4      | Discapacidades y rehabilitación  | Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales evitables (2009-2013)   |
| 2.5      | Nutrición  | Estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo (2006-2015)<br><br>Estrategia y plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica (2010-2015)  |
| <br>     |  |  |
| <b>3</b> | <b>Determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida</b>               |  |
| 3.1      | Salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente, y salud sexual y reproductiva     | Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes (2010-2018)<br><br>Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave (2012-2017)<br><br>Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes (2008-2018)<br><br>Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño |
| 3.2      | Envejecimiento y salud   | Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable (2009-2018)  |
| 3.3      | Incorporación de la equidad de género, la equidad en torno a la salud, los derechos humanos y la etnicidad | Plan de acción para la ejecución de la política en materia de igualdad de género (2009-2013)   |
| 3.4      | Determinantes sociales de la salud   | Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana (2013-2021)  |
| 3.5      | Salud y medio ambiente   | Estrategia y plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica (2010-2015)<br><br>Estrategia y plan de acción sobre el cambio climático (2012-2017)  |
| <br>     |  |  |
| <b>4</b> | <b>Sistemas de salud</b>   |  |
| 4.1      | Gobernanza y financiamiento en el ámbito de la de salud; políticas, estrategias y                          |  |

- planes nacionales en materia de salud
- 4.2 Servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad
- Política y estrategia regional para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente (2007-2013)
- Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas (2011)
- 4.3 Acceso a productos médicos y fortalecimiento de la capacidad regulatoria
- Acceso a medicamentos
- Fortalecimiento de las autoridades reguladoras nacionales de medicamentos y productos biológicos (CD50.R9)
- 4.4 Información y evidencia sobre los sistemas de salud
- Plan de acción regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud (2008-2013)
- Estrategia para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud de los países de las Américas
- Estrategia y plan de acción sobre eSalud (2012-2017)
- 4.5 Recursos humanos para la salud
- Llamado a la acción de Toronto para una década de recursos humanos en salud (2006-2015)
- 5 Preparación, vigilancia y respuesta**
- 5.1 Capacidad de alerta y respuesta
- Reglamento Sanitario Internacional (2005)
- 5.2 Enfermedades epidémicas y pandémicas
- Reglamento Sanitario Internacional (2005)
- 5.3 Gestión de las emergencias, los riesgos y las crisis
- Plan de acción de hospitales seguros (2010-2015)
- Hospitales seguros: iniciativa regional sobre los establecimientos sanitarios capaces de resistir los efectos de los desastres (2008-2015)
- 5.4 Inocuidad de los alimentos
- 6 Servicios corporativos y funciones habilitadoras**
- 6.1 Liderazgo y gobernanza
- 6.2 Transparencia, rendición de cuentas y gestión de riesgos
- 6.3 Planificación estratégica, coordinación de recursos y presentación de informes
- Marco de la gerencia basada en resultados en la OPS 2010
- 6.4 Gestión y administración
- 6.5 Comunicaciones estratégicas
- Estrategia de gestión del conocimiento y comunicaciones de la OPS (2011)