



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## **48.º CONSEJO DIRECTIVO**

### **60.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL**

*Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008*

---

*Punto 7.1 del orden del día provisional*

CD48/INF/1 (Esp.)  
13 de agosto del 2008  
ORIGINAL: INGLÉS

### **INFORME DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO BIENAL POR PROGRAMAS 2006-2007 DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**

## CONTENIDO

	<i>Página</i>
Resumen ejecutivo .....	9
Métodos .....	10
Cumplimiento de los indicadores relacionados con los resultados previstos a nivel regional .....	11
Cumplimiento de los resultados previstos a nivel regional .....	12
Cumplimiento de las áreas de trabajo .....	13
Resultados financieros .....	16
Política del Presupuesto Regional por Programas .....	25
Análisis de la ejecución a nivel subregional .....	26
Evaluación por área de trabajo.....	32
Intervención del Consejo Directivo .....	33
 Anexo: Evaluación de la ejecución por área de trabajo	
1. CPC: Prevención y control de las enfermedades transmisibles.....	1
2. CDR: Investigación sobre enfermedades transmisibles (unificada con el área CPC)	
3. CSR: Alerta y respuesta ante epidemias.....	11
4. MAL: Malaria .....	17
5. TUB: Tuberculosis.....	22
6. HIV: Infección por el VIH/sida .....	27
7. NCD: Vigilancia, prevención y gestión de las enfermedades crónicas.....	45
8. HPR: Promoción de la salud.....	50
9. MNH: Salud mental y abuso de sustancias .....	54
10. TOB: Tabaco.....	60
11. NUT: Nutrición .....	63
12. PHE: Salud y medio ambiente.....	67

**CONTENIDO** (cont.)

*Página*

Anexo (cont.)

13.	FOS: Inocuidad de los alimentos .....	71
14.	INJ: Violencia, traumatismos y discapacidades .....	75
15.	RHR: Salud reproductiva .....	81
16.	MPS: Reducción de los riesgos del embarazo .....	84
17.	WMH: Igualdad de género, mujer y salud .....	87
18.	CAH: Salud del niño y del adolescente.....	96
19.	IVD: Inmunización y desarrollo de vacunas.....	101
20.	EDM: Medicamentos esenciales.....	104
21.	BCT: Tecnologías sanitarias esenciales.....	110
22.	HSD: Formulación de políticas para la salud en el desarrollo.....	116
23.	HSP: Políticas relacionadas con los sistemas de salud y prestación de servicios sanitarios.....	125
24.	HRH: Recursos humanos para la salud .....	139
25.	HFS: Financiación de la salud y protección social .....	146
26.	IER: Información sanitaria, pruebas científicas y políticas de investigación .....	156
27.	EHA: Preparación y respuesta frente a emergencias .....	165
28.	CCL: Liderazgo y coordinación de la cooperación en los países.....	172
29.	KMI: Gestión del conocimiento y tecnología de la información .....	179
30.	BMR: Planificación, coordinación de recursos y supervisión.....	183
31.	HRS: Gestión de recursos humanos .....	188
32.	FNS: Gestión presupuestaria financiera.....	196
33.	IIS: Infraestructura y logística .....	204
34.	GBS : Cuerpos Directivos .....	210
35.	REC: Relaciones externas.....	214
36.	DGO: Dirección.....	218
37.	COO: Operaciones de las representaciones de la OPS/OMS.....	225
38.	TCC: Cooperación técnica entre los países .....	229

### Acrónimos

ACOFAEN	Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería
AGFR	Grupo de Consulta sobre Recursos Financieros
ALAPE	Asociación Latino Americana de Pediatría
ALCA	Área de libre comercio de Norte América
AMRO	Oficina Regional para las Américas
AoW	Áreas de Trabajo
ART	Terapia Antirretroviral
ARV	Antirretroviral
BNI	Indicador de Necesidades Básicas
BPB	Programa y Presupuesto Bienal
BSE	Encefalopatía Bovina Espongiforme
BWP	Plan de Trabajo Bienal
CA	América central
CAH	Salud del niño y del adolescente
CAN	Comunidad Andina de Naciones
CAREC	Centro de Epidemiología del Caribe
CARICOM	Comunidad y Mercado Común del Caribe
CAS	Servicios de Contabilidad de Países
CBR	Rehabilitación estratégica con base comunitaria
CCH	Comisión de Salud del Caribe
CCS	Estrategia de Cooperación en los Países
CD	Enfermedades Transmisibles
CDR	Investigación sobre enfermedades transmisibles
CEPAL	Comisión Económica para América Latina
CFC	Cooperación Centrada en los Países
CFNI	Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe
CIDA/CAN	Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional
CJD	Enfermedades de Creutzfeldt-Jakob
COLABIOCLI	Confederación Latino Americana de Bioquímica Clínica
COMBI	Comunicación para cambio de comportamiento
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica
CRID	Centro Regional de Información de Desastres
CRSF	Marco estratégico regional para el Caribe
CSI	Iniciativa de apoyo a países
CSO	Organización de la Sociedad Civil
CSR	Información de vigilancia de CAREC
DALY	AVADS - Disability-Adjusted Life Years
DIMAG	Grupo de mitigación de Desastres
DOTS	Estrategia DOTS
DTR	Rango de Temperatura Diurna
EBI	Iniciativas extrapresupuestarias

EC	Comité Ejecutivo
ECCB	Banco Central del Caribe Oriental
ECLAC	CEPAL
EGI	Estratégica de gestión Integral
EID	Enfermedades Infecciosas Emergentes
ENESS	Sistema de Vigilancia a la Exposición Ambiental a la Nicotina
EONC	Cuidado Obstétrico y Neonatal de Emergencia
EPHF	Funciones Esenciales de Salud Pública
ePPES	Sistema de Evaluación del Desempeño del Personal
FAMIS	Contabilidad financiera y Sistema de Información para la Gestión
FCTC	Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco
FEPPEN	Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
FLASOG	Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología
FMD	Fiebre Aftosa
FNS	Seguridad alimentaria y nutricional
FO/USMB	Oficina de Campo: Frontera México-Estados Unidos
FOS	Inocuidad de los alimentos
FSW	Trabajadoras sexuales femeninas
GAN/ARV	Grupo de Consulta sobre Recursos Financieros
GAP	Buenas Prácticas de Agricultura
GB	Cuerpos Directivos
GBV	Violencia de Género
GFATM	Fondo Mundial Contra la lucha del SIDA, tuberculosis y malaria
GPIS	Protocolo Genérico para Vigilancia de la Influenza
GPIS	Protocolo Genérico para Vigilancia de la Influenza
GSM	Sistema Mundial de Gestión
GTZ	Organismo Alemán para la Cooperación Técnica
GYTS	Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes
HACCP	Sistemas de Puntos Críticos de Análisis de Riesgos
HAS	Análisis de la Situación de Salud
HDM/CD	Vigilancia sanitaria y manejo de enfermedades/Enfermedades transmisibles
HMC	Salud y Municipios Propicios, Ciudades y Comunidades
HPR	Recurso de Promoción de la Salud
HPS	Escuelas promotoras de la Salud
IANPHI	Institutos de Salud Pública del Mundo
ICM	Congreso Internacional de Parteras
ICMS	Sistema de Manejo de Conflictos Integrado
ICTRP	Plataforma Internacional para el Registro de los Ensayos Clínicos
IGWG	Grupo Interagencial de Género
IHR	Reglamento Sanitario Internacional

ILO	Organización Internacional del Trabajo
IMAI	Tratamiento Integrado de Enfermedad en Adultos y Adolescente
IMCI	Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia
INCAP	Instituir de Nutrición de Centro America y Panamá
INJ	Violencia, lesiones y discapacidades
INPPAZ	Instituto Panamericano para Protección de Alimentos y narices del Jardín Zoológico
IPSAS	Normas Internacionales de Contabilidad para el Sector Publico
IRDIS	Iniciativa de indicadores de investigación en salud
ISDR	Estrategia Internacional para la Reducción de los Desastres
ISIS	Sistema Integrado de Información de Vigilancia
ISSA	Asociación Internacional de la Seguridad Social
IYCF	Alimentación del lactante y del niño pequeño
LAC	América Latina y el Caribe
LACHSR	Reforma del Sector de la Salud de America latina y el Caribe
LatINCLN	División Latinoamericana de la Red Internacional de Epidemiología Clínica
LOA	Carta de Acuerdo
LSS	Sistema de apoyo logístico
MAL	Malaria o Paludismo
MCH	Salud Materno-Infantil
MDA	Administración en Masa de Medicamentos
MDG	Metas de Desarrollo del Milenio
MDT	Terapia Multidrogas
MERCOSUR	Mercado Común del Sur
MH	Salud Mental
MNH	Salud mental y Sustancia
MOU	Memorando de Entendimiento
MPS	Reducción de Riesgos del Embarazo
MSM	Hombres que tiene Relaciones Homosexuales
NAFTA	Tratado de Libre Comercio de América del Norte
NCD	Otras enfermedades no transmisibles
NGO	Organización no Gubernamental
NHA	Autoridad Nacional de Salud
NIC	Centros Nacionales de la Influenza
NIMH	Instituto Nacional de Salud Mental
NIPPS	Planes Nacionales de preparativos Contra una Pandemia de Gripe
NUT	Nutrición
OCPC	Oficina del Coordinador del Programa del Caribe
OECC	Oficina de los Países del Caribe Oriental
OISS	Organización Iberoamericana de Seguridad Social
ORAS-CONHU	Agencia Andina de Salud- Convenio Hipólito Unanue
OS	Otras Fuentes

OWER	Resultado Previsto a nivel de toda la Organización
PAHO/HQ	Organización Panamericana de la Salud/Sede Central
PAL	Método práctico de salud del pulmón
PANDRH	Red Panamericana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica
PASB	Oficina Sanitaria Panamericana
PATIOS	Sistema Panamericana de Información en Línea del Tabaco
PB	Presupuesto por Programas
PEPFAR	Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA
PHC	Atención Primaria de la Salud
PHE	Salud y ambiente
PLWH	Personal viviendo con VIH
PMTCT	Prevención de la Transmisión Madre-Niño
PPH	Prevención de la Hemorragia Post-parto
PPM	Mezcla pública y privado
PPS	Planificación, Presupuesto por Programas y Apoyo a Proyectos
PSPS	Sistema de Precalificación de Proveedores de la OPS
PWR	Representante de la OPS/OMS
RB	Presupuesto Ordinario
REMSAA	Reunión de Ministros de Salud del Área Andina
RER	Resultado Previsto a nivel Regional
RESSCAD	Reunión del Sector Salud de Centro América y República Dominicana
RHI	Seguro de salud de jubilados
RHR	Salud Reproductiva
RICTSAL	Red de indicador de Ciencia y Tecnología en Salud
RIM AIS	Red interministerial para investigación y aprendizaje
RPBP	Política del Presupuesto Regional por Programas
RPC	Política y Cooperación para la Investigación
SARS	Síndrome Respiratorio Agudo Severo
SICA	Sistema de Integración Centroamericana
SIEDIS	Sistema de información para enfermedades y discapacidades
SIP	Simplificado Integrado Prenatal
SISCA	Departamento de Integración Social de Centro América
SIVIN	Sistema Integrado de Vigilancia de las Intervenciones Nutricionales
SOS	Sistema de Búsqueda en Línea
SPBA	Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración
SPH	Protección social en salud
SRH	Políticas Públicas y Planes en Salud Sexual y Reproductiva
SSOP	Procedimientos Operativos Sanitarios Normales
TB	Tuberculosis
TOB	Tabaco

UN	Naciones Unidas
UNAIDS	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
USA/CDC	Centros para la Prevención y Control de Enfermedades de los Estados Unidos de América
USAID	Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de América
VC	Contribuciones voluntarias
VCA	Asignación variable a los países
VCPH	Recinto Universitario Virtual en Salud Pública
WHD	Día Mundial de la Salud
WHO	Organización Mundial de la Salud
WMH	Género, Mujer y Salud



## Resumen ejecutivo

1. En septiembre del 2005, la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) sometió el Proyecto de Presupuesto Bial por Programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2006-2007 (*Documento Oficial 317*) a la consideración del 46.º Consejo Directivo, el cual fue aprobado y posteriormente se convirtió en el principal documento de planificación operativa de la Oficina durante ese período.

2. El presente informe proporciona una visión integral del desempeño de la Oficina en cuanto a la ejecución del mencionado presupuesto. Se trata de una autoevaluación elaborada por el personal de la Oficina. Forma parte de la aplicación de la gestión orientada a la consecución de resultados y refleja los esfuerzos continuos para potenciar al máximo la responsabilización y la transparencia.

3. El Presupuesto bial por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2006-2007 (*Documento Oficial 317*) fue el primero que adoptó integralmente las 36 áreas de trabajo de la Organización Mundial de la Salud para el bienio (con el agregado de otras dos áreas de trabajo específicas de la Región). Con base en el Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007 (documento CSP26/10) y la Estrategia de gestión para el trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana durante el período 2003-2007 (documento CD44/5), así como el Presupuesto por programas 2006-2007 de la OMS, el presupuesto bial por programas para el bienio 2006-2007 establece las áreas de trabajo de la Oficina y los resultados previstos a nivel regional para el mismo período. El presupuesto por programa constituye uno de los compromisos fundamentales de la Oficina para con sus Estados Miembros. La ejecución programática del presupuesto por programas 2006-2007, su seguimiento y la presentación de informes han sido funciones básicas de la Oficina durante el período. El presente informe de la ejecución del presupuesto bial por programas de la Organización Panamericana de la Salud correspondiente al ejercicio 2006-2007 (de aquí en adelante el “informe de la ejecución”) constituye el análisis posterior a la ejecución que presenta la Oficina sobre los resultados obtenidos.

4. El presupuesto bial por programas correspondiente al ejercicio 2006-2007 incorporó la gestión orientada a la consecución de resultados y estableció 37 áreas de trabajo, 201 resultados previstos a nivel regional y 551 indicadores relacionados con los resultados previstos que permiten medir el avance en la Región. En la formulación de este presupuesto se consideraron los marcos de política mundiales y regionales pertinentes, las evaluaciones del cumplimiento de los resultados previstos en los presupuestos por programas correspondientes a los ejercicios 2002-2003 y 2004-2005, la contribución de la OPS al logro de los resultados previstos por la OMS a nivel de toda la Organización y los compromisos relativos a los programas que emanan de las resoluciones aprobadas por los Cuerpos Directivos de la OPS y los Órganos Deliberantes de la OMS.

5. En el presupuesto por programas para 2006-2007 se definió la respuesta programática de la OPS a los retos para el desarrollo sanitario que existían en la Región al momento de su elaboración. A través de su ejecución, la Oficina procuró reducir las inequidades dentro de los países y entre ellos, prestar apoyo técnico adecuado para atender las necesidades sanitarias y afrontar los retos de salud específicamente panamericanos.

### **Método**

6. El presente informe es una compilación con base en la evaluación del desempeño de cada área de trabajo realizada por el coordinador correspondiente. Los coordinadores de las áreas de trabajo llenaron formularios específicamente concebidos con este fin que requerían la evaluación del grado en que habían cumplido los indicadores de los resultados previstos a nivel regional definidos en el presupuesto correspondiente al 2006-2007. En este período, los instrumentos de planificación de la OPS aún no estaban integrados, como lo están a partir del 2008; por lo tanto, las representaciones, los centros panamericanos y algunas áreas de la Sede no utilizaron sistemáticamente en sus planes de trabajo los resultados previstos a nivel regional ni sus indicadores correspondientes para el bienio 2006-2007. En consecuencia, fue necesario recurrir al uso de formularios “manuales” (como se hizo en el informe de la ejecución correspondiente al ejercicio 2004-2005). Uno de los temas señalados en el informe del 2004-2005 sigue pendiente de resolución: la autoevaluación es subjetiva y no cuenta con comprobación independiente ni sistemática. El nuevo sistema de planificación adoptado a partir del año 2008 aborda esta debilidad, facilita la comprobación entre las entidades de la Oficina, permite la auditoría programática, la verificación al azar y el control de la calidad.

7. Para facilitar la agregación del nivel de cumplimiento a través de los indicadores y las áreas de trabajo, se asignó a cada indicador un porcentaje de cumplimiento sobre la base de los datos actuales frente a los datos meta del indicador para el período 2006-2007. Los porcentajes fueron de 0, 25, 50, 75 o 100%. Por ejemplo, el indicador 7.1.1 “Número de países que cuentan con un plan de acción aprobado para la prevención y el control integrados de las ENT” tuvo una meta de 22 países, de los cuales sólo 15 cumplieron con este indicador (de acuerdo con la evaluación del área técnica); como 15 representa 68% del total de 22, a este indicador se le asignó un nivel de logro de 75% (68% estaba más cerca de 75% que de 50%). La medición de los indicadores de tipo numérico, que son la mayoría, se hizo de esta manera. Para los indicadores de tipo texto o que no utilizan una medición numérica, se hizo un juicio de valor subjetivo tratando de interpretar el porcentaje de cumplimiento.

8. De acuerdo con el grado de cumplimiento de cada indicador de resultado previsto a nivel regional (RPR), se pudieron establecer niveles agregados de cumplimiento para cada resultado previsto a nivel regional (RPR), para cada área de trabajo y para el presupuesto por programas en su totalidad. Los gráficos de este documento se basan en este método de trabajo.

9. La Oficina considera que un indicador de RPN, un Resultado Previsto a nivel Regional o un Área de Trabajo que haya registrado un grado de cumplimiento de menos de 75% está por debajo del nivel de desempeño previsto.

10. El presente informe es una recopilación de las contribuciones de cada coordinador de área de trabajo (es decir, el funcionario designado para supervisar el progreso en un área de trabajo dada) con respecto a los resultados previstos y los indicadores definidos en el presupuesto por programas 2006-2007. Por lo tanto, es importante aclarar que este documento se basa en las autoevaluaciones del avance, según lo determinado por los coordinadores a partir de enero del 2008.

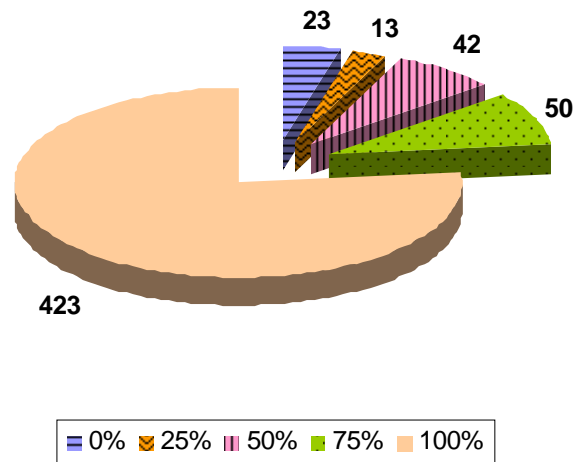
11. En un inicio se programó un total de 38 áreas de trabajo pero la segunda área de trabajo (investigación sobre enfermedades transmisibles o CDR) se unió con la primera. Por lo tanto, en este informe de ejecución se consideran sólo 37 áreas de trabajo.

### **Cumplimiento de los Indicadores Relacionados con los Resultados Previstos a nivel Regional**

12. De los 551 indicadores de los resultados previstos a nivel regional, utilizando la metodología descrita anteriormente, 423 indicadores (77%) se alcanzaron en un 100%; 49 (9%) en un 75%; 42 (8%) en un 50%; 13 (2%) en un 25%; y 23 (4%) no se alcanzaron (0%). El gráfico 1 muestra la distribución de los indicadores de RPN de acuerdo a su grado de cumplimiento. De los 551 indicadores, 473 (86%) muestran un grado de cumplimiento de 75% o más.

**Gráfico 1. Grado de Cumplimiento de los Indicadores de Resultados Previstos a nivel Regional**

(Total: 551 Indicadores de RPN)

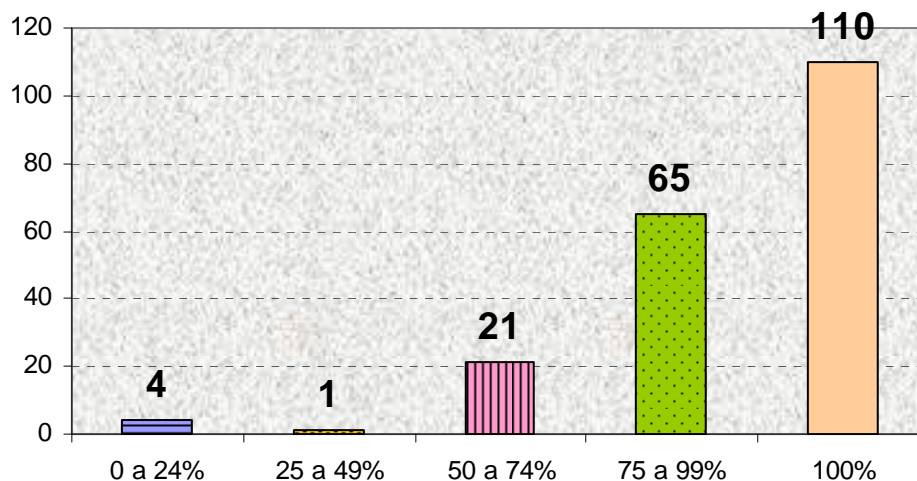


**Cumplimiento de los Resultados Previstos a nivel Regional**

13. El gráfico 2 muestra el grado de cumplimiento de los Resultados Previstos a nivel Regional del presupuesto bienal por programas 2006-2007. Para cada RPN, se calculó el promedio del grado de cumplimiento de sus indicadores, lo que arrojó como resultado el grado de cumplimiento del RPN mismo (entre 0 y 100%). De los 201 Resultados Previstos a nivel Regional, 110 (55%) se alcanzaron en un 100%; 65 (32%) se alcanzaron en un 75%; 21 (10,5%), en un 50%; uno (0,5%), en un 25%; y 4 (2%) no se alcanzaron (0% de cumplimiento).

14. La Oficina considera que un resultado previsto a nivel regional que tenga un grado de cumplimiento de menos de 75% tiene un nivel de desempeño por debajo del nivel previsto: 26 RPN de los 201 analizados (o sea, 13%) entran en esta categoría. De los 201 RPN, 175 (87%) tuvieron un grado de cumplimiento de 75% o más.

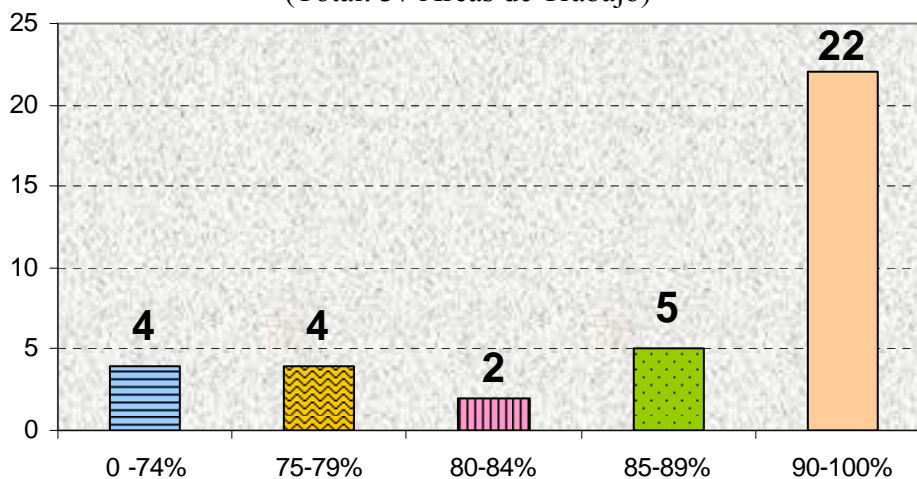
**Gráfico 2. Grado de Cumplimiento de los Resultados Previstos a nivel Regional**  
(Total: 201 Resultados Previstos a nivel Regional)



### Cumplimiento de las Áreas de Trabajo

15. Al promediar el grado de cumplimiento de los indicadores en un área de trabajo dada, es posible obtener el grado de cumplimiento de esa área. El siguiente gráfico muestra el grado de cumplimiento de las Áreas de Trabajo.

**Gráfico 3. Grado de Cumplimiento de las Areas de Trabajo**  
(Total: 37 Áreas de Trabajo)



16. De las 37 áreas de trabajo, 22 (o sea, 59,4%) tuvieron un grado de cumplimiento de 90% o más; 5 áreas (13,5%) tuvieron un grado de cumplimiento entre 85 y 89%; 2 áreas (5,4%), entre 80 y 84%; 4 áreas (10,8%), entre 75 y 79%; y 4 áreas (10,8%), 74% o menos.

17. La Oficina considera que un grado de cumplimiento de menos de 75% está por debajo del nivel de desempeño esperado, sólo 4 áreas de trabajo entran en esta categoría. De las 37 áreas de trabajo, 33 (o sea, el 89%) muestran un grado de cumplimiento de 75% o más.

18. En el anexo se muestra un análisis detallado de cada una de las áreas de trabajo que no alcanzaron un grado de cumplimiento suficiente (SCC: Liderazgo y Coordinación de la Cooperación en los Países; BMR: Planificación, Coordinación de Recursos y Evaluación; HPR- Promoción de la Salud; e IIS: Infraestructura y Logística). En el caso de SCC, muchos indicadores que dependían de acciones externas a la Oficina no se cumplieron plenamente. El grado de cumplimiento de BMR se redujo debido a que los tres indicadores relacionados con la función de evaluación independiente no se cumplieron. Esto se debió a que la OSP estuvo creando una oficina para cumplir con la función de evaluación independiente durante la mayor parte del bienio. Ahora que uno de los puestos ha sido cubierto, el próximo bienio se espera cumplir con las metas no cumplidas. Con respecto al área de promoción de la salud (HPR), la ejecución de algunos RPN recién se inició al final del bienio 2006-2007. En el caso de IIS, el bajo cumplimiento se debió principalmente a factores económicos y decisiones de compra externos.

19. La elaboración del plan de trabajo bienal correspondiente al período 2008-2009 se hará en torno a hitos semestrales relacionados con cada indicador de los resultados previstos, los que, a su vez, se vinculan con los indicadores del plan estratégico. A pesar de que estos hitos no garantizan el cumplimiento de los resultados previstos, la Oficina podrá de esta manera supervisar el avance de manera semestral, lo que le permitirá tomar medidas correctivas que deberían mejorar el grado general de cumplimiento.

20. El cuadro 1 muestra el grado de cumplimiento por área de trabajo.

**Cuadro 1. Grado de Cumplimiento por Áreas de Trabajo**

Área de trabajo	Grado de cumplimiento (%)
1. Prevención y control de las enfermedades transmisibles (CPC)	92
3. Alerta y respuesta ante epidemias (CSR)	96
4. Malaria (MAL)	98
5. Tuberculosis (TUB)	93
6. VIH/sida (HIV)	76
7. Vigilancia, prevención y gestión de las enfermedades crónicas (NCD)	96
8. Promoción de la salud (HPR)	68*
9. Salud mental y abuso de sustancias (MNH)	94
10. Tabaco (TOB)	90
11. Nutrición (NUT)	86
12. Salud y medio ambiente (PHE)	94
13. Inocuidad de los alimentos (FOS)	94
14. Violencia, traumatismos y discapacidades (INJ)	91
15. Salud reproductiva (RHR)	94
16. Reducción de los riesgos del embarazo (MPS)	98
17. Igualdad de género, mujer y salud (GWH)	89
18. Salud del niño y del adolescente (CAH)	86
19. Inmunización y desarrollo de vacunas (IVD)	83
20. Medicamentos esenciales (EDM)	84
21. Tecnologías sanitarias esenciales (BCT)	95
22. Formulación de políticas para la salud en el desarrollo (HSD)	93
23. Políticas relacionadas con los sistemas de salud y prestación de servicios sanitarios (HSP)	88
24. Recursos humanos para la salud (HRH)	97
25. Financiación de la salud y protección social (HFS)	98
26. Información sanitaria, pruebas científicas y políticas de investigación (IER)	91
27. Preparación y respuesta frente a emergencias (HAC)	97
28. Liderazgo y coordinación de la cooperación en los países (SCC)	73*
29. Gestión del conocimiento y tecnología de la información (KMI)	75
30. Planificación, coordinación de recursos y supervisión (BMR)	69*
31. Gestión de recursos humanos (HRS)	78
32. Gestión presupuestaria financiera (FNS)	97
33. Infraestructura y logística (ILS)	63*
34. Cuerpos Directivos (GBS)	100

<b>35. Relaciones externas (REC)</b>	<b>92</b>
<b>36. Dirección (DIR)</b>	<b>100</b>
<b>37. Operaciones de las representaciones de la OPS/OMS (COO)</b>	<b>86</b>
<b>38. Cooperación técnica entre los países (TCC)</b>	<b>75</b>
<b>Promedio para todas las áreas de trabajo</b>	<b>88</b>

- Las áreas de trabajo que presentan un grado de cumplimiento de menos de 75% están por debajo del nivel de desempeño previsto.

### Resultados Financieros

21. Con el fin de que resulte más sencillo entender este apartado, se utilizarán los siguientes términos y conceptos:

- El modelo de un solo programa, un solo presupuesto, utilizado en el presupuesto bienal por programas 2006-2007, presentaba un panorama completo de los recursos necesarios para ejecutar el programa de cooperación técnica en el bienio e incluía fondos de diversa procedencia:
  - “Presupuesto ordinario”, que comprende las cuotas de los países miembros e ingresos varios, al igual que la parte que le corresponde a la Región de las Américas de los fondos de la OMS.
  - “Otras fuentes”, que están integradas principalmente por las contribuciones voluntarias y se pueden dividir en dos categorías: 1) las contribuciones proyectadas que razonablemente se espera recibir, ya sea por un diálogo establecido y continuo con los socios o por un interés tradicional de algunos donantes con respecto a determinados temas; y 2) la parte sin financiamiento, que representa la brecha en la que la Oficina tendrá que centrar sus actividades de movilización de recursos.
- El presupuesto ordinario total aprobado incluye: una asignación especial denominada “componente variable de la asignación a los países” (que representa 5% de la asignación total a cada país) que se destina a los programas de país solamente, de acuerdo con los criterios aprobados por el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración; y una asignación especial para el seguro de enfermedad de los jubilados. Ninguna de estas dos asignaciones está incluida en la parte del presupuesto de las 37 áreas de trabajo (véase la parte D del cuadro 2 y el total A del cuadro 3).
- Los “fondos de los Estados Miembros destinados al financiamiento de proyectos internos” hacen referencia a los fondos recibidos de los gobiernos para ejecutar proyectos en sus propios países. Estos fondos se incluyen en el análisis de este informe como “Otras fuentes”. Cabe mencionar que esta fuente de contribuciones ascendió a US\$ 161 millones, o sea 47% del total de US\$ 340 millones recibidos por la Oficina por “Otras Fuentes”. Como resulta sumamente difícil de prever la naturaleza y el monto de estos fondos, no se los tuvo en cuenta en el cálculo

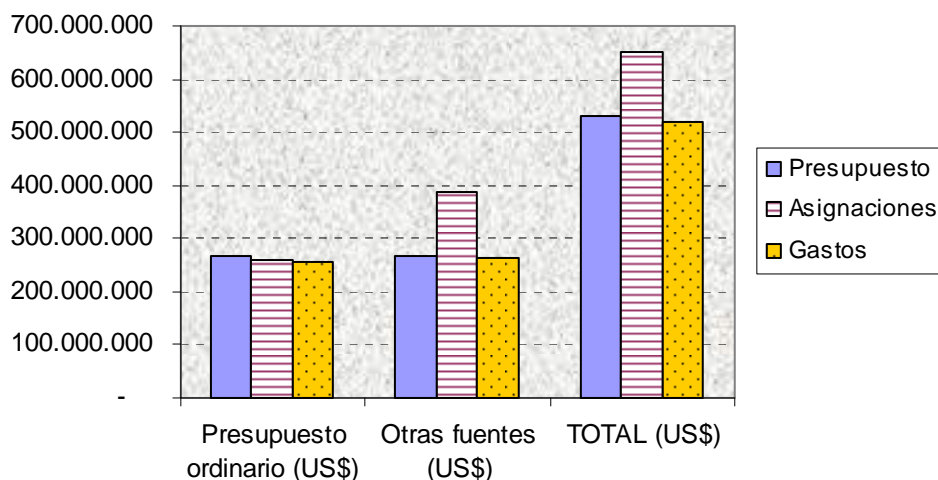


inicial de \$531 millones del presupuesto bienal por programas aprobado para el ejercicio 2006-2007.

- Los “montos asignados” hacen referencia al financiamiento real autorizado por la unidad de presupuesto y con el que se cuenta para destinarlo a las obligaciones de los asignatarios (es decir, los receptores y cualquier otra parte responsable de la utilización de esos fondos). Los fondos pueden provenir del Presupuesto Ordinario aprobado o de Otras Fuentes.
- Los “gastos” hacen referencia al desembolso de los fondos asignados y aprobados para adquirir bienes o servicios.
- El “porcentaje de ejecución” se refiere a los fondos gastados en relación con el porcentaje del monto asignado.

22. El gráfico 4 muestra los fondos totales presupuestados, asignados y utilizados del presupuesto bienal por programas correspondiente al ejercicio 2006-2007, divididos en el presupuesto ordinario y fondos procedentes de otras fuentes.

**Gráfico 4. Ejecución Financiera del Presupuesto Bienal por Programas correspondiente al ejercicio 2006-2007**



23. El presupuesto total de la OPS para el bienio 2006-2007 procedente de todas las fuentes de financiamiento fue de \$531 millones. De esta suma, \$265,6 millones, es decir alrededor de 50%, se financió por medio del presupuesto ordinario (las contribuciones señaladas aprobadas (cuotas) de los Estados Miembros de la OPS más otros ingresos). El otro 50% representa las necesidades calculadas que deben provenir de Otras Fuentes para poder financiar el presupuesto por programas en su totalidad.

24. El presupuesto se aprobó en nueve categorías de asignación que representaron las secciones programáticas del presupuesto, a saber: 1) enfermedades transmisibles, 2) enfermedades no transmisibles y reducción de los factores de riesgo, 3) desarrollo sostenible y salud ambiental, 4) salud familiar y comunitaria, 5) tecnologías sanitarias, 6) desarrollo de sistemas de salud, 7) gestión del conocimiento y tecnología de la información, 8) procesos de gestión y administración, y 9) presencia básica en los países. Las nueve secciones de asignación se desglosaron en 37 áreas de trabajo.

25. Además, hubo dos partidas separadas: 1) componente variable de la asignación a los países (que representa 5% del presupuesto total proyectado para el nivel de país) y 2) seguro de enfermedad de los jubilados (un gasto obligatorio para la OPS).

26. Se ejecutó 99% del presupuesto ordinario. Un estado completo de los gastos con respecto al presupuesto por sección de asignación se publica como estado IV en el Informe financiero del Director correspondiente al ejercicio 2006-2007 (*Documento Oficial 331*, que se presentará por primera vez ante el Comité Ejecutivo en su 142.<sup>a</sup> sesión a celebrarse en junio del 2008).

27. El cuadro 2 muestra el presupuesto total aprobado, las asignaciones y los gastos tanto del presupuesto ordinario como de otras fuentes, incluidos el componente variable de la asignación a los países, el seguro de enfermedad de los jubilados y los fondos de los Estados Miembros destinados a financiar proyectos internos.

**Cuadro 2. Presupuesto Bienal por Programas 2006-2007**  
**Presupuesto total Aprobado, Asignaciones y Gastos**

	Presupuesto ordinario (US\$) (A)	Otras fuentes (US\$) (B)	TOTAL (US\$) (C)=(A+B)	Componente variable y seguro* (D)	TOTAL actividades programáticas (US\$) (E)=(C)-(D)	Fondos de Estados Miembros para financiar proyectos internos TOTAL (US\$) (F)	Actividades programáticas, sin incluir los fondos de Estados Miembros para financiar proyectos internos TOTAL (US\$) (G)=(E)-(F)
Presupuesto	265.568.000	265.544.000	531.112.000	9.950.000	521.162.000		521.162.000
Asignaciones	260.758.870	389.435.995	650.194.865	5.140.870	645.053.995	160.702.911	484.351.084
Gastos	257.277.430	262.876.200	520.153.630	4.746.930	515.406.700	86.372.359	429.034.341

\* Componente variable de la asignación a los países y seguro de enfermedad de los jubilados.

28. El cuadro 3 muestra que se aprobó un presupuesto de \$531 millones, se asignaron \$645 millones y se gastaron \$515 millones. Estas sumas incluyen las actividades que se llevaron a cabo en el marco de las 38 áreas de trabajo, además de montos relacionados con el componente variable de la asignación a los países y el seguro de enfermedad de los jubilados. También se muestra otro cálculo que destaca el efecto de los \$161 millones recibidos en concepto de contribuciones voluntarias para proyectos internos (Estados Miembros que realizan contribuciones para financiar proyectos en sus propios países). Es

importante analizar esta suma por separado, dadas las repercusiones que tiene en las cifras de asignaciones informadas para otras fuentes frente al presupuesto original. En el caso de los fondos del presupuesto ordinario, es poca la diferencia que existe entre el presupuesto aprobado y el monto asignado, ya que al principio del ejercicio se conoce la cuantía de estos fondos y se organizan las actividades programáticas en consecuencia.

**Cuadro 3. Presupuesto Bienal por Programas 2006-2007: Total Presupuesto Aprobado, Asignaciones y Gastos por Área de Trabajo**

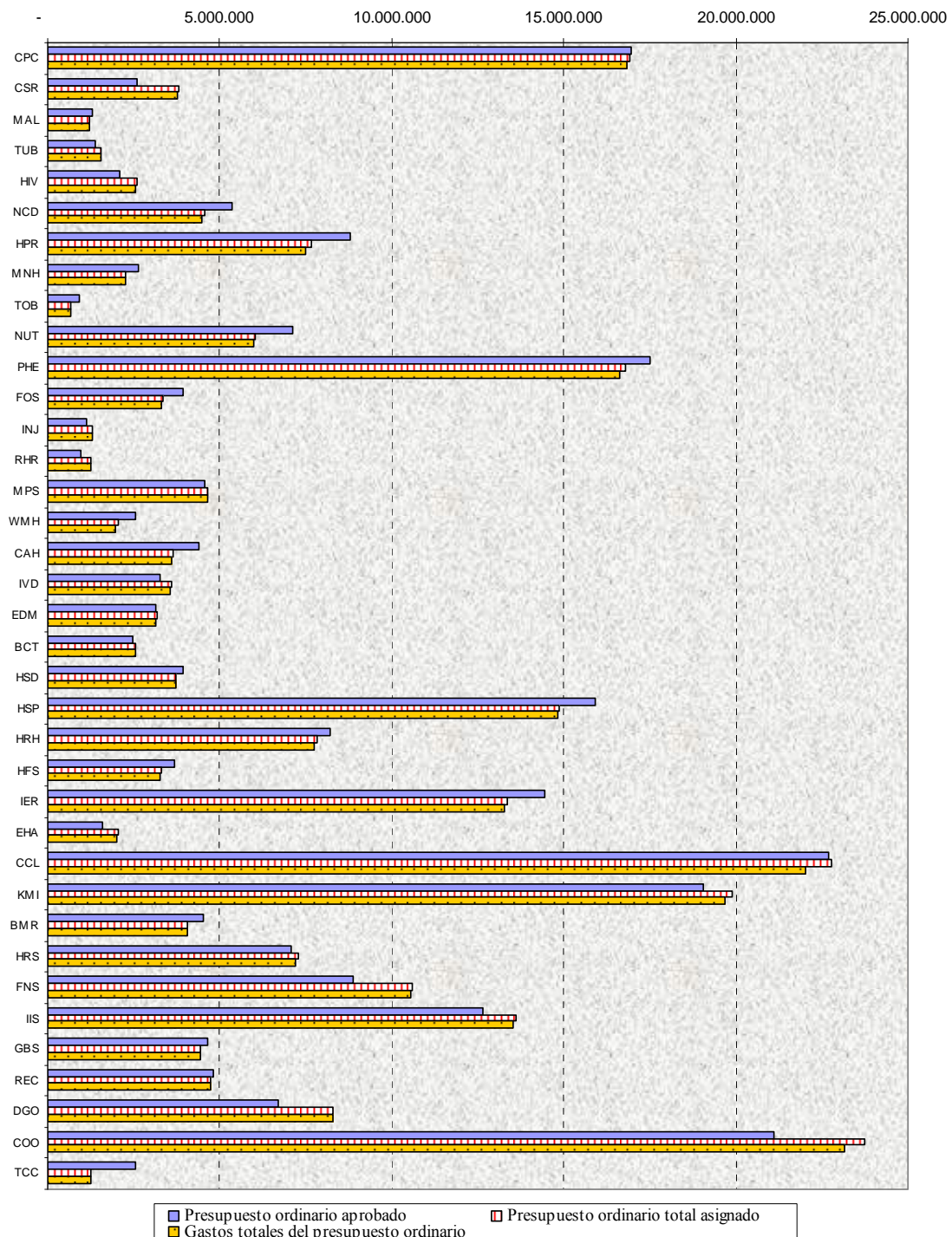
	Área de trabajo	Presupuesto ordinario aprobado	Presupuesto ordinario total asignado	Gastos totales del presupuesto ordinario	Porcentaje de ejecución del presupuesto ordinario	Presupuesto de otras fuentes aprobado	Fondos totales de otras fuentes asignados	Gastos totales de otras fuentes	Porcentaje de ejecución de fondos de otras fuentes	Presupuesto aprobado (ordinario y otras fuentes)	Fondos totales asignados (ordinario y otras fuentes)	Total gastos (ordinario y otras fuentes)	Porcentaje de ejecución (ordinario y otras fuentes)
1	CPC	16.969.600	16.932.054	16.840.100	99,5%	21.184.000	15.522.611	12.238.700	79%	38.153.600	32.454.665	29.078.800	90%
3	CSR	2.608.900	3.829.194	3.784.200	98,8%	5.422.000	25.918.248	18.202.400	70%	8.030.900	29.747.442	21.986.600	74%
4	MAL	1.296.500	1.231.099	1.217.900	98,9%	12.909.000	8.493.423	7.045.700	83%	14.205.500	9.724.522	8.263.600	85%
5	TUB	1.390.100	1.555.315	1.541.000	99,1%	5.973.000	20.149.079	9.818.100	49%	7.363.100	21.704.394	11.359.100	52%
6	HIV	2.081.800	2.602.793	2.535.500	97,4%	35.663.000	25.419.510	17.890.400	70%	37.744.800	28.022.303	20.425.900	73%
7	NCD	5.351.200	4.555.885	4.463.200	98,0%	5.217.000	4.828.190	2.563.500	53%	10.568.200	9.384.075	7.026.700	75%
8	HPR	8.787.100	7.661.164	7.497.900	97,9%	3.319.000	7.518.997	5.496.200	73%	12.106.100	15.180.161	12.994.100	86%
9	MNH	2.643.800	2.269.999	2.262.800	99,7%	3.680.000	1.340.024	804.300	60%	6.323.800	3.610.023	3.067.100	85%
10	TOB	906.800	678.026	666.100	98,2%	1.235.000	2.622.270	1.761.500	67%	2.141.800	3.300.296	2.427.600	74%
11	NUT	7.121.600	6.026.112	5.986.600	99,3%	4.428.000	3.705.607	2.795.100	75%	11.549.600	9.731.719	8.781.700	90%
12	PHE	17.520.700	16.781.746	16.622.500	99,1%	8.492.000	9.040.776	6.104.400	68%	26.012.700	25.822.522	22.726.900	88%
13	FOS	3.929.000	3.360.700	3.309.700	98,5%	3.851.000	681.918	393.500	58%	7.780.000	4.042.618	3.703.200	92%
14	INJ	1.141.700	1.309.203	1.293.400	98,8%	903.000	1.882.462	1.129.400	60%	2.044.700	3.191.665	2.422.800	76%
15	RHR	968.100	1.256.830	1.250.100	99,5%	1.219.000	431.198	307.300	71%	2.187.100	1.688.028	1.557.400	92%
16	MPS	4.558.900	4.640.267	4.636.400	99,9%	2.798.000	6.215.439	3.116.100	50%	7.356.900	10.855.706	7.752.500	71%
17	WMH	2.547.100	2.055.271	1.985.300	96,6%	1.808.000	3.241.825	2.197.000	68%	4.355.100	5.297.096	4.182.300	79%
18	CAH	4.413.800	3.643.703	3.606.800	99,0%	10.130.000	4.376.842	3.889.100	89%	14.543.800	8.020.545	7.495.900	93%
19	IVD	3.271.800	3.596.493	3.556.900	98,9%	20.555.000	35.707.460	28.176.100	79%	23.826.800	39.303.953	31.733.000	81%
20	EDM	3.150.700	3.190.347	3.140.000	98,4%	7.762.000	12.535.592	9.646.600	77%	10.912.700	15.725.939	12.786.600	81%
21	BCT	2.460.100	2.569.789	2.558.400	99,6%	2.002.000	3.706.188	2.166.600	58%	4.462.100	6.275.977	4.725.000	75%
22	HSD	3.917.400	3.743.010	3.736.400	99,8%	10.602.000	45.986.215	27.896.800	61%	14.519.400	49.729.225	31.633.200	64%
23	HSP	15.910.400	14.885.889	14.835.000	99,7%	19.648.000	10.841.207	9.144.000	84%	35.558.400	25.727.096	23.979.000	93%
24	HRH	8.226.400	7.816.633	7.744.100	99,1%	4.934.400	77.772.838	42.340.000	54%	13.160.400	85.589.471	50.084.100	59%
25	HFS	3.677.800	3.300.357	3.270.100	99,1%	3.847.000	3.213.794	2.268.100	71%	7.524.800	6.514.151	5.538.200	85%
26	IER	14.457.500	13.354.464	13.282.800	99,5%	6.087.000	3.684.641	1.979.300	54%	20.544.500	17.039.105	15.262.100	90%
27	EHA	1.597.600	2.032.176	2.005.500	98,7%	27.175.000	30.677.251	20.830.100	68%	28.772.600	32.709.427	22.835.600	70%
28	CCL	22.696.100	22.792.882	22.033.500	96,7%	4.010.000	2.230.911	1.598.500	72%	26.706.100	25.023.793	23.632.000	94%
29	KMI	19.072.100	19.904.343	19.700.700	99,0%	9.896.000	7.530.817	7.441.900	99%	28.968.100	27.435.160	27.142.600	99%
30	BMR	4.529.400	4.070.949	4.052.100	99,5%	1.045.000	580.414	579.700	100%	5.574.400	4.651.363	4.631.800	100%
31	HRS	7.068.800	7.273.380	7.193.400	98,9%	4.295.000	1.955.330	1.894.400	97%	11.363.800	9.228.710	9.087.800	98%
32	FNS	8.887.100	10.598.526	10.535.400	99,4%	1.874.000	4.244.830	4.222.600	99%	10.761.100	14.843.356	14.758.000	99%
33	IIS	12.661.200	13.615.502	13.526.100	99,3%	4.332.000	3.196.456	3.196.500	100%	16.993.200	16.811.958	16.722.600	99%
34	GBS	4.629.300	4.453.110	4.449.500	99,9%	1.583.000	139.846	139.600	100%	6.212.300	4.592.956	4.589.100	100%
35	REC	4.799.900	4.736.818	4.734.500	100,0%	812.000	1.272.036	1.261.800	99%	5.611.900	6.008.854	5.996.300	100%
36	DGO	6.685.200	8.307.287	8.270.600	99,6%	854.000	1.240.672	1.229.200	99%	7.539.200	9.547.959	9.499.800	99%
37	COO	21.124.500	23.728.465	23.165.500	97,6%	4.000.000	1.531.078	1.111.700	73%	25.124.500	25.259.543	24.277.200	96%
38	TOC	2.558.000	1.258.219	1.240.500	98,6%	2.000.000	-	-	-	4.558.000	1.258.219	1.240.500	99%
	<b>Subtotal actividades programáticas</b>	<b>255.618.000</b>	<b>255.618.000</b>	<b>252.530.500</b>	<b>99%</b>	<b>265.544.000</b>	<b>389.435.995</b>	<b>262.876.200</b>	<b>68%</b>	<b>521.162.000</b>	<b>645.053.995</b>	<b>515.406.700</b>	<b>80%</b>
	Más: Seguro jubilados	5.000.000	3.908.226	3.577.300		-	-	-		5.000.000	3.908.226	3.577.300	
	Componente variable	4.950.000	1.232.644	1.169.630		-	-	-		4.950.000	1.232.644	1.169.630	
	<b>Total - A</b>	<b>265.568.000</b>	<b>260.758.870</b>	<b>257.277.430</b>	<b>99%</b>	<b>265.544.000</b>	<b>389.435.995</b>	<b>262.876.200</b>	<b>68%</b>	<b>531.112.000</b>	<b>650.194.865</b>	<b>520.153.630</b>	<b>80%</b>

**Análisis: Presupuesto programático sin los recursos asignados por los Estados Miembros para proyectos internos**

<b>Subtotal actividades programáticas</b>	<b>255.618.000</b>	<b>255.618.000</b>	<b>252.530.500</b>		<b>265.544.000</b>	<b>389.435.995</b>	<b>262.876.200</b>		<b>521.162.000</b>	<b>645.053.995</b>	<b>515.406.700</b>	
Recursos de los Estados Miembros para proyectos internos						160.702.911	86.372.359		-	160.702.911	86.372.359	
<b>Total - B</b>	<b>255.618.000</b>	<b>255.618.000</b>	<b>252.530.500</b>	<b>99%</b>	<b>265.544.000</b>	<b>228.733.084</b>	<b>176.503.841</b>	<b>77%</b>	<b>521.162.000</b>	<b>484.351.084</b>	<b>429.034.341</b>	<b>89%</b>

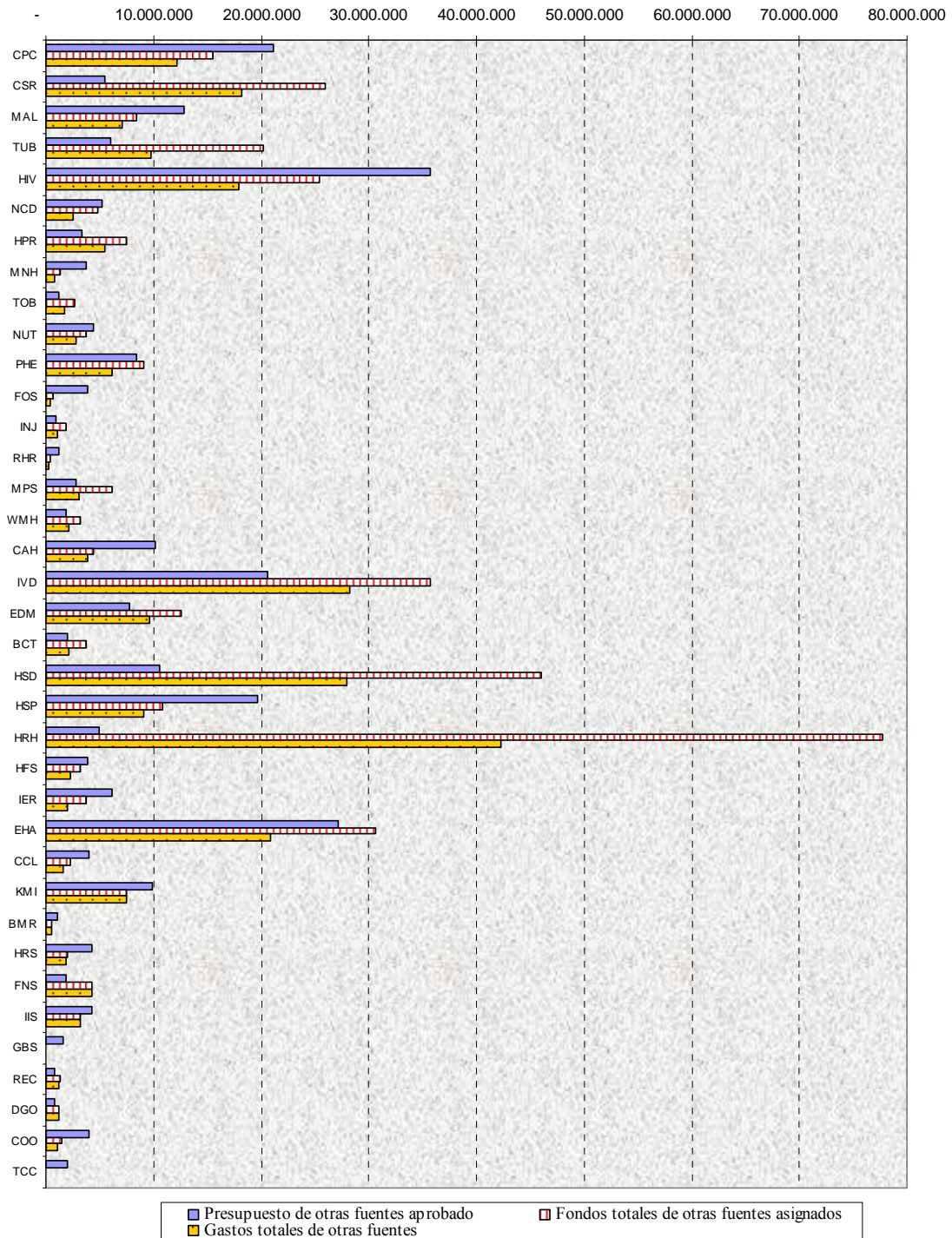
29. El gráfico 5 muestra la ejecución de las actividades programáticas del presupuesto ordinario por área de trabajo. Los gastos del presupuesto ordinario coinciden en términos generales con las sumas presupuestadas.

**Gráfico 5. Presupuesto Ordinario: Ejecución Financiera por Área de Trabajo**



30. El gráfico 6 muestra los gastos frente a las sumas asignadas y presupuestadas correspondientes a Otras Fuentes, por área de trabajo.

**Gráfico 6. Otras Fuentes: Ejecución Financiera por Área de Trabajo**



31. Las diferencias entre el presupuesto de otras fuentes y los valores de asignación pueden explicarse de la siguiente manera:

- la dificultad que representa calcular las necesidades durante la planificación, además de la imposibilidad de predecir las contribuciones que se recibirán de los asociados;
- los cambios en el interés de los asociados que realizan contribuciones voluntarias;
- el momento en que se reciben los recursos;
- la cuantía de los fondos recibidos de los Estados Miembros para proyectos internos (\$161 millones de contribuciones hechas por los Estados Miembros para proyectos a ejecutarse en su propio país).

32. A medida que la Oficina adquiera experiencia con respecto a este modo de planificación, esperamos que se reduzcan las incertidumbres en los cálculos. Sin embargo, la mayoría de los demás factores están fuera el control de la OSP, por lo que cabe esperarse que sigan produciendo una variación entre los presupuestos totales aprobados y las asignaciones.

33. La Oficina logró una tasa de ejecución de su presupuesto ordinario de 99% y de 68% con respecto al financiamiento proveniente de otras fuentes, lo que representa un grado de ejecución combinado de 80% de sus recursos totales. Como se indicó anteriormente, existe una distorsión por la gran cantidad de fondos recibidos de los Estados Miembros para realizar proyectos en sus propios países. Si se dejan de lado estos fondos en el cálculo, la tasa de ejecución de la Oficina asciende a 77% y el grado combinado de ejecución (todas las fuentes) aumenta a 89%.

34. Así pues, la ejecución del presupuesto ordinario, a pesar de ser distinta entre las diversas áreas de trabajo, es muy alta y asciende a 99%. La naturaleza de estos fondos permite una tasa mayor de ejecución que los fondos de otras fuentes porque no están destinados a un fin particular, se basan en los programas y están disponibles desde el principio del bienio.

35. Las diferencias entre los fondos asignados y utilizados provenientes de otras fuentes pueden atribuirse a:

- Las incertidumbres que surgen desde primera vez que se proyectan las contribuciones voluntarias: en algunas áreas de trabajo, el nivel de financiamiento recibido de otras fuentes diverge muchísimo de los montos presupuestados. En concreto, esto se relaciona con la naturaleza impredecible de las contribuciones voluntarias previstas y las recibidas de algunos asociados. Aunque algunos de los recursos específicos recibidos fueron en respuesta a las necesidades

presupuestadas de financiamiento, otros fueron entregados principalmente por iniciativa de nuestros asociados financieros y, por lo tanto, se destinaron a las áreas de trabajo que interesaban principalmente al donante. Aunque todos los recursos proporcionados para cualquier área de salud pública de la OPS son bien recibidos (siempre que se cuente con la capacidad adecuada de ejecución), estas contribuciones que los asociados deciden por su cuenta a menudo son mayores que lo previsto en algunas áreas de trabajo y menores en otras.

- La eficiencia interna de la ejecución, también conocida como capacidad de absorción, que no es pareja en todas las entidades.
- El momento en que se reciben los recursos de los asociados: algunas transferencias se hicieron apenas en el segundo año del bienio.
- Las contribuciones voluntarias pueden abarcar más de un bienio: los gastos en un bienio dado pueden exagerar el aumento o disminución del grado de eficiencia a lo largo de la duración del proyecto.
- La nueva política de reconocimiento del gasto (de acuerdo con las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público), que requirió un período de aprendizaje bastante intensivo para adaptarse a las nuevas políticas contables de registro del gasto en un ejercicio financiero específico.

36. Se han adoptado varias medidas para mejorar el grado de eficiencia en el próximo bienio 2008-2009:

- Se vigilarán continuamente las diferencias en cuanto a los recursos a nivel de los Objetivos Estratégicos y en los Planes de Trabajo Bienales (PTB).
- La función de movilización de recursos mejorará el diálogo con los asociados para procurar que las contribuciones voluntarias concuerden adecuadamente con los objetivos de planificación, se utilicen para mitigar la carencia de recursos y se reciban las transferencias de manera oportuna.
- Se están elaborando informes de seguimiento de las contribuciones voluntarias con respecto al ciclo de vida de cada proyecto a fin de complementar la información bienal.
- Para fines informativos, los proyectos internos se están separando de otros proyectos financiados mediante contribuciones voluntarias.
- Se está reforzando la función de coordinación de recursos. Esta función analizará periódicamente el estado de las brechas de recursos a fin de brindar orientación a la función de movilización de recursos. También considerará la capacidad de absorción para proponer la reasignación de recursos que, manteniendo los compromisos y las responsabilidades fiduciarias, aumentará la probabilidad de que se utilicen plenamente los recursos donde más se necesiten.



37. En algunos casos, la diferencia entre los fondos recibidos y los fondos presupuestados surge en gran parte por los fondos que provienen de los Estados Miembros para financiar sus propios proyectos, según se muestra en el cuadro 4 a continuación.

**Cuadro 4. Ejemplo de Fondos Provenientes de los Estados Miembros para Financiar sus Propios Proyectos, por Área de Trabajo**

Área de trabajo	Presupuesto aprobado proveniente de otras fuentes	Fondos totales asignados provenientes de otras fuentes	Gastos totales de fondos provenientes de otras fuentes	Porcentaje de ejecución de los fondos provenientes de otras fuentes	Financiamiento por los Estados Miembros de sus propios proyectos internos
CSR	5.422.000	25.918.248	18.202.400	70%	15.430.419
TUB	5.973.000	20.149.079	9.818.100	49%	8.508.600
EDM	7.762.000	12.535.592	9.646.600	77%	6.323.752
HSD	10.602.000	45.986.215	27.896.800	61%	35.657.950
HRH	4.934.000	77.772.838	42.340.000	54%	75.490.473

38. La Oficina es consciente de que el hecho de que los Estados Miembros financien sus propios proyectos internos conlleva repercusiones y le ha planteado el asunto a los Cuerpos Directivos. A juzgar por la gran cuantía de los fondos confiados a la Oficina y el interés creciente de varios Estados Miembros en que se siga aplicando esta modalidad, es claro que existe la necesidad de utilizar este tipo de arreglo. No obstante, la índole del proceso de programación puede distorsionarse en cierta medida si las prioridades nacionales no se determinan a tiempo para incorporarlas en el proceso de planificación institucional. Como consecuencia, y esto puede comprobarse en el cuadro 4, los agrupamientos programáticos (las áreas de trabajo para el bienio que se examina) pueden mostrar un nivel de financiamiento de otra procedencia que excede por amplio margen el monto mencionado en el plan original. A pesar de todo, como se trata de fondos destinados para un objetivo específico, no se pueden utilizar para satisfacer las necesidades institucionales y solo pueden ser utilizados por el Estado Miembro correspondiente. De ahí que pueda distorsionarse el nivel de los recursos y que ello repercuta en las áreas de trabajo. Debería considerarse la conveniencia de usar un instrumento por separado que permitiera separar el análisis de estos fondos de los recursos más convencionales de la Oficina, si es que esta modalidad va a seguir aumentando como lo han solicitado los Estados Miembros.

### **Política del Presupuesto Regional por Programas**

39. El bienio 2006-2007 fue el primero de los tres bienios que abarca la Política del Presupuesto Regional por Programas actual, aprobada por los Estados Miembros en septiembre del 2004, en ocasión del 45.º Consejo Directivo. De acuerdo con uno de sus

objetivos, la política ha aumentado el nivel de recursos asignados a los países y las subregiones, sumas ambas que se toman del nivel regional. El nivel efectivo de recursos asignados durante los bienios muestra que se destina al nivel de país un porcentaje mucho mayor del que estipula la política, casi el mismo nivel para las subregiones y mucho menos se destina al nivel regional.

40. En el cuadro 5 que figura a continuación se comparan los porcentajes estipulados en la Política del Presupuesto Regional por Programas frente a los niveles reales asignados a los tres niveles. Aunque gran parte del trabajo realizado a los niveles regional y subregional es en apoyo directo de los países, la mayor parte del financiamiento (52%) se proporcionó directamente a los programas de país.

**Cuadro 5. Política del Presupuesto Regional por Programas: niveles proyectados frente a los niveles reales asignados en el bienio 2006-2007**

	Nivel proyectado según la Política	Total asignado
País	38,0%	51,9%
Regional	55,6%	42,7%
Subregional	6,4%	5,3%
	100,0%	100,0%

### **Análisis de la Ejecución a nivel Subregional**

41. La introducción formal del nivel subregional reconoce los procesos de integración que tienen lugar entre los Estados Miembros a este nivel; responde a la necesidad de recibir apoyo para alcanzar las metas subregionales en materia de salud; reconoce que algunos asuntos de salud se abordan mejor mediante la acción colectiva en este nivel; y procura dar más énfasis a los países dentro de la programación de la Organización.

42. La Política del Presupuesto Regional por Programas reconoció inicialmente cinco procesos de integración subregional:

- La Comunidad y el Mercado Común del Caribe (CARICOM)
- El Sistema de Integración Centroamericana (SICA)
- La Comunidad Andina de Naciones (CAN)
- El MERCOSUR
- El Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN)

43. Durante el bienio 2006-2007, la cooperación técnica de la OPS a nivel subregional se proporcionó por medio de:

- Nuevos programas subregionales de cooperación técnica (presupuesto bienal por programas) para apoyar los programas de acción sanitaria subregionales de SICA, CAN y MERCOSUR, respectivamente. Este fue el primer bienio en que la OPS ejecutó programa y presupuesto bienal (BPB) en estas subregiones.
- La oficina de Coordinación de Programas del Caribe (CPC) y la oficina de los Estados del Caribe Oriental (ECC), ambas en apoyo de CARICOM.
- La Oficina de Campo de la OPS en la Frontera México-Estados Unidos (El Paso, Texas), creada en 1942 y la única oficina local de la OMS que presta cooperación técnica en una frontera hasta la fecha, en apoyo del TLCAN.
- Los centros subregionales de la OPS: el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) y el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC).

44. En los siguientes párrafos se presenta la ejecución financiera por áreas de trabajo en las diferentes subregiones mencionadas. Además, se realiza una comparación del presupuesto que diferencia los costos del personal de plazo fijo de los costos de otro tipo. Las oficinas subregionales de la OPS con una presencia física, como las del Caribe o la de la frontera entre México y los Estados Unidos, tienen presupuestos mayores para solventar los costos de infraestructura y de operación. Estas oficinas también tienen un porcentaje mayor de su presupuesto destinado a la parte de puestos.

#### 45. Subregión Andina

**Cuadro 6. Ejecución Financiera por Área de Trabajo  
BPB de la Subregión Andina**

Área de trabajo	Presupuesto ordinario total asignado	Gastos totales del presupuesto ordinario	Porcentaje de ejecución del presupuesto ordinario
BCT	10.000	9.067	91
CCL	85.100	74.174	87
CPC	17.000	15.841	93
CSR	100.000	60.743	61
EDM	70.000	66.497	95
HIV	12.000	11.174	93
HRH	402.400	383.572	95
HSP	40.000	40.000	100
IER	52.800	43.059	82
KMI	12.000	12.000	100
PHE	18.000	16.662	93
<b>Total</b>	<b>819.300</b>	<b>732.790</b>	<b>89</b>

**Cuadro 7. Ejecución Financiera por Categoría Principal de Costos  
 BPB de la Subregión Andina**

Categoría de costos	Asignación	Gasto
Personal	350.400	335.924
No correspondientes al personal	468.900	396.866
<b>Total</b>	<b>819.300</b>	<b>732.790</b>

46. **Subregión Centroamericana**

**Cuadro 8. Ejecución Financiera por Área de Trabajo  
 BPB de la Subregión Centroamericana**

Área de trabajo	Presupuesto ordinario total asignado	Gastos totales del presupuesto ordinario	Porcentaje de ejecución del presupuesto ordinario
BMR	27.000	26.895	100
CCL	128.100	73.830	58
CSR	20.000	17.006	85
HFS	10.000	10.000	100
HRH	342.800	265.563	77
HSD	27.308	27.268	100
IER	45.900	45.900	100
<b>Total</b>	<b>601.108</b>	<b>466.463</b>	<b>78</b>

**Cuadro 9. Ejecución Financiera por Categoría Principal de Costos  
 BPB de la Subregión Centroamericana**

Categoría de costos	Asignación	Gasto
Personal	292.800	220.286
No correspondientes al personal	308.308	246.177
<b>Total</b>	<b>601.108</b>	<b>466.463</b>

**Cuadro 10. Ejecución Financiera por Área de Trabajo  
 BPB del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP)**

Área de trabajo	Presupuesto ordinario total asignado	Gastos totales del presupuesto ordinario	Porcentaje de ejecución del presupuesto ordinario
NUT	2.221.572	2.205.773	99
<b>Total</b>	<b>2.221.572</b>	<b>2.205.773</b>	<b>99</b>

**Cuadro 11. Ejecución Financiera por Categoría Principal de Costos  
BPB del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP)**

Categoría de costos	Asignación	Gasto
Personal	423.672	407.873
No correspondientes al personal	1.797.900	1.797.900
<b>Total</b>	<b>2.221.572</b>	<b>2.672.236</b>

47. Subregión del Cono Sur

**Cuadro 12. Ejecución Financiera por Área de Trabajo  
BPB de la subregión del Cono Sur**

Área de trabajo	Presupuesto ordinario total asignado	Gastos totales del presupuesto ordinario	Porcentaje de ejecución del presupuesto ordinario
CCL	85.200	63.101	74
CPC	3.000	-	0
CSR	10.000	9.999	100
EDM	20.000	10.000	50
HRH	338.000	222.091	66
HSD	30.000	29.905	100
HSP	75.000	57.900	77
IER	10.000	9.938	99
PHE	11.774	11.773	100
<b>Total</b>	<b>582.974</b>	<b>414.707</b>	<b>72</b>

**Cuadro. 13. Ejecución Financiera por Categoría Principal de Costos  
BPB de la Subregión del Cono Sur**

Categoría de costos	Asignación	Gasto
Personal	288.000	204.012
No correspondientes al personal	294.974	210.695
<b>Total</b>	<b>582.974</b>	<b>414.707</b>

48. Subregión del Caribe

**Cuadro 14. Ejecución Financiera por Área de Trabajo  
 BPB de la Subregión del Caribe (OCPC y OECC)**

Área de trabajo	Presupuesto ordinario total asignado	Gastos totales del presupuesto ordinario	Porcentaje de ejecución del presupuesto ordinario
CCL	1.668.976	1.601.701	96
CPC	182.665	178.030	97
CSR	39.000	21.807	56
HFS	215.729	215.720	100
HRH	366.600	265.853	73
HSP	32.257	31.225	97
IER	815.686	812.144	100
PHE	534.463	515.494	96
HPR	395.479	391.751	99
NCD	201.710	199.589	99
COO	1.374.404	1.354.413	99
FOS	320.019	307.900	96
MNH	25.000	16.980	68
RHR	394.544	393.500	100
<b>Total</b>	<b>6.566.532</b>	<b>6.306.105</b>	<b>96</b>

**Cuadro. 15. Ejecución Financiera por Categoría Principal de Costos  
 BPB de la Subregión del Caribe (OCPC y OECC)**

Categoría de costos	Asignación	Gasto
Personal	<b>4.759.108</b>	4.639.435
No correspondientes al personal	<b>1.807.424</b>	<b>1.666.670</b>
<b>Total</b>	<b>6.566.532</b>	<b>6.306.105</b>

**Cuadro 16. Ejecución Financiera por Área de Trabajo  
 BPB del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI)**

Área de trabajo	Presupuesto ordinario total asignado	Gastos totales del presupuesto ordinario	Porcentaje de ejecución del presupuesto ordinario
HIV	113.000	103.213	91
HPR	35.500	27.142	76
NCD	64.500	61.381	95
COO	200.000	198.275	99
FOS	20.000	16.823	84
NUT	1.822.882	1.728.058	95
<b>Total</b>	<b>2.255.882</b>	<b>2.134.892</b>	<b>95</b>

**Cuadro 17. Ejecución Financiera por Categoría Principal de Costos  
 BPB del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI)**

Categoría de costos	Asignación	Gasto
Personal	1.160.022	1.157.093
No correspondientes al personal	1.095.860	977.800
<b>Total</b>	<b>2.255.882</b>	<b>2.134.892</b>

**Cuadro 18. Ejecución Financiera por Área de Trabajo  
 BPB del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC)**

Área de trabajo	Presupuesto ordinario total asignado	Gastos totales del presupuesto ordinario	Porcentaje de ejecución del presupuesto ordinario
BCT	330.763	257.676	78
CPC	869.730	867.157	100
FOS	109.000	106.281	98
<b>Total</b>	<b>1.309.493</b>	<b>1.231.113</b>	<b>94</b>

**Cuadro 19. Ejecución Financiera por Categoría Principal de Costos  
 BPB del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC)**

Categoría de costos	Asignación	Gasto
Personal	1.200.493	1.124.833
No correspondientes al personal	109.000	106.281
<b>Total</b>	<b>1.309.493</b>	<b>1.231.113</b>

#### 49. Oficina de Campo de la OPS en la Frontera México-Estados Unidos (FO/USMB)

##### Cuadro 20. Ejecución Financiera por Área de Trabajo

BPB de la Oficina de Campo de la OPS en la Frontera México-Estados Unidos (FO/USMB)

Área de trabajo	Presupuesto ordinario total asignado	Gastos totales del presupuesto ordinario	Porcentaje de ejecución del presupuesto ordinario
CCL	664.161	662.160	100
HSD	86.076	86.076	100
IER	17.500	17.499	100
KMI	96.125	96.077	100
PHE	7.801	7.734	99
HPR	169.391	167.840	99
HRS	380.473	380.411	100
NCD	12.601	11.705	93
<b>Total</b>	<b>1.434.128</b>	<b>1.429.503</b>	<b>100</b>

##### Cuadro 21. Ejecución Financiera por Categoría Principal de Costos

BPB de la Oficina de Campo de la OPS en la Frontera México-Estados Unidos (FO/USMB)

Categoría de costos	Asignación	Gasto
Personal	430.128	428.301
No correspondientes al personal	1.004.000	1.001.202
<b>Total</b>	<b>1.434.128</b>	<b>1.429.503</b>

#### Evaluación por Área de Trabajo

50. De acuerdo con la estructura del presupuesto por programas correspondiente al ejercicio 2006-2007, en el anexo se presentan los logros principales para cada área de trabajo. Cada una de estas áreas tiene una estructura normalizada que consta de las siguientes partes:

- Número y título del área de trabajo
- Meta del área de trabajo y logros correspondientes
- Objetivo de la OPS para el área de trabajo y logros correspondientes
- Cifras reales a fines del 2007 para cada indicador relacionado con un resultado previsto a nivel regional, junto con una explicación (obligatoria si no se cumplió la meta establecida para el 2007)
- Lecciones extraídas
- Ejecución financiera.



### **Intervención del Consejo Directivo**

51. La Oficina Sanitaria Panamericana somete ese informe de ejecución a la consideración y aprobación del 48.º Consejo Directivo.

### **Anexo**



## EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN POR ÁREA DE TRABAJO

### EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN POR ÁREA DE TRABAJO

#### 1. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES (CPC)

**Grado general de cumplimiento: 92%**

<b>META:</b> Eliminar las enfermedades desatendidas y reducir la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad debidas a enfermedades transmisibles nuevas y emergentes.
<b>CUMPLIMIENTO DE ESTA META:</b> Aunque no se ha logrado eliminar ninguna enfermedad desatendida de toda la Región durante el bienio, se lograron adelantos importantes contra varias enfermedades, incluida la eliminación de los focos de transmisión de oncocercosis en Guatemala, Colombia, Ecuador y México, y la comprobación por parte de Brasil de la interrupción de la filariasis en Belém (Paraguay). Al menos una docena de países se han comprometido a poner en marcha iniciativas contra la helmintiasis y la esquistosomiasis transmitidas por contacto con el suelo o aumentar las iniciativas antihelmínticas existentes; se está probando un modelo integrado en cinco países. La transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas por <i>Rhodnius prolixus</i> se ha acabado en otros dos países y cinco países han aumentado su cobertura de detección de esta enfermedad en los bancos de sangre. Cuatro países mejoraron sus iniciativas de control de la leishmaniasis con el apoyo de la OPS. Al menos dos países aumentaron su capacidad de investigación sobre las enfermedades desatendidas con el apoyo de la OPS o crearon nuevos métodos de intervención basados en la investigación; se dio especial importancia a los instrumentos de análisis económico y a la investigación sobre la rentabilidad de la eliminación de la enfermedad de Chagas.
<b>OBJETIVO DE LA OPS:</b> Ayudar a los países a fortalecer la prevención, el control y, cuando corresponda, la erradicación o la eliminación de las enfermedades transmisibles y lograr el indicador programático clave acordado a nivel mundial.
<b>CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE LA OPS:</b> La OPS ayudó a casi todos los países de la Región durante este bienio para que fortalecieran sus iniciativas de prevención, control y eliminación de las enfermedades desatendidas, en apoyo de los indicadores mundiales para la eliminación de la filariasis y de la oncocercosis, la reducción de lepra y los indicadores regionales para la eliminación de la enfermedad de Chagas y el control del dengue. Trece países han aplicado programas integrados de control del dengue y diez utilizan la estrategia de “comunicación para el impacto conductual” (COMBI) como parte de sus programas. Seis países han aplicado la estrategia mundial para la reducción de la lepra y cuatro siguen las directrices de la OMS para la eliminación de la filariasis. Varios países han fortalecido o ampliado sus programas de control de la enfermedad de Chagas, el dengue, la leishmaniasis, la lepra y la helmintiasis transmitida por contacto con el suelo. Durante el bienio, 19 países empezaron a participar en el programa regional de vigilancia de la lepra y varios países ahora comparten sus datos de vigilancia de la cobertura antihelmíntica con la OPS.
<b>PR 1.1 Capacidad aumentada para planificar, aplicar y vigilar los programas para la prevención y el control del dengue especialmente en los países clave</b>

<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
1.1.1	Número de países que adoptan y que ejecutan una estrategia integrada para la prevención y el control del dengue; con recomendaciones para actividades de promoción de la salud	2	13	<b>14</b>	<b>Catorce países de la Región de las Américas han elaborado su estrategia nacional de gestión integrada para la prevención y el control del dengue (EGI-dengue): seis países centroamericanos (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá), uno del Caribe (República Dominicana) y siete países de América del Sur (Venezuela, Colombia, Paraguay, Perú, Ecuador, Argentina y Brasil). Además también se han elaborado dos estrategias subregionales con respecto a este tema, una en Centroamérica y la otra para los estados miembros y asociados del MERCOSUR.</b>
1.1.2	Número de países donde se realizó una evaluación externa del plan nacional para la prevención y el control del dengue sobre la base de una estrategia integrada, en colaboración con la OPS	3	10	<b>4</b>	<b>En este período, cuatro de los diez países programados realizaron actividades de seguimiento y evaluación de la Estrategia de Gestión Integrada para la prevención y el control del dengue (EGI-dengue): Nicaragua, El Salvador, Costa Rica y Brasil. Los brotes de dengue y las situaciones de emergencia en varios países retrasaron el proceso de evaluación. Este proceso continuará durante el bienio 2008-2009.</b>
1.1.3	Número de países en la Región que han participado en actividades de capacitación para la metodología COMBI (comunicación para el impacto conductual en el ámbito del dengue que procura modificar comportamientos que llevarán a la eliminación de los criaderos de vectores)	17	22	<b>23</b>	<b>Se realizaron talleres en relación con el método COMBI en Perú, Nicaragua y en cuatro países del Caribe (Haití, Martinica, Guayana Francesa y Guadalupe); en total se capacitó a 23 países frente al plan original de 22. Se preparó un informe técnico sobre el método COMBI a fin de difundir los resultados a todos los países y planificar actividades futuras.</b>
1.1.4	Número de países con un plan COMBI	0	8	<b>10</b>	<b>Diez planes COMBI están en ejecución frente a los ocho planificados originalmente. Planes en Costa Rica, Colombia, Brasil, Ecuador, Perú, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, República Dominicana y Paraguay.</b>
1.1.5	Número de países que han estandarizado el	4	20	<b>9</b>	<b>Se está diseñando nuevamente la página web de</b>

	procesamiento de la información epidemiológica para generar datos uniformes sobre la notificación de estadísticas sobre el dengue a DENGUE-NET				<b>DengueNet para facilitar la incorporación de datos. En el 2007 se celebró una reunión de DengueNet en Panamá con el fin de redactar las nuevas líneas, el contenido y las modalidades de presentación de la información. Se han reincorporado algunos países como Paraguay y se recibió la solicitud de Venezuela. De los 20 países proyectados originalmente, 9 están presentando la información de manera irregular, principalmente por razones técnicas: El Salvador, Brasil, Cuba, República Dominicana, Guatemala, Martinica, México, Nicaragua y Venezuela, y están trabajando en la presentación periódica de los informes.</b>
<b>RPR 1.2 Respaldo a los países que aún deben eliminar la filariasis linfática, y la oncocercosis con el propósito de acelerar los esfuerzos hacia el cumplimiento de las metas regionales acordadas</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
1.2.1	Número de países vulnerables con programas nacionales para la eliminación de la filariasis linfática que han lanzado el componente total para la administración masiva de medicamentos (AMM) según las normas de la OMS y la cooperación técnica de la OPS	2	4	<b>4</b>	<b>Brasil, Haití, República Dominicana y Guyana</b>
1.2.2	Número de países con programas nacionales para la eliminación de la filariasis linfática que han lanzado un componente integral de morbilidad con cooperación técnica de la OPS	3	4	<b>4</b>	<b>Brasil, Haití, República Dominicana y Guyana</b>
1.2.3	Número de ejercicios finalizados para la Región de validación de herramientas para comprobar la interrupción de la transmisión de la filariasis linfática, patrocinados por la OPS	0	1	<b>1</b>	<b>Brasil</b>
1.2.4	Número de países con oncocercosis endémica que alcanzan las tasas necesarias de cobertura de tratamiento $\geq 85\%$ durante un mínimo de 6 años, a raíz de la cooperación técnica con la OPS y otros socios mundiales	1	4	<b>5</b>	<b>Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala y México Se superó este objetivo.</b>

1.2.5	Número de países que han realizado las evaluaciones externas del programa para eliminar la oncocercosis patrocinadas por la OPS/OMS conjuntamente	2	4	6	<b>Brasil, Venezuela, Colombia, Ecuador, Guatemala y México</b> <b>Se superó este objetivo.</b>
<b>RPR 1.3 Se habrán creado condiciones que permitan llevar a cabo estrategias integradas para el tratamiento y la atención de la salud y enfermedades múltiples con el fin de controlar la geohelmintiasis y la esquistosomiasis.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
1.3.1	Número de países que han preparado planes de acción integrados para enfermedades múltiples con el propósito de controlar las infecciones geohelmínticas y la esquistosomiasis con la cooperación técnica de la OPS	8	10	12	<b>Haití, República Dominicana, Belice, Honduras, Nicaragua, Ecuador, Bolivia, Argentina, Guyana, Suriname, Brasil y Santa Lucía</b>
1.3.2	Número de países donde la OPS ha participado en la formulación o el financiamiento de intervenciones piloto integradas para enfermedades múltiples, con el propósito de controlar las infecciones geohelmínticas y la esquistosomiasis	4	5	5	<b>Honduras, Belice, Brasil, Suriname y Bolivia</b>
<b>RPR 1.4 Se habrán promovido y evaluado actividades para eliminar la lepra como un problema de salud pública, así como la consolidación y sostenibilidad de esas actividades.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
1.4.1	Número de países prioritarios que habrán aplicado la estrategia mundial para la reducción de la carga de morbilidad de la lepra y la sostenibilidad de las actividades para la lucha contra esta enfermedad	0	6	6	<b>Ecuador, República Dominicana, Paraguay, Brasil, Trinidad y Tobago, Jamaica</b>
1.4.2	Número de municipios en el Brasil que tienen implantada la logística adecuada para aplicar el tratamiento multimedicamentoso con cobertura del orden del 100%	3.557	4.028	4.028	
1.4.3	Número de países que contribuyen al programa regional de vigilancia de la lepra	0	19	19	<b>Argentina, Bahamas, Belice, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, El Salvador, Ecuador, Guatemala, Guyana, Jamaica, Perú, Paraguay, Santa Lucía, Trinidad y Tobago, Suriname, Venezuela, Uruguay</b>
1.4.4	Número de evaluaciones programáticas externas patrocinadas o copatrocinadas por la OPS en el bienio	0	4	4	<b>Argentina, Ecuador, Paraguay y República Dominicana</b>

<b>RPR 1.5 Se habrán ampliado y consolidado las zonas de interrupción de la transmisión de la enfermedad de Chagas por <i>Triatoma infestans</i>, en el Cono Sur, y por <i>Rhodnius prolixus</i>, en Centroamérica, y estarán en pleno funcionamiento las iniciativas de México, los países andinos y la cuenca amazónica, con resultados de control, en cumplimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio 6 y la Meta 8 para reducir la incidencia, prevalencia, la morbilidad y la mortalidad de la enfermedad de Chagas.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
1.5.1	Número de países en los cuales es viable interrumpir la transmisión por <i>Triatoma infestans</i> y se ha logrado	3	5	3	Paraguay detuvo la transmisión en la zona oriental (donde se encuentra 90% de la población paraguaya). En la zona occidental del Chaco se redujo la transmisión, sin embargo aún no se la ha logrado interrumpir. En la Argentina sigue habiendo transmisión en las provincias de la región biogeográfica del Chaco.
1.5.2	Número de países en los cuales no es viable interrumpir la transmisión por <i>Triatoma infestans</i> pero se ha reducido la transmisión	0	1	3	Bolivia, Paraguay y Argentina han reducido la transmisión vectorial. Bolivia: 40% Paraguay: 90% Argentina: 50% Infantil (0 a 5 años de edad) Reducción de la seroprevalencia
1.5.3	Número de países en los cuales es viable interrumpir la transmisión por <i>Rhodnius prolixus</i> y se ha logrado	1	3	3	Guatemala, Honduras y El Salvador
1.5.4	Número de países en los cuales no es viable interrumpir la transmisión por <i>R. prolixus</i> y otros vectores pero donde se ha reducido la transmisión	0	2	2	Nicaragua y Costa Rica
1.5.5	Número de iniciativas subregionales con resultados nacionales de control o vigilancia en ejecución	3	5	5	
1.5.6	Número de países que registran un aumento de la cobertura y la calidad del tamizaje de los bancos de sangre en relación con la enfermedad de Chagas	15	20	20	Argentina, Chile, Uruguay, Bolivia, Paraguay, Perú, Ecuador, Colombia, Venezuela, Brasil, Guyana, Suriname, Panamá, Costa Rica, Nicaragua, Honduras, Belice, Guatemala, México, El Salvador
<b>RPR 1.6 Se habrán propiciado las condiciones para erradicar la fiebre aftosa, proteger las zonas libres y mantener la Región libre de “enfermedad de la vaca loca” (encefalopatía espongiforme bovina [EEB]).</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real a diciembre</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>

				<b>del 2007</b>	
1.6.1	Número de países y zonas del Cono Sur y el Brasil (con excepción de la región amazónica) libres de fiebre aftosa	9	11	<b>9</b>	<b>Algunos de los países tienen zonas que se consideran exentas de fiebre aftosa</b>
1.6.2	Número de países con sistemas de vigilancia epidemiológica para enfermedad vesicular que se mantendrán en toda la región	35	35	<b>35</b>	
1.6.3	América Latina y el Caribe habrán mantenido su situación libre de EEB	33	33	<b>33</b>	<b>La Organización Mundial de Sanidad Animal definió nuevamente los criterios de la condición de exento de la enfermedad. No se notificaron casos de encefalopatía espongiforme bovina (EEB) ni de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob en América Latina y el Caribe.</b>
1.6.4	Número de países en los cuales se habrán auditado los programas contra la fiebre aftosa	6	11	<b>11</b>	<b>Iniciales: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. Previstos que cumplieron la meta: los anteriores y Colombia, Venezuela, Ecuador, Perú y Guyana.</b>

<b>RPR 1.7 Se habrá eliminado prácticamente la rabia humana transmitida por perros; se vigilará epidemiológicamente la rabia selvática; y se habrá apoyado a los países en la puesta en práctica de los programas de control en relación con la tuberculosis bovina y la equinococosis.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
1.7.1	Reducción del número de países que aún tienen que eliminar la rabia humana transmitida por perros	8	11	<b>8</b>	<b>Se establecieron los factores determinantes principales de la persistencia de la rabia humana transmitida por perros para cada país. Se reformuló esta meta para el período 2008-2012. Punto de comparación: Bolivia, Brasil, El Salvador, Guadalupe, Haití, México, República Dominicana, Venezuela. Previstos (pero que no cumplieron la meta): Bolivia, El Salvador, Haití</b>
1.7.2	Número de países en América Latina con sistemas en funcionamiento para la vigilancia de la rabia que presentan informes sistemáticamente a la OPS	18	21	<b>21</b>	<b>Punto de comparación: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guadalupe, Honduras, México, Nicaragua,</b>



					Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Venezuela. Previstos que cumplieron la meta: los anteriores y Guyana, Haití y Suriname
1.7.3	Número de países en América Latina y el Caribe que recibieron la cooperación técnica de la OPS para controlar la tuberculosis bovina y la equinococosis	12	12	12	Punto de comparación y meta: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Venezuela
<b>RPR 1.8 Se habrán suministrado directrices para la prevención y el control de las pestes de leishmaniasis y rickettsiosis.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
1.8.1	Número de países que recibieron orientación y base técnica para tomar decisiones de política en relación con las pestes de leishmaniasis y rickettsiosis	0	15	4 para leishmaniasis	Se proporcionó cooperación técnica solo a Brasil, Bolivia, Ecuador y Venezuela debido a que se cuenta con recursos económicos limitados. Se preparó un proyecto para fortalecer las iniciativas contra la leishmaniasis en la Región de las Américas y se le presentó a la cooperación española. Se llevará a cabo durante el 2008. Se recibió financiamiento externo para las enfermedades transmisibles, pero el financiamiento para la leishmaniasis llegó casi a fines del bienio (agosto del 2007), lo que llevó a que no se pudiera cumplir esta meta.
<b>RPR 1.9 Se habrá aplicado conocimiento nuevo para mejorar la eficacia de los programas de enfermedades transmisibles</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
1.9.1	Número de adelantos científicos nuevos, significativos y pertinentes en las ciencias biomédicas, sociales, económicas y de salud pública	0	5	5	
1.9.2	Número de nuevos métodos de intervención mejorados, validados para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento de la rehabilitación, para poblaciones afectadas por las enfermedades	0	2	2	

	infecciosas				
1.9.3	Número de nuevas estrategias y políticas mejoradas, validadas y de uso recomendado	0	1	<b>1</b>	<b>Siete países latinoamericanos (Paraguay, Argentina, Bolivia, Brasil, Honduras, Guatemala y Uruguay) están comprometidos a llevar a cabo un análisis económico, en concreto estudios de rentabilidad, para mejorar sus programas de lucha contra la enfermedad de Chagas. La estrategia que se utilizó para facilitar el compromiso de estos países fue la puesta en marcha de talleres regionales sobre el análisis económico. Sin embargo, es importante lograr el compromiso de otros países en América Latina y el Caribe.</b> <b>La falta de recursos económicos y humanos fue uno de los impedimentos principales para aplicar el mismo método con otras enfermedades desatendidas de América Latina y el Caribe.</b>
<b>RPR 1.10 Se habrá respaldado el fortalecimiento de la capacidad de investigación y su aplicación en los países con endemividad</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
1.10.1	Número de instituciones en países clave con endemividad que cuentan con los medios para proponer y poner en práctica actividades de investigación pertinentes	3	5	<b>5</b>	<b>Bolivia, Honduras, Guyana, Nicaragua, Haití</b>

### **Enseñanzas extraídas:**

- Los modelos integrados y los que abordan varias enfermedades y la integración del control de las enfermedades tropicales en la atención primaria de salud básica están lentamente rindiendo fruto, pero requieren un importante esfuerzo y un seguimiento continuo. Los modelos intersectoriales están despertando interés en los encargados de adoptar las decisiones, pero todavía queda un arduo camino por delante.
- Aunque hay un flujo continuo de financiamiento externo para las enfermedades transmisibles en general, la escasez de recursos financieros y humanos sigue representando un reto para todos los programas nacionales de control o de eliminación de las enfermedades tropicales endémicas.

- Los desastres naturales siguen desempeñando un papel clave puesto que alteran los programas de control o de eliminación de las enfermedades tropicales endémicas porque se desplazan los recursos para brindar ayuda a tales emergencias, algo que ocurre en toda la Región.
- La capacitación, la actualización de la capacitación y el desarrollo de nuevos recursos humanos plantea un importante reto para la mayoría (si no todos) de los programas nacionales de control o eliminación de las enfermedades tropicales endémicas.
- La promoción de la causa, la comunicación social y el convencimiento y la participación locales son un componente esencial del éxito de los programas de control o eliminación de las enfermedades tropicales endémicas.
- En los países que están en el proceso de ejecución del EGI-dengue existe una coordinación más intrasectorial (técnica y de gestión) y esfuerzos interprogramáticos para reducir las tasas de letalidad y afrontar el aumento de casos de dengue hemorrágico; además de la coordinación con otros sectores (medio ambiente, educación, empresas, consejos municipales y grupos comunitarios).
- Puesta en marcha de nuevos proyectos locales de COMBI (comunicación para el impacto conductual) en relación con el dengue (método COMBI; método ecosistémico de salud humana o *Ecohealth*, clubes ecologistas y aumento de la capacidad de movilización de recursos a nivel de país).
- Aumento de la capacidad para responder a los brotes y a las epidemias de una manera a tono con las expectativas, y normalización de los criterios para el diagnóstico del dengue, la atención de pacientes y los índices entomológicos.
- Los recursos institucionales (tanto humanos como financieros) son fundamentales para llevar a cabo las acciones.
- La Región exige el desarrollo de capacidades en torno a la investigación en materia de salud.
- El proceso de establecimiento de prioridades exige la participación de diversos interesados directos, como las instancias normativas, los investigadores, representantes de sector privado y las organizaciones internacionales.

## Ejecución financiera

<u>Área de trabajo</u>	<b>Prevención y Control de las Enfermedades Transmisibles (CPC) e Investigación sobre Enfermedades Transmisibles (CDR) (unificadas)</b>			
	<b>Presupuestado</b>	<b>Asignado</b>	<b>Gastos</b>	<b>Porcentaje de ejecución</b>
<b>Presupuesto ordinario</b>	16.969.600	16.932.054	16.840.100	99
<b>Otras fuentes</b>	21.184.000	15.522.611	12.238.700	79
<b>Total (presupuesto ordinario y otras fuentes)</b>	<b>38.153.600</b>	<b>32.454.665</b>	<b>29.078.800</b>	<b>90</b>

*La ejecución del presupuesto procedente de otras fuentes se ve afectada por: a) el recorte a partir del 31 de diciembre del 2007, independientemente del vencimiento real de los subsidios; y b) la adopción de las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público, a raíz de las cuales solo se incluyeron los desembolsos reales. No se han incluido las obligaciones (compromisos) de los fondos que se desembolsarán en el 2008.*

### 3. ALERTA Y RESPUESTA ANTE EPIDEMIAS (CSR)

**Grado general de cumplimiento: 96%**

<b>META:</b> Contribuir a mejorar el bienestar social y económico de los habitantes de la Región y la seguridad sanitaria mundial mediante medidas para reducir la repercusión de las epidemias de enfermedades transmisibles en la salud.					
<b>CUMPLIMIENTO DE ESTA META:</b> La magnitud de las emergencias causadas por epidemias y la perturbación social subsiguiente han disminuido y los Estados Miembros han podido brindar una respuesta de salud pública con sus propios recursos.					
<b>OBJETIVO DE LA OPS:</b> Fortalecer la capacidad de los Estados Miembros para detectar, identificar y responder rápidamente a amenazas a todos los niveles de las enfermedades epidemiológicas y emergentes de causa identificada o desconocida, y estar preparados para responder a una pandemia de influenza en los países.					
<b>CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE LA OPS:</b> Las actividades de la OPS relacionadas con la entrada en vigor del Reglamento Sanitario Internacional y la preparación para una pandemia de gripe han mejorado la sensibilidad de la detección de los Estados Miembros y han aumentado su respuesta oportuna aunque aún persisten algunas asimetrías y la capacidad en materia de laboratorios dificulta la identificación de los agentes causales. La vigilancia y la contención de la resistencia a los medicamentos antimicrobianos y las infecciones intrahospitalarias son un componente de la calidad de la atención y una garantía de la calidad de laboratorio en algunos Estados Miembros.					
<b>RPR 3.1 Prestación de cooperación técnica que permita fortalecer la capacidad central para detectar enfermedades epidemiológicas y afianzar la preparación para suministrar una respuesta, según se indica en el Reglamento Sanitario Internacional, que comprende: enfermedades neuroinvasoras causadas por arbovirus, fiebres hemorrágicas víricas, SARS, enfermedades respiratorias y otras enfermedades zoonóticas emergentes</b>					
Indic.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
3.1.1	Número de directrices producidas y difundidas (viruela, influenza, SARS, poliomielitis)	2	6	6	
3.1.2	Número de evaluaciones en los países de la capacidad básica y los planes de acción nacionales	4	23	8	La OMS no proporcionó directrices; las directrices de la OPS estuvieron listas en diciembre del 2007.
3.1.3	Número de talleres subregionales para la formación de capacidad técnica sobre enfermedades epidemiológicas	5	15	34	● Redes sobre las enfermedades infecciosas emergentes (6)

					<ul style="list-style-type: none"> <li>● Planes nacionales de preparación contra una pandemia de gripe (4)</li> <li>● Equipos de respuesta rápida (4)</li> <li>● Vigilancia de la gripe (3)</li> <li>● Talleres de comunicación sobre los riesgos (9)</li> <li>● Talleres de los Centros Nacionales de Gripe (2)</li> <li>● Intercambio de cepas del virus de la gripe (1)</li> </ul>
--	--	--	--	--	---

**RPR 3.2 Respaldo a los países de América Latina y los miembros de CAREC para elaborar y aplicar planes nacionales de preparativos para una pandemia de influenza (PNPPI).**

Indic.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
3.2.1	Número de países que recibieron cooperación técnica de la OPS para concluir la formulación de los PNPPI	3	24	40	Todos los Estados Miembros de América Latina y el Caribe, más siete territorios han recibido capacitación en torno a la elaboración y la evaluación de los planes nacionales de preparación contra la gripe.
3.2.2	Número de países que han difundido y ejecutado los PNPPI a nivel local	3	24	24	Los países han celebrado reuniones a nivel nacional y subnacional que contaron con la participación de autoridades nacionales y locales.

**RPR 3.3 Los países de América Latina y los miembros de CAREC informan a FluNet y envían aislamientos de influenza para su caracterización**

Indic.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
3.3.1	Número de países que vigilan la influenza y notifican los	14	20	23	Además de los países que cuentan

	datos a FluNet en conformidad con directrices establecidas				<b>con laboratorios designados como Centros Nacionales de Gripe, otros tres laboratorios que no han sido designados como tales también notifican datos a FluNet.</b>
3.3.2	Número de centros nacionales de influenza que envían aislamientos al centro colaborador de la OPS/OMS para caracterización	14	20	<b>20</b>	
<b>RPR 3.4 Se habrán estructurado los sistemas de vigilancia y preparativos para la respuesta a la influenza animal (aves de corral).</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
3.4.1	Número de países con planes de prevención de la influenza animal en vigencia	4	10	<b>10</b>	
<b>RPR 3.5 Mantenimiento de asociaciones eficaces mediante redes subregionales activas de alerta y respuesta a enfermedades infecciosas emergentes y movilización de los recursos procedentes para su apoyo.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
3.5.1	Número de redes subregionales de alerta y respuesta a enfermedades infecciosas emergentes vigentes establecidas por la OPS	4	4	<b>4</b>	<b>Cono Sur, Amazonía, Centroamérica, Caribe de habla inglesa</b>
3.5.2	Número de redes con apoyo financiero para la celebración de reuniones anuales y el intercambio de recursos como capacitación, movilización de equipos de investigación, laboratorio	0	4	<b>4</b>	<b>Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos siguen proporcionando financiamiento.</b>
<b>RPR 3.6 Establecimiento de procedimientos en la OPS para la coordinación procedente de la alerta y respuesta a emergencias de salud pública que son motivo de preocupación regional y gestión de la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional revisado.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
3.6.1	Grupo de estudio sobre operaciones de alerta y respuesta ante epidemias con procedimientos y responsabilidades detallados para la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional	0	1	<b>1</b>	<b>Asunto permanente dentro del Reglamento Sanitario Internacional.</b>
3.6.2	Número de países que han recibido cooperación técnica para	0	34	<b>34</b>	<b>La Oficina, los asesores</b>

	la aplicación de las capacidades centrales necesarias para observancia del Reglamento Sanitario Internacional				<b>subregionales y las Representaciones de la OPS/OMS participan en el proceso de ejecución.</b>
3.6.3	Porcentaje de brotes notificados que se comprueba y vigila mediante la colaboración entre los Estados Miembros, el Secretariado Oficina y socios de las redes subregionales para enfermedades infecciosas emergentes	60%	90%	<b>100%</b>	
<b>RPR 3.7 Se habrán promovido y respaldado programas para vigilancia y contención de la resistencia a los medicamentos antimicrobianos y las infecciones nosocomiales.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
3.7.1	Número de países que tienen planes vigentes para contener la resistencia a los antimicrobianos	0	5	<b>5</b>	<b>Brasil, Chile, Guatemala, Paraguay y Perú</b>
3.7.2	Número de países con normas nacionales para el control de las infecciones nosocomiales	3	8	<b>8</b>	<b>Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Guatemala, Honduras, Paraguay y Perú.</b>
3.7.3	Número de estudios sobre el costo de las infecciones nosocomiales	13	17	<b>17</b>	
3.7.4	Número de países con al menos dos instituciones de atención de la salud que siguen directrices clínicas definidas para tratamiento con antibióticos	4	7	<b>7</b>	<b>Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Guatemala, Paraguay y Perú</b>

### **Enseñanzas extraídas:**

- La información y gestión del conocimiento son clave para alcanzar los objetivos. Debe existir una corriente fluida y transparente de comunicación dentro de la OPS, las representaciones de la OPS/OMS y los Estados Miembros. Este elemento es especialmente importante en caso de emergencias de salud pública.
- La cooperación técnica de la OPS en preparativos contra la gripe para apoyar a los Estados Miembros en la elaboración, evaluación y ejecución de sus planes nacionales sobre el tema ha permitido concientizar y transmitir información fundamental para las autoridades sanitarias nacionales; ha contribuido a la homogeneización entre los países en conformidad con las normas de la OMS; ha ayudado a los países a fortalecer las competencias básicas y a establecer sistemas de alerta anticipada para cualquier emergencia de salud pública; y ha logrado una mejor integración de los datos de vigilancia y de laboratorio.



- La elaboración de los planes nacionales de preparación contra una pandemia de gripe no tuvo el mismo ritmo en todos los países debido a los niveles desiguales de asimilación por parte de los sistemas nacionales de salud.
- La provisión de directrices y herramientas de autoevaluación a los países ha facilitado la ejecución de metodologías ordinarias para la vigilancia y la preparación en todos países.
- La elaboración de los planes nacionales de preparación contra una pandemia de gripe constituyó simplemente un primer paso hacia la integración y la gestión eficaces de una respuesta multisectorial a nivel de país. En algunos países dio lugar a una oportunidad valiosa de fortalecer la coordinación entre los diferentes sectores de gobierno y otros interesados directos clave que no habían colaborado en la respuesta a emergencias de salud pública.
- Las evaluaciones de país de las capacidades básicas han demostrado ser procesos complejos y difíciles puesto que exigen una participación firme de las autoridades locales sanitarias que deben decidir asignar sus recursos humanos y financieros entre necesidades igualmente acuciantes.
- Los diversos interesados directos de todos los niveles de la sociedad deben participar para trasladar los planes nacionales de preparación contra una pandemia de gripe al nivel subnacional y local.
- La participación de las representaciones de la OPS en un equipo en estrecha colaboración con el asesor específico de HDM/CD ha mostrado ser eficaz para fomentar la ejecución a nivel local.
- La preparación del sistema nacional de servicios de salud, mediante una estrategia integral de capacitación, es un aspecto clave para el éxito de la ejecución de los planes nacionales de preparación contra una pandemia de gripe.
- Los planes nacionales de preparación contra una pandemia de gripe deben probarse plenamente por medio de simulaciones y ejercicios para detectar y corregir todos los puntos flacos posibles que pudieran amenazar el éxito de su ejecución en caso de emergencias de salud pública.
- Los talleres nacionales han probado tener mejores resultados que los talleres subregionales para garantizar una ejecución apropiada de las estrategias a nivel local.
- La introducción de un nuevo protocolo genérico para la vigilancia de la gripe ha dado lugar a un avance en cuanto a la vigilancia virológica; a la amplificación de los sistemas de alerta anticipada dentro de los países para detectar casos que pudieran representar una amenaza para la salud pública; al refuerzo de la capacidad en materia de laboratorios en los países; y, en algunos casos, a un número mayor de muestras que se envían al laboratorio regional de referencia.
- La falta de personal permanente en el equipo regional de alerta y respuesta ante epidemias en la Sede de la OPS plantea un reto para la continuidad de las actividades diarias relacionadas con la cooperación técnica para la Región. Se deberían contratar al menos cuatro profesionales permanentes para que formen parte de este equipo específico.

- Se necesita consolidar las alianzas existentes y ampliar las redes a fin de garantizar la continuidad de las actividades.

### Ejecución financiera

<u>Área de trabajo</u>	Alerta y respuesta ante epidemias (CSR)			
	Presupuestado	Asignado	Gasto	Porcentaje de ejecución
<b>Presupuesto ordinario</b>	2.608.900	3.829.194	3.784.200	99
<b>Otras fuentes</b>	5.422.000	25.918.248	18.202.400	70
<b>Total (presupuesto ordinario y otras fuentes)</b>	<b>8.030.900</b>	<b>29.747.442</b>	<b>21.986.600</b>	<b>74</b>

*La ejecución del presupuesto procedente de otras fuentes se ve afectada por: a) el recorte a partir del 31 de diciembre del 2007, independientemente del vencimiento real de los subsidios; y b) la adopción de las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público, a raíz de las cuales solo se incluyeron los desembolsos reales. No se han incluido las obligaciones (compromisos) de los fondos que se desembolsarán en el 2008.*

#### 4. MALARIA (MAL)

**Grado general de cumplimiento: 98%**

<b>META</b>					
Para 2010, reducir la carga de la malaria a la mitad y reducirla aún más para 2015 (Objetivo de Desarrollo del Milenio): “Haber detenido y comenzado a revertir, para el año 2015, la incidencia del paludismo”.					
<b>CUMPLIMIENTO DE ESTA META</b>					
Entre el año 2000 y el 2007 se registró una reducción de 20% de la morbilidad por malaria y una reducción de 69% de la mortalidad por la misma enfermedad en la Región.					
<b>OBJETIVO DE LA OPS</b>					
Consolidar, fortalecer e intensificar la estrategia de lucha contra la malaria en las Américas, en particular en los 21 países con malaria endémica, y prevenir la reintroducción de la transmisión en los países en los que esta se ha interrumpido.					
<b>CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE LA OPS</b>					
De los 21 países con endemividad, cuatro notificaron una disminución de más de 75% en el número de casos, otros cuatro notificaron una disminución entre 50 y 74%, y siete registraron una disminución de 50% en el número de casos. En los países donde la enfermedad no es endémica, se detectaron y controlaron brotes en dos países durante el período 2006-2007.					
<b>RPR 4.1 Se habrá ejecutado y ampliado la estrategia para la prevención y el control de la malaria en los países con endemividad.</b>					
Indic.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
4.1.1	De 21 países con malaria endémica, número que ejecuta todos los componentes de la Estrategia Mundial de Lucha contra el Paludismo dentro del contexto de la iniciativa “Hacer retroceder el paludismo”	17	20	20	
4.1.2	Número de países que emprenden actividades conjuntas en áreas de interés epidemiológico común	8	14	14	
4.1.3	De 21 países con malaria endémica, número que ha reducido la carga de la malaria 50% o más en comparación con 2000	8	12	8	Otros siete países redujeron la carga de la malaria menos de 50%.
4.1.4	Número de países con carga alta de malaria por <i>P. falciparum</i> que ejecutan políticas para el tratamiento antimalárico basadas en pruebas de eficacia	6	8	8	
<b>RPR 4.2 Se habrán aplicado el sistema de vigilancia y seguimiento corriente de la malaria y las medidas de control que funcionan en todos los países con malaria endémica.</b>					
Indic.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones

4.2.1	Número de países con endemividad que usan indicadores epidemiológicos para el monitoreo y la evaluación de la carga de morbilidad	15	18	<b>18</b>	
4.2.2	De los países con transmisión interrumpida de la malaria, número que realiza vigilancia y notificación de información sobre casos importados de malaria	20	24	<b>24</b>	
4.2.3	Número de países con endemividad que suministran información anual sobre morbilidad, mortalidad, avances y resultados	18	20	<b>20</b>	
<b>RPR 4.3 Incremento de la promoción de la causa sobre la importancia de la malaria y los esfuerzos para aumentar los recursos para su control.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
4.3.1	Número de países con malaria endémica aptos, con propuestas aprobadas ante el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria	6	8	<b>10</b>	
4.3.2	Número de países con endemividad de malaria apoyados por la Red de Vigilancia de la Resistencia a las Drogas Antimaláricas en la Amazonia (RAVREDA/ Iniciativa contra la Malaria en la Amazonia)	8	10	<b>10</b>	

<b>RPR 4.4 Participación mayor en las actividades intersectoriales</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
4.4.1	Número de países con endemividad que realizan labores contra la malaria con otros programas y sectores y junto a estos (por ejemplo, saneamiento del medio ambiente) en las actividades de lucha contra la malaria	8	10	<b>10</b>	

### **Enseñanzas extraídas:**

Durante el bienio, las experiencias de trabajo en diversos niveles recalcaron la importancia de los siguientes temas:

- armonizar los programas en todos los niveles de trabajo (mundial, regional, subregional, de país y comunitario);
- mantener la claridad y la comprensión común de los objetivos de los programas y los conceptos relacionados;
- mantener el foco programático, la constancia y la uniformidad de las iniciativas;
- optimizar los esfuerzos y los resultados;
- fomentar la responsabilización dentro de la organización y su esfera de influencia;
- mantener un enfoque proactivo y lograr una mejor previsión;
- encontrar, habilitar y apoyar a los campeones;
- superar la laguna entre las políticas y la práctica;
- mejorar el sistema sanitario de vigilancia, seguimiento y evaluación para facilitar la elaboración y la ejecución de políticas e intervenciones basadas en datos probatorios que logren los resultados deseados;
- fomentar una colaboración estrecha y eficiente entre los programas dentro de las instituciones (incluida la OPS) y dentro de los países para optimizar los esfuerzos y los resultados;
- poner en marcha reformas de la gestión de recursos humanos, capacitación y dotación de personal a fin de complementar los cambios de los programas;
- trasladar las recomendaciones e intervenciones basadas en datos probatorios a políticas ejecutadas, según convenga a las características específicas del país;

- mejorar el proceso de comunicación y ampliar el trabajo de promoción de la causa a todos los interesados directos y públicos destinatarios;
- aclarar los mecanismos de participación de la OPS en la ejecución de los proyectos de país del Fondo Mundial y reforzarlos (en consonancia con la resolución CD46.R13);
- participar en un programa multisectorial que abarque distintos aspectos relacionados con el desarrollo de infraestructuras urbanas y que aborde las diversas consecuencias para la salud (incluida la malaria);
- fortalecer el compromiso con la atención primaria de salud y redoblar los esfuerzos hacia la integración del trabajo contra la malaria en el sistema de atención primaria de salud;
- fortalecer la capacidad de país para institucionalizar y mantener los esfuerzos de lucha contra la malaria dentro del sistema de salud;
- iniciativas continuas y fortalecidas de seguimiento y evaluación;
- inversión mayor por parte de todos los interesados directos, particularmente de los contribuyentes externos, en la lucha contra la malaria en la Región y canalizarla a intervenciones que funcionen y que tengan los resultados deseados;
- aprovechar el impulso de Día del Paludismo en las Américas.

## Ejecución financiera

<u>Área de trabajo</u>	Malaria (MAL)			
	Presupuestado	Asignado	Gasto	Porcentaje de ejecución
<b>Presupuesto ordinario</b>	1.296.500	1.231.099	1.217.900	99%
<b>Otras fuentes</b>	12.909.000	8.493.423	7.045.700	83%
<b>Total (presupuesto ordinario y otras fuentes)</b>	<b>14.205.500</b>	<b>9.724.522</b>	<b>8.263.600</b>	<b>85%</b>

*La ejecución del presupuesto procedente de otras fuentes se ve afectada por: a) el recorte a partir del 31 de diciembre del 2007, independientemente del vencimiento real de los subsidios; y b) la adopción de las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público, a raíz de las cuales solo se incluyeron los desembolsos reales. No se han incluido las obligaciones (compromisos) de los fondos que se desembolsarán en el 2008.*

## 5. TUBERCULOSIS (TUB)

**Grado general de cumplimiento: 93%**

<b>META:</b> Alcanzar en todos los países las metas de control mundiales, consistentes en detectar el 70% de los casos y tratar con éxito el 85%, y sostener ese logro a fin de reducir a la mitad la prevalencia y las tasas de mortalidad asociadas a la tuberculosis para 2015.					
<b>CUMPLIMIENTO DE ESTA META:</b> Los objetivos de desarrollo del milenio casi se han alcanzado ya en la Región de las Américas gracias a los esfuerzos individuales y colectivos de los programas nacionales contra la tuberculosis y del programa regional al ejecutar la nueva estrategia Alto a la Tuberculosis. Además estos programas también han contribuido al avance informado sobre las metas de tuberculosis de la OMS, que también se alcanzarán en breve.					
<b>OBJETIVO DE LA OPS:</b> Introducir y acelerar la expansión sostenible de DOTS, especialmente en las poblaciones desatendidas.					
<b>CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE LA OPS:</b> Este objetivo se ha alcanzado con la ejecución gradual de la nueva estrategia Alto a la Tuberculosis.					
<b>RPR 5.1 Cobertura de DOTS ampliado y mejoramiento de su calidad de aplicación en toda la Región.</b>					
Indic.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
5.1.1	Porcentaje de población cubierta por DOTS en toda la Región	78%	90%	91%	Brasil, Haití, Colombia, Ecuador, Guyana y Paraguay lograron ampliar la cobertura de DOTS.
5.1.2	Tasa de detección de casos de tuberculosis	50%	70%	69%	A pesar del aumento de la cobertura del tratamiento acortado directamente observado (DOTS) en la Región, Brasil, país que registra 35% de los casos, no los notifica todos según las condiciones del programa DOTS.
5.1.3	Tasa de éxito terapéutico con DOTS	81%	85%	78%	Varios países han acelerado la ampliación de la estrategia de DOTS, pero con sistemas de información basados en cohortes que no son compatibles con DOTS. También se registraron problemas en la calidad de la aplicación del tratamiento estrictamente



					supervisado (pérdida de casos por incumplimiento, transferencia de pacientes sin evaluación). Además, los países que forman parte de la iniciativa contra la tuberculosis presentan tasas de letalidad altas.
5.1.4	Número de países que implementan PAL	1	6	10	Punto de comparación: Chile Actuales: Chile, Perú, Bolivia, Nicaragua, El Salvador, Costa Rica, México, Cuba, Brasil, Uruguay
5.1.5	Número de países que implementan la alianza público-privada	0	8	6	A pesar de que 10 países cuentan con planes de alianzas público-privadas, sólo seis están actualmente en proceso de ejecutarlos.
<b>RPR 5.2 Se habrá aumentado el acceso al tratamiento para las poblaciones desatendidas y para los pacientes que padecen tuberculosis e infección por el VIH y tuberculosis multidrogoresistente</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
5.2.1	Número de países con planes de acción para poblaciones encarceladas	6	12	13	Punto de comparación: Perú, Honduras, El Salvador, Brasil, Chile, Uruguay Actuales: Perú, Honduras, El Salvador, Brasil, Chile, Uruguay, Bolivia, República Dominicana, Costa Rica, Guyana, Paraguay, Ecuador, México
5.2.2	Número de países con programas activos para privados de libertad	4	10	13	Punto de comparación: Perú, Honduras, Brasil, Chile Actuales: Perú, Honduras, Brasil, Chile, El Salvador, Uruguay, Bolivia, República Dominicana, Costa Rica, Guyana, Paraguay, Ecuador, México
5.2.3	Número de países con planes de acción para pacientes con tuberculosis e infección por el VIH	10	16	20	Iniciales: Honduras, República Dominicana, Chile, Belice, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Brasil, Argentina, Guyana Actuales: Honduras, República Dominicana, Chile, Belice, Costa

					<b>Rica, Cuba, El Salvador, Brasil, Nicaragua, Argentina, Guyana, Panamá, Venezuela, Ecuador, Perú, Bolivia, Paraguay, Haití, Uruguay, Guatemala</b>
5.2.4	Número de países con programas activos para pacientes con tuberculosis e infección por el VIH	6	12	<b>12</b>	<b>Punto de comparación: Chile, Belice, Honduras, Brasil, Guyana, Cuba</b> <b>Actuales: Chile, Belice, Honduras, Brasil, Guyana, Cuba, Guatemala, República Dominicana, Panamá, El Salvador, Venezuela, Uruguay</b>
5.2.5	Número de países con planes de acción nacionales para poblaciones indígenas	6	8	<b>10</b>	<b>Punto de comparación: México, Brasil, Chile, Perú, Bolivia, Panamá</b> <b>Actuales: México, Brasil, Chile, Perú, Bolivia, Panamá, Ecuador, Costa Rica, Venezuela, Colombia</b>
5.2.6	Número de países con programas activos para poblaciones indígenas.	4	8	<b>9</b>	<b>Punto de comparación: Brasil, Perú, Chile, Panamá</b> <b>Actuales: Brasil, Perú, Chile, Panamá, México, Venezuela, Costa Rica, Colombia, Bolivia</b>
5.2.7	Número de países que aplican la estrategia DOTS-Plus*	10	15	<b>20</b>	<b>* En la actualidad se denomina “prevención y control de la tuberculosis multirresistente”.</b>

<b>RPR 5.3 Se habrá mejorado la vigilancia y se habrán implantado sistemas de evaluación de programas.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
5.3.1	Proporción de países que presentan informes anuales precisos de vigilancia epidemiológica	90%	98%	<b>86%</b>	<b>Es muy difícil obtener información de los Estados Miembros y territorios del Caribe cada año, debido al pequeño número de casos de tuberculosis que registran.</b>
5.3.2	Proporción de países que presentan informes de vigilancia en relación con pacientes con infección por el VIH y tuberculosis	10%	40%	<b>10%</b>	<b>La información sobre la infección por el VIH y la tuberculosis ha sido incluida en el formulario mundial de recopilación de datos.</b>
5.3.3	Proporción de países que presentan informes financieros con respecto a programas contra la tuberculosis	10%	50%	<b>86%</b>	

#### **Enseñanzas extraídas:**

- La ejecución de la Estrategia Alto a la Tuberculosis en los países de la Región nos ha permitido ofrecer atención integral y centrada en el paciente, independientemente de si el paciente padece una forma más sensible o más resistente, o vinculada a una infección por VIH.
- Las iniciativas actuales en la Región para incorporar a todos los proveedores de servicios de salud y para ofrecer atención estandarizada a los pacientes respiratorios que no padecen tuberculosis están todas ayudando a fortalecer los sistemas de salud.
- La ayuda financiera a los países de ingresos bajos y medianos por parte del Fondo Mundial y de otros donantes es fundamental para la ejecución de la Estrategia Alto a la Tuberculosis en esos lugares.
- En algunos países, la incorporación de nuevas iniciativas para el control de la tuberculosis ha tenido una repercusión negativa sobre la calidad de ejecución de DOTS; por consiguiente, las actividades de asistencia técnica, vigilancia y evaluación son un aspecto clave para el seguimiento del avance hacia el control de la tuberculosis en cada uno de los países, especialmente en los países prioritarios.

## Ejecución financiera

<u>Área de trabajo</u>	<b>Tuberculosis (TUB)</b>			
	<b>Presupuestado</b>	<b>Asignado</b>	<b>Gasto</b>	<b>Porcentaje de ejecución</b>
<b>Presupuesto ordinario</b>	1.390.100	1.555.315	1.541.000	99
<b>Otras fuentes</b>	5.973.000	20.149.079	9.818.100	49
<b>Total (presupuesto ordinario y otras fuentes)</b>	<b>7.363.100</b>	<b>21.704.394</b>	<b>11.359.100</b>	<b>52</b>

*La ejecución del presupuesto procedente de otras fuentes se ve afectada por: a) el recorte a partir del 31 de diciembre del 2007, independientemente del vencimiento real de los subsidios; y b) la adopción de las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público, a raíz de las cuales solo se incluyeron los desembolsos reales. No se han incluido las obligaciones (compromisos) de los fondos que se desembolsarán en el 2008.*

## 6. INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA (HIV)

**Grado general de cumplimiento: 76%**

<b>META:</b> Para 2015, reducir a la mitad y comenzar a revertir la propagación de la infección por el VIH/SIDA.						
<b>CUMPLIMIENTO DE ESTA META:</b> No se ha alcanzado esta meta. A pesar del avance que los países han registrado, la epidemia sigue creciendo.						
<b>OBJETIVO DE LA OPS:</b> Mejorar y ampliar la capacidad técnica y de gestión nacional e interpaíses para prevenir y controlar la infección por el VIH/sida y las infecciones de transmisión sexual.						
<b>CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE LA OPS:</b> Todos los países y territorios (40) de la Región están proporcionando programas de prevención y atención de la infección por el VIH. Sin embargo, no se cuenta con información que permita evaluar su calidad. Subsisten deficiencias y muchos países no han podido lograr un 80% o más de cobertura de los servicios de prevención y atención.  Todos los países de la Región ratificaron su compromiso con la meta del acceso universal. Con el apoyo de la Secretaría del ONUSIDA, los países de la Región realizaron consultas nacionales y subregionales (América Latina, Caribe, países del Caribe Oriental) en las que participaron una gran mayoría de los interesados directos. Se establecieron las prioridades subregionales para la cooperación técnica, planes y marcos estratégicos o se examinaron las prioridades existentes (Centroamérica, zona andina y el Marco Estratégico Regional del Caribe).						
<b>RPR 6.1 Liderazgo visible y compromiso con la acción urgente para lograr la meta de acceso universal a tratamiento con antirretrovíricos a niveles nacional y regional.</b>						
Indic.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones	
6.1.1	Número de países que cuentan con legislación o políticas que se han formulado con el apoyo de la OPS para reducir el estigma y la discriminación contra personas seropositivas	10	25	11	Ecuador recibió apoyo para elaborar y promulgar la ley nacional sobre la infección por el VIH. Se modificó la estrategia de cooperación técnica en esta área de acuerdo con el Plan Regional de VH/ITS para el Sector de la Salud. Se otorgó prioridad a la adquisición de capacidades que permitan utilizar un enfoque de derechos humanos con respecto a la infección por el VIH. Cuatro países (Jamaica, Suriname, Belice y Guatemala) recibieron el apoyo de la OPS para realizar talleres nacionales de	

				<p><b>capacitación sobre los derechos humanos y la infección por el VIH con la participación de la sociedad civil y el ministerio de salud, además de otros actores e instituciones. Como resultado, el gobierno de Belice le pidió a la OPS que examine el énfasis que se otorga a estos derechos en el proyecto de legislación sobre la atención integral de la infección por el VIH.</b></p> <p><b>Se realizaron estudios sobre los derechos humanos y la infección por el VIH en 5 países centroamericanos en colaboración con personas infectadas por el VIH, y 1 país (México) llevó adelante su primera campaña contra el rechazo de los homosexuales, con el apoyo de la OPS.</b></p> <p><b>La Subregión Andina realizó, con el apoyo de la OPS, un análisis de la situación de estigma y discriminación y, con base en los resultados, elaboró un plan subregional para la reducción del estigma y de la discriminación para el período 2007-2010, que se presentará en la próxima Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA) para su aprobación.</b></p>
--	--	--	--	--

6.1.2	Número de países asistidos por la OPS para ejecutar estrategias de comunicación innovadoras en relación con la infección por el VIH/sida	20	30	<b>30</b>	<p>Se ejecutaron estrategias de comunicación para apoyar el aumento de los servicios. En mayo del 2007 se puso en marcha la iniciativa "Hazte la prueba" para apoyar los esfuerzos de los países para promover la demanda de orientación psicológica y de pruebas de detección del VIH. La iniciativa incluye una publicación con pautas sobre la ejecución de campañas "Hazte la prueba", un sitio web y un concurso de periodismo para seleccionar el mejor artículo sobre los retos de ampliar la orientación psicológica y las pruebas de detección del VIH. En el Caribe de habla inglesa se puso en marcha una campaña contra la discriminación (OUCH) para abordar temas de discriminación en el entorno de la asistencia sanitaria. Todos los países de la Región se beneficiaron de esta iniciativa y tienen acceso a las herramientas y los mensajes creados para aplicar estrategias de comunicación innovadoras que permitan aumentar las pruebas y la orientación psicológica. Honduras realizó una prueba piloto para detectar las percepciones con respecto a las pruebas de detección del VIH entre los adolescentes. Colombia elaboró una estrategia de comunicación para los hombres que tienen relaciones homosexuales a fin de abordar los obstáculos para acceder a las pruebas y la orientación psicológica.</p>
6.1.3	Número de países que han integrado, con el apoyo de la OPS, el enfoque de género en programas contra la infección por el VIH/sida	5	15	<b>8</b>	<p>Las directrices de la OMS sobre cuestiones de género y programación y planificación en torno a la infección por el VIH se probaron en tres países de la</p>

					<p><b>Región (Nicaragua, Belice y Honduras). Estas directrices se están ahora modificando y adaptando para su publicación, y se difundirán a los países en el período 2008-2009. Además se brindará apoyo técnico para su uso. Se prestará apoyo técnico adicional a los tres países piloto para la ejecución de las directrices.</b></p>
6.1.4	Número de consultas con las Naciones Unidas, socios del desarrollo y otros cuerpos regionales en los cuales la OPS dirige las deliberaciones sobre atención y tratamiento integrales de la infección por el VIH/sida	5	10	11	<p><b>La OPS realizó cinco consultas durante el bienio (prevención, atención pediátrica, integración de la infección por el VIH en los programas y servicios de salud sexual y reproductiva, normas para los medicamentos genéricos). En la Subregión Andina, se estableció una comisión técnica subregional sobre la infección por el VIH, integrada por ORAS, los coordinadores de los programas nacionales contra el SIDA, el ONUSIDA y la OPS. Esta Comisión fue reconocida por REMSAA por medio de una resolución aprobada en el año 2007. Esta comisión se reúne regularmente para que se puedan realizar consultas permanentes sobre las estrategias para avanzar en el cumplimiento de la meta del acceso universal, incluida la puesta en práctica del Plan Andino de la Región.</b></p> <p><b>En Centroamérica, el mecanismo de coordinación regional aprobado por COMISCA (los ministros de salud de la subregión) e integrado por SISCA, los jefes de los programas nacionales, ONUSIDA, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, CDC-GAP, OPS y representantes de la sociedad civil se reúne cuatro veces al año y se encarga de armonizar la cooperación técnica en torno a la</b></p>



					infección por el VIH.
<b>RPR 6.2 Se habrá respaldado el fortalecimiento de sistemas y servicios de salud, como la adaptación y aplicación de herramientas apropiadas.</b>					
Indic.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
6.2.1	Número de países asistidos por la OPS para instrumentar planes de expansión operativa	15	25	25	<p>La OPS/OMS brindó apoyo al examen de los planes nacionales bajo el liderazgo de los ministerios de salud en 10 países prioritarios (Belice, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Nicaragua, Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú), guiados por el Plan Regional para el Sector de la Salud. El apoyo técnico fue prestado por las respectivas representaciones de la OPS/OMS y el personal técnico de FCH/IA (país, subregiones y nivel regional).</p> <p>En el bienio 2006-2007 se introdujo la evaluación como una intervención estratégica para apoyar la planificación del sector de la salud y aumentar las intervenciones. En el 2006 se realizó la primera evaluación integral de la respuesta del sistema sanitario a la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual en República Dominicana, seguida por una iniciativa de programación nacional. Se elaboraron un método e instrumentos relacionados. Además, se llevaron a cabo evaluaciones de los programas de prevención de la transmisión maternoinfantil de la infección por el VIH en siete países (Guatemala, Honduras, Panamá, Trinidad y Tobago, Guyana, Paraguay y República Dominicana).</p>
6.2.2	Número de países que recibieron asistencia de la OPS para integrar la atención y el tratamiento en servicios de atención	15	25	17	Se ha empleado la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades

	<p>primaria y otros servicios de salud, como servicios prenatales, salud materno-infantil, tuberculosis, etc</p>			<p><b>de los Adolescentes y Adultos (AIEA) para apoyar el cumplimiento de esta meta (véase también el punto 6.2.6). Dos países (Haití y Guyana) aplicaron la estrategia en el último bienio. Guyana adaptó 5 módulos para profesionales de la salud y dos módulos para la comunidad. Guyana también obtuvo fondos por \$1 millón del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos de América para el Alivio del Sida (PEPFAR) para ejecutar la estrategia AIEA en el 2007. En el resto de la región, se terminó la adaptación de esta estrategia y se difundirán los materiales a los países en el bienio 2008-2009 junto con la asistencia técnica necesaria. Además, se aprovechó la asistencia técnica proporcionada a los países para la preparación de propuestas a presentarse al Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria como una oportunidad para considerar la integración eficaz del tratamiento y la atención de la infección por el VIH en los servicios de atención primaria de salud (por ejemplo, en Santa Lucía).</b></p> <p><b>En la Subregión Andina se realizó un análisis combinado de la situación de la tuberculosis y la infección por el VIH a fin de elaborar una estrategia y un plan de acción para fortalecer la acción y los servicios combinados a nivel de la atención primaria de salud. Se brindó apoyo a la integración o colaboración de los servicios de atención de la tuberculosis con respecto a la infección por el VIH en Trinidad y Tobago, Barbados, San Vicente y las</b></p>
--	--	--	--	--

					<p><b>Granadinas, Antigua y Barbuda, Santa Lucía, Granada y Dominica.</b>  <b>Belice recibió apoyo para la integración del tratamiento y la atención de la infección por el VIH al igual que de las pruebas y la orientación en los servicios sanitarios públicos.</b>  <b>La integración de las pruebas y la orientación en los consultorios de planificación familiar tuvo buenos resultados en Trinidad y Tobago.</b>  <b>También se brindó apoyo a la integración de las pruebas y la orientación en los consultorios comunitarios de atención en San Vicente y las Granadinas, las Islas Vírgenes Británicas, Trinidad y Tobago, Suriname, Guyana y Dominica.</b>  <b>También se brindó apoyo a la ampliación de los servicios de pruebas y orientación iniciados por el prestador en los ingresos hospitalarios en Jamaica.</b></p>
6.2.3	Número de países que formulan o actualizan planes de atención y tratamiento integrales usando directrices elaboradas, traducidas o adaptadas por la OPS	15	30	25	<p><b>La OPS/OMS brindó apoyo al examen de los planes nacionales con el liderazgo de los ministerios de salud en 10 países prioritarios (Belice, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Nicaragua, Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú) guiados por el Plan Regional para el Sector de la Salud. El apoyo técnico fue prestado por las respectivas representaciones de la OPS/OMS y el personal técnico de FCH/IA (país, subregiones y nivel regional).</b>  <b>No se alcanzó esta meta debido a que el apoyo técnico se centró en los países prioritarios durante este bienio.</b></p>
6.2.4	Número de países que aplican modelos de puntos de ingreso no tradicionales creados en colaboración con la OPS	2	10	5	<p><b>Tres países de la Región (Honduras, Nicaragua y Belice) llevaron a cabo un proyecto piloto para utilizar los servicios de violencia doméstica como</b></p>

					<p>puntos de acceso para la prevención, la asistencia y el tratamiento de la infección por el VIH. Se realizaron encuestas y los resultados están disponibles a fin de apoyar el proceso de adopción de decisiones para fortalecer la prestación de la atención de salud, evitar que se pierdan oportunidades y mejorar las referencias.</p>
6.2.5	<p>Numero de países que adoptaron o adaptaron directrices, protocolos y recomendaciones sobre intervenciones de atención y sistemas de tratamiento formulados o facilitados por la OPS</p>	20	30	27	<p>Además de los países iniciales, Ecuador, Colombia y Panamá examinaron y actualizaron sus directrices sobre el tratamiento antirretrovírico, la salud sexual y reproductiva, y el apoyo psicológico a los pacientes infectados por el VIH. Además del apoyo directo a los países, se tradujeron al español y se adaptaron a la Región cuatro directrices de la OMS. Se han traducido y adaptado cuatro módulos de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades de los Adolescentes y Adultos para profesionales de la salud (véase el punto 6.2.6). Los países han participado activamente en este proceso mediante consultas de expertos y materiales que, aunque todavía no se han publicado, se han facilitado a los países a pedido de ellos para que puedan conducir sus procesos nacionales. Belice y Trinidad y Tobago recibieron apoyo para la elaboración de pruebas y directrices de los procedimientos normalizados de prevención de la transmisión materno-infantil y las directrices sobre la tuberculosis. Guyana y Haití recibieron apoyo para la adaptación de las directrices de la Atención Integrada a las Enfermedades de los Adolescentes y Adultos a la situación del país.</p>

6.2.6	Número de centros de formación en la Región que recibieron asistencia técnica para instrumentar sistemas estandarizados de formación en apoyo de la atención y el tratamiento	5	10	22	<p><b>Se han traducido al español y adaptado cuatro módulos de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades de los Adolescentes y Adultos para profesionales de la salud (principios generales, atención de agudos, atención de las enfermedades crónicas y cuidados paliativos) en colaboración con la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería. Dos módulos para la comunidad (rotafolios para la educación de pacientes y el folleto para el prestador de asistencia) también se han traducido y adaptado. Algunos de estos materiales se han adaptado en kwéyòl para Haití.</b></p> <p><b>La OPS prestó apoyo para el establecimiento de una red de escuelas de enfermería de América Latina y el Caribe, con la participación de las asociaciones de profesores de ocho escuelas de enfermería (Argentina, Chile, Perú, Venezuela, Ecuador, Colombia, Brasil y México) y de nueve cuerpos docentes de escuelas nacionales de enfermería (Uruguay, Paraguay, Bolivia, República Dominicana, Cuba, El Salvador, Honduras, Panamá y Guatemala). La red formuló un plan de acción con el objeto de integrar el contenido relacionado con la prevención de la infección por el VIH, la asistencia y el tratamiento en los programas de estudios existentes, capacitar a los profesores, ejecutar intervenciones entre los estudiantes y organizar programas de extensión a la comunidad. La estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades de los Adolescentes y Adultos se ha utilizado como material de referencia. La puesta en práctica de</b></p>
-------	---	---	----	----	--

					<p>ese plan comenzó a fines del 2007 y tres países (Colombia, Ecuador y Chile) realizaron talleres nacionales y elaboraron planes de acción nacionales. Esta red representa 1.000 escuelas de enfermería de la región. Esto ha sido posible gracias a la colaboración interprogramática entre FCH/IA, SHR y la OMS (recursos humanos). También se prestó apoyo directo técnico y económico a El Salvador para la capacitación de 2.500 auxiliares de enfermería y agentes sanitarios de la comunidad.</p>
6.2.7	Número de laboratorios con asistencia de la OPS para ampliar el tratamiento y vigilar los resultados del paciente	3	6	22	<p>La OPS prestó apoyo técnico a 18 laboratorios en 11 países del Caribe (Antigua y Barbuda, Dominica, San Vicente y las Granadinas, Granada, Santa Lucía, Saint Kitts y Nevis, Trinidad y Tobago, Guyana, Belice, Suriname y Jamaica). Se brindó apoyo de distinto tipo: evaluaciones de laboratorio; capacitación en métodos de diagnóstico, como las pruebas serológicas del VIH y el número de linfocitos CD4 (incluidas las pruebas rápidas de detección del VIH) y garantía de la calidad; compra de equipo y estuches. En Centroamérica, se proporcionó apoyo técnico directo para la ejecución del componente de laboratorio del proyecto en torno a la infección por el VIH de SISCA y el Banco Mundial. Se incluyó apoyo para la creación del laboratorio de referencia regional en Panamá y la formación de redes de laboratorios nacionales.</p>
6.2.8	Número de estudios de investigación en curso para propiciar las intervenciones basadas en pruebas científicas en la prestación de la atención de salud	2	5	5	<p>Se llevaron a cabo cuatro proyectos de investigación operativa con el apoyo de la OPS, que beneficiaron a 14 países.</p>

					(Se realizaron encuestas de vigilancia conductual en seis países del Caribe Oriental; Nicaragua, Belice y Honduras finalizaron un estudio sobre la violencia de género y la infección por el VIH; Perú realizó un estudio sobre el diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual entre las personas infectadas por el VIH en tratamiento antirretrovírico; REDLA+ realizó un estudio sobre los obstáculos a la atención en cuatro países: República Dominicana, Colombia, Ecuador y Argentina).
<b>RPR 6.3 Se habrá apoyado el suministro eficaz y fiable de medicamentos y otros productos básicos en relación con la infección por el VIH.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
6.3.1	Número de países que con el respaldo de la OPS cuentan con políticas actualizadas para suministrar acceso universal a medicamentos para la infección por el VIH/sida	5	20	<b>10</b>	Todos los países de la Región ratificaron su compromiso con la meta del acceso universal. Como se informó en el punto 6.2.2, la OPS/OMS, en colaboración con otras organizaciones de las Naciones Unidas, ha brindado apoyo al examen de los planes nacionales con el liderazgo de los ministerios de salud en 10 países prioritarios (Belice, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Nicaragua, Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú) guiados por el Plan Regional para el Sector de la Salud. Este examen incluyó el análisis y la actualización de las políticas existentes a fin de favorecer el acceso universal a los medicamentos para el tratamiento de la infección por el VIH/sida. El apoyo técnico fue suministrado por la representación de la OPS/OMS correspondiente y por el personal técnico de FCH/AI (a nivel de país, subregional y regional).

6.3.2	Número de países que aplican normas de la OPS/OMS en prácticas óptimas de adquisición, almacenamiento y distribución	3	15	17	17 países recibieron apoyo técnico o compraron medicamentos antirretrovirales mediante el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública (Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname, Trinidad y Tobago, y Ecuador). Observamos un aumento constante de la cantidad de medicamentos adquiridos por medio del Fondo Rotatorio (de US\$ 3,5 millones en el 2004 a US\$ 13,9 millones en el 2006 y casi US\$ 20 millones en el 2007). En el 2006, se creó un grupo consultivo para las negociaciones sobre antirretrovirales (GAN/ARV) al cual la OPS brinda apoyo de gestión.
<b>RPR 6.4 Se habrá apoyado la prevención del VIH transmitido sexualmente, con énfasis en grupos vulnerables, y se habrá fortalecido la prevención de infecciones de transmisión sexual, entre ellas la sífilis congénita.</b>					
Indic.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
6.4.1	Número de modelos nuevos de prevención para grupos vulnerables que se formularon y probaron en países con el apoyo de la OPS.	3	5	4	<b>Durante este bienio se elaboró una nueva estrategia de prevención de la infección por el VIH en los pacientes que padecen tuberculosis (incluidas las estrategias de información, educación y comunicación, y la orientación y pruebas voluntarias). También se adaptó a los países del Caribe de habla inglesa el modelo de prevención entre los trabajadores sexuales (<i>Hablando entre nosotras</i>). Además, se han ultimado tres modelos de prevención elaborados en el bienio anterior que están en proceso de difusión. El modelo de prevención <i>Cara</i></b>



					<i>a cara</i> fue probado y adaptado a nivel de país (México), se realizó una prueba piloto de <i>Hablando entre nosotras</i> en El Salvador y se preparó una versión en inglés que está a la espera de que se realice la prueba piloto. También se promovió <i>Hablemos de salud sexual</i> dirigido a los profesionales sanitarios para facilitar el diálogo con los pacientes sobre salud sexual.
6.4.2	Número de países formados en modelos nuevos de prevención para grupos vulnerables	6	18	16	México, El Salvador, Bolivia, Colombia, Perú, Panamá, Venezuela Nicaragua, Belice y los Estados Unidos se sumaron a los países iniciales. Se brindó capacitación a los prestadores de atención sanitaria por medio de dos modelos de prevención para grupos vulnerables ( <i>Cara a cara</i> para los hombres que tienen relaciones homosexuales y <i>Hablando entre nosotras</i> para las trabajadoras sexuales) en México, El Salvador y los Estados Unidos, con la participación de profesionales provenientes de otros países de la Región.
6.4.3	Número de países que instrumentan modelos nuevos para la prevención del VIH transmitido sexualmente e ITS con el apoyo de la OPS	6	18	11	México, Estados Unidos, El Salvador, Belice y Nicaragua se sumaron a los países iniciales. Se proporcionó capacitación para incorporar estrategias de prevención de la infección por el VIH en los pacientes que padecen tuberculosis (esto incluye intervenciones de información, educación y comunicación, además de orientación y pruebas voluntarias). Las demoras en la etapa final de elaboración y publicación de los nuevos modelos de prevención no permitieron que se cumpla esta meta. Las dos nuevas herramientas que se mencionaron anteriormente ( <i>Cara a cara</i> y <i>Hablemos</i>

					<i>entre nosotras</i> ) se publicarán en la primera mitad del 2008 y se prevé un despliegue aún mayor.
6.4.4	Número de países que ponen en marcha, con el apoyo de la OPS, planes de adiestramiento que aumentan la capacidad de los equipos de salud para llevar a cabo actividades de prevención	2	8	8	<b>Se brindó apoyo a los planes de capacitación del Caribe. Se proporcionó apoyo a la capacitación de los equipos sanitarios para la integración de las pruebas y la orientación en los consultorios comunitarios en San Vicente y las Granadinas, las Islas Vírgenes Británicas, Trinidad y Tobago, Suriname y Dominica. Además, se brindó apoyo a la capacitación de los proveedores para la ampliación de los servicios de pruebas y orientación iniciados por los prestadores en los ingresos hospitalarios en Jamaica.</b>

6.4.5	Número de países que han eliminado la sífilis congénita con el apoyo de la OPS	5	20	5	<p>No se alcanzó esta meta. Sin embargo, se está elaborando una estrategia de cooperación técnica que permita integrar la eliminación de la sífilis congénita con la eliminación de la transmisión vertical del VIH, como un modelo integral que facilitará el fortalecimiento de los servicios de salud maternoinfantil con el fin de alcanzar estas dos metas importantes. Hasta la fecha, aunque se cuenta con intervenciones rentables, la cobertura es baja y la respuesta sanitaria, fragmentada. Algunos de los países que han aumentado su cobertura de la prevención de la transmisión maternoinfantil de la infección por el VIH están quedando rezagados con la prevención de la sífilis congénita. La OPS fortalecerá su apoyo a los países en el próximo bienio para fomentar un método integral de la atención de la salud a fin de abordar estas dos enfermedades al aprovechar los recursos relacionados con la infección por el VIH para el fortalecimiento general de los servicios de salud maternoinfantil.</p>
6.4.6	Número de países con políticas y programas actualizados que vinculan actividades de prevención a la atención y el tratamiento	5	15	10	<p>El Salvador, Nicaragua, Honduras, Guatemala y México se sumaron a los países iniciales, pero no se cumplió con la meta de 15 países. Se ha promovido un método integrado de políticas, programas y servicios en relación con la infección por el VIH en la elaboración, la evaluación y el examen de los planes nacionales de dos países prioritarios y de México y otros países de Centroamérica (véase el punto 6.2.1). La incorporación de los demás países prioritarios será una meta para el bienio 2008-2009.</p>

<b>RPR 6.5 Se habrá suministrado apoyo a la producción de información estratégica y la difusión de las enseñanzas extraídas.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
6.5.1	Número de países e instituciones que hayan fortalecido sus sistemas de vigilancia con el apoyo de la OPS	8	16	<b>16</b>	<p><b>El CAREC ha brindado apoyo continuo a la vigilancia de la infección por el VIH en Barbados.</b></p> <p>Se realizaron encuestas de vigilancia conductuales en seis países del Caribe oriental.</p> <p>Ecuador recibió apoyo con respecto a algoritmos de laboratorio para la vigilancia. Seis países recibieron capacitación sobre la vigilancia de segunda generación en la zona andina, se estableció la red de vigilancia de la infección por el VIH (Epi-listserv) en Centroamérica y se realizó un taller subregional para la normalización de las definiciones de casos con la participación de todos los países de Centroamérica en colaboración con la OMS, los CDC, y el proyecto de SISCA y el Banco Mundial.</p> <p>Se realizó una evaluación de los sistemas de vigilancia de la República Dominicana como parte de la evaluación de la respuesta del sistema sanitario.</p> <p>En El Salvador, se puso en marcha un sistema unificado de información sobre la vigilancia y el monitoreo y la evaluación (SUMEVE) con el apoyo de la OPS.</p> <p>La normalización de los indicadores relacionados con la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en las encuestas demográficas y de salud se realizó en todos los países centroamericanos con el apoyo de la OPS, el CDC-GAP, el ONUSIDA y USAID.</p>

6.5.2	Número de países que, con el apoyo de la OPS, hayan actualizado sus sistemas de información sanitaria para reflejar la prevalencia de la infección por el VIH/sida, y las necesidades en materia de tratamiento con antirretrovíricos	3	10	7	<b>Belice recibió apoyo directo para la elaboración y la corrección de los cálculos relacionados con la infección por el VIH. Además, todos los países recibieron apoyo de la OPS en colaboración con el ONUSIDA para realizar talleres para la elaboración de cálculos en torno a la infección por el VIH, incluidas las necesidades de tratamiento antirretroviral. Se realizó un taller para el fortalecimiento del sistema de vigilancia de pacientes en siete países (Barbados y países del Caribe oriental), con el correspondiente apoyo y seguimiento, en Dominica, San Vicente y las Granadinas, y Granada.</b>
6.5.3	Número de países apoyados por la OPS para aumentar la capacidad nacional en la producción de información estratégica	8	16	16	<b>Muchos países de la Región han recibido apoyo de la OPS para contribuir al informe sobre el acceso universal de acuerdo con las directrices de la OMS y el ONUSIDA. Además, tres países en Centroamérica (Honduras, Guatemala y El Salvador) recibieron apoyo técnico directo para la elaboración de planes institucionales de vigilancia y evaluación (Guatemala y Honduras) y software (El Salvador). La zona andina realizó un análisis de la situación de los sistemas nacionales de vigilancia y evaluación, y elaboró un plan subregional para abordar los puntos flacos a nivel nacional y fortalecer aún más los sistemas nacionales de vigilancia y evaluación.</b>

### Enseñanzas extraídas:

- Es necesario lograr el fortalecimiento general de los sistemas de salud para cumplir y mantener la meta de acceso universal.
- Las personas infectadas por el VIH/sida deben tener una participación mayor.
- Se deben atender las necesidades específicas de los grupos vulnerables.
- Debe ponerse un énfasis importante en la prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva.
- A pesar de que tienen acceso a los recursos financieros, muchos países tienen una capacidad limitada de absorción.
- No se han abordado los procesos regionales para apoyar eficazmente las acciones subregionales y a nivel de país al ritmo necesario para brindar la orientación apropiada a los países.

### Ejecución financiera

<u>Área de trabajo</u>	Infección por el VIH/sida (HIV)			Porcentaje de ejecución
	Presupuestado	Asignado	Gasto	
Presupuesto ordinario	2.081.800	2.602.793	2.535.500	97
Otras fuentes	35.663.000	25.419.510	17.890.400	70
<b>Total (presupuesto ordinario y otras fuentes)</b>	<b>37.744.800</b>	<b>28.022.303</b>	<b>20.425.900</b>	<b>73</b>

## 7. VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y GESTIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS (NCD)

**Grado general de cumplimiento: 96%**

### **META:**

Reducir la carga de mortalidad y morbilidad prematuras relacionada con las enfermedades crónicas no transmisibles

### **CUMPLIMIENTO DE ESTA META :**

Las enfermedades crónicas no transmisibles, a saber, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes sacarina, siguen siendo las principales causas de muerte en América Latina y el Caribe. La carga de enfermedades crónicas está aumentando rápidamente a causa de una población que está envejeciendo, cambios del modo de vida e intervenciones que a menudo no se basan en criterios de salud pública. Los países tienen una capacidad limitada para responder a la carga de morbilidad crónica, especialmente porque hay muchas prioridades de salud pública en pugna. Por otro lado, muchos países e instituciones en la región han empezado a hacer que las enfermedades crónicas y la promoción de la salud sean un tema principal de las políticas, por ejemplo, Brasil, Chile, Argentina, Uruguay y países centroamericanos y del Caribe. El logro principal ha sido el aumento de la conciencia y la movilización de la Organización y los países para responder de una manera integral. En 2008-2009 será necesario aprovechar esto, y elaborar un plan detallado más claro para intervenciones basadas en datos probatorios, unificar a los muchos actores en una alianza más fuerte para lograr sinergias y atajar la epidemia de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo, así como aumentar la movilización de recursos con este fin.

### **OBJETIVO DE LA OPS:**

Los países habrán desarrollado un enfoque de salud pública para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y, sobre la base de información sanitaria pertinente, habrán determinado unos resultados alcanzables que conducen a la reducción de la carga de morbilidad por estas.

### **CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE LA OPS:**

En el 2006, la OPS elaboró la Estrategia Regional y Plan de Acción para un Enfoque Integrado sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas, incluyendo el Régimen Alimentario, la Actividad Física y la Salud, que fue respaldada por el Consejo Directivo. La meta de la Estrategia es prevenir y reducir la carga de las enfermedades crónicas y los factores de riesgo conexos en las Américas. La OPS está proporcionando cooperación técnica a los Estados Miembros en cuatro áreas principales: políticas y promoción de la causa; vigilancia; promoción de la salud y prevención de enfermedades, y atención de las enfermedades. Los enfoques transversales son las comunicaciones y la capacitación, y formación de capacidad. Los logros más significativos en el bienio 2006-2007 con respecto a la ejecución de la Estrategia Regional contra las Enfermedades Crónicas son los siguientes:

- Participación en la Cumbre de Jefes de Estado del Caribe sobre Enfermedades Crónicas, que dio lugar a una declaración integral llamada “Unirse para detener la epidemia de enfermedades crónicas en el Caribe” y apoyo a la puesta en práctica de la declaración
- Fortalecimiento de la capacidad de vigilancia en los países usando el instrumento STEPS de la OMS, que actualmente aplican un total de 22 países. El sistema de vigilancia STEPS es un sistema normalizado y el método de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo y contempla que los estudios de los factores de riesgo se repitan cada 3 a 5 años. De esa manera se puede hacer una comparación entre distintos momentos y entre países. En la actualidad, 116 países a nivel mundial están poniendo en marcha el mismo método. La Región de las Américas comenzó con los estudios de STEP panamericanos en el año 2006 y hasta este momento se han registrado los siguientes avances en la Región:
  - Se han promovido y publicado los estudios STEP para fines de políticas: Aruba, Bahamas. Pendiente en el Uruguay.
  - Estudios STEP en curso en la actualidad: Dominica, Saint Kitts y Nevis, Barbados.
  - En fase preparatoria: República Dominicana, Cuba, Paraguay, Granada, Trinidad y Tobago, Curazao, Islas Turcas y Caicos.
  - Planificados para el 2008: Islas Vírgenes Británicas, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Guatemala, Panamá, Costa Rica.

- Además, Chile, Argentina y Brasil están trabajando en la armonización de sus datos con el STEP panamericano.
- Convocatoria a los directores de los programas contra las enfermedades crónicas de los ministerios de salud en todas las Américas, junto con organizaciones asociadas, para la reunión bienal de CARMEN con el fin de planificar la ejecución de la Estrategia Regional contra las Enfermedades Crónicas.
- Establecimiento de la iniciativa “Las Américas sin grasas trans” y convocatoria de las principales empresas alimentarias, que se comprometieron a eliminar las grasas trans del suministro de alimentos en las Américas para finales del 2009.
- Formación de capacidad en los países para la formulación de políticas sobre las enfermedades crónicas, la gestión de programas y la vigilancia por medio de las escuelas de CARMEN, con cursos sobre salud pública basada en datos probatorios, actividad física y mercadeo social.
- Ejecución de la Iniciativa de la Diabetes de Centroamérica y formación de capacidad en los países para mejorar la vigilancia y la calidad de la atención de la diabetes y otras afecciones crónicas.
- Fortalecimiento de los programas de prevención del cáncer cervicouterino mediante mejor un tamizaje citológico y poniendo a prueba métodos alternativos de tamizaje y tratamiento.
- Unión de todo los puntos focales de la OPS en materia de prevención y control de enfermedades para formar un equipo colaborativo sobre las enfermedades crónicas en la sede de la OPS, las oficinas en los países y los centros panamericanos, así como en la sede de la OMS en Ginebra.
- Fomento de la ejecución del Convenio Marco para el Control del Tabaco como un pilar de las medidas preventivas necesarias.

**RPR 7.1 Se habrán proporcionado orientación y estrategias eficaces para programas integrados de prevención de las ENT, en el marco de la red CARMEN.**

Indic.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real, a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
7.1.1	Número de países que cuentan con un plan de acción aprobado para la prevención y el control integrados de las ENT	12	22	15	La estrategia Regional contra Enfermedades Crónicas ha sido usada por varios países para elaborar sus propios planes nacionales. No obstante, no todos los países elegidos han logrado elaborar sus planes.
7.1.2	Número de países que ejecutan planes de acción	12	18	15	Los países con un plan nacional lo han ejecutado, pero no han alcanzado la meta.
7.1.3	Número de países que han establecido programas de capacitación sobre prevención y control de las ENT (por ejemplo, escuelas para CARMEN)	1	11	17	Diez países del Caribe Oriental (ECC), junto con siete de América Latina, han realizado una escuela de CARMEN para mejorar su capacidad nacional.



<b>RPR 7.2 Se habrán evaluado intervenciones y programas para prevención, detección temprana y tratamiento integrados de las ENT.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
7.2.1	Número de países que crean un sitio de demostración para la prevención integrada de las ENT	0	5	7	La estrategia Regional contra las Enfermedades Crónicas ha sido usada por varios países para elaborar sus propios planes nacionales.
7.2.2	Número de países que formulan reglamentos y políticas para la prevención integrada de las ENT	0	3	15	Los países con un plan nacional también han establecido las políticas correspondientes.
<b>RPR 7.3 Se habrán establecido sistemas locales de vigilancia para las ENT y las condiciones de riesgo, con especial hincapié en comportamientos.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
7.3.1	Número de países que publicaron datos periódicos sobre la prevalencia de las ENT y sus factores de riesgo	4	8	15	Un total de 22 países están participando en el sistema de vigilancia de STEPS
7.3.2	Número de países con sistemas de información para vigilar las ENT, sus factores de riesgo y los servicios de salud	4	8	15	
<b>RPR 7.4 Se habrán aplicado modelos de gestión basados en la población dentro de la atención primaria de salud, para la detección y el control de las afecciones crónicas en sitios de demostración, con énfasis particular en diabetes, hipertensión, cáncer cervicouterino y otros tipos de cáncer que constituyen la principal carga en la Región, como cáncer de mama, pulmón, colorrectal, de estómago y de próstata.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
7.4.1	Número de países con sitios de demostración que formulan un plan para mejorar la calidad de la atención en relación con la diabetes, la hipertensión, el cáncer cervicouterino y otros tipos de cáncer que constituyen la principal carga en la Región, como cáncer de mama, pulmón, colorrectal, de estómago y de próstata.	1	4	5	Los países centroamericanos han establecido sitios de demostración para diabetes sacarina e hipertensión arterial. La mayoría de los países de las Américas han establecido sitios para tamizaje de cáncer cervicouterino.
7.4.2	Número de sitios de demostración que hayan difundido los resultados de la evaluación de la calidad de la atención con la aplicación del modelo de atención crónica	1	4	5	Los países centroamericanos han difundido resultados de sus proyectos de calidad de la atención.
<b>RPR 7.5 Se habrá incrementado la promoción de la causa para la inversión de los países en prevención y control de las ENT, y se habrán movilizado recursos en respaldo de la formulación y evaluación de programas y planes para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles.</b>					

<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
7.5.1	Porcentaje de países con un rubro presupuestario para prevención y control de las ENT en sus presupuestos sanitarios nacionales	30%	60%	<b>60%</b>	<b>Veintiún países han comunicado que tienen una partida presupuestaria para enfermedades no transmisibles en sus presupuestos sanitarios nacionales.</b>
<b>RPR 7.6 Se habrá promovido el fortalecimiento de los aspectos normativos y operativos para los programas de salud ocular en el marco del desarrollo de los servicios sanitarios..</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
7.6.1	Número de países que hayan formulado normas y políticas para la salud ocular en virtud del conocimiento generado en encuestas rápidas	0	2	<b>5</b>	
7.6.2	Número de países que hayan iniciado, fortalecido o revisado programas para la prestación de servicios oftalmológicos	1	4	<b>6</b>	

### **Enseñanzas extraídas:**

- Todavía no existe una concientización suficiente sobre la magnitud del problema y las soluciones posibles.
- Aunque se recibieron algunos fondos externos para el control de las enfermedades no transmisibles, la mayor parte venían sujetos a criterios de los donantes con poca o ninguna flexibilidad para facilitar la aplicación de la estrategia. La cooperación técnica para el área de las enfermedades no transmisibles ha sido y sigue siendo un reto por la escasez de personal y de recursos financieros.
- Sin embargo, se pueden evitar muchas muertes mediante una combinación de métodos poblacionales e individuales de acuerdo con la estrategia regional.
- El problema no puede ser resuelto por el sector de la salud por sí solo, se necesita una alianza dentro y fuera del sector de una manera nueva.
- Hay todavía demasiada fragmentación en los países y en la Organización en la respuesta al problema de las enfermedades crónicas.

## Ejecución financiera

<u>Área de trabajo</u>	<b>Vigilancia, prevención y gestión de las enfermedades crónicas (NCD)</b>			
	<b>Presupuestado</b>	<b>Asignado</b>	<b>Gasto</b>	<b>Porcentaje de ejecución</b>
<b>Presupuesto ordinario</b>	5.351.200	4.555.885	4.463.200	98
<b>Otras fuentes</b>	5.217.000	4.828.190	2.563.500	53
<b>Total (presupuesto ordinario y otras fuentes)</b>	<b>10.568.200</b>	<b>9.384.075</b>	<b>7.026.700</b>	<b>75</b>

*La ejecución del presupuesto procedente de otras fuentes se ve afectada por: a) el recorte a partir del 31 de diciembre del 2007, independientemente del vencimiento real de los subsidios; y b) la adopción de las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público, a raíz de las cuales solo se incluyeron los desembolsos reales. No se han incluido las obligaciones (compromisos) de los fondos que se desembolsarán en el 2008.*

## 8. PROMOCIÓN DE LA SALUD (HPR)

**Grado general de cumplimiento: 68%**

<b>META:</b> Mejorar la equidad en el ámbito sanitario, reducir los riesgos para la salud, promover modos de vida y entornos saludables y responder a los factores determinantes básicos de la salud.					
<b>CUMPLIMIENTO DE ESTA META:</b> Mejorar la capacidad de los países y las comunidades de crear condiciones que protejan y promuevan la salud y las condiciones de vida de la población.					
<b>OBJETIVO DE LA OPS:</b> Hacer participar plenamente a todos los sectores públicos y privados pertinentes y a la sociedad civil en la promoción de la salud, propiciando políticas públicas saludables, reorientando los servicios, reduciendo los factores de riesgos sociales y ambientales y fomentando modos de vida sanos y entornos propicios donde las personas viven, aprenden, trabajan y se entretienen.					
<b>CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE LA OPS:</b> Las subregiones, los países y las comunidades elaboran planes y programas intersectoriales de promoción de la salud, con la participación de representantes públicos, privados y de la comunidad, y basados en datos científicos de estrategias y enfoques eficaces.					
<b>RPR 8.1 Mayor capacidad para la integración de la estrategia de promoción de la salud en la Oficina con énfasis en el tabaco, la violencia, el régimen alimentario saludable y la actividad física</b>					
Indic.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real, a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
8.1.1	Elaboración y disseminación a todo el personal técnico de las directrices con el fin de incorporar la promoción de la salud como un componente clave del marco analítico para la revisión de los presupuestos por programas y las iniciativas extrapresupuestarias	0	2	0	Este es un objetivo para el bienio 2008-2009. El marco de integración todavía está en elaboración.
8.1.2	Se enseña a los gerentes de la Sede y el personal en las oficinas en los países clave a aplicar las directrices	0	80	0	Como las directrices y el marco aún no se terminan, los gerentes y el personal de las oficinas en los países no han recibido la orientación apropiada.
<b>RPR 8.2 Aumento de la capacidad para la planificación de políticas públicas saludables y promoción de la salud a los niveles subregional, nacional y local</b>					
Indic.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real, a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
8.2.1	Número de países apoyados por la OPS en la formulación y la	2	6	5	Se prestó apoyo técnico para la

	planificación de políticas públicas, con metas para abordar y mejorar los factores determinantes de la salud y la equidad				<b>elaboración de políticas nacionales de promoción de la salud en Panamá, Paraguay y la República Dominicana</b>
8.2.2	Número de “centros de excelencia” para la promoción de la salud apoyados por la OPS en la creación de los mecanismos para la participación comunitaria y el debate público sobre políticas públicas saludables	6	10	7	<b>Tres centros en Canadá, dos centros en los EE.UU., un centro en Colombia y otro en Brasil. La mayoría de los posibles nuevos centros identificados en los países ya estaban colaborando. Desarrollar la pericia exige tiempo.</b>
8.2.3	Número de países clave que reciben el apoyo de la OPS en el fortalecimiento y el mapeo de la capacidad para la promoción de la salud según compromisos internacionales y los ODM	2	4	28	<b>Antigua y Barbuda, Argentina, Barbados, Belice, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, México, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, Suriname, Bahamas, Trinidad y Tobago, Islas Turcas y Caicos</b>
8.2.4	Número de cuerpos de integración subregional que reciben apoyo de la OPS en la promoción de la salud	2	4	1	<b>CARICOM</b>

<b>RPR 8.3 Mejoramiento en la reorientación de los servicios de salud al incorporar la promoción de la salud en la atención primaria</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
8.3.1	Número de países apoyados por la OPS para incorporar los principios para la promoción de la salud y las normas para la atención primaria de salud	2	6	2	<b>Durante el bienio se examinó el concepto y el marco de atención primaria de salud y la versión definitiva se aprobó en la reunión que tuvo lugar en Buenos Aires en la segunda mitad del 2007. Por lo tanto, no ha sido posible avanzar con respecto a este indicador porque el concepto existente de atención primaria de salud no resultaba totalmente aplicable y el concepto</b>

					<b>nuevo recién se definió en el 2007.</b>
8.3.2	Número de países apoyados por la OPS que adaptaron el modelo de la OPS para la capacitación del personal de APS en la atención de los ancianos	4	8	4	<b>No se hicieron esfuerzos suficientes para alcanzar esta meta.</b>
8.3.3	Número de países con modelos de atención bucodental y primaria de salud integrada elaborados y probados con apoyo de la OPS	6	8	6	<b>No se hicieron esfuerzos suficientes para alcanzar esta meta.</b>
<b>RPR 8.4 Afianzamiento de la capacidad de los países para incorporar las redes de autoridades locales, los sectores pertinentes y las organizaciones comunitarias en la creación de municipios, ciudades y comunidades saludables y propicios (MCCS)</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
8.4.1	Número de países prioritarios con apoyo de la OPS que elaboran, ejecutan y evalúan planes de municipios, ciudades y comunidades saludables y propicios (MCCS) que abordan las metas sanitarias y los ODM	2	5	4	<b>Las particulares circunstancias de Haití dificultaron alcanzar este indicador.</b>
8.4.2	Número de redes regionales y nacionales de MCCS que funcionan activamente con el apoyo de la OPS	4	8	9	<b>Argentina, Brasil, Canadá, Costa Rica, Cuba, El Salvador, México, Paraguay y Perú</b>
8.4.3	Número de instituciones académicas en diferentes países que usan las normas, las herramientas y los materiales didácticos de la OPS en apoyo de los procesos de MCCS	3	6	8	<b>Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Cuba, Guyana, México y Perú</b>
8.4.4	Número de países que reciben el apoyo de la OPS para evaluar las iniciativas de MCCS	6	10	20	<b>Anguila, Argentina, Belice, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Guyana, Honduras, Islas Vírgenes Británicas, México, Montserrat, Nicaragua, Panamá, Perú, República Dominicana, y Trinidad y Tobago</b>

<b>RPR 8.5 Fortalecimiento de la capacidad de los países para promover entornos escolares y modos de vida saludables, con participación plena de los jóvenes dentro y fuera de la escuela, así como los profesores, los padres y las comunidades.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
8.5.1	Número de países que reciben apoyo de la OPS para la planificación, ejecución y evaluación de las escuelas promotoras de la salud (EPS) con énfasis en la higiene en relación con el cumplimiento de los ODM	3	8	7	<b>Honduras, Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Panamá, República Dominicana, Costa Rica</b>
8.5.2	Número de países que reciben apoyo de la OPS para la creación de redes nacionales de EPS	0	4	4	<b>Chile, Cuba, Brasil y Nicaragua</b>
8.5.3	Número de países que reciben apoyo de la OPS para fortalecer los sistemas de vigilancia para riesgos en las escuelas y los factores protectores	2	3	10	<b>Ecuador, Uruguay, Colombia, Islas Caimán, Santa Lucía, Trinidad y Tobago, San Vicente y las Granadinas, Chile, Venezuela, Guyana</b>
8.5.4	Número de instituciones académicas que usan las normas y los documentos de la OPS en respaldo de los procesos de EPS	3	6	6	

#### **Enseñanzas extraídas:**

- La formación de capacidades en torno a la evaluación de la promoción de la salud requiere un importante apoyo técnico y actividades continuas para abordar el tema de la alta rotación del personal.
- Recibir orientación, plantillas e incentivos resulta de ayuda para que los países puedan documentar y analizar sus experiencias.
- La participación comunitaria real requiere tiempo y fomento.
- Los países se benefician al intercambiar las experiencias y las enseñanzas extraídas.

#### **Ejecución financiera**

<b>Área de trabajo</b>	<b>Promoción de la salud (HPR)</b>			
	<b>Presupuestado</b>	<b>Asignado</b>	<b>Gasto</b>	<b>Porcentaje de ejecución</b>
<b>Presupuesto ordinario</b>	8.787.100	7.661.164	7.497.900	98
<b>Otras fuentes</b>	3.319.000	7.518.997	5.496.200	73
<b>Total (presupuesto ordinario y otras fuentes)</b>	<b>12.106.100</b>	<b>15.180.161</b>	<b>12.994.100</b>	<b>86</b>

## 9. SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS (MNH)

**Grado general de cumplimiento: 94%**

<b>META:</b> Reducir la carga asociada a los trastornos mentales, mejorar la salud mental de las poblaciones y reducir el daño atribuible al consumo de alcohol y drogas ilícitas.					
<b>CUMPLIMIENTO DE ESTA META:</b> En la Región de las Américas, los trastornos mentales y del sistema nervioso representan 24% de la carga de morbilidad total medida en AVAD (años de vida ajustados en función de la discapacidad) y hay una brecha de tratamiento que excede el 50%. Se ha observado una tendencia ascendente mundial, lo cual significa que este es un reto que debe afrontar la Región mediante la ampliación de la cobertura y la calidad de los servicios.					
<b>OBJETIVO DE LA OPS:</b> Respalda a los Estados Miembros en la instrumentación de políticas y planes y la adopción de las medidas necesarias para reducir la carga de los trastornos mentales, mejorar la salud mental de las poblaciones y reducir el daño atribuible al consumo de alcohol y drogas ilícitas.					
<b>CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE LA OPS:</b> La OPS ha cooperado con los países de la región para fortalecer una ejecución eficaz de las políticas y los planes de salud mental, con el objetivo de mejorar la prestación de servicios así como reducir la brecha de tratamiento. Veintiséis países tienen un plan nacional de salud mental.					
<b>RPR 9.1 Se habrá mejorado la capacidad de los países para recopilar y diseminar datos pertinentes a fin de respaldar la formulación de intervenciones y políticas eficaces en función de los costos en los ámbitos de salud mental y abuso de sustancias psicotrópicas.</b>					
Indic.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real, a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
9.1.1	Número de países en los cuales se hayan perfeccionado sistemas de información sobre salud mental y sustancias psicotrópicas con el apoyo de la OPS	3	6	6	Veinticinco países han informado que tienen un sistema nacional de información. La OPS ha dado apoyo técnico a los seis países indicados.
9.1.2	Número de países que hayan recabado y analizado datos sobre la prevalencia y la carga de trastornos mentales y el abuso de sustancias psicotrópicas	8	12	10	Estudio mundial de la salud mental: tres países (Colombia, Perú, México) Otros estudios: Chile, Argentina, Jamaica, Brasil, Cuba, Panamá, Nicaragua
9.1.3	Número de países que hayan recopilado y analizado información sobre la prestación de servicios de salud mental y abuso de sustancias psicotrópicas	24	34	25	Veinticinco países tienen información. Los sistemas de información sobre salud mental en América Latina y el Caribe continúan teniendo puntos flacos. No se han normalizado los procedimientos a nivel regional y la



					calidad de los datos recogidos varía según el país. Solo algunos países cuentan con datos adecuados. Por esta razón este tema aparece en un resultado previsto específico de la oficina para el bienio 2008-2009 como una prioridad.
<b>RPR 9.2 Se habrá aumentado la capacidad en los países para formular investigación en respaldo de la instrumentación de políticas y servicios de salud mental.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
9.2.1	Número de personas de América Latina y el Caribe (ALC) formadas en el ámbito de la salud mental y el abuso de sustancias psicotrópicas, con participación de la OPS.	36	84	92	<p><b>Capacitación de investigadores jóvenes. Dos reuniones (México y Jamaica). Los países que tienen resultados específicos que surgen de la investigación en epidemiología los han usado de alguna manera para promover la causa y para brindar apoyo a la ejecución de las políticas y los planes nacionales sobre la salud mental. La OPS está preparando un libro que recopila las investigaciones en epidemiología más importantes que se realizaron en la Región, que estará listo en el 2009.</b></p> <p><b>Un grupo de jóvenes investigadores recibió capacitación específica sobre metodología de la investigación y diseño de proyectos, además de recibir asesoramiento sobre sus propios proyectos. Estos investigadores provienen de 8 países de América Latina y el Caribe.</b></p>
9.2.2	Número de estudios sobre salud mental y abuso de sustancias psicotrópicas respaldados en ALC.	6	9	9	<p><b>Estudio mundial de salud mental, tres países además de los iniciales. Proyecto patrocinado por el Instituto Nacional de Salud Mental (EE.UU.) para investigadores jóvenes. Se apoyaron varios</b></p>

					estudios. Proyecto de psicosis en población indígena (Guatemala)
<b>RPR 9.3 Se habrá fortalecido la capacidad de los países para poner en marcha políticas y planes de salud mental.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
9.3.1	Número de personas de ALC formadas en planificación y gestión de la salud mental	24	114	<b>Cálculo: 120</b>	<b>Capacitación apoyada directamente por la OPS: Capacitación breve en temas específicos como --Suicidio y rehabilitación psicosocial (Centroamérica). --Capacitación en desastres para el Grupo de Estudio Regional de Salud Mental --Apoyo para un curso de posgrado en Córdoba (Argentina)</b>
9.3.2	Número de países que hayan aplicado planes de salud mental con el apoyo de la OPS	16	20	<b>18</b>	<b>Apoyo técnico durante el bienio para la formulación o puesta en práctica de planes nacionales de salud mental. Centroamérica: Nicaragua, Guatemala, El Salvador, Honduras, Panamá, República Dominicana, México (7) América del Sur: Argentina, Paraguay, Uruguay, Chile, Ecuador, Perú (6) Caribe: Guyana, Surinam, Belice, Jamaica, Trinidad y Tobago (5)</b>

<b>RPR 9.4 Se habrá asistido a los países a fin de que elaboren y evalúen programas para prevenir y tratar los trastornos mentales y satisfacer las necesidades especiales de grupos vulnerables.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
9.4.1	Número de países que hayan formulado programas con asistencia de la OPS para mejorar la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales	4	8	<b>18</b>	<b>Los países que recibieron apoyo técnico para elaborar sus políticas y planes nacionales de salud mental. Este es un aspecto que debe fortalecerse en el próximo bienio.</b>
9.4.2	Número de países que hayan formulado programas con asistencia de la OPS para satisfacer las necesidades específicas de salud mental de poblaciones vulnerables, entre ellas pueblos indígenas.	9	13	<b>18</b>	<b>Los países que recibieron apoyo técnico para elaborar sus políticas y planes nacionales de salud mental. Hay un proyecto específico para la salud mental de las poblaciones indígenas en Guatemala. Este es un aspecto que debe fortalecerse en el próximo bienio.</b>

<b>RPR 9.5 Se habrá fortalecido la capacidad de los países para crear nueva legislación sobre salud mental y proteger los derechos humanos de las personas que padecen trastornos mentales.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
9.5.1	Número de países que hayan revisado o actualizado la legislación sobre salud mental con apoyo de la OPS	7	12	15	América del Sur: Argentina, Perú, Chile, Venezuela Centroamérica: Nicaragua, Panamá, El Salvador Caribe: Belice, Barbados, Santa Lucía, Bahamas, Granada, Saint Kitts y Nevis, Antigua y Barbuda, San Vicente y las Granadinas
9.5.2	Número de países que hayan formulado medidas específicas con apoyo de la OPS para proteger los derechos humanos de las personas que padecen trastornos mentales	8	13	10	América del Sur: Argentina, Brasil, Chile, Paraguay, Ecuador Centroamérica: Nicaragua, Panamá, El Salvador, Honduras, Guatemala Caribe: pendiente
<b>RPR 9.6 Se habrá asistido a los países para elaborar y evaluar programas de prevención y tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias psicotrópicas y en respuesta a las necesidades especiales de grupos vulnerables</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
9.6.1	Número de países destinatarios que hayan adaptado normas de políticas sobre alcoholismo, con el apoyo de la OPS y según sus necesidades específicas.	2	4	4	Se han llevado a cabo actividades de apoyo técnico.
9.6.2	Número de países que hayan mejorado con apoyo de la OPS los servicios ofrecidos para los trastornos por el abuso de sustancias psicotrópicas	2	4	4	- Cursos de capacitación para la identificación y el tratamiento tempranos de problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas en la atención primaria de salud. - Otras actividades de apoyo técnico.

### Enseñanzas extraídas:

- La evaluación del Sistema de Salud Mental (usando AIMS de la OMS) abrió la puerta en muchos países para la cooperación técnica en el ámbito de la salud mental.
- La mayor parte de los países de la Región cuenta con un plan y una política nacionales en materia de salud mental y abuso de sustancias psicotrópicas, pero el grado de ejecución es muy bajo.
- Es necesario desarrollar recursos humanos formados en el campo de la salud mental y el abuso de sustancias psicotrópicas, especialmente dentro de la atención primaria de salud.

### Ejecución financiera

<u>Área de trabajo</u>	Salud mental y abuso de sustancias (MNH)			
	Presupuestado	Asignado	Gasto	Porcentaje de ejecución
Presupuesto ordinario	2.643.800	2.269.999	2.262.800	100
Otras fuentes	3.680.000	1.340.024	804.300	60
<b>Total (presupuesto ordinario y otras fuentes)</b>	<b>6.323.800</b>	<b>3.610.023</b>	<b>3.067.100</b>	<b>85</b>

## 10. TABACO (TOB)

**Grado general de cumplimiento: 90%**

<p><b>META:</b> Proteger a las generaciones presentes y futuras de los devastadores efectos sanitarios, sociales, ambientales y económicos del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco.</p>					
<p><b>CUMPLIMIENTO DE ESTA META:</b> Para fines del 2007, 22 Estados Miembros habían ratificado el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (100% por encima de la meta) y 7 Estados Miembros habían sancionado legislación nacional sobre entornos sin humo de tabaco, envasado y rotulación de productos de tabaco y prohibiciones de anuncios, promoción y patrocinio de productos de tabaco en cumplimiento de los mandatos del CMCT (artículos 8, 11 y 13).</p>					
<p><b>OBJETIVO DE LA OPS:</b> Fortalecer la capacidad de los países de la Región para instrumentar políticas y programas para el control del tabaco mediante la promoción de normas, datos científicos y cooperación técnica.</p>					
<p><b>CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE LA OPS:</b> La Organización realizó talleres de capacitación dirigidos a funcionarios gubernamentales acerca de políticas específicas de control del tabaco con la finalidad de fortalecer la capacidad nacional para poner en práctica tales políticas en su territorio. Estos talleres abordaron las siguientes políticas: 1) los entornos sin humo de tabaco y los derechos humanos, 2) envasado y rotulación de los productos de tabaco, 3) el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS: mandatos principales. Además, por primera vez, el taller sobre control del tabaco en la Región de las Américas se organizó con la participación conjunta de los puntos focales de las oficinas de los países de la OPS/OMS y de los ministerios de salud. Además, la Organización siguió recopilando datos y pruebas científicas para apoyar políticas eficaces de control del tabaco en la Región. En un esfuerzo significativo, la Organización recopiló información sobre las políticas existentes acerca del control del tabaco en los 35 Estados Miembros. Estos datos son un instrumento valioso para vigilar la respuesta gubernamental a la epidemia de tabaquismo en la Región.</p>					
<p><b>RPR 10.1 Se habrán difundido los entornos sin humo de tabaco en la Región.</b></p>					
Indic.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real, a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
10.1.1	Número de países que reciben capacitación para crear sectores sanitario y educativo libres del tabaco	5	15	15	
<p><b>RPR 10.2 Se habrá aumentado la notificación, aceptación, aprobación, confirmación formal o adhesión de los Estados Miembros en relación con el Convenio Marco (CMCT).</b></p>					
Indic.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real, a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
10.2.1	Número de Estados Miembros que son partes de la Convención Marco	6	11	22	

<b>RPR 10.3 Se habrá aumentado la producción de datos de vigilancia en conexión con el consumo de tabaco por parte de los jóvenes, la exposición a humo ajeno y las políticas para la lucha antitabáquica y la salud del consumidor.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
10.3.1	Número de países que participan en la segunda ronda de la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes	12	20	13	Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (EE.UU.) seleccionaron solo 15 países para el bienio, que es la meta real. Un país (Panamá) está tratando de resolver obstáculos administrativos y otro (Costa Rica) todavía no ha llegado a un acuerdo sobre el presupuesto.
10.3.2	Número de países que hayan actualizado el Sistema Panamericano en Internet de Información sobre el Tabaco	0	30	35 *	* Aunque se ha recogido toda la información, aún no se entrega por completo.
10.3.3	Número de países que hayan finalizado el Sistema de Vigilancia de la Exposición a Nicotina en el Ambiente (SVENA).	7	14	11	No hubo fondos para realizar esta investigación en el 2007; sin embargo, actualmente tenemos un acuerdo con la Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins para ejecutar esta vigilancia en cuatro países durante el primer semestre del 2008.

#### **Enseñanzas extraídas:**

- A medida que el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS se convierte en una realidad a nivel nacional, aumentan los pedidos por parte de los Estados Miembros ratificantes de recibir apoyo técnico de la Oficina Regional. Los Estados Miembros ratificantes solicitan mayor apoyo por parte de las oficinas regionales en cuanto a la redacción de legislación en cumplimiento de los mandatos específicos (empaquetado y rotulación, aumento de impuestos, prohibiciones de fumar y prohibiciones de anuncios publicitarios) y al establecimiento de mecanismos coordinadores nacionales que puedan conducir el proceso del Convenio a escala nacional y que puedan representar a su país en las diferentes reuniones relacionadas con este Convenio. El equipo técnico ha realizado un enorme esfuerzo durante el bienio para prestar tal apoyo a pesar de no contar con el personal suficiente y de estar enfrentando cambios en la conducción del equipo. Se debe analizar la dotación de personal a nivel regional bajo el proceso del Convenio Marco.

- El taller regional de control del tabaco mostró la necesidad de realizar esta clase de actividades regularmente y de contar con un seguimiento estrecho entre reuniones para facilitar el proceso de control del tabaco a nivel de país y a nivel subregional, y de mantener el compromiso firme.

### Ejecución financiera

<u>Área de trabajo</u>	Tabaco (TOB)			Porcentaje de ejecución
	Presupuestado	Asignado	Gasto	
Presupuesto ordinario	906.800	678.026	666.100	98
Otras fuentes	1.235.000	2.622.270	1.761.500	67
<b>Total (presupuesto ordinario y otras fuentes)</b>	<b>2.141.800</b>	<b>3.300.296</b>	<b>2.427.600</b>	<b>74</b>



## 11. NUTRICIÓN (NUT)

**Grado general de cumplimiento: 86%**

<p><b>META:</b> Mejorar la nutrición de todas las personas de las Américas como base para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio en relación con la mortalidad materna, la supervivencia infantil, la erradicación del hambre, la prevención de la infección por el VIH/SIDA y el nivel educativo, y reducir la carga de morbilidad y mortalidad causadas por enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición.</p>
<p><b>CUMPLIMIENTO DE ESTA META</b> <b>La OPS no vigila directamente los Objetivos de Desarrollo del Milenio; sin embargo, en América Latina y el Caribe la proporción de personas que sobreviven con menos de un dólar al día disminuyó de 10,3% en 1990 a 8,7% en el 2004, y la prevalencia de niños menores de 5 años de edad con peso inferior al normal disminuyó de 11% en 1990 a 7% en el 2005.</b></p>
<p><b>OBJETIVO DE LA OPS:</b> Promover prácticas óptimas de lactancia materna y de alimentación complementaria, una nutrición óptima de micronutrientes, un régimen alimentario saludable y una vida activa durante todo el ciclo biológico mediante la aplicación, el monitoreo y la evaluación de políticas, planes y programas nacionales basados en datos científicos. Fortalecer la capacidad de análisis estratégico de información en salud, SAN y desarrollo para la focalización de intervenciones, la promoción y formación de políticas públicas que coadyuven a la reducción del hambre y la malnutrición, así como la calidad de gestión institucional en la implementación de políticas, planes, programas y proyectos para el logro de las ODMs.</p>
<p><b>CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE LA OPS</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>La mayoría de los países realizan actividades de impulso de la lactancia materna y actividades complementarias; sin embargo, se deben ampliar las iniciativas para evitar que disminuya la duración de la lactancia materna y mejorar las prácticas de amamantamiento y de alimentación complementaria.</b></li><li>• <b>América Latina ha logrado avances importantes para controlar las carencias de micronutrientes, la mayoría de los países han aplicado programas de fortificación de alimentos, incluidas la fortificación universal de la sal (yodo) y la fortificación de la harina de trigo (hierro) para prevenir o controlar las carencias de yodo y de hierro, respectivamente. Sin embargo, 11% (98,6 millones) de la población de las Américas no consume yodo suficiente; y 30% de los niños preescolares, 24% de las embarazadas y 18% de las mujeres en edad fecunda están anémicos. La Región debe elaborar estrategias innovadoras para llegar a grupos de población vulnerable sin acceso o con consumo escaso de alimentos fortificados; también hay que intensificar los esfuerzos para implantar sistemas de monitoreo reguladores sostenibles que velen por la calidad de los alimentos fortificados.</b></li><li>• <b>La alimentación sana y la actividad física a lo largo de todo el ciclo de vida están promoviéndose en toda la Región, pero aún se necesitan políticas, planes y programas.</b></li></ul>

<b>RPR 11.1 Se habrá mejorado la salud y el estado nutricional de la población mediante la formulación y aplicación de políticas y planes nacionales de alimentación y nutrición, la revisión de las normas alimentarias y la instauración de políticas, planes y sistemas nacionales de vigilancia nutricional activa</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
11.1.1	Número de países con planes nacionales revisados de alimentación y nutrición, basados en las prioridades nacionales y centrados en intervenciones e indicadores específicos con asignación de recursos	6	15	<b>11</b>	<b>Tres países del Caribe no han progresado según lo previsto y están en diversas etapas de desarrollo. Terminarán en el 2008</b>
11.1.2	Número de países que han formulado y aplicado pautas alimentarias basadas en los alimentos	6	8	<b>9</b>	
11.1.3	Número de países con programas para aumentar la seguridad alimentaria	9	15	<b>18</b>	
11.1.4	Número de países con sistemas de vigilancia nutricional activa que monitorean y evalúan las tendencias	0	8	<b>10</b>	<b>Diez países en etapas diferentes de ejecución</b>
11.1.5	Número de países con programas para la preparación y almacenamiento seguros de los alimentos	0	4	<b>4</b>	
<b>RPR 11.2 Mejor nutrición del lactante y del niño pequeño mediante la aplicación de la Estrategia Mundial para Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (EMALNP).</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
11.2.1	Número de países con planes nacionales para poner en práctica la EMLNP	7	18	<b>23</b>	
11.2.2	Número de países que aplican los estándares de referencia del crecimiento de la OMS	0	15	<b>15</b>	
<b>RPR 11.3 Mejor estado de nutrición de micronutrientes de la población mediante la promoción, la aplicación, la vigilancia y la evaluación de programas sobre administración de suplementos y enriquecimiento de los alimentos con micronutrientes de importancia para la salud pública (a saber, hierro, ácido fólico, vitamina A, zinc y vitamina B12).</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
11.3.1	Número de países que cuentan con sistemas de monitoreo reglamentario plenamente activos (evaluación y control de la calidad, etiquetado de los alimentos, inspección y análisis de los productos) para el enriquecimiento de los alimentos	6	15	<b>15</b>	
11.3.2	Número de países que han establecido a nivel familiar o individual sistemas activos de vigilancia y evaluación del enriquecimiento de los alimentos (más allá de la yodación de	3	10	<b>1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Nicaragua ha implantado el Sistema Integrado de Vigilancia de las Intervenciones Nutricionales (SIVIN) en</b></li> </ul>

	la sal)				<p>los hogares, las escuelas y las tiendas al menudeo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La República Dominicana y Panamá están diseñando sus propios sistemas.</li> <li>• En otros países, la penuria de recursos impide implantar sistemas de vigilancia en los hogares e individuales.</li> </ul>
11.3.3	Número de países con programas para la reducción de la prevalencia de la anemia	2	8	28	
<b>RPR 11.4 Mejores régimen alimentario y actividad física y reducción de enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
11.4.1	Número de países que aplican la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario y Actividad Física	0	12	12	
11.4.2	Número de países que ponen en práctica programas que promueven la actividad física	6	20	10	<b>Los países que no alcanzaron el indicador se encuentran en diferentes etapas de ejecución</b>
11.4.3	Países que ponen en práctica programas para promover un régimen alimentario saludable.	2	24	15	<b>Los países que no alcanzaron el indicador se encuentran en diferentes etapas de ejecución</b>
<b>RPR 11.5 Mejor nutrición de las personas que viven con la infección por el VIH/SIDA y niños pequeños cuyas madres tienen la infección por el VIH/SIDA, y reducción de la transmisión de esa infección de la madre al hijo.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
11.5.1	Número de países que han implantado estrategias para prestar apoyo nutricional a personas infectadas por el VIH//SIDA	0	10	11	
11.5.2	Número de países con programas integrales de orientación sobre alimentación del lactante y el VIH	0	6	14	
<b>RPR 11.6 La capacidad de los países de la sub región centroamericana y de países prioritarios de la OPS/OMS, para promoción de SAN y Desarrollo Sostenible en el marco de la ODM#1, ha sido fortalecida a través del análisis estratégico de información, formación de políticas publicas y calidad de gestión institucional en SAN.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>

11.6.1	Numero de países con capacidad de análisis estratégico de información en SAN apoyando toma de decisiones y la focalización de políticas, planes, programas y proyectos	3	7	6	El país que falta se encuentra todavía en proceso de ejecución
11.6.2	Número de países con políticas públicas en desarrollo para la reducción del hambre, la malnutrición y pobreza	5	7	8	
11.6.3	Numero de países con capacidad de gestión de políticas, planes, programas y proyectos en SAN, a nivel regional, nacional y local, con énfasis en población en extrema pobreza.	3	7	7	

Sistema Integrado de Vigilancia de Intervenciones Nutricionales

### Enseñanzas extraídas:

- Los países están muy interesados en aplicar los nuevos patrones de crecimiento de los niños de la OMS, pero necesitan cooperación técnica y asistencia financiera continuas para hacerlo correctamente.
- Se necesita una colaboración mejor con la Unidad de la Infección por el VIH-sida para garantizar que los mensajes sean claros y uniformes acerca de la alimentación del lactante en el contexto de la infección por el VIH.
- Los cambios frecuentes en la administración de los estados y gobiernos han causado retrasos graves en las políticas que han sido ratificadas por los gobiernos respectivos.

### Ejecución financiera

<u>Área de trabajo</u>	Nutrición (NUT)			Porcentaje de ejecución
	Presupuestado	Asignado	Gasto	
<b>Presupuesto ordinario</b>	7.121.600	6.026.112	5.986.600	99
<b>Otras fuentes</b>	4.428.000	3.705.607	2.795.100	75
<b>Total (presupuesto ordinario y otras fuentes)</b>	<b>11.549.600</b>	<b>9.731.719</b>	<b>8.781.700</b>	<b>90</b>

## 12. SALUD Y MEDIO AMBIENTE (PHE)

**Grado general de cumplimiento: 94%**

<p><b>META:</b> Lograr entornos para el ser humano seguros, sostenibles y propicios para la salud, exentos de riesgos sociales, biológicos, químicos y físicos, que promuevan la seguridad humana y la justicia ambiental y estén protegidos de los efectos de amenazas mundiales y locales.</p>
<p><b>CUMPLIMIENTO DE ESTA META:</b> <b>Mediante la colaboración entre los sectores de la salud, el medio ambiente, la educación, la agricultura y la ganadería, y del trabajo ha sido posible progresar en los diferentes componentes de la gestión de riesgos, que incluye como aspectos prioritarios la difusión de información, la capacitación del personal y las intervenciones relacionadas con riesgos de salud ambiental considerados prioritarios.</b></p>
<p><b>OBJETIVO DE LA OPS:</b> Velar por la incorporación efectiva de dimensiones de salud en las políticas y medidas nacionales relacionadas con el medio ambiente y la salud, incluidos marcos jurídicos y normativos que rigen la gestión del entorno ocupacional y humano, y en las políticas regionales y mundiales que tienen que ver con la salud ambiental y la de los consumidores.</p>
<p><b>CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE LA OPS:</b></p> <p><b>Mandatos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Declaración de Mar del Plata: Los Ministros de Salud y Medio Ambiente de los Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos formularon directrices para acciones futuras orientadas a lograr el mejoramiento de la salud en las condiciones ambientales de la Región y la cooperación en relación con problemas prioritarios: a) la gestión integrada de los recursos hídricos y los residuos sólidos; b) el manejo racional de los productos químicos; y c) la salud ambiental de los niños.</b></li><li>- <b>Cuarta Cumbre de las Américas: “Crear trabajo para enfrentar la pobreza y fortalecer la gobernabilidad democrática”. El artículo 33 establece: “Promoveremos marcos integrados de políticas públicas ambientales, de empleo, de salud y de seguridad social para proteger la salud y seguridad de todos los trabajadores y trabajadoras, e impulsaremos una cultura de prevención y control de riesgos ocupacionales en el Hemisferio”.</b></li></ul>

**RPR 12.1 Se habrán elaborado o actualizado y promovido directrices normativas y de buenas prácticas basadas en criterios científicos, que ofrezcan a los países un apoyo eficaz para la evaluación de las repercusiones sanitarias y la toma de decisiones en el conjunto de sectores, en relación con temas clave de salud ambiental, como el agua, el saneamiento y la higiene, la calidad del aire, los peligros en el lugar de trabajo, la seguridad química, la protección contra radiaciones y los cambios ambientales.**

Indic.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real, a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
12.1.1	Número de países que utilizan directrices de la OPS y que han realizado actividades de evaluación de los riesgos y gestión de factores de riesgo clave	10	15	15	Proyecto DDT/GEF Proyecto de Iniciativas de Ambientes de Trabajo Saludables
12.1.2	Número de países que reciben apoyo de la OPS que han formulado legislación, normas o pautas relacionadas con la salud ambiental	18	24	24	Directrices sobre sustancia química, calidad del aire, calidad del agua y gestión de los residuos sólidos

**RPR 12.2 Se habrá prestado a los países el respaldo adecuado en lo referente a la capacidad para gestionar la información sobre desarrollo sostenible y salud ambiental y para aplicar políticas e intervenciones intersectoriales destinadas a proteger la salud frente a amenazas sociales y ambientales inmediatas y a más largo plazo.**

Indic.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real, a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
12.2.1	Número de países que ponen en práctica planes de acción ambientales y sanitarios con el apoyo de la OPS.	11	26	26	Plan regional de salud de los trabajadores
12.2.2	Número de países que reciben apoyo de la OPS que han fortalecido la capacidad del sector de la salud para la gestión de factores de riesgo ambientales.	11	16	16	Proyecto DDT/GEF Prevención de accidentes laborales Plan nacional para la eliminación de la silicosis

**RPR 12.3 Se habrán abordado los problemas de salud ambiental de los grupos de población vulnerables y de alto riesgo (en particular, los niños, los trabajadores y los pobres de las zonas urbanas) con iniciativas mundiales, regionales, nacionales y locales que se ponen en práctica mediante la participación comunitaria efectiva, asociaciones, alianzas y redes de centros de excelencia**

Indic.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real, a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
12.3.1	Número de países que han puesto en práctica iniciativas de asociación para responder a problemas de salud ambiental concernientes a los niños, las mujeres y los trabajadores	3	7	8	Los países del MERCOSUR—con Argentina como país anfitrión—celebraron una reunión mundial sobre Salud Ambiental de los Niños, con el apoyo de la OPS/OMS. La Conferencia Interamericana de Ministerios de Trabajo fortaleció la importancia de la protección de la salud ambiental para los trabajadores. En Centroamérica, la

					alianza estratégica intersectorial fue reforzada con la FUNDACERSO. En Montevideo, la OPS apoyó una iniciativa de la UNESCO para responder a las necesidades de personal de educación sanitaria y sus implicaciones ambientales.
<b>RPR 12.4 Se habrá prestado a los países el respaldo adecuado para ejecutar el Plan de Acción elaborado en la Reunión de Mar del Plata sobre Salud Ambiental de los Niños, como un método integrado para alcanzar las metas de la Declaración del Milenio, haciendo hincapié en los países clave.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
12.4.1	Número de países que cuentan con un perfil y un plan nacional de salud ambiental de los niños, incluida una unidad pediátrica de salud ambiental.	3	6	<b>9</b>	<b>Seis países, incluidas unidades pediátricas</b> <b>Tres países sin unidades pediátricas</b>
12.4.2	Número de países que forjan alianzas estratégicas entre los sectores de la salud, el medio ambiente, la educación y el trabajo, como parte de las decisiones tomadas en Mar del Plata.	1	6	<b>6</b>	<b>Tres países sudamericanos, dos centroamericanos y uno del Caribe.</b>
12.4.3	Número de países prioritarios que elaboran un plan de determinación de los costos donde se definen los recursos financieros necesarios para alcanzar las metas de los ODM para 2015.	1	5	<b>2</b>	<b>La República Dominicana, con el apoyo del Proyecto del Milenio, elaboró un plan de determinación de los costos. Nicaragua también aplicó a su realidad nacional algunos de los elementos de la metodología de determinación de los costos. Es importante mencionar que el ejercicio fue contraproducente ya que proporcionó un argumento sólido acerca de la razón por la cual los países no podrán cumplir los ODM debido a la falta de recursos. Este es uno de los motivos por los cuales la OPS puso en marcha la iniciativa Rostros, Voces y Lugares, con el fin de abordar el problema del cumplimiento de los ODM en las comunidades más pobres de cada país.</b>

### Enseñanzas extraídas:

- Se ha mostrado que las iniciativas para establecer alianzas en cuestiones de agua, saneamiento y gestión de los residuos sólidos fortalecen el apoyo a países de alta prioridad de la Región.
- Los planes de seguridad del agua han mostrado potencial para la gestión integrada de los ciclos del agua y la salud.
- El cambio constante de las autoridades sanitarias nacionales en los países dificulta la aplicación de los programas.
- Los actores sociales deben participar en la preparación, la ejecución y las etapas de evaluación de los programas.
- La participación de otros sectores es un tema clave para el éxito de los programas.

### Ejecución financiera

<u>Área de trabajo</u>	Salud y medio ambiente (PHE)			
	Presupuestado	Asignado	Gasto	Porcentaje de ejecución
<b>Presupuesto ordinario</b>	17.520.700	16.781.746	16.622.500	99
<b>Otras fuentes</b>	8.492.000	9.040.776	6.104.400	68
<b>Total (presupuesto ordinario y otras fuentes)</b>	<b>26.012.700</b>	<b>25.822.522</b>	<b>22.726.900</b>	<b>88</b>



### 13. INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS (FOS)

**Grado general de cumplimiento: 94%**

<b>METAS:</b> Reducir las cargas sanitaria, social y económica de las enfermedades transmitidas por los alimentos y la contaminación de los alimentos.					
<b>CUMPLIMIENTO DE ESTA META:</b> El avance en la promoción durante el bienio de estudios sobre la carga económica representada por las enfermedades transmitidas por los alimentos y la contaminación de los alimentos permitiría en el próximo bienio calcular la contribución de la inocuidad de los alimentos a esta meta.					
<b>OBJETIVO DE LA OPS:</b> Crear un entorno propicio para que el sector de la salud, en cooperación con los sectores y los socios oficiales y privados, pueda evaluar, gestionar y comunicar con eficacia información sobre los riesgos de origen alimentario.					
<b>CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE LA OPS:</b> Se ha logrado completamente el objetivo al alcanzar las metas establecidas para los indicadores.					
<b>RPR 13.1 Se habrán fortalecido los programas nacionales y regionales de vigilancia de las enfermedades transmitidas por alimentos, así como los de control y respuesta ante los peligros de origen alimentario.</b>					
Indic.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real, a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
13.1.1	Número de países que participan en redes regionales sobre inocuidad de los alimentos (VETA, RILAA, PULSE NET) y globales (SALMSURV e INFOSAN de OMS) con apoyo de la OPS	20	25	34	29 participan en RILAA, 13 en PulseNet, 28 en INFOSAN, OMS-GSS
13.1.2	Número de países que ponen en práctica planes de vigilancia de los riesgos de origen alimentario con apoyo de la OPS	6	10	18	18 países: vigilancia de riesgos microbiológicos
13.1.3	Número de países que instrumentan planes de vigilancia para las enfermedades transmitidas por los alimentos con apoyo de la OPS	6	10	18	Todos los países que participaron en cursos subregionales auspiciados por la red OMS-GSS
13.1.4	Número de países que han finalizado estudios sobre las cargas sanitaria y económica asociadas con las enfermedades transmitidas por los alimentos con apoyo de la OPS.	2	4	4	Protocolos nacionales preparados y probados en Cuba y Argentina
<b>RPR 13.2 Se habrán promovido una política y sistemas multisectoriales e integrados para la inocuidad de los alimentos centrados en el concepto de la salud de la granja hasta la mesa y se habrá afianzado la participación en el establecimiento de normas internacionales del Codex Alimentarius.</b>					

<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
13.2.1	Número de países que hayan establecido sistemas de inocuidad de los alimentos multisectoriales y que cuenten con planes en curso con apoyo de la OPS	2	4	5	Además de los países del punto de comparación, Bolivia, Perú y Ecuador realizaron un ejercicio completo usando el instrumento Desempeño, Visión y Estrategia.
13.2.2	Número de países que hayan establecido o enmendado políticas, planes de acción o legislación para la inocuidad de los alimentos con apoyo de la OPS	10	15	16	Se elaboró una ley alimentaria armonizada a nivel subregional para Centroamérica
13.2.3	Número de países que hayan instrumentado los comités nacionales del Codex Alimentarius con las normas de la OPS/OMS	5	8	20	
<b>RPR 13.3 Se habrá fortalecido la capacidad nacional para aplicar buenas prácticas agropecuarias (BPA), procedimientos estandarizados de las prácticas de limpieza y desinfección (PEPLD) y sistemas de análisis de peligros en puntos críticos de control (APPCC).</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
13.3.1	Número de países que aplican pautas de BPA, SSOP y ARPCC con enfoque en matrices de agentes patógenos de los alimentos y entéricos prevalentes e identificados, con énfasis en las industrias de pequeña y mediana escala con apoyo de la OPS	0	4	6	Todos los países centroamericanos recibieron capacitación intensiva para los inspectores de alimentos con el fin de alcanzar la meta del indicador.
13.3.2	Número de países con un plan de acción en inocuidad de los alimentos dentro de la estrategia de mercados saludables en el contexto de iniciativas para entornos saludables	5	8	6	Guyana, Paraguay, Bolivia, República Dominicana y Haití están elaborando la estrategia. Se iniciaron actividades en Guatemala y Venezuela. La falta de recursos humanos técnicos es un problema común en los países.
<b>RPR 13.4 Se habrá consolidado la capacidad nacional en las áreas de comunicación de riesgos y educación sobre inocuidad de los alimentos.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
13.4.1	Número de países que hayan usado y evaluado material sobre inocuidad de los alimentos basado en las “cinco claves de la OMS para la inocuidad de los alimentos” en escuelas primarias	2	4	4	Venezuela y Guatemala adaptaron y validaron las directrices. Traducción de los Manuales de Guatemala al inglés y el portugués. Honduras y Brasil han iniciado la estrategia.
13.4.2	Número de países que hayan usado y evaluado el material	2	4	2	Venezuela y Guatemala han

	sobre inocuidad de los alimentos en el programa de estudios de escuelas primarias en el contexto de las iniciativas para entornos saludables				<b>incorporado la estrategia en el programa de estudios. Falta de recursos técnicos y económicos.</b>
13.4.3	Número de países que hayan utilizado y validado guías para la certificación de distribuidores de alimentos sobre la base de capacitación y educación	0	8	8	<b>Todos los países del Caribe oriental, Bahamas y Jamaica.</b>

### **Enseñanzas extraídas:**

- Las asociaciones con otros organismos internacionales e instituciones de salud pública nacionales fueron una estrategia excelente para lograr los resultados previstos.
- Debe continuar la movilización exitosa de recursos.
- El fortalecimiento de las redes regionales aumentó la competencia de AMRO con respecto a la formación de capacidades.
- Ejecución exitosa de un proyecto piloto de formación sobre la inocuidad de los alimentos de acuerdo con la estrategia de entorno saludable, escuelas sanas y mercados alimentarios saludables.
- Muy buena interacción y coordinación con el departamento de la OMS de Inocuidad de los Alimentos, Zoonosis y Enfermedades de Transmisión Alimentaria para llevar adelante la estrategia mundial de inocuidad de los alimentos de la OMS.
- El cierre del INPPAZ y la reducción del plantel de recursos humanos en diciembre del 2005 afectó seriamente la cooperación técnica con respecto a la inocuidad de los alimentos.

## Ejecución financiera

<u>Área de trabajo</u>	Inocuidad de los alimentos (FOS)			Porcentaje de ejecución
	Presupuestado	Asignado	Gasto	
Presupuesto ordinario	3.929.000	3.360.700	3.309.700	98
Otras fuentes	3.851.000	681.918	393.500	58
<b>Total (presupuesto ordinario y otras fuentes)</b>	<b>7.780.000</b>	<b>4.042.618</b>	<b>3.703.200</b>	<b>92</b>

*La ejecución del presupuesto procedente de otras fuentes se ve afectada por: a) el recorte a partir del 31 de diciembre del 2007, independientemente del vencimiento real de los subsidios; y b) la adopción de las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público, a raíz de las cuales solo se incluyeron los desembolsos reales. No se han incluido las obligaciones (compromisos) de los fondos que se desembolsarán en el 2008.*

## 14. VIOLENCIA, TRAUMATISMOS Y DISCAPACIDADES (INJ)

**Grado general de cumplimiento: 91%**

<b>META:</b> Prevenir la violencia y las discapacidades, promover la seguridad vial y mejorar la calidad de la vida de las personas con discapacidades.					
<b>CUMPLIMIENTO DE ESTA META:</b> Se han logrado avances importantes en las Américas: en los dos últimos años se han creado proyectos de prevención de la violencia y sistemas de información de traumatismos. La seguridad vial y la prevención de accidentes ahora forman parte de los asuntos de interés público. Se han aprobado políticas y leyes para combatir la violencia contra las mujeres y los niños en casi todos los países. Se han comprometido las instituciones y ONGs. Ha aumentado y mejorado el desempeño de las redes y proyectos de desarrollo de los jóvenes y de prevención de la violencia juvenil. Se han reforzado o creado coaliciones internacionales o nacionales.					
<b>OBJETIVO DE LA OPS:</b> Fortalecer la capacidad nacional para la promoción de la coexistencia pacífica, la prevención de la violencia y las discapacidades, el fomento de la seguridad vial y la promoción y fortalecimiento de los servicios de rehabilitación.					
<b>LOGRO DEL OBJETIVO DE LA OPS:</b> A pesar de la existencia de limitados recursos, varios países de las Américas se han comprometido a trabajar en este tema.					
<b>RPR 14.1 Se habrá prestado apoyo a los países clave para la puesta en práctica y la evaluación de sistemas de vigilancia de los principales factores determinantes, causas y resultados de la violencia, la discapacidad y la inseguridad vial.</b>					
Indic.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real, a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
14.1.1	Número de países que recibieron apoyo para recopilar datos sobre los factores determinantes, las causas y los resultados de la inseguridad vial y la violencia	10	15	15	México, Belice, Honduras, Nicaragua, El Salvador, Jamaica, Puerto Rico, Brasil, Colombia, El Salvador, Panamá, Argentina, Bolivia, Perú y Venezuela recibieron el apoyo de la OPS, aunque no necesariamente en cada tipo de traumatismo.
14.1.2	Sistemas de información sobre discapacidad en vigencia en los países destinatarios de la Región	3	8	5	Hay sistemas de información sanitaria que registran datos sobre discapacidades en al menos cinco países de la región: Nicaragua, México, Cuba, Venezuela, Colombia. El proceso no se completó en Guyana, Chile y Argentina, ya que no se llevaron a cabo a tiempo ajustes técnicos en el software de SIEDIS para adaptarlo

					<b>a los sistemas locales de información.</b>
<b>RPR 14.2 Se habrá prestado apoyo a algunos países en relación con la investigación encaminada a elaborar programas y políticas eficaces para prevenir la violencia, la discapacidad y promover la seguridad vial.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
14.2.1	Número de países destinatarios donde se han llevado a cabo investigaciones sobre políticas y programas con aportaciones de la OPS/OMS	5	10	10	(Nota: en cada país, no se hace necesariamente sobre cada tipo de traumatismo) Bolivia, Honduras, El Salvador, Nicaragua, Colombia, Perú, Panamá, Argentina, Guatemala y México.
<b>RPR 14.3 Se habrá proporcionado orientación para realizar intervenciones multisectoriales con el fin de prevenir la violencia, la discapacidad y promover la seguridad vial.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
14.3.1	Número de países destinatarios que tienen planes nacionales y mecanismos de aplicación para prevenir la violencia, la discapacidad y promover la seguridad vial, con el apoyo de la OPS	10	13	13	(Nota: en cada país, no se hace necesariamente sobre cada tipo de traumatismo) México, Venezuela, Jamaica, Chile, Costa Rica, El Salvador, Ecuador, Brasil, Bolivia y Belice,
<b>RPR 14.4 Se habrá prestado apoyo a algunos países para la formulación de políticas concernientes a la atención prehospitalaria y hospitalaria de las víctimas de traumatismos causados por accidentes de tránsito y la violencia.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
14.4.1	Número de países destinatarios que tienen políticas nacionales para la atención prehospitalaria y hospitalaria de víctimas de traumatismos causados por accidentes de tránsito y la violencia, con el apoyo de la OPS	5	8	6	Las directrices de la OMS no se tradujeron al español hasta el último trimestre del 2007.

<b>RPR 14.5 Se habrán apoyado iniciativas regionales y nacionales para fortalecer la colaboración entre el sector de la salud y otros sectores que incluyen organismos del sistema de las Naciones Unidas, Estados Miembros, el sector privado y organizaciones no gubernamentales.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
14.5.1	Número de iniciativas multisectoriales regionales y nacionales vigentes para prevenir la violencia, la discapacidad y aumentar la seguridad vial, con el apoyo de la OPS	8	12	15	(Nota: en cada país, no se hace necesariamente sobre cada tipo de traumatismo) México, Belice, Honduras, Nicaragua, El Salvador, Jamaica, Puerto Rico, Brasil, Colombia, El Salvador, Panamá, Argentina, Bolivia, Perú y Venezuela
<b>RPR 14.6 Habrá en países de la Región políticas intersectoriales y planes de atención definidos a nivel nacional para la prevención, la intervención temprana y el tratamiento de discapacidades.</b>					
<b>Ind.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
14.6.1	Número de países destinatarios que tienen políticas, planes y programas sobre la prevención y el tratamiento de discapacidades	5	12	15	Se formularon políticas, planes y programas sobre prevención y tratamiento de discapacidades en al menos 15 países de la región (se incluye el sector salud y social): El Salvador, Nicaragua, Venezuela, Chile, Argentina, Panamá, Cuba, Brasil, México, Colombia, República Dominicana, Costa Rica, Perú, Honduras y Guyana.
14.6.2	Los planes, las normas y programas para la prevención de discapacidad producida por minas terrestres y para la asistencia a víctimas, puesto en ejecución para los países en riesgo de la Región a fines del bienio	2	3	4	Se establecieron planes y actividades de prevención de accidentes y asistencia a las víctimas de minas terrestres en los países de mayor riesgo: El Salvador, Nicaragua, Honduras y Colombia

<b>RPR 14.7 Se habrá prestado apoyo a los países para incorporar servicios integrales de rehabilitación en la atención primaria de salud y poner en práctica estrategias comunitarias de rehabilitación (ECR)</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
14.7.1	Número de países destinatarios apoyados para implementar estrategias encaminadas a incorporar servicios de rehabilitación en la atención primaria de salud y ECR	5	12	<b>10</b>	<b>Diez países de la región apoyaron la aplicación de estrategias de rehabilitación basada en la comunidad (RBC) en la atención primaria de salud: Chile, Argentina, Venezuela, Cuba, Nicaragua, El Salvador, Panamá, Brasil, Costa Rica, México. La falta de interacción entre los diferentes sectores involucrados en la atención a personas discapacitadas se convierte en un impedimento para la ejecución de la estrategia de RBC, lo cual significa que no se logró la meta.</b>
<b>RPR 14.8 Se habrá brindado apoyo para la formulación de políticas en determinados países sobre producción, distribución y mantenimiento de dispositivos de asistencia técnica para las personas discapacitadas.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
14.8.1	Número de países destinatarios respaldados para la aplicación de políticas nacionales sobre dispositivos de asistencia	5	8	<b>5</b>	<b>Los cinco países han elaborado planes sobre dispositivos de asistencia: Venezuela, Colombia, Brasil, Chile y México. La aplicación en otros países ha sido lenta por la falta de programas de capacitación para miembros del personal técnico.</b>



<b>RPR 14.9 9. Se habrán definido las estrategias para promover la igualdad de oportunidades para las personas discapacitadas.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
14.9.1	Número de iniciativas multisectoriales regionales y nacionales promovidas para la defensa y la protección de los derechos y la dignidad de las personas discapacitadas	5	12	<b>13</b>	<b>Se promovieron iniciativas sobre igualdad de oportunidades y protección de los derechos humanos de las personas discapacitadas en al menos 13 países de la región: Panamá, República Dominicana, Honduras, Paraguay, Chile, Belice, Nicaragua, Argentina, El Salvador, Uruguay, Ecuador, Colombia, Costa Rica.</b>

#### **Enseñanzas extraídas:**

- La asignación presupuestaria de los gobiernos es un vacío que debe llenarse.
- Se deben profundizar los estudios de las causas y el costo de la violencia y los traumatismos.
- Debe garantizarse la sostenibilidad de los proyectos.
- La participación comunitaria en los procesos de construcción de políticas públicas de atención de personas con discapacidades garantiza la detección y la atención de las necesidades de este grupo poblacional.
- El intercambio entre los países ha mostrado ser una herramienta eficaz de cooperación al garantizar una transferencia adecuada del conocimiento y las tecnologías.
- El trabajo institucional ha permitido lograr una mayor eficacia en la provisión de la ayuda técnica para los temas relacionados con las discapacidades y la rehabilitación, compartiendo la pericia y el enfoque interprogramático, y generando sinergias de trabajo para la cooperación eficaz.
- La formación de redes con los centros colaboradores y otras instituciones ayuda a que la cooperación técnica sea oportuna, eficaz y de calidad.

## Ejecución financiera

<u>Área de trabajo</u>	<b>Violencia, traumatismos y discapacidades (INJ)</b>			
	<b>Presupuestado</b>	<b>Asignado</b>	<b>Gasto</b>	<b>Porcentaje de ejecución</b>
<b>Presupuesto ordinario</b>	1.141.700	1.309.203	1.293.400	99
<b>Otras fuentes</b>	903.000	1.882.462	1.129.400	60
<b>Total (presupuesto ordinario y otras fuentes)</b>	<b>2.044.700</b>	<b>3.191.665</b>	<b>2.422.800</b>	<b>76</b>

## 15. SALUD REPRODUCTIVA (RHR)

**Grado general de cumplimiento: 94%**

<b>META:</b> Lograr que todos los hombres y mujeres alcancen el más alto grado posible de salud sexual y reproductiva.					
<b>CUMPLIMIENTO DE ESTA META:</b> <b>Ha habido progreso, aunque debe admitirse que son necesarias mejoras en el acceso y la calidad.</b>					
<b>OBJETIVO DE LA OPS:</b> Procurar que, para 2015, los sistemas sanitarios ofrezcan la gama más amplia posible de servicios de salud sexual y reproductiva seguros y eficaces y los integren en la atención primaria de salud.					
<b>CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE LA OPS:</b> <b>Los objetivos se lograron totalmente a excepción de la participación de los hombres, básicamente debido a la falta de fondos.</b>					
<b>RPR 15.1 Se habrán establecido a nivel nacional políticas y planes públicos en relación con la salud sexual y reproductiva, la participación masculina y la reducción de la mortalidad materna.</b>					
Indic.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real, a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
15.1.1	Número de países que han elaborado políticas y planes para el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva integrada usando normas de la OPS/OMS	5	8	8	
15.1.2	Número de países prioritarios que han elaborado un plan para lograr el abastecimiento de anticonceptivos	0	4	4	
<b>RPR 15.2 Se habrán formulado y difundido normas, pautas y directrices basadas en datos probatorios en relación con algunos aspectos de la salud sexual y reproductiva.</b>					
Indic.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real, a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
15.2.1	Número de normas, pautas y directrices sobre salud sexual y reproductiva, incluida la tecnología y métodos anticonceptivos, adaptadas y difundidas en los países de la Región	10	15	15	

<b>RPR 15.3 Se habrán apoyado las alianzas, las redes y la coordinación interinstitucional a nivel regional y de país.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
15.3.1	Número de países que han establecido, comisiones nacionales con interesados directos para vigilar el progreso en la aplicación de políticas y programas públicos relacionados con la salud sexual y reproductiva	3	5	5	
<b>RPR 15.4 Se habrá efectuado una reorientación de los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la participación masculina y el empoderamiento de las mujeres, las familias y las comunidades.</b>					
<b>Ind.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
15.4.1	Número de países que han elaborado un modelo de atención de la salud sexual y reproductiva que incluya la participación masculina	0	2	1	<b>Hay experiencias positivas en cuanto a la participación masculina, aunque no total, en Costa Rica y Panamá.</b>
15.4.2	Número de países que han introducido servicios para hombres basados en la investigación	0	2	2	
<b>RPR 15.5 Fortalecimiento de los sistemas de monitoreo, vigilancia y evaluación de los programas de salud de la mujer y seguimiento del progreso hacia los ODM.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007c</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
15.5.1	<b>Número de países que han introducido instrumentos de vigilancia. Módulo Perinatal Integrado Simplificado</b>	7	10	10	
15.5.2	<b>Número de estudios encaminados a evaluar el impacto de la violencia vinculada con el género sobre la morbilidad y la mortalidad relacionadas con la salud sexual y reproductiva</b>	0	2	2	

### Enseñanzas extraídas:

- No se destinan más fondos a la capacitación empírica.
- Se necesita contar con recursos humanos capacitados y estables.
- En América Latina existe una barrera económica muy fuerte, por lo que el acceso universal y gratuito a los servicios de salud sexual y reproductiva de calidad es una necesidad esencial.

### Ejecución financiera

<u>Área de trabajo</u>	Salud reproductiva (RHR)			Porcentaje de ejecución
	Presupuestado	Asignado	Gasto	
Presupuesto ordinario	968.100	1.256.830	1.250.100	99
Otras fuentes	1.219.000	431.198	307.300	71
<b>Total (presupuesto ordinario y otras fuentes)</b>	<b>2.187.100</b>	<b>1.688.028</b>	<b>1.557.400</b>	<b>92</b>

## 16. REDUCCIÓN DE LOS RIESGOS DEL EMBARAZO (MPS)

**Grado general de cumplimiento: 98%**

<b>META:</b> Lograr el Objetivo de Desarrollo del Milenio de mejorar la salud materna reduciendo la mortalidad materna un 75% para 2015, en comparación con los niveles de 1990; y contribuir a disminuir para 2015 la tasa de mortalidad infantil en todos los países a menos de 35 por cada 1000 niños nacidos vivos, mediante una reducción de la mortalidad perinatal.					
<b>CUMPLIMIENTO DE ESTA META:</b> <b>Ha habido una cierta disminución de la mortalidad materna a nivel regional y una reducción leve de la brecha entre América del Norte y América Latina, pero, a nivel de país, se ha producido un aumento en Haití y Cuba. Sólo 3 países (Guatemala, Haití y Bolivia) tienen una mortalidad infantil de más de 35 por mil nacidos vivos.</b>					
<b>OBJETIVO DE LA OPS:</b> Redoblar los esfuerzos nacionales para poner en práctica intervenciones y estrategias dirigidas y eficaces en función del costo con el fin de que los sistemas de salud proporcionen a todas las mujeres y recién nacidos una atención continua a lo largo del embarazo, el parto y el período posnatal.					
<b>CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE LA OPS:</b> En general se lograron los objetivos, en algunos de ellos en un número de países mayor al planificado, a excepción del indicador de capacitación en la prevención de la hemorragia puerperal (16.2.3.), que se ha alcanzado sólo parcialmente.					
<b>RPR 16.1 Se habrá suministrado orientación para la formulación de políticas y planes públicos para la maternidad sin riesgo y la salud del recién nacido.</b>					
Indic.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real, a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
16.1.1	Número de países prioritarios que reciben apoyo para aplicar un marco conceptual regional común en relación con la maternidad sin riesgo y la salud del recién nacido	12	18	<b>18</b>	
16.1.2	Publicación y difusión de estudios de casos relacionados con experiencias fructíferas de modelos interculturales de atención materna y neonatal en el nivel de atención primaria de salud	3	6	<b>7</b>	
16.1.3	Países prioritarios respaldados para aplicar políticas y programas para mejorar la salud materna y neonatal.	2	6	<b>9</b>	

<b>RPR 16.2 Formulación o actualización y difusión de normas y pautas basadas en datos científicos apropiadas sobre la salud materna y perinatal</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
16.2.1	Número de normas y pautas sobre salud materna y perinatal adaptadas, actualizadas y difundidas en los países de la Región	15	20	<b>20</b>	
16.2.2	Número de países con tasas altas de mortalidad materna donde hay oportunidad de reformar las políticas que han recibido cooperación técnica para aplicar normas y directrices en relación con la mortalidad materna y del recién nacido	11	15	<b>17</b>	
16.2.3	Número de países prioritarios en los cuales los agentes sanitarios en entornos urbanos y rurales están capacitados como instructores para la prevención de la hemorragia puerperal	5	10	<b>7</b>	<b>En 3 países (República Dominicana, Guyana y Haití) se está en etapas diferentes de desarrollo.</b>
<b>RPR 16.3 Se han fortalecido los sistemas de monitoreo, vigilancia y evaluación de los programas de salud materna y perinatal y se ha monitoreado el progreso de los países hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio conexos.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
16.3.1	Número de países que han recibido asistencia para establecer sistemas de monitoreo de la salud materna y neonatal a nivel nacional e infranacional (entre estos los indicadores de los ODM)	2	6	<b>6</b>	
16.3.2	Número de países que han sido apoyados para introducir instrumentos de vigilancia epidemiológica que incorporan el módulo perinatal simplificado integrado y evaluaciones de las defunciones maternas y neonatales	7	10	<b>13</b>	
16.3.3	Publicación del informe de la OPS sobre el avance realizado por los países en relación con los ODM para la salud materna	0	1	<b>1</b>	

<b>RPR 16.4 Fortalecimiento de la prestación de atención obstétrica y neonatal de emergencia (AONE) de alta calidad en el primer nivel de remisión de pacientes, asegurando atención capacitada durante el embarazo y el parto.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
16.4.1	Número de evaluaciones de la calidad de la AONE finalizadas en los países clave	5	10	<b>10</b>	
16.4.2	Número de asociaciones profesionales, como la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), la Confederación Internacional de Matronas (ICM), la Federación de Profesionales de Enfermería (FEPPEN) y la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE), que firman un memorando de entendimiento en apoyo de la atención calificada durante el parto en la Región	0	1	<b>4</b>	
16.4.3	Número de países prioritarios que han establecido comités nacionales intersectoriales, apoyados por la OPS , y con la participación de las partes interesadas para vigilar las actividades encaminadas a reducir la mortalidad materna	6	11	<b>11</b>	

#### **Enseñanzas extraídas:**

- No se justifica seguir destinando fondos a la capacitación empírica a nivel de la Región de las Américas.
- Se deben mantener en el tiempo las acciones fructíferas basadas en datos probatorios.

#### **Ejecución financiera**

<b>Área de trabajo</b>	<b>Reducción de los riesgos del embarazo (MPS)</b>			
	<b>Presupuestado</b>	<b>Asignado</b>	<b>Gasto</b>	<b>Porcentaje de ejecución</b>
<b>Presupuesto ordinario</b>	4.558.900	4.640.267	4.636.400	100
<b>Otras fuentes</b>	2.798.000	6.215.439	3.116.100	50
<b>Total (presupuesto ordinario y otras fuentes)</b>	<b>7.356.900</b>	<b>10.855.706</b>	<b>7.752.500</b>	<b>71</b>



## 17. IGUALDAD DE GÉNERO, MUJER Y SALUD (WMH)

**Grado general de cumplimiento: 89%**

<p><b>META:</b> Procurar que las políticas y programas de la OPS y de los Estados Miembros sean sensibles a las diferencias de género y étnicas y contribuyan a la reducción de tales brechas en cuanto al estado de salud, la atención de salud y la participación en el desarrollo sanitario, en todas las etapas del ciclo de vida y en todos los grupos socioeconómicos.</p>					
<p><b>CUMPLIMIENTO DE ESTA META:</b> En la OPS y los Estados Miembros, se ha conseguido en diversos grados la integración de perspectivas de igualdad de género y étnica, y se espera que en el próximo bienio se aproveche ese impulso. La coordinación permanente y mayor con la Gestión Ejecutiva en relación con la integración de perspectivas de igualdad de género y étnica en los planes de trabajo de la OPS y los Estados Miembros será esencial para garantizar el avance hacia la meta.</p>					
<p><b>OBJETIVO DE LA OPS:</b> Fomentar el avance del conocimiento y la comprensión acerca de las desigualdades de género y étnicas en materia de salud.</p>					
<p><b>CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE LA OPS:</b> Se ha fortalecido la capacidad de las unidades de la Sede, las representaciones y los Estados Miembros de la OPS conforme a las metas establecidas, mediante la elaboración de los instrumentos pertinentes; el empleo de métodos; documentos característicos; la producción, el uso y el análisis de datos pertinentes; y la formulación de políticas y programas de investigación, a tal grado que la perspectiva de igualdad de género se ha incorporado como una norma. El conocimiento y la comprensión de las desigualdades que afectan a los grupos étnicos ganan terreno con rapidez y se han establecido métodos como los mencionados anteriormente para fomentar este progreso. Nuevamente, en relación con este objetivo es esencial la coordinación permanente con la Gestión Ejecutiva.</p>					
<p><b>RPR 17.1</b> Se habrá establecido y compartido una base de datos sobre desigualdades de género y étnicas en materia de salud y desarrollo y se habrá fortalecido la capacidad técnica de la OPS y los Estados Miembros para incorporar una perspectiva de género y étnica en la producción y análisis de información sanitaria.</p>					
Indic.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real, a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
17.1.1	Número de documentos metodológicos, perfiles regionales y de los países y folletos estadísticos sobre género, salud y desarrollo pertinentes para las políticas, producidos y difundidos por medios de comunicación electrónicos e impresos	7	13	19	
17.1.2	Número de propuestas de investigación formuladas o realizadas, y mejores prácticas y lecciones aprendidas en el abordaje de las inequidades de género, documentadas	3	7	7	- Investigación sobre el costo económico de la violencia de género en Chile - Investigación sobre vínculos entre la infección por el VIH y la violencia de género en Nicaragua,

					<b>Honduras y Belice</b> - Mejores prácticas y enseñanzas extraídas en países de Centroamérica en el período 1998-2004 - Informe sobre la sistematización de la experiencia con la integración de la perspectiva de género en políticas de reforma del sector de la salud en Chile
17.1.3	Base de datos estadísticos regional o nacional disponible por medios electrónicos y actualizada	2	4	4	
17.1.4	Número de talleres nacionales para productores y usuarios de información con el fin de integrar el análisis de género en las estadísticas sanitarias	6	10	8	- Numerosos cambios de miembros del personal y la estructura de la unidad, incluido el jefe de la unidad, contribuyeron a que no se alcanzaran ciertas metas - Taller en Venezuela para iniciar el proceso de integración de una perspectiva de género en las estadísticas sanitarias - Taller de análisis de los problemas de la desigualdad de género para profesionales de los medios de difusión de diez países del Caribe - Está pendiente la iniciativa para fomentar la integración de una perspectiva de género en las estadísticas sanitarias en la zona andina, en un enfoque subregional
<b>RPR 17.2 Se habrá elaborado y sometido a prueba un marco conceptual y metodológico para la integración de una perspectiva de igualdad de género en las políticas de reforma del sector de la salud.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
17.2.1	Número de diagnósticos regional/países e instrumentos metodológicos producidos/actualizados y disseminados para integrar equidad de género en la Reforma del Sector Salud.	7	14	12	- Numerosos cambios de miembros del personal y la estructura de la unidad, incluido el jefe de la unidad, contribuyeron a que no se alcanzaran ciertas metas

					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Directrices para el monitoreo de la equidad entre los sexos en las políticas de salud</li> <li>- Marco conceptual y metodológico para la medición y valoración del trabajo no remunerado</li> <li>- La evaluación nacional en Uruguay destacó las necesidades de las mujeres (está pendiente la evaluación de la igualdad de género en los perfiles nacionales sobre la reforma del sector de la salud)</li> <li>- Sistematización de la experiencia en integración de la perspectiva de género en políticas de reforma del sector de la salud en Chile</li> <li>- El instrumento de módulos sobre la igualdad de género de la OMS fue actualizado y probado en un taller de fortalecimiento de la capacidad para ocho países de América Latina y el Caribe (Uruguay).</li> </ul>
17.2.2	Número de actividades de fortalecimiento de capacidades (talleres, foros virtuales, redes de conocimiento) llevados a cabo en la sede y países para integrar género en el desarrollo de políticas y en la abogacía política.	4	8	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realizaron tres talleres internacionales para el fortalecimiento de la capacidad de promoción de las políticas (gratuitos). Dos talleres internacionales con la participación de expertos regionales e internacionales, sobre encuestas concernientes al empleo del tiempo y el Sistema de Cuentas Nacionales, para tratar los marcos conceptuales y metodológicos en la medición y la valoración del trabajo no remunerado</li> <li>- Foros virtuales regionales sobre la violencia de género y la reforma del sector de la salud</li> </ul>
17.2.3	Número de propuestas de políticas de salud para promover la	1	2	2	

	equidad de género preparadas por redes intersectoriales – apoyadas por la OPS - para ser presentadas a autoridades nacionales				
17.2.4	Número de informes nacionales de salud y políticas producidos por el mecanismo modelo de monitoreo apoyado por la OPS (Observatorio de la Igualdad de Género en Salud)	1	3	7	

<b>RPR 17.3 Se habrá puesto en marcha el plan quinquenal de acción de la política de la OPS sobre igualdad de género.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se ha alcanzado la meta) u observaciones</b>
17.3.1	Número de unidades técnicas y administrativas de OPS que aplican sistemáticamente instrumentos y procesos de transversalización de la perspectiva de género en sus áreas de trabajo	0	3	7	
17.3.2	Número de instrumentos de desarrollo de políticas que integran el enfoque de género	4	8	6	<p>- La unidad de Planificación, Presupuesto por Programas y Apoyo a Proyectos (PPS) indica que no se ha establecido un sistema para detectar palabras clave en las actividades; ahora se está considerando un sistema de vigilancia; durante el bienio se examinaron varios documentos donde se había integrado la perspectiva de género y se llegó a la conclusión de que el enfoque de género está integrado en más de ocho instrumentos de política</p> <p>- Resolución de la Reunión de Primeras Damas sobre la incorporación de una perspectiva de género y étnica en el proceso de envejecimiento sano; directrices para la acción</p> <p>- La celebración interprogramática del Día Internacional de la Mujer dedicado a la prevención del cáncer cervicouterino y nuevas vacunas</p>

					<p><b>contra el virus de los papilomas humanos, organizada en la Sede con colaboradores externos y transmitida a las representaciones nacionales, llevó a la elaboración de un documento de política sobre el cáncer cervicouterino que se presentó a los Cuerpos Directivos.</b></p>
17.3.3	Número de países que participan sistemáticamente en el proceso de integración de perspectiva de género	0	3	16+	<p><b>- Premios de los Medios de Difusión del Caribe. Participaron diez países en un taller de análisis de la desigualdad de género; adjudicación anual de un premio a la sensibilidad a las diferencias de trato en el trabajo por razón de género</b></p> <p><b>- Taller de fortalecimiento de la capacidad para integración de la perspectiva de género en Uruguay, que incluyó a seis países (Argentina, Brasil, Chile, Paraguay, Perú y Uruguay)</b></p> <p><b>- Se efectuó el análisis de seis documentos sobre la estrategia de cooperación a nivel de país o subregional, que integran estrategias de igualdad de género (El Salvador, Panamá, Belice, Trinidad y Tobago, Barbados y Guyana)</b></p>

<b>RPR 17.4 Se habrán consolidado y ampliado modelos intersectoriales para abordar la violencia de género, en relación con la formulación y monitoreo de políticas y legislación, el establecimiento de normas y protocolos de atención, el fortalecimiento de la capacidad y la realización de investigaciones.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
17.4.1	Número de países que han integrado normas y protocolos de violencia sexual a nivel sectorial	1	4	5	
17.4.2	Número de países que han integrado normas y protocolos de violencia sexual a nivel sectorial	4	8	9	
17.4.3	Número de redes contra la violencia de género, instaladas como puertas de entrada a la prevención y tratamiento (ART) de VIH/sida en Honduras, Nicaragua y Belice	0	6	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Investigación sobre vínculos entre la infección por el VIH y la violencia de género en Nicaragua, Honduras y Belice</li> <li>- Foros virtuales regionales sobre la violencia de género y la reforma del sector de la salud</li> <li>- Se llevaron a cabo estudios sobre la infección por el VIH y la violencia de género en Honduras y Nicaragua, y actualmente se están escribiendo los informes</li> <li>- En Belice, el protocolo del estudio está siendo revisado por el Comité Ético y se ha contratado al investigador.</li> <li>- También se preparó un manual sobre género y la infección por el VIH basado en las directrices de la OMS sobre género y la infección por el VIH (propuesta preliminar) y las recomendaciones de la validación a nivel de país (en Belice, Honduras y Nicaragua) y del foro virtual.</li> <li>- En relación con la validación de las directrices de la OMS sobre género y la infección por el VIH, se celebraron reuniones con interesados directos a nivel nacional en Nicaragua, Honduras y Belice. Se</li> </ul>

					<b>realizó un foro virtual con representantes de Argentina, Chile, Costa Rica, Brasil, Honduras, República Dominicana, México, Nicaragua, Guatemala y Uruguay.</b>
17.4.4	Se ha implantado un sistema de monitoreo regional (Observatorio) de políticas y programas sobre la violencia de género, implantado	0	1	5	
17.4.5	Curso virtual sobre violencia intrafamiliar y sexual provisto a prestadores de servicios	2	4	2	- El tema de la violencia de género fue transferido a SDE/RA en junio del 2007 y se hicieron cambios de personal - Se efectuó capacitación presencial en violencia de género para prestadores de atención sanitaria a nivel nacional (están pendientes cursos en línea)
17.4.6	Investigaciones sobre la violencia durante el embarazo realizadas en cuatro países y resultados traducidos en propuestas para modelos de atención	0	4	0	- En el 2005 se realizó una investigación y se redactó un trabajo en colaboración con la unidad de salud materna; - El tema de la violencia de género fue transferido a SDE/RA en junio del 2007 y se hicieron cambios de personal

<b>RPR 17.5 Se han elaborado e integrado políticas y programas sensibles a aspectos étnicos dentro de la OPS y los Estados Miembros con la participación de los interesados directos.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
17.5.1	Número de países con mecanismos para integrar el enfoque étnico en el análisis, la formulación y la evaluación de políticas, con participación de la sociedad civil	13	18	17	- Brasil, Colombia, Chile, Bolivia - También se realizaron actividades en Perú y Uruguay, pero se están determinando los resultados finales. El cambio de los centros nacionales de enlace para los grupos étnicos a nivel del ministerio retrasó el proceso.
17.5.2	Número de unidades técnicas de OPS que sistemáticamente	0	3	3	

	integran el enfoque étnico en el análisis, la formulación y la evaluación de mejores prácticas				
17.5.3	Número de países que producen información sobre grupos étnicos	13	18	<b>17</b>	- <b>Bolivia, Colombia, Brasil, Chile</b> - <b>También se realizaron actividades en Perú y Uruguay, pero se están determinando los resultados finales. El cambio de los centros nacionales de enlace para los grupos étnicos a nivel del ministerio retrasó el proceso.</b>
17.5.4	Número de redes regional países creadas para promover la equidad en materia de salud desde una perspectiva étnica	3	6	<b>6</b>	

### **Enseñanzas extraídas:**

- La asociación con otros organismos de las Naciones Unidas, distintos sectores del gobierno, organizaciones no gubernamentales y la comunidad académica permitió crear sinergias para abordar la igualdad de género en materia de salud.
- La participación de la sociedad civil es crucial para garantizar la institucionalización de los procesos a fin de integrar la perspectiva de género en las políticas sanitarias.
- Es imperativo incluir a los usuarios (promotores, planificadores, organizaciones no gubernamentales, ministerios de la mujer, ministerios de salud) y los productores (oficinas estadísticas) en la producción, el análisis y la difusión de las estadísticas de género y etnia para la planificación, la formulación de políticas, la vigilancia y la promoción de la causa.
- Los indicadores de género también deben incluir las contribuciones que los hombres y las mujeres efectúan a las cuentas nacionales de salud.
- Se debe incorporar la violencia de género en todas las políticas y programas que abordan los derechos y la salud reproductiva y sexual, incluida la infección por el VIH.
- Los indicadores y el análisis de grupo étnico deben ir acompañados de estudios de casos para reflejar las prácticas culturales en materia de salud.
- La integración de la igualdad de género dentro de las políticas y los programas de la OPS y los Estados Miembros –según lo establecido en la Política en Materia de Igualdad de Género del 2005– requiere la ejecución de un sistema de vigilancia, que incluya un estudio del punto de comparación.

### **Temas y desafíos con respecto a la relación de AMRO con la Sede de la OMS**



- Puesta en marcha de la política de AMRO en el plan estratégico dentro de un clima de modificación de las prioridades mundiales, regionales y nacionales.
- Necesidad de establecer nexos de igualdad con asociados no tradicionales, por ejemplo, oficinas de género, oficinas nacionales estadísticas.
- Creación de un sistema de vigilancia para las áreas técnicas de la OPS y las representaciones responsables de la integración de las cuestiones de género, según lo ordenado por la Política en Materia de Igualdad de Género.

### Ejecución financiera

<u>Área de trabajo</u>	<b>Igualdad de género, mujer y salud (WMH)</b>			
	<b>Presupuestado</b>	<b>Asignado</b>	<b>Gasto</b>	<b>Porcentaje de ejecución</b>
<b>Presupuesto ordinario</b>	2.547.100	2.055.271	1.985.300	97
<b>Otras fuentes</b>	1.808.000	3.241.825	2.197.000	68
<b>Total (presupuesto ordinario y otras fuentes)</b>	<b>4.355.100</b>	<b>5.297.096</b>	<b>4.182.300</b>	<b>79</b>

## 18. SALUD DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE (CAH)

Grado general de cumplimiento: 86%

<p><b>META:</b> En el contexto de los ODM, reducir la tasa de mortalidad infantil y en la niñez en dos terceras partes; contribuir a reducir un 25% la prevalencia de la infección por el VIH en los jóvenes de 15 a 24 años de edad; reducir en un 75% la mortalidad materna; y promover la salud física y mental de los niños y los adolescentes.</p>
<p><b>CUMPLIMIENTO DE ESTA META:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Todos los países prioritarios y de gran impacto tienen planes y estrategias nacionales para cumplir el ODM 4 usando la estrategia de AIEPI y seguir ampliando la cobertura en los componentes clínicos y comunitarios. Este progreso complementará el logro del RPR SO4 4.5.</b></li><li>• <b>Prevalencia de la infección por el VIH: no tenemos datos sobre la prevalencia de la infección por el VIH específicos para los grupos de 15 a 24 años de edad. Hemos realizado los primeros estudios de la mortalidad materna por edad en Centroamérica. Hemos elaborado programas e instrumentos para promover la salud física y mental de los adolescentes —Familias Fuertes, el proyecto Jugando por la Salud y asociaciones de fortalecimiento de jóvenes y adultos— que se han aplicado en 12 países.</b></li></ul>
<p><b>OBJETIVO DE LA OPS:</b> Posibilitar que los países apliquen estrategias basadas en datos probatorios encaminadas a reducir los riesgos para la salud, la morbilidad y la mortalidad durante todo el ciclo biológico, promover la salud y el desarrollo de los recién nacidos, los niños y los adolescentes y crear mecanismos para evaluar las repercusiones de esas estrategias.</p>
<p><b>CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE LA OPS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Bolivia, Haití, Honduras, Guyana y Nicaragua y los países con una tasa de mortalidad infantil superior a 30/1000 seguirán ampliando la cobertura usando la estrategia de AIEPI en los componentes clínicos y comunitarios, con el apoyo de los ministerios de salud, ONG, otros socios y organismos nacionales. En Perú, Ecuador y Paraguay, mediante una asociación con la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI/Canadá) se está fortaleciendo la ampliación en zonas de alto riesgo y con población vulnerable, incluidos los grupos de población indígenas. Colombia está integrando la estrategia de AIEPI con la lucha contra la tuberculosis en las zonas de alto riesgo. Se sigue fortaleciendo y ampliando en los países el componente comunitario de la estrategia de AIEPI, que usa un enfoque integrado, empleando recursos nacionales y locales. Se han mantenido e introducido muchos enfoques metodológicos comunitarios de la AIEPI en iniciativas nacionales en Bolivia, Colombia, Perú, Venezuela, Ecuador, Guyana, Nicaragua, Honduras y Paraguay. Durante el bienio, la unidad de Salud del Niño y del Adolescente (FCH/CA) siguió fortaleciendo la integración y coordinación de actividades con otras unidades del área de Salud Familiar y Comunitaria (FCH) y otras áreas de la Organización; por ejemplo: FCH/AI, FCH/IM, FCH/NUT, FCH/WM, SDE/HS, THS/OS, THS/EV y DPC/CD. Dado el financiamiento ordinario regional limitado, las alianzas amplias con la sociedad civil, fundaciones y organizaciones religiosas (como la Misión Médica Católica, la Cruz Roja Americana, la Fundación Bristol-Myers de Squibb y UNF) y asociaciones bilaterales (con España y Canadá) aportaron importantes recursos financieros y redes de países para fortalecer y ampliar la cobertura con la estrategia de AIEPI, especialmente el componente comunitario.</b></li><li>• <b>En el curso del bienio, los países participantes lograron importantes adelantos en la realización de actividades sostenidas a nivel nacional y de la comunidad (especialmente en el hogar, promoviendo prácticas familiares clave) y el mejoramiento de la capacitación en manejo de casos a nivel clínico y de la comunidad.</b></li><li>• <b>La Región logró una transformación regional del trabajo de salud pública a nivel de la comunidad y la familia mediante:</b><ul style="list-style-type: none"><li>- <b>El diseño y aplicación de un innovador modelo comunitario de actores sociales.</b></li><li>- <b>El mejor conocimiento del manejo de casos y la modificación de los comportamientos mediante el empleo de prácticas familiares clave por quienes prestan los cuidados, para combatir las causas subyacentes de las enfermedades y la mortalidad.</b></li><li>- <b>La creación de un gran número de nuevos instrumentos y materiales de capacitación para la aplicación de la AIEPI en la comunidad y la</b></li></ul></li></ul>

publicación y difusión de una serie de enseñanzas extraídas.

- En coordinación con los departamentos de Salud del Niño y del Adolescente (CAH) y de Reducción de los Riesgos del Embarazo (MPS) de la OMS, en junio del 2007 se efectuó en Perú un ensayo global sobre el terreno del estudio sobre el canal de prestación de servicios de salud materno-infantil. Los departamentos de CAH y MPS de la OMS proporcionaron apoyo económico y cooperación técnica, en coordinación con FCH/CA, la representación de la OPS/OMS en Perú y la alianza ACDI/OPS.
- Ochenta por ciento de nuestros países tienen un plan y un programa nacionales de salud de los adolescentes. Con el apoyo de la Agencia Noruega de Cooperación Internacional para el Desarrollo (NORAD), la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI) y el Organismo Alemán para la Cooperación Técnica (GTZ), se proporcionó cooperación técnica para integrar mejor las respuestas a las necesidades de los adolescentes, incluida la salud sexual y reproductiva, la infección por el VIH/sida y la prevención de la violencia.

**RPR 18.1 Los países clave habrán aplicado intervenciones eficaces en función del costo y basadas en pruebas científicas, para reducir la mortalidad en los niños menores de 5 años y reducir la desnutrición.**

Indic.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real, a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
18.1.1	Número de países prioritarios y países con una tasa de mortalidad infantil superior a 30 por 1.000 niños nacidos vivos que están aplicando la estrategia de AIEPI con una ampliación de la cobertura a las poblaciones vulnerables de al menos 30%	10	15	15	
18.1.2	Número de países con tasas de mortalidad infantil superiores a 30 por 1.000 niños nacidos vivos que están aplicando el componente neonatal de AIEPI.	6	10	10	República Dominicana, Ecuador, Bolivia, Nicaragua, Guyana, Paraguay, Guatemala, Panamá, Brasil y Colombia

**RPR 18.2 Los países prioritarios habrán aplicado intervenciones eficaces en función del costo y basadas en pruebas para lograr la reducción de la mortalidad materna en las jóvenes.**

Indic.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real, a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
18.2.1	Número de países prioritarios que tienen programas para la prevención de embarazos y utilizan el enfoque de atención integrada a las enfermedades de los adolescentes y los adultos (IMAN/IMAI)	5	12 (de los cuales 5 son países clave)	10	Haití y Bolivia no tienen programas de prevención de embarazos debido a otras prioridades de salud.
18.2.2	Número de países prioritarios que incorporan el componente de la comunidad y prácticas clave para la familia de la estrategia de AIEPI en sus programas, estrategias y políticas	11	15 (de los cuales 5 son países clave)	15	

<b>RER 18.3 Los países clave habrán aplicado intervenciones eficaces en función del costo y basadas en datos probatorios para la prevención de la transmisión de la infección por el VIH/sida en la población de 0 a 24 años de edad.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
18.3.1	Número de países con alta prevalencia de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH/sida que están poniendo en práctica estrategias de prevención para apoyar la Iniciativa “tres millones para 2005” en grupos de alto riesgo	6	10	10	La mayoría de los países están aplicando estrategias de prevención de la transmisión de la madre al niño, incluidas prácticas y orientación para la lactancia materna, pero el grado de aplicación varía según el país.
18.3.2	Número de países prioritarios que tienen en sus planes nacionales programas para la prevención de la infección por el VIH/sida y las infecciones de transmisión sexual en las personas de 10 a 24 años de edad	5	10	10	
18.3.3	Haití tiene en marcha un programa de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH/sida a nivel nacional, así como un programa de prevención de la infección por el VIH/sida para adolescentes y adultos jóvenes, aplicado a nivel de la sociedad civil	Programas en desarrollo	Programas que funcionan plenamente	NO SE HAN ELABORADO PROGRAMAS	En Haití, cambió el representante de la OPS/OMS y en la nueva estrategia de cooperación en los países los adolescentes no están incluidos como una prioridad para esta oficina.

<b>RPR 18.4 Los países prioritarios habrán establecido programas para la promoción del desarrollo de los niños y los adolescentes, la prevención de riesgos y el fortalecimiento de la familia y la comunidad en entornos sanos.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
18.4.1	Número de países prioritarios que han establecido planes nacionales de desarrollo del niño en la primera infancia	3	8	8	Brasil, Ecuador, Perú, Paraguay, Uruguay, Nicaragua, Guatemala, República Dominicana
18.4.2	Número de países que han establecido planes nacionales y municipales de promoción del desarrollo juvenil y prevención de la violencia	0	5	5	Resultados excelentes con la elaboración de instrumentos y la adaptación del plan de estudios de la OMS sobre prevención y control integrales de los traumatismos (TEACH VIP)

### **Enseñanzas extraídas:**

- El lanzamiento de la estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna promovió el compromiso de los países y de los organismos hacia la cooperación y la movilización de recursos eficaces, y una reacción positiva similar se espera con la 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.
- Esta integración de recursos humanos y financieros fortaleció las acciones en los países, mantuvo las actividades y creó una capacidad local que contribuye al cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio.
- Los recursos extrapresupuestarios y el compromiso de los países proporcionaron el estímulo necesario para echar a andar muchas iniciativas. Aunque los fondos extrapresupuestarios y ordinarios son limitados en estos momentos, se mantienen las acciones y se crea capacidad local para seguir la ampliación por medio de recursos y redes locales.
- La salud infantil no es un área que resulte atractiva para recibir apoyo de los donantes aunque se cuenta con estrategias programáticas, intervenciones e información basada en datos probatorios que pueden contribuir al cumplimiento del cuarto objetivo de desarrollo del milenio.
- Los elementos clave de las actividades de la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) comunitaria fueron apoyados por medio de líderes y redes de la comunidad, agentes sanitarios de la comunidad, organizaciones no gubernamentales, familias y otros actores sociales e instituciones. Esta labor permitió promover las prácticas familiares clave de la OMS/UNICEF para la prevención de enfermedades comunes de la infancia como la intervención primaria para cambiar comportamientos en la familia y en la comunidad.
- La AIEPI comunitaria logró aprovechar los programas comunitarios existentes a nivel distrital, promovió el acceso equitativo a los servicios, mejoró el acceso a la atención de salud de calidad a nivel de los establecimientos de salud, fortaleció la capacidad y el sentido de propiedad local, e hizo el mejor y más rentable uso de los escasos recursos existentes. El componente comunitario de la estrategia de AIEPI se amplió a nivel nacional y se transfirieron los principios básicos de la atención primaria de salud para contribuir a alcanzar el objetivo de desarrollo del milenio 4.
- El diseño y la ejecución de acciones comunitarias por parte de los mismos actores sociales sirvió para dar un mayor poder de decisión a los actores comunitarios puesto que muchos grupos que no colaboran tradicionalmente en el ámbito de la salud tomaron parte en la promoción de las prácticas familiares clave a nivel de la familia y la comunidad. Esta labor fortaleció los vínculos entre las comunidades y los servicios de salud, promovió la participación y el poder de decisión comunitarios para abordar los problemas relacionados con la salud infantil, mejoró el trabajo de los agentes sanitarios en las comunidades y brindó apoyo a las coaliciones locales intersectoriales para mantener las acciones locales.
- La colaboración interinstitucional ha sido crucial para impulsar el programa de prevención de la violencia a nivel de país.

- Los puntos focales de los países están abrumados con distintas actividades a nivel de país, lo que hace que la ejecución y el seguimiento sean difíciles.
- Las estrategias integradas, como el marco de integración del manejo del adolescente y sus necesidades (IMAN), favorecen el despliegue de actividades a nivel de país; sin embargo, estas estrategias son demasiado amplias y requieren que se creen algunos programas especiales para centrarse en las prioridades, como ASRH.

### Ejecución financiera

<u>Área de trabajo</u>	Salud del niño y del adolescente (CAH)			
	Presupuestado	Asignado	Gasto	Porcentaje de ejecución
Presupuesto ordinario	4.413.800	3.643.703	3.606.800	99
Otras fuentes	10.130.000	4.376.842	3.889.100	89
<b>Total (presupuesto ordinario y otras fuentes)</b>	<b>14.543.800</b>	<b>8.020.545</b>	<b>7.495.900</b>	<b>93</b>

## 19. INMUNIZACIÓN Y DESARROLLO DE VACUNAS (IVD)

**Grado general de cumplimiento: 83%**

<b>META:</b> Proteger a todas las personas en riesgo contra enfermedades prevenibles mediante la vacunación.					
<b>CUMPLIMIENTO DE ESTA META:</b> La cobertura de vacunación fue superior a 90% en la Región de las Américas. Con este programa y sus diferentes estrategias, como la Semana de Vacunación, la OPS está protegiendo a todos los grupos de edad.					
<b>OBJETIVO DE LA OPS:</b> Promover la obtención de vacunas nuevas e innovaciones en los productos biológicos y las tecnologías relacionadas con la inmunización; acelerar el control de enfermedades de gran prioridad prevenibles por vacunación; y velar por que se concreten todos los beneficios humanitarios y económicos de tales iniciativas.					
<b>CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE LA OPS:</b> La nueva visión del programa de vacunación incluye no solo a niños sino a todos los miembros de la familia y usa la vacunación como una oportunidad de ofrecer otros servicios de salud. Los Estados Miembros de la OPS están adoptando decisiones fundamentadas en datos probatorios (epidemiológicos, económicos, sociales, etc.) y han sido los primeros en introducir nuevas vacunas (como las vacunas antirrotavírica, antineumocócica y antigripal) que contribuyen al ODM 4. Además los Estados Miembros de la OPS han tenido éxito en el programa de eliminación de la rubéola y el síndrome de la rubéola congénita (SRC), y se ha vacunado a más de 145 millones de personas.					
<b>RPR 19.1 Se apoya a los países para lograr y mantener una cobertura equitativa con todas las vacunas.</b>					
Indic.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real, a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
19.1.1	Todos los países donde se mantiene superior a 95% la cobertura de inmunización con la vacuna contra la difteria, la tos ferina y el tétanos (DPT3), la vacuna antipoliomielítica oral (OPV3), la vacuna triple contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis (MMR), la vacuna contra la hepatitis B (HepB), la vacuna contra Hib y la BCG	16 de 41 países y territorios con cobertura MMR por encima del 95%	22 de 41 países	<b>16 países de 40</b>	<b>Datos correspondientes al año 2006. La cobertura con la MMR fluctúa de un año a otro: diez países tuvieron una cobertura de 90 a 94% de esta vacuna en el 2006. Con respecto a las demás vacunas, se mantuvo más de 95% de cobertura en los 16 países del punto de comparación.</b>
19.1.2	Porcentaje de municipios con una cobertura con DPT3 inferior a 95% en niños menores de un año de edad	45%	40%	<b>42%</b>	<b>Datos correspondientes a 2006. Se observó una mejora, pero quizá no haya habido tiempo suficiente para alcanzar la meta</b>
<b>RPR 19.2 Se progresa en la eliminación de Rubéola y SRC según lo previsto con la ayuda de OPS.</b>					

<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
19.2.1	Número de países implementando las estrategias de eliminación	7	14	42 países de 44	Brasil y México ultimarán campañas de eliminación en el 2008.
<b>RPR 19.3 Se apoya la capacidad de los países de introducir vacunas nuevas cuando se dispone de ellas.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
19.3.1	Porcentaje de países que agregan vacunas nuevas al programa existente de vacunación con el apoyo técnico de OPS	0	30%	65%	Precios elevados de las vacunas y falta de precalificación por parte de la OMS de algunas vacunas nuevas.
<b>RPR 19.4 4. Mejor vigilancia e intercambio de conocimientos sobre inmunización y vacunas.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
19.4.1	Número de países que participan en un nuevo sistema de información de vigilancia integrada (ISIS)	0	15	0	Se retrasó el establecimiento del ISIS. Se espera comenzar el despliegue en el 2008.
<b>RPR 19.5 Mejor preparación para la acción en relación con amenazas de alcances nacionales e internacionales prevenibles mediante la vacunación.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
19.5.1	Porcentaje de municipalidades con cobertura de sarampión de <95% en niños de <1 año de edad	42%	36%	36%	Datos del 2006 (sólo para ALC). No se tienen datos para el 2007.
19.5.2	Países que están realizando campañas de vacunación en grupos de alto riesgo con vacuna estacional de Influenza o participando en el desarrollo de planes de acción en caso de Pandemia con el apoyo técnico de OPS.	13	20	29	Incluidos los Estados Unidos y Canadá.
<b>RPR 19.6 Se ha fortalecido la capacidad de los países de garantizar la calidad de las vacunas y los productos biológicos y de jeringas para sus poblaciones.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
19.6.1	Número de países que han sido apoyados para que tengan organismos nacionales de reglamentación operativos, que cumplan funciones básicas de reglamentación conforme a las normas de la OPS/OMS	2	7	5	En dos organismos reguladores, ha habido cambios en las políticas internas que impiden apoyar a los países en cumplimiento de las directrices de la OPS/OMS.



19.6.2	Red de laboratorios de Control de Calidad establecido para asegurar la calidad de la compra de vacunas a través del Fondo Rotatorio PAI de la OPS	0	1	<b>1</b>	
--------	---	---	---	----------	--

### Enseñanzas extraídas:

- Los organismos gubernamentales regionales deben apoyar las actividades regionales.
- Los planes de acciones nacionales y regionales deben estar en marcha.
- Respaldo de las políticas.
- El apoyo financiero depende principalmente del presupuesto nacional.
- La introducción de nuevas vacunas mostró que la vigilancia, la factibilidad programática y la sostenibilidad financiera son necesarias.

### Ejecución financiera

<u>Área de trabajo</u>	<b>Inmunización y desarrollo de vacunas (IVD)</b>			
	<b>Presupuestado</b>	<b>Asignado</b>	<b>Gasto</b>	<b>Porcentaje de ejecución</b>
<b>Presupuesto ordinario</b>	3.271.800	3.596.493	3.556.900	99
<b>Otras fuentes</b>	20.555.000	35.707.460	28.176.100	79
<b>Total (presupuesto ordinario y otras fuentes)</b>	<b>23.826.800</b>	<b>39.303.953</b>	<b>31.733.000</b>	<b>81</b>

## 20. MEDICAMENTOS ESENCIALES (EDM)

**Grado general de cumplimiento: 84%**

<b>META:</b> Ayudar a salvar vidas y mejorar la salud de la población de la Región de las Américas al velar por la calidad, la eficacia, la seguridad y el uso racional de los medicamentos mediante estrategias equitativas, eficientes y económicamente sostenibles que faciliten el acceso a los medicamentos.					
<b>CUMPLIMIENTO DE ESTA META:</b> Se alcanzó la meta. Se procuró velar por la calidad, la eficiencia y el uso racional de los medicamentos esenciales por medio de una estrategia económicamente sostenible.					
<b>OBJETIVO DE LA OPS:</b> Vigilar la política nacional sobre medicamentos y formular estrategias para a) aumentar el acceso a los medicamentos; b) perfeccionar el marco normativo y adoptar normas y pautas internacionales; y c) mejorar el uso racional de los medicamentos.					
<b>CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE LA OPS:</b> Se promovió un mayor acceso a los medicamentos y el establecimiento de marcos normativos en más de 50% de los países de la Región.					
<b>RPR 20.1 Se habrá apoyado a los Estados Miembros en la formulación, aplicación y monitoreo de políticas nacionales sobre los medicamentos que faciliten la accesibilidad y asequibilidad de estos.</b>					
Indic.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real, a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
20.1.1	Número de países que han recibido apoyo para formular, ejecutar y evaluar políticas nacionales sobre los medicamentos	12	15	16	- República Dominicana y Ecuador fueron apoyados en la ejecución de políticas; - Honduras fue apoyada en la revisión de políticas; - Panamá fue apoyado en el proyecto para el establecimiento de un organismo regulador de los medicamentos; - Se formuló la política farmacéutica para Centroamérica aprobada en el 2007 en la reunión del RESSCAD.
20.1.2	Número de evaluaciones realizadas en los países sobre las estrategias de acceso a los medicamentos, incluidos los medicamentos genéricos	4	10	12	Cinco países del Caribe iniciaron la evaluación de nivel II del sector de preparaciones farmacéuticas. Tres países (Guatemala, Honduras y Nicaragua) iniciaron la encuesta “La repercusión de la exclusión en materia de salud en el acceso a los medicamentos”.

20.1.3	Número de países que participan en actividades de adiestramiento en relación con el acceso a los medicamentos y aspectos económicos conexos	3	10	<b>18</b>	<b>Número de países que participan en actividades de capacitación sobre derechos de propiedad intelectual y salud pública.</b>
20.1.4	Número de países que participan en el centro de intercambio de información farmacéutica	2	8	<b>2</b>	<b>República Dominicana y Bolivia formaron parte del Centro de Distribución de Información Farmacéutica creado originalmente en las Américas. Está pendiente la validación de la matriz de evaluación para los perfiles nuevos. Se han elaborado dos borradores y ya se ha montado una página web provisional.</b>

**RPR 20.2 Se habrá prestado apoyo a los Estados Miembros y las iniciativas subregionales de integración en sus esfuerzos por impulsar la armonización de la reglamentación farmacéutica mediante el fortalecimiento de la Red Panamericana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica (RPARF).**

<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
20.2.1	Número de países que han concretado propuestas regionales armonizadas sobre reglamentación farmacéutica en el marco de la RPARF en relación con: las buenas prácticas de fabricación, la bioequivalencia, las buenas prácticas clínicas, el registro de los medicamentos, la clasificación de los medicamentos y el combate a la falsificación de medicamentos	0	4	<b>0</b>	<b>Se elaboraron y aprobaron propuestas regionales armonizadas sobre la reglamentación farmacéutica en relación con las buenas prácticas de fabricación y las buenas prácticas clínicas. La razón principal por la que no se cumplió con esta meta fue la incapacidad de los países de modificar la recolección y el procesamiento de la sangre que se realiza en un número excesivo de bancos de sangre hospitalarios. Estos bancos de sangre dependen de la donación de sangre de reemplazo y, por lo tanto, los donantes llegan a los hospitales una vez que se ha determinado la necesidad de hacer</b>

					<b>una transfusión de sangre, lo que no permite que se hagan las pruebas de los marcadores de infección. La OPS continúa con su labor en pos de la modificación de los sistemas nacionales de sangre.</b>
20.2.2	Número de países con reglamentación actualizada sobre plantas medicinales	4	6	<b>6</b>	<b>Canadá y Brasil se agregaron a los países comprendidos en el punto de comparación.</b>
20.2.3	Número de países que participan en un plan regional para la vigilancia de los medicamentos	6	9	<b>10</b>	<b>El Grupo de Trabajo sobre Vigilancia de los Medicamentos de la Red Panamericana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica (RPARF) está elaborando un plan regional para la vigilancia de medicamentos; países que participan: Argentina, Brasil, Barbados, Colombia, Costa Rica, Cuba, Canadá, Panamá, Estados Unidos y Venezuela.</b>
20.2.4	Número de países en los cuales el laboratorio oficial de control de calidad de los medicamentos participa en una red para el programa de control externo de la calidad	21	21	<b>21</b>	<b>Al 23 de diciembre del 2007, había laboratorios oficiales de control de calidad de los medicamentos (OMCL) en 21 países.</b>

<b>RPR 20.3 Se habrá apoyado a los Estados Miembros en relación con el uso racional de los medicamentos y habrá aumentado la concientización acerca de este tema.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre de 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
20.3.1	Número de países con lista nacional de medicamentos esenciales actualizada durante el bienio	0	6	9	
20.3.2	Número de seminarios impartidos en los países para la incorporación de métodos nuevos en la enseñanza de la farmacoterapia en las facultades de medicina	3	7	5	<b>En República Dominicana se llevó a cabo un seminario regional con la participación de otros cuatro países: Brasil, Perú, Bolivia y Argentina.</b>
<b>RPR 20.4 Se habrá apoyado a los Estados Miembros en el mejoramiento de sus sistemas de suministro de medicamentos, haciendo hincapié en los servicios de salud pública, las poblaciones destinatarias y la eficiencia en función de los costos.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
20.4.1	Número de países en los cuales se ha aplicado el modelo para el análisis del sistema de suministro	3	10	10	<b>Se ha efectuado el análisis parcial o completo de elementos del modelo en diez países, el método aplicado es el descrito en el punto 20.4.2.</b>
20.4.2	Norma regional actualizada para la gestión del suministro de medicamentos en el sistema de distribución de medicamentos a los hospitales	Se está actualizando la directriz regional	Se actualizó y difundió la directriz regional	<b>Se actualizó y difundió la directriz regional</b>	<b>En el análisis de necesidades efectuado con las instituciones asociadas, se determinó que se requerían directrices generales para la gestión de compras y la regulación de la oferta, destinadas a los sistemas nacionales, que pueden usarse también para la evaluación de los sistemas de distribución de medicamentos a los hospitales.</b>
20.4.3	Evaluaciones subregionales del sistema nacional de suministro de medicamentos, incluidos el sector público y el privado	0	3	3	<b>Evaluaciones específicas de los mecanismos de suministro de medicamentos para tratar la infección por el VIH/sida fueron exploradas y apoyadas en la Organización de los Estados del Caribe Oriental (OECS), Centroamérica y la región de ORAS/CHU.</b>

<b>RPR 20.5 Se fortalecerá el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública (Fondo Estratégico) por conducto de la OPS para velar por la disponibilidad continua de productos de calidad de bajo costo para los programas prioritarios de salud pública.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
20.5.1	Número de países en los cuales se han aplicado procedimientos operativos y manuales técnicos para la utilización del Fondo Estratégico	4	10	<b>18</b>	<b>Hasta diciembre del 2007, 18 países habían firmado acuerdos de participación con el Fondo Rotatorio.</b>
20.5.2	Número de países que participan en el Fondo Estratégico y lo usan como mecanismo de adquisición de suministros esenciales de salud pública	4	10	<b>11</b>	<b>En 2007, 11 países han usado el mecanismo para adquirir más de US\$20 millones de Suministros Estratégicos de Salud Pública</b>
20.5.3	Se ha implantado el sistema de preselección de proveedores de la OPS (SPP) y se ha actualizado la base de datos disponible en la página web	Se está actualizando el SPP	Se ha instaurado y actualizado el SPP	<b>En proceso</b>	<b>El examen del SPP ha requerido un extenso y proceso consultivo y participativo de revisión, que incluye la participación de organismos nacionales reguladores de los medicamentos. El SPP sigue siendo una prioridad para el bienio 2008-2009.</b>

#### **Enseñanzas extraídas:**

- El trabajo de promoción de la causa en áreas tales como el acceso; las estrategias de contención de costos, incluida la promoción de las políticas farmacéuticas genéricas; y la gestión de compras y de regulación de la oferta puede ser eficaz para producir resultados significativos dentro de los países.
- Los procesos que garantizan la participación de los países en la elaboración de marcos mundiales, como en el área de innovación y propiedad intelectual, pueden producir estrategias que concuerden con el contexto y las necesidades de los países en desarrollo.
- Es necesario concientizar con respecto al tema de que el acceso está vinculado con la utilización racional de los medicamentos. Se debe promover la causa entre las autoridades sanitarias y brindar capacitación para el cambio de las prácticas profesionales de los profesionales de la salud en relación con la administración de medicamentos.
- Las experiencias de algunos países en el ámbito de las políticas, el acceso, la innovación y la propiedad intelectual, y el uso racional pueden usarse para orientar y promover acciones en otros países con respecto a estos temas.

## Ejecución financiera

<u>Área de trabajo</u>	Medicamentos esenciales (EDM)			Porcentaje de ejecución
	Presupuestado	Asignado	Gasto	
Presupuesto ordinario	3.150.700	3.190.347	3.140.000	98
Otras fuentes	7.762.000	12.535.592	9.646.600	77
<b>Total (presupuesto ordinario y otras fuentes)</b>	<b>10.912.700</b>	<b>15.725.939</b>	<b>12.786.600</b>	<b>81</b>

## 21. TECNOLOGÍAS SANITARIAS ESENCIALES (BCT)

**Grado general de cumplimiento: 95%**

<b>META:</b> La población de la Región de las Américas tendrá un acceso equitativo, eficaz, eficiente y sostenible a laboratorios, bancos de sangre, servicios de transfusión y tecnología médica apropiada					
<b>CUMPLIMIENTO DE ESTA META:</b> Se procuró aumentar la eficacia y eficiencia de los laboratorios, los bancos de sangre, los servicios de transfusión, los servicios radiológicos y la tecnología médica.					
<b>OBJETIVO DE LA OPS:</b> Fortalecimiento de la capacidad nacional y subregional de formular políticas y garantizar la calidad en los laboratorios clínicos y de salud pública, los bancos de sangre y los servicios de transfusión y en la reglamentación y empleo de tecnología médica.					
<b>CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE LA OPS:</b> Se apoyó la formulación de políticas para los laboratorios, los bancos de sangre, los servicios de transfusión y los servicios radiológicos en ocho países. Se fortalecieron en siete países los sistemas de garantía de la calidad de todas las tecnologías esenciales de salud.					
<b>RPR 21.1 Mejor calidad de las operaciones de los laboratorios clínicos.</b>					
Indic.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real, a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
21.1.1	Número de países que reciben asistencia para la ejecución de los sistemas operativos oficiales de acreditación	3	10	<b>10</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se ha ayudado a un total de diez países en la instauración de sistemas operativos oficiales de acreditación y de concesión de licencias.</li> <li>- Con la asesoría de THS/EV y la Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica (COLABIOCLI), Argentina, Chile y México han adoptado u homologado normas ISO para laboratorios de análisis clínicos.</li> <li>- Chile, Colombia y Paraguay han adoptado nuevos reglamentos para la autorización de laboratorios de análisis clínicos.</li> <li>- Bolivia, Ecuador, Guatemala,</li> </ul>



					<p><b>Honduras y Panamá han actualizado nuevas propuestas para la concesión de licencias de laboratorios.</b></p> <p><b>- Argentina está examinando un tercer nivel de la normativa nacional para la acreditación de laboratorios.</b></p>
21.1.2	Número de países en los que se actualizan y aplican procedimientos normalizados de trabajo para el diagnóstico de 10 enfermedades prioritarias, conforme a los requisitos mínimos establecidos y promovidos por la OPS		20	<b>20</b>	<p><b>- En colaboración cercana con HDM/CD, FCH/IA y FCH/IM, 20 países latinoamericanos han adoptado procedimientos normalizados de trabajo actualizados para al menos diez enfermedades prioritarias:</b></p> <p><b>diagnóstico de la infección por el VIH, número de CD4, determinación de la carga vírica, diagnóstico de la TB, pruebas de sensibilidad a la TB, diagnóstico del dengue, diagnóstico de la malaria, diagnóstico de la infección con <i>Helicobacter pylori</i>, diagnóstico y serotipificación de <i>S. pneumonia</i>, <i>H. influenza</i> y <i>N. meningitides</i>.</b></p>

<b>RPR 21.2 Fortalecimiento de las redes de laboratorios y los Institutos Nacionales de Salud Pública.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
21.2.1	Apoyo a las redes regionales de laboratorios para capacitación, garantía de la calidad y derivación	2	3	3	-3 redes de laboratorios regionales para capacitación, garantía de la calidad y referencia fueron apoyadas y funcionaron en el 2007. - La última es una red nueva basada en la vigilancia de la resistencia al tratamiento antimicótico en enfermedades micóticas invasoras, en colaboración con el Instituto de Salud Carlos III de España.
21.2.2	Establecimiento de una red de Institutos de Salud Pública	0	1	1	En el 2007 se creó oficialmente la Asociación Internacional de Institutos Nacionales de Salud Pública (IANPHI). THS/EV ha apoyado la instauración de la Red Andina de Instituciones de Salud Pública, uno de los componentes de la red regional.
<b>RPR 21.3 Mayor disponibilidad de sangre de calidad y aumento de la capacidad de poner en práctica programas de garantía de la calidad.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
21.3.1	Todos los países de la Región tienen tasas de donantes superiores a 3 por 1,000 habitantes	40	41	40	En el 2007, la tasa de donación en Haití fue de 1,5/1.000, un aumento con respecto al 1,3% registrado en el 2005.
21.3.2	Número de países con tasas de donantes superiores a 10 por 1,000 habitantes	18	23	23	Canadá, Estados Unidos, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, México, Panamá, Uruguay, Venezuela, Aruba, Bahamas, Belice, Islas Vírgenes Británicas, Islas Caimán, las Antillas Holandesas, Dominica,

					<b>Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, Suriname y Trinidad y Tobago informaron tasas de &gt;10/1.000 en el período 2005-2006.</b>
21.3.3	En todos los países de la Región, 100% de la sangre transfundida es sometida a pruebas de detección del VIH, el VHC, el VHV y la sífilis y, en la parte continental latinoamericana, <i>T. cruzi</i>	17	41	<b>28</b>	<b>Se sometieron a tamizaje todas las unidades de sangre para detectar el VIH y el VHB en 35 países, la sífilis en 34 países, el VHC en 28 y <i>T. cruzi</i> en 11/17 en 2005-2006.</b>
21.3.4	Número de países en los cuales los programas nacionales se aseguran de que al menos 50% de la sangre provenga de voluntarios, no de donantes remunerados	8	20	<b>11</b>	<b>Canadá, Estados Unidos, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Aruba, Islas Caimán, Antillas Holandesas, Santa Lucía y Suriname.</b>
21.3.5	Número de países en los cuales se diseñan y ponen en práctica programas de educación a distancia sobre la calidad y se apoya el establecimiento de comisiones nacionales	0	15	<b>20</b>	<b>Se proporcionó apoyo a los sistemas nacionales de bancos de sangre de todos los países que participaron en la reunión celebrada en Nicaragua en octubre del 2006.</b>
<b>RPR 21.4 Fortalecimiento de los servicios de imagenología y radioterapia, aplicación de reglamentos para proteger contra las radiaciones ionizantes y no ionizantes y capacidad para responder a emergencias radiológicas o nucleares.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
21.4.1	Número de países donde se efectúa una evaluación de los servicios de radioterapia	5	7	<b>7</b>	<b>Paraguay y Colombia (parcialmente), además de los países incluidos en el punto de comparación.</b>
21.4.2	Número de países a los que se apoya para aplicar políticas que protejan a los pacientes sometidos a procedimientos médicos que incluyen la radiación	2	4	<b>5</b>	<b>Argentina, Guyana, Trinidad y Tobago además de los países incluidos en el punto de comparación.</b>
21.4.3	Educación y adiestramiento en procedimientos de diagnóstico y terapéuticos de calidad, la protección contra las radiaciones y emergencias radiológicas	2	4	<b>8</b>	<b>Costa Rica, Perú, Cuba, Paraguay, Guatemala y Colombia además de los países incluidos en el punto de comparación.</b>
<b>RPR 21.5 Fortalecimiento de la capacidad para operar y mantener las instalaciones físicas y el equipo de la red de servicios de salud en los países de la Región y apoyo a los ministerios de salud en la reglamentación y operación de dispositivos de uso médico.</b>					

<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
21.5.1	Número de países con políticas, normas y procedimientos revisados y actualizados en relación con el manejo y evaluación de tecnologías, la reglamentación acerca de los dispositivos de uso médico, el diseño y mantenimiento de establecimientos de salud y la calidad de las jeringas	5	10	4	-México, Trinidad y Tobago, 5 países de ORAS: Venezuela, Colombia, Perú, Ecuador y Bolivia (evaluación de tecnologías de salud) -Colombia, Perú, Brasil (gestión de tecnologías de salud) -Brasil, Nicaragua, Honduras, Panamá (reglamentación)
21.5.2	Número de metodologías e instrumentos para evaluar los programas, procesos de toma de decisiones y asignación de recursos para la infraestructura física y la tecnología de los servicios de salud, incluida la reglamentación, la seguridad de los pacientes, la telemedicina y la calidad	0	3	3	-Evaluación de la reutilización de dispositivos de un solo uso. -Protocolo para validar que las jeringas cumplen las normas ISO -Evaluación del uso de teléfonos celulares en la atención de salud (en proceso)
21.5.3	Número de convenios con centros académicos para adiestrar en ingeniería clínica y biomédica, manejo de la tecnología en hospitales y mantenimiento del equipo biomédico y de hospital	0	2	4	-Colombia-Estados Unidos (Univ. de Vermont) -Perú-Estados Unidos (Univ. de Vermont) -Colombia-Estados Unidos (Univ. del Sur de California) -Perú-Estados Unidos (Univ. del Sur de California)
21.5.4	Número de redes en plena operación para la comunicación e intercambio de información sobre tecnología y reglamentación de la atención de salud en la Región	3	4	6	INFRATECH, INFRACARIB, MED-DEVICES, HTA, EHEALTH, sistema de notificación de incidentes con jeringas

### Enseñanzas extraídas:

- Las nuevas tecnologías requieren más transparencia en sus procesos de selección y compras.
- Aunque la tecnología médica es uno de los insumos más costosos para los sistemas de atención de salud, no se requiere mucha inversión para contar con las capacidades apropiadas de recursos humanos para abordar los problemas.
- La participación de otros actores (universidades, institutos de investigación) con los ministerios de salud garantiza que se adopten decisiones mejores basadas en datos probatorios.

### Ejecución financiera

<u>Área de trabajo</u>	Tecnologías sanitarias esenciales (BCT)			
	Presupuestado	Asignado	Gasto	Porcentaje de ejecución
Presupuesto ordinario	2.460.100	2.569.789	2.558.400	100
Otras fuentes	2.002.000	3.706.188	2.166.600	58
<b>Total (presupuesto ordinario y otras fuentes)</b>	<b>4.462.100</b>	<b>6.275.977</b>	<b>4.725.000</b>	<b>75</b>

## 22. FORMULACIÓN DE POLÍTICAS PARA LA SALUD EN EL DESARROLLO (HSD)

**Grado general de cumplimiento: 93%**

<b>META:</b> Maximizar el impacto de mejoras en salud para el desarrollo socioeconómico en general, y para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en particular.					
<b>CUMPLIMIENTO DE ESTA META:</b> La OPS tomó una posición entre los organismos de las Naciones Unidas a favor de los más vulnerables al trabajar en los municipios y comunidades más pobres y más vulnerables de cada país mediante la iniciativa <i>Rostros, Voces y Lugares</i> . Los Ministros de Salud reunidos en la 27.º Conferencia Sanitaria Panamericana apoyaron esa decisión, al igual que el Director General de la OMS, quien destacó la premisa fundamental de las iniciativa: el progreso hacia los objetivos de desarrollo del milenio no será medido por promedios nacionales sino por las mejoras en la vida de las comunidades más pobres y menos visibles de la sociedad.					
<b>OBJETIVO DE LA OPS:</b> Mantener y asegurar aún más el carácter central de la salud en una amplia gama de programas de desarrollo y promover el enfoque de los derechos humanos para el logro de políticas justas y coherentes a escala nacional, subregional y regional, con el propósito de eliminar la exclusión social, de género y étnica en los sistemas de salud.					
<b>CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE LA OPS:</b> En la Cumbre de las Américas y en las Reuniones Ministeriales Regionales, el hecho de que la salud fuera el elemento esencial para el logro de los ODM constituyó una reafirmación de la importancia fundamental de la salud en una perspectiva amplia del desarrollo. El hecho de que para poner en práctica la iniciativa <i>Rostros, Voces y Lugares</i> fuera necesario llegar a un consenso entre los diferentes ministros responsables del desarrollo social, la salud y la educación, subrayó la trascendencia de la salud como un factor clave para el desarrollo.					
<b>RPR 22.1</b> Los países habrán recibido asistencia a los niveles nacional y subregional para elevar la prioridad de la salud en el programa para el desarrollo y aumentar la inversión en salud.					
Indic.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real, a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
22.1.1	Número de estudios de investigación epidemiológica, socioeconómica o sanitaria llevados a cabo en apoyo de las iniciativas nacionales y subregionales sobre macroeconomía y salud	2	6	Se alcanzó la meta	Se finalizaron estudios de Comisión del Caribe para la Salud y el Desarrollo y la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud. Las Comisiones del MERCOSUR y los países andinos efectuaron cuatro análisis de la situación macroeconómica y sanitaria.
22.1.2	Número de grupos de trabajo o comisiones sobre macroeconomía y salud en las cuales participaron como miembros o suministraron función de la Secretaria.	2 iniciativas sub-regionales	Las recomendaciones de 4 iniciativas	Se alcanzó la meta	Los estudios de macroeconomía y salud efectuados en la Región estuvieron orientados principalmente a analizar la situación y no a elaborar planes generales para la inversión en salud. Un aspecto

			subregionales fueron presentadas a las autoridades pertinentes		fundamental fue la falta de recursos para apoyar a las comisiones de la OMS al concluir la subvención para la Comisión Mundial. En cada subregión hubo un taller para analizar la iniciativa Rostros, Voces y Lugares y modificarla con el fin de responder a los retos nacionales y subregionales. El taller centroamericano se realizó en Nicaragua en noviembre del 2006; el taller sudamericano, en Perú en abril del 2007; y el taller del Caribe, en septiembre del 2007. En cada uno de ellos fue un factor clave el análisis de los retos microeconómicos según se reflejan en las comunidades más pobres.
22.1.3	Cantidad de planes maestros de inversión en salud nacionales y subregionales, basados en el marco de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud, elaborados en colaboración con la OPS	2	6	Cumplida parcialmente	La causa principal fue la falta de recursos de la OMS para prestar apoyo a este tema. Los recursos existentes se transfirieron para financiar las iniciativas subregionales: estudios macroeconómicos e inversiones en relación con la salud en la Comunidad Andina de Naciones y en MERCOSUR (véase el punto 22.1.2).
<b>RPR 22.2 Aplicación mejorada de información, conocimiento y herramientas en ámbitos técnicos y políticos fundamentales de la relación entre salud y desarrollo humano.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
22.2.1	Número de países que aplican una de las herramientas analíticas del sector de la salud o marcos para la planificación en pos del desarrollo de la salud a nivel nacional	7	5	Se alcanzó la meta	Con apoyo de la OPS, se formularon planes nacionales de salud en Chile, Nicaragua, Perú, Uruguay y Argentina.
22.2.2	Número de países respaldados para aplicar enfoques de amplitud sectorial para el desarrollo del sector de la salud	2	5	4	Honduras, Bolivia, Guatemala y Nicaragua

<b>RPR 22.3 Vigilancia y apoyo de los componentes de salud de las iniciativas dirigidas a reducir la pobreza y cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio por los niveles nacional, subregional y regional, a fin de mejorar la Capacidad institucional para crear y aplicar políticas e intervenciones públicas orientadas a los Objetivos de Desarrollo del Milenio.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
22.3.1	Capacitación de los ciudadanos para formular y evaluar políticas públicas instrumentales para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio	0	30	Se alcanzó la meta	<p>En asociación con el Instituto del Banco Mundial, la OPS promueve la participación de personas del sector de la salud para que asistan al curso “Acelerar el progreso mediante los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud y otros resultados de salud”. La OPS patrocinó a 12 funcionarios de la OPS de áreas relacionadas con los ODM (6 de la Sede, 2 de las representaciones de Guatemala y Costa Rica), 2 de gobiernos estatales de México y 2 funcionarios del gobierno de Chile para que asistiera al curso de dos semanas. Más de 42 funcionarios de la Sede de la OPS y más de 6 de las representaciones y centros panamericanos participaron en el curso sobre comunidades de práctica y gestión y difusión de los conocimientos para <i>Rostros, Voces y Lugares</i>, ofrecidos en colaboración con el Instituto de Gestión de los Conocimientos, Universidad George Washington.</p> <p>Conjuntamente con el Centro George Washington, la OPS recibe anualmente a más de 15 estudiantes, jóvenes profesionales y funcionarios profesionales de los gobiernos locales que aprenden acerca de los retos de la equidad en materia de salud en el marco de los ODM. Se creó una guía para alcaldes sobre el cumplimiento de los ODM a nivel municipal, para facilitar</p>



					<b>su comprensión y compromiso.</b>
22.3.2	Preparación de informes anuales sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud en los niveles nacional, subregional y regional por parte de la OPS exclusivamente o en colaboración con otros organismos	1	10	<b>Se alcanzó la meta</b>	<p><b>Junto con otros organismos de las Naciones Unidas y con la coordinación de la CEPAL, la OPS participó en la elaboración del informe sobre el objetivo de desarrollo del milenio 3 en relación con la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer en América Latina y el Caribe. En colaboración con otros organismos la Sede de la OPS elaboró informes nacionales en Ecuador y Bolivia.</b></p> <p><b>Se produjo una publicación sobre el ODM 3 coordinada por la CEPAL y la OPS junto con otros organismos. La OPS está colaborando con la CEPAL en una publicación sobre los ODM 1, 4 y 5, y se está examinando el borrador del documento. La OPS, con la colaboración de la CEPAL, está produciendo un mapa de las desigualdades que pone énfasis en los municipios más pobres de cada país. Es una forma de orientar intervenciones fundamentales a las comunidades más pobres y más vulnerables.</b></p>

22.3.3	Informes anuales sobre la salud y la lucha contra la pobreza en los niveles nacional, subregional y regional	1	10	Se alcanzó la meta	Junto con otros organismos de las Naciones Unidas y con la coordinación de la CEPAL, la OPS participa en la elaboración de un informe sobre los ODM y las metas de salud, haciendo hincapié en la reducción de la pobreza. En Argentina, Brasil, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Chile, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y Uruguay, que están trabajando en la iniciativa Rostros, Voces y Lugares, se efectuó el análisis de la salud y la reducción de la pobreza a nivel municipal.
<b>RPR 22.4 Capacidad institucional fortalecida en los niveles nacional y subregional y dentro de la Secretaría para integrar el enfoque de derechos humanos al desarrollo de la salud y las políticas y la legislación de lucha contra la pobreza, inclusión social y seguridad humana.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
22.4.1	Número de miembros del personal de la OPS a nivel regional y nacional capacitados en el uso de la herramienta para la integración de los derechos humanos en la planificación del desarrollo	0	40	180	Hasta el momento, aproximadamente 180 funcionarios de la OPS se han capacitado en la utilización de instrumentos y herramientas de derechos humanos.
22.4.2	Enfoque de derechos humanos integrado a los programas regionales nuevos de la OPS o la iniciativa para la salud y lucha contra la pobreza y la extensión de la protección social en salud y en la estrategia de cooperación en los países	Ningún programa Regional nuevo	3 programas Regionales nuevos	6 programas regionales nuevos	Hasta el momento, se ha introducido un enfoque de derechos humanos en seis programas nuevos relacionados con traumatismos y discapacidad, pueblos indígenas, los niños y los adolescentes, las personas de edad, la infección por el VIH y la salud ambiental.
22.4.3	Enfoque de derechos humanos integrado a los programas regionales nuevos de la OPS o la iniciativa para la salud y lucha contra la pobreza y la extensión de la protección social en salud y en la estrategia de cooperación en los países	Ninguna estrategia de cooperación en los países usa el enfoque de derechos humanos a	50% de la estrategia de cooperación en los países llevada a cabo en 2006-2007 aplica el	Plenamente alcanzada	

		finales de 2005	enfoque de derechos humanos		
22.4.4	Informes de seguimiento sobre la aplicación en los países de los compromisos en salud de la Conferencia de las Naciones Unidas contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de intolerancia	0	1 informe disponible sobre página inicial de la OPS.	<b>Plena-mente logrado</b>	<p>- En cooperación con la CEPAL, GEH ha preparado un informe sobre equidad en materia de salud y grupos étnicos para 15 países que tienen datos desglosados por grupo étnico.</p> <p>- En cooperación con el Alto Comisionado de Derechos Humanos, AD/GE ha preparado un informe sobre los logros relacionados con los mandatos de la Conferencia de Durban.</p>
22.4.5	Evaluación de la legislación nacional de salud pertinente y formulación de recomendaciones para la promoción de la equidad entre los sexos y los grupos étnicos	Ningún datos actualmente disponibles	4	<b>Plena-mente logrado</b>	<p>Se han presentado recomendaciones sobre el empleo de instrumentos de derechos humanos que protegen la igualdad de las mujeres y las minorías para examinar las leyes nacionales de salud en 12 países.</p> <p>GEH está actualmente examinando planes y programas de salud para la inclusión de cuestiones relacionadas con la igualdad de género y los grupos étnicos.</p>

<b>RPR 22.5 Elaboración y aplicación de plataformas para la formación de consenso que captan las distintas perspectivas y propician procesos entre los protagonistas clave de los ámbitos científico, académico, privado y de la sociedad civil, además de los protagonistas sociales y políticos.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
22.5.1	Número de foros regionales de la OPS convocados y sus informes diseminados de manera generalizada	0	3	Se alcanzó la meta	Foro de bioética; foro sobre la diabetes en la frontera EE.UU.-México; foro sobre salud urbana
22.5.2	Número de juntas de expertos en planificación que están en funcionamiento	0	2	Se alcanzó la meta	Junta de expertos en diabetes sacarina; Junta de planificación de la salud urbana
22.5.3	El sitio Active SharePoint permite que los miembros del foro compartan información y colaboren virtualmente	0	1	Se alcanzó la meta	Se ha elaborado la plataforma del espacio virtual, que está bajo el control del área de Información y Gestión del Conocimiento (IKM).  La Red de Unidades de Apoyo a los Países (CSU) tiene una configuración SharePoint para compartir la información y la iniciativa Rostros, Voces y Lugares ha desarrollado otra para abordar los compromisos subregionales así como las comunidades que trabajan bajo la iniciativa. En colaboración con IKM, el equipo de Rostros, Voces y Lugares creó una comunidad de práctica para la gestión y el intercambio de conocimientos e información.
<b>RPR 22.6 Aumento de la capacidad para integrar la bioética en las políticas y programas de salud a nivel nacional.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
22.6.1	Al menos 75% de los países tienen comisiones o comités nacionales de bioética	Número de comités en 2005	Al menos 27 países	25	Veinticinco países han cumplido con esta meta con el apoyo del Proyecto Regional de Bioética y están funcionando.  En los países del Caribe de habla inglesa se ha pospuesto la constitución de una comisión en cada uno.
22.6.2	Países con apoyo para usar las herramientas, normas y	N/a	8	10	El año pasado, 12 países formaban parte

	directrices a fin de incorporar la ética a sus planes e investigación				<b>de la red EVIPNet para el mejoramiento de la utilización de los datos científicos en el proceso de toma de decisiones.</b>  <b>Se superó la meta.</b>
<b>RPR 22.7 La Comisión procura generar y divulgar el conocimiento y la información a fin de mejorar las políticas públicas intersectoriales vigentes en salud, según las recomendaciones de la OMS.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
22.7.1	Creación y funcionamiento de la Comisión sobre Determinantes Sociales de Salud en la Región de las Américas y publicación de los informes y estudios de la Comisión	0	4	2	<b>Brasil y Chile crearán sus propios mecanismos para la comisión nacional de factores sociales determinantes de la salud.</b>

### Enseñanzas extraídas:

- Se requiere de una acción intersectorial para cumplir los objetivos de desarrollo del milenio a nivel regional, subregional, nacional y local. *La labor con respecto a la salud, la educación, el trabajo, el medio ambiente, el desarrollo social y la economía es fundamental para impulsar los objetivos de desarrollo del milenio y garantizar el aumento del presupuesto social.*
- Para lograr la equidad en materia de salud en las comunidades más pobres y más vulnerables, los ministros de salud deben hacer propio este tema, tener la voluntad política de hacer cambios y convertirse en partidarios fuertes para comprometer a ministros de otros sectores y, de esa manera, demostrar que la salud está en el centro del desarrollo. Los alcaldes desempeñan un papel muy importante junto con las organizaciones no gubernamentales y las organizaciones locales para ejecutar cambios sostenibles a nivel local.
- La vigilancia de los objetivos de desarrollo del milenio hasta el momento se ha hecho a nivel nacional; sin embargo, los promedios nacionales ocultan realidades locales e inequidades nacionales y, por consiguiente, la vigilancia de los ODM también debe incluir el desarrollo y la vigilancia a nivel local. Para lograrlo, la OPS está colaborando con CEPAL usando los últimos datos de censo en algunos países de la Región por medio del indicador básico de necesidades para detectar los municipios más pobres en cada país.

### Ejecución financiera

**Área de trabajo****Formulación de políticas para la salud en el desarrollo (HSD)**

	<b>Presupuestado</b>	<b>Asignado</b>	<b>Gasto</b>	<b>Porcentaje de ejecución</b>
<b>Presupuesto ordinario</b>	3.917.400	3.743.010	3.736.400	100
<b>Otras fuentes</b>	10.602.000	45.986.215	27.896.800	61
<b>Total (presupuesto ordinario y otras fuentes)</b>	<b>14.519.400</b>	<b>49.729.225</b>	<b>31.633.200</b>	<b>64</b>

## 23. POLÍTICAS RELACIONADAS CON LOS SISTEMAS DE SALUD Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS (HSP)

**Grado general de cumplimiento: 88%**

### **META:**

Mejorar la disponibilidad, el acceso, la equidad, la calidad y la eficiencia de los servicios sanitarios de atención primaria de salud (APS) y fortalecer los vínculos con las funciones esenciales de la salud pública en los países.

### **CUMPLIMIENTO DE ESTA META:**

**Durante el período 2006-2007, los países avanzaron considerablemente en el proceso de evaluar el liderazgo y las dimensiones de reglamentación de la función rectora de sus autoridades sanitarias nacionales y de definir estrategias fortalecedoras. Las autoridades sanitarias nacionales siguen reconociendo la importancia de fortalecer su capacidad para dirigir el sector y revitalizar los marcos jurídicos como un componente esencial de un proceso eficaz de formulación de políticas y como una primera medida para establecer sistemas de salud más equitativos. El hito principal fue la aprobación por todos los Estados Miembros de la Agenda de Salud para las Américas en la Ciudad de Panamá, en junio del 2007, que establece el fortalecimiento de las autoridades sanitarias nacionales como la primera de ocho áreas de acción. Se registró además un adelanto notable hacia la meta del fortalecimiento de los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud, según lo acordado por los Estados Miembros en la resolución CD 46/13 (2005) Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud (Declaración de Montevideo).**

### **OBJETIVO DE LA OPS:**

Participar activamente en el progreso de las metas y los compromisos establecidos por mandatos y acuerdos regionales o subregionales relativos al desarrollo de los sistemas de salud y apoyar, en forma adecuada y oportuna, a los países y entidades regionales o subregionales en sus iniciativas de refuerzo de los mecanismos para la coordinación de los sistemas de salud y la integración de redes de prestación de servicios. Además, la OPS contribuirá al fortalecimiento del liderazgo y la función rectora de los ministerios de salud a fin de mejorar el desempeño general del sistema, así como su capacidad para planificar y administrar la prestación de servicios de salud que sean de buena calidad técnica, receptivos a las necesidades de los usuarios, que contribuyan a aumentar la equidad mediante la ampliación de la cobertura y a utilizar mejor los recursos disponibles. Fortalecer el liderazgo y la función rectora de los ministerios de salud para el desempeño mejorado del sistema en su conjunto, mejorar la planificación y la gestión de las funciones esenciales de salud pública y una gama amplia de los servicios de salud así como crear redes integradas para la prestación de los servicios de salud.

### **CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE LA OPS:**

**Treinta y siete países y territorios recibieron apoyo en forma de cooperación técnica continua en materia de políticas, sistemas y servicios de salud. Las iniciativas principales estuvieron destinadas al aumento de la capacidad a nivel de país: 101 profesionales procedentes de 13 países mejoraron su capacidad para analizar el sector de la salud, sobre la base de un método innovador e integral centrado en la economía política y en el desempeño general de los sistemas de salud, al asistir a los cursos internacionales sobre el desarrollo de sistemas de salud impartidos en el lapso 2006-2007; otros 242 profesionales de contratación nacional participaron en diferentes talleres de mejoramiento de la capacidad; 145 participantes de 30 países de la región de América Latina y el Caribe, además de los Estados Unidos y Canadá, participaron en el “Foro Regional sobre Fortalecimiento de los Sistemas de Salud basados en la APS”, celebrado en octubre del 2007 en Quito, donde se abordaron, entre otros, los siguientes temas: fortalecimiento de la rectoría; integración de los sistemas y servicios; fortalecimiento de las capacidades en salud pública.**

**El método para la cooperación técnica regional en sistemas y servicios de salud se caracteriza actualmente por la colaboración interprogramática y, en particular, por el apoyo del Área de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud a las áreas programáticas sustantivas. Algunos ejemplos de esa colaboración son las asociaciones compartidas en actividades de aumento de la capacidad, publicaciones, investigación y cooperación directa (por ejemplo, el foro sobre la ampliación de la protección social en salud para la población maternoinfantil y el mejoramiento de los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud, el apoyo para la formulación de la Estrategia Regional sobre Nutrición, análisis y formulación de políticas relativas a las enfermedades crónicas no transmisibles, la participación activa en el diseño y ejecución del Observatorio de política de enfermedades crónicas, con el gobierno de**

Canadá).

Los países se han mostrado receptivos a las recomendaciones de la OPS para abordar los temas complejos relacionados con el mejoramiento del liderazgo del sector de la salud y la creación de nuevos marcos normativos, no solo en lo relativo al método de trabajo (grupos inter y multidisciplinarios) sino también a la perspectiva técnica. Algunos de los factores que contribuyeron al éxito alcanzado fueron el interés de las autoridades sanitarias nacionales, así como la cooperación, representatividad y trabajo de base de las oficinas de país. El número de países apoyados para mejorar la función rectora (conducción, liderazgo y funciones de reglamentación) de los ministerios de salud a fin de aumentar el desempeño general del sistema ha aumentado considerablemente. Los países reconocieron la necesidad de recibir orientación en el proceso de reglamentación y se asignó la debida importancia a la posibilidad de intercambiar experiencias entre diferentes países. Once países (Belice, Bolivia, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Panamá, Paraguay, República Dominicana y Uruguay) han modificado sus leyes o han mejorado los mecanismos reglamentarios para consolidar los sistemas de salud y reducir las inequidades en el acceso a los servicios. En tres países se efectuaron estudios para evaluar y fortalecer el componente reglamentario de la función rectora, así como para determinar cuáles fueron las enseñanzas extraídas. En cinco países se realizaron talleres para sensibilizar a los interesados directos y establecer acuerdos entre ellos mientras se estaban redactando nuevas leyes o reglamentos.

Además, la OPS ha estado trabajando en la formulación de un marco para la creación de redes integradas de prestación de servicios de salud basadas en la Estrategia renovada de atención primaria de salud. Aruba, Bahamas, Bolivia, Chile, Ecuador, Nicaragua, Panamá, República Dominicana y Uruguay están trabajando en el diseño o la ejecución de sus reformas del sector de la salud, que hacen hincapié en la integración de los sistemas de salud pública y en el fortalecimiento de la función rectora de las autoridades sanitarias nacionales. En Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras y Perú se han realizado procesos de descentralización. Un componente importante del trabajo que la OPS ha venido llevando a cabo sobre este tema es la integración de la salud pública en los servicios de salud. Sobre la base de los resultados de la segunda evaluación de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP), así como de las evaluaciones subnacionales, varios países han mejorado el desempeño de las funciones 5 y 6 (Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Puerto Rico, Perú, República Dominicana).

La internet se ha convertido en un mecanismo potente para difundir información sobre el fortalecimiento de los sistemas de salud a todos los países de la región. En el 2007, se creó una página web sobre las funciones esenciales de la salud pública, con un cúmulo de información pertinente para fortalecer el ejercicio de la salud pública. Además, se utilizaron espacios y cursos virtuales para difundir documentos y fomentar el debate, lo que ha demostrado que la internet es un mecanismo eficaz para crear comunidades en línea en torno a temas concretos. Cuarenta y un documentos y herramientas técnicas relativos a los sistemas de salud elaborados por la OPS estuvieron al alcance de un público amplio a través de la página web especial ([www.lachealthsys.org](http://www.lachealthsys.org)) que recibió un promedio de 51.000 visitas todos los meses. Entre las dificultades encontradas se encuentran la falta de infraestructura tecnológica en muchos países, el acceso limitado a la internet y la falta de recursos humanos capacitados para poner en práctica las soluciones tecnológicas.

**RPR 23.1** Se habrán recabado, organizado activamente y difundido de manera generalizada documentación, conocimientos e información a las autoridades nacionales, los organismos internacionales de cooperación, los proveedores de servicios de salud, las asociaciones profesionales, el mundo académico y la sociedad civil.

Indic.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real, a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
23.1.1	Número de países en los cuales se ha finalizado (acumulado) el análisis del sector de la salud	7	11	7	Aunque el proceso de finalizar los análisis del sector de la salud se inició en al menos un país (República Dominicana), los cambios en el gobierno y en las prioridades del país impidieron la finalización del documento.
23.1.2	Número de países en los cuales el perfil de los sistemas de salud se ha actualizado al período 2005-2007 (acumulado)	8	24	12	Anguila, Bolivia, Brasil, Islas Vírgenes Británicas, El Salvador, Guatemala,



					<p>Guyana, Panamá, Paraguay, Puerto Rico, República Dominicana y Trinidad y Tobago actualizaron sus perfiles sobre la base de la metodología revisada para la elaboración de perfiles de los sistemas de salud.</p> <p>Todos los 24 países abarcados en la planificación situados en Centroamérica y el Caribe de habla hispana y de habla inglesa recibieron capacitación por medio de dos talleres realizados en Puerto Rico y Belice, pero varios de los países no concluyeron un perfil actualizado del sistema de salud debido a prioridades contrapuestas, en particular el tiempo dedicado a redactar el capítulo nacional de Salud en las Américas 2007, según información de los representantes de la OPS/OMS en los países.</p>
23.1.3	Número de visitas anuales a la página web de LACHSR	450.00	520.000	<b>612.000</b>	<p>Con un promedio de 51.000 visitas por mes, las visitas anuales alcanzaron un total de 612.000 en el 2007. Además, se hicieron modificaciones considerables a la página web que incluyeron secciones nuevas y un cambio de nombre (página web de LACHEALTHSYS).</p>
23.1.4	Profesionales en ejercicio inscritos en la red de contactos del centro de distribución de información de LACHSR (acumulado)	850	1.000	<b>1.270</b>	<p>Hasta el 2006 había 1.270 usuarios inscritos en el sistema.</p> <p>Con los cambios efectuados en la página web en el 2007, el sistema antiguo de inscripción se reemplazó con una base de datos actualizada, más selectiva, que incluye a expertos en temas específicos. Actualmente, hay 140 usuarios inscritos en el sistema.</p> <p>Otros 145 participantes en los cursos internacionales sobre Desarrollo de Sistemas de Salud constituyeron una red muy activa para intercambiar conocimientos y compartir experiencias.</p>

					Se creó la Red de Autoridades de Salud Pública para Reglamentación y Control como un mecanismo para intercambiar conocimientos y recursos entre los países a fin de fortalecer la función de reglamentación (5 países participantes).
23.1.5	Número de materiales técnicos, sinopsis sobre política, herramientas y documentos sobre las evaluaciones aplicados y enseñanzas extraídas concluidas y difundidas (por bienio)	30	40	41	<p>Todos los 30 materiales técnicos que se encontraban disponibles anteriormente todavía pueden consultarse regularmente a través del sitio web de la OPS.</p> <p>En el bienio se elaboraron por lo menos otros 10 documentos nuevos. Entre ellos se encuentran:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La función rectora de la autoridad sanitaria nacional en acción: enseñanzas extraídas</li> <li>2. Protección social en planes de salud para la población maternoinfantil: enseñanzas extraídas en América Latina.</li> <li>3. Capacidad de salud pública en América Latina y el Caribe: evaluación y fortalecimiento</li> <li>4. ¿Es posible mejorar los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud? Enseñanzas extraídas al fortalecer los programas verticales</li> <li>5. Directrices metodológicas para los perfiles de los sistemas de salud: seguimiento y análisis del cambio y las reformas de los sistemas de salud</li> <li>6. Función rectora de la autoridad sanitaria nacional: fortalecimiento de su desempeño</li> <li>7. Fortalecimiento de los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud: análisis de la integración de los programas nacionales en el sistema de</li> </ol>

					<p>salud de Perú</p> <p><b>8. Fortalecimiento de los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud: análisis de la integración de los programas nacionales en el sistema de salud del Brasil</b></p> <p><b>9. Boletines informativos acerca del fortalecimiento y la reforma de los sistemas de salud</b></p> <p><b>10. Evaluación de la capacidad de salud pública en el Perú</b></p> <p><b>11. Mejoramiento de la base de datos LEYES como una herramienta para la creación de conocimientos y el intercambio de información entre los países en materia de legislación sanitaria y derecho comparado. Doce países participan en la producción descentralizada de esta base de datos.</b></p>
23.1.6	Número de profesionales de los países y asesores de la OPS y de otros organismos internacionales de cooperación capacitados en los métodos para formular el análisis del sector de la salud o los perfiles de los sistemas de salud (por bienio)	30	50	206	<p><b>Por lo menos, 50 participantes de Centroamérica y el Caribe de habla hispana asistieron al taller subregional de capacitación sobre seguimiento y análisis del cambio y la reforma de los sistemas de salud, celebrado en Puerto Rico; y no menos de 30 participantes asistieron al “Seminario para el fortalecimiento de los sistemas de salud: monitoreo de los procesos de cambio/reforma en salud en el Caribe de habla inglesa, Canadá y los Estados Unidos”, celebrado en Belice en el 2006. En estos dos talleres, se capacitó a los participantes en el método actualizado para la elaboración de perfiles de los sistemas de salud.</b></p> <p><b>Ciento un profesionales de 13 países mejoraron sus aptitudes para analizar al sector de la salud, mediante un enfoque innovador e integral centrado</b></p>

				<p><b>en la economía política y el desempeño general de los sistemas de salud, en los cursos internacionales realizados durante el período 2006-2007 sobre el desarrollo de los sistemas de salud.</b></p> <p><b>Un taller sobre el análisis de políticas y toma de decisiones haciendo hincapié en las enfermedades crónicas no transmisibles contó con la presencia de 25 participantes de los países del Caribe Oriental. Este evento de formación de capacidad fue una introducción al análisis de la política pública, de la formulación, ejecución y evaluación de políticas con metas encaminadas a mejorar las aptitudes y competencias en estos campos del conocimiento y la práctica como analistas, asesores y encargados de adoptar las decisiones. Si bien se hizo hincapié en las enfermedades crónicas no transmisibles, los métodos y las herramientas compartidos tienen relación con el diseño de políticas de salud pública en general. Los temas destacaron la pertinencia de definir un programa en entornos políticos turbulentos y complejos, de contar con modelos de ejecución y evaluación, y de aplicar la reflexión estratégica y la previsión.</b></p>
--	--	--	--	---

<b>RPR 23.2 Fortalecimiento de la función rectora y el liderazgo de las autoridades sanitarias, y creación de la capacidad institucional, orgánica y humana, para mejorar el desempeño general de los sistemas, planificar y administrar la coordinación e integración de las redes de prestación de servicios, y aumentar las intervenciones para cumplir los ODM y otras metas prioritarias.</b>					
<b>Ind.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
23.2.1	Número de países que han aplicado las normas para la evaluación del desempeño de la función rectora y generado intervenciones para fortalecer las dimensiones de conducción y liderazgo (acumulado)	2	6	<b>11</b>	<p><b>Las directrices para evaluar el desempeño de la función rectora se aplicaron en Ecuador, El Salvador y la República Dominicana, y se generaron planes para fortalecer la dimensión de conducción y liderazgo.</b></p> <p><b>Se hicieron adaptaciones del marco conceptual para fortalecer las dimensiones de conducción y liderazgo en Bolivia, Chile, Panamá, Paraguay y Uruguay.</b></p> <p><b>En tres países se hicieron estudios para evaluar y fortalecer el componente reglamentario de la función rectora, y determinar cuáles fueron las enseñanzas extraídas.</b></p> <p><b>En cinco países (Belice, Guatemala, Guyana, Panamá y Paraguay) se efectuaron talleres para sensibilizar y forjar consenso entre los interesados directos mientras se elaboraban la legislación y la reglamentación nuevas.</b></p>
23.2.2	Número de profesionales en los países y asesores de la OPS y otros organismos internacionales de cooperación capacitados en planificación y gestión de mecanismos para la coordinación de sistemas e integración de las redes para la prestación de servicios (por bienio)	55	80	<b>115</b>	<p><b>Treinta y cinco profesionales de Europa, Canadá, Estados Unidos y de seis países latinoamericanos (Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Nicaragua, y Paraguay) y funcionarios de la OPS participaron en un taller de expertos en Santiago, Chile para examinar un documento de base sobre las opciones de política para la coordinación de sistemas e integración de las redes de prestación de servicios de salud.</b></p>

					Se realizaron dos cursos tipo talleres sobre legislación sanitaria para capacitar a 80 participantes (asesores jurídicos de ministerios de salud, instituciones de seguridad social, organismos de reglamentación y parlamentos, organizaciones de derechos humanos y de defensores de los consumidores, expertos jurídicos y académicos, así como representantes de otros ministerios y de planes de integración) sobre temas reglamentarios pertinentes a la coordinación de sistemas e integración de las redes para la prestación de servicios de salud. Los países participantes fueron: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Panamá, Perú, Puerto Rico, Uruguay y Venezuela.
23.2.3	Disponibilidad y difusión a los países del marco conceptual sobre el crecimiento de los sistemas de salud mediante la incorporación de estrategias de APS y programas verticales específicos para las enfermedades en las redes integradas de prestación cuyo objetivo es cumplir los ODM y otras metas prioritarias	Marco conceptual formulado y aprobado por expertos	Marco conceptual difundido a no menos de 8 países	<b>Marco conceptual terminado y difundido a 32 países.</b>	<b>El marco se difundió durante el VII Foro regional sobre fortalecimiento de los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud: fortalecimiento de la función rectora; integración de los sistemas y servicios; aumento de las capacidades de la salud pública, celebrado en octubre del 2007 en Ecuador.</b>
23.2.4	Número de profesionales de los países y asesores de la OPS y otros organismos internacionales de cooperación capacitados en la planificación y la gestión para el afianzamiento de los sistemas de salud mediante la incorporación de estrategias de APS y programas verticales específicos para la enfermedad en las redes integradas de prestación (por bienio)	0	70	<b>145</b>	<b>Por lo menos 145 participantes asistieron al VII Foro Regional sobre fortalecimiento de los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud: fortalecimiento de la función rectora; integración de los sistemas y servicios; aumento de las capacidades de la salud pública.</b>
23.2.5	Número de países y territorios en los cuales se ha prestado cooperación técnica directa para mejorar el desempeño	28	37	<b>37</b>	<b>Cooperación técnica continua para el</b>

	<p>general del sistema y de las redes de prestación de servicios de salud</p>				<p><b>fortalecimiento de los sistemas y servicios de salud prestada a todos los países con asesores en sistemas y servicios de salud en las representaciones de la OPS/OMS en los países.</b></p> <p>La Sede prestó apoyo de acuerdo con lo solicitado por las representaciones y centrado principalmente en Argentina, Aruba, Bahamas, Belice, Bolivia, Brasil, Islas Vírgenes Británicas, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela.</p> <p>Se prestó cooperación técnica directa para redactar legislación destinada a mejorar el desempeño general de los sistemas de salud: revisión constitucional (Bolivia), reestructuración de los sistemas de salud (Belice y Guatemala), fortalecimiento de los mecanismos reglamentarios para garantizar el suministro de sangre segura (Guatemala, Guyana y Paraguay) y creación o fortalecimiento de las autoridades normativas (Panamá y Paraguay).</p>
<p><b>RPR 23.3 Fortalecimiento del liderazgo, la infraestructura y la práctica en salud pública a nivel nacional y subnacional con el mejoramiento de las competencias de los recursos humanos en salud pública.</b></p>					
Indic.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real, a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
23.3.1	<p>Número de países en los cuales los informes nacionales y subregionales revelan mejoras en el desempeño de las funciones esenciales de salud pública números 5, 6 y 8</p>	0	6	9	<p>Sobre la base de los resultados de la segunda evaluación de las funciones esenciales de la salud pública, así como de las evaluaciones a nivel subnacional, varios países han mejorado el desempeño en las funciones esenciales de la salud pública números 5, 6 y 8: Argentina, Brasil, Colombia Costa Rica, El Salvador,</p>

					<b>Honduras, México, Perú y República Dominicana.</b>
23.3.2	Número de países que han formulado y aplicado planes de acción para mejorar la capacidad, la infraestructura y la práctica de los sistemas de salud pública con énfasis especial en las funciones esenciales de salud pública números 5, 6 y 8 (acumulados)	3	8	<b>12</b>	<b>Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Honduras y Perú ejecutaron planes de acción o estrategias para fortalecer las funciones esenciales de salud pública 5, 6 y 8 durante el período 2006-2007.</b> <b>En ocho países se aprobaron marcos jurídicos para fortalecer la función de reglamentación de las autoridades sanitarias nacionales (función esencial de la salud pública número 6) (Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Nicaragua, Perú, República Dominicana y Venezuela).</b>
23.3.3	Número de países en los cuales se ha llevado a cabo una segunda evaluación de las funciones esenciales de salud pública a nivel nacional o subnacional (acumulados)	5	10	<b>14</b>	<b>Varios países de la Región llevaron a cabo una segunda evaluación nacional o subnacional de las funciones esenciales de la salud pública. Entre los países que efectuaron evaluaciones nacionales se encuentran: Costa Rica, El Salvador, Perú, Puerto Rico, y República Dominicana. También se efectuaron evaluaciones subnacionales en Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Honduras y Perú.</b>
23.3.4	Disponibilidad de la metodología para calcular los gastos en salud pública y diseminación a los países	Método elaborado y pruebas piloto efectuadas en dos países	Difundido a por lo menos 10 países	<b>10 países</b>	<b>Se elaboró el método y se lo sometió a prueba en Perú y Costa Rica. Además, se ha difundido y se han elaborado los cálculos para los países del Caribe Oriental: Anguila, Antigua y Barbuda, Dominica, Granada, Montserrat, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Saint Kitts y Nevis.</b>
23.3.5	Número de profesionales de los países y asesores de la OPS y otros organismos internacionales de cooperación capacitados en la metodología para calcular los gastos en salud pública	0	20	<b>22</b>	<b>Participantes en el taller de armonización del gasto público en salud procedentes de países del MERCOSUR, Argentina, Brasil, Paraguay Uruguay, además de Bolivia, Chile, Perú y Venezuela.</b>
23.3.6	Formulación y aplicación de planes subregionales para fortalecer la FESP número 10, investigación en salud pública	0	2 subregiones	<b>4 países</b>	<b>El plan subregional no resultó adecuado, de manera que la cooperación técnica se desplazó al nivel de país.</b>



					<b>En Brasil, Colombia, Costa Rica y Perú se elaboraron planes nacionales para fortalecer la capacidad de investigación en salud pública, que se están ejecutando actualmente.</b>
23.3.7	Número de países y territorios en los cuales se ha prestado cooperación técnica directa para fortalecer las funciones esenciales de salud pública (acumulado)	7	14	<b>19</b>	<b>Participantes de por lo menos 12 países asistieron por primera vez al taller sobre resultados y perspectivas de las funciones esenciales de la salud pública en las Américas que se celebró en Perú, en mayo del 2007.</b>
<b>RPR 23.4 Respaldo a algunos países para mejorar el acceso, la eficacia, la eficiencia, la seguridad y la satisfacción de los usuarios en relación con la atención suministrada por la red de servicios integrados de salud.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones.</b>
23.4.1	Prueba piloto de maneras innovadoras para proporcionar servicios de salud en lugares distantes o difíciles en los países clave de la OPS	0	3	<b>0</b>	<b>Esta meta solo se ha logrado parcialmente debido a la falta de recursos. Sin embargo, se reanudará en el 2008.</b>
23.4.2	Número de países en los cuales se habrá probado un sistema nuevo de acreditación para la atención primaria	0	3	<b>3</b>	<b>Se definió un conjunto de indicadores y se hizo una validación de esos indicadores en Brasil, Costa Rica y Nicaragua.</b>
23.4.3	Número de hospitales públicos en la Región que recibieron asistencia para la prueba piloto de estrategias para la seguridad de los pacientes	0	12	<b>66</b>	<b>La cooperación técnica en materia de seguridad de los pacientes incluye: Estudio de IBEAS sobre la prevalencia de los efectos adversos en hospitales de América Latina: 64 hospitales (6 de Argentina, 12 de Colombia, 7 de Costa Rica, 34 de México y 5 de Perú). Ejecución piloto de la estrategia multimodal de la OMS para la higiene de las manos: 1 (Costa Rica). Prueba piloto de una experiencia de ejecución de un Sistema de Notificación de Fenómenos Adversos: 1 (Perú). En 5 hospitales de Brasil (ANVISA) y en 5 hospitales de Argentina nos encontramos en la fase de diseño de un proyecto para la</b>

					<p><b>aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la higiene de las manos. Además, Brasil incorporó dos hospitales para la validación en portugués de la metodología de IBEAS (FIOCRUZ) y se prevé que otros países como Uruguay y Chile se incorporarán en una nueva edición de IBEAS.</b></p>
23.4.4	Número de países que recibieron asistencia en la formulación, la prueba y la validación de herramientas para servicios sanitarios	0	3	5	<p><b>Se preparó un proyecto de documento sobre sistemas integrados de prestación de atención de salud con el objetivo de ofrecer a los países opciones de política y herramientas para afrontar la fragmentación de los servicios de salud. El documento preliminar se presentó para arbitraje en una consulta con más de 30 expertos de la región (Brasil, Islas Vírgenes Británicas, Chile, Nicaragua y Estados Unidos), España y Bélgica.</b></p>

<b>RPR 23.5 Fortalecimiento de las capacidades de gestión de los establecimientos de salud y las redes de prestación de servicios sanitarios mediante la difusión de información y conocimientos, como las herramientas, los métodos y las normas apropiadas y pertinentes para aplicar las prácticas basadas en datos probatorios que mejoran el acceso, la calidad y la equidad en la prestación de servicios de salud, especialmente para las poblaciones vulnerables.</b>					
<b>Ind.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
23.5.1	Número de perfiles de los servicios de salud formulados	0	15	<b>0</b>	<b>No se cuenta con suficientes recursos. Se formularon las directrices para la elaboración de perfiles de los servicios de salud y se difundieron a todos los países para la publicación de Salud en las Américas correspondiente al 2007.</b>
23.5.2	Número de indicadores básicos de los servicios de salud elaborados y difundidos	4	6	<b>8</b>	
23.5.3	Número de países que utilizan las herramientas de apoyo, los métodos, las prácticas óptimas y las normas identificadas y difundidas para la adopción de decisiones en la organización y gestión de los servicios de salud, con el apoyo de la OPS	8	10	<b>15</b>	
<b>RPR 23.6 Formación de capacidad técnica para definir y abordar las desigualdades que afectan a los resultados de salud y las necesidades de los pueblos indígenas con énfasis particular en el acceso a servicios de salud de buena calidad, culturalmente apropiados.</b>					
<b>Ind.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
23.6.1	Apoyo a las redes de cooperación intrasectoriales e intersectoriales de salud de los pueblos indígenas a nivel local, nacional y regional	7 lugares	30 lugares	<b>40 local</b>	
23.6.2	Apoyo a las redes de cooperación intrasectoriales e intersectoriales de salud de los pueblos indígenas a nivel local, nacional y regional	0 nacional	7 nacionales	<b>9 nacional</b>	
23.6.3	Apoyo a las redes de cooperación intrasectoriales e intersectoriales de salud de los pueblos indígenas a nivel local, nacional y regional	0 regional	1 sub-regional	<b>1 subregional</b>	<b>Apoyo al Proyecto Bretton-Woods en los Andes</b>
23.6.4	Número de países que incorporan la situación sanitaria de sus pueblos indígenas en los sistemas de información sanitaria y análisis con el apoyo de la OPS.	0	2	<b>3</b>	<b>Brasil, Canadá y Guatemala. Hubo progreso en la elaboración de marcos conceptuales y de métodos para la incorporación del grupo étnico como una</b>

					variable. En el 2008, se pondrán en práctica otras actividades para incluir esta variable en los sistemas de información sanitaria.
--	--	--	--	--	---

### Enseñanzas extraídas:

- Las autoridades sanitarias nacionales siguen reconociendo la importancia de fortalecer su capacidad de conducir el sector y de revitalizar los marcos jurídicos como un componente esencial de un proceso eficaz de formulación de políticas.
- La función de reglamentación también se considera un componente esencial de la función rectora y una de las bases para el liderazgo de las autoridades sanitarias nacionales.
- Los nuevos mandatos y retos internacionales requieren una acción coordinada entre la Sede de la OPS y las representaciones, al igual que con las áreas técnicas, en la elaboración de políticas y marcos jurídicos que aborden dichos compromisos.

### Ejecución financiera

<u>Área de trabajo</u>	<b>Políticas relacionadas con los sistemas de salud y la prestación de servicios sanitarios (HSP)</b>			
	<b>Presupuestado</b>	<b>Asignado</b>	<b>Gasto</b>	<b>Porcentaje de ejecución</b>
<b>Presupuesto ordinario</b>	15.910.400	14.885.889	14.835.000	100
<b>Otras fuentes</b>	19.648.000	10.841.207	9.144.000	84
<b>Total (presupuesto ordinario y otras fuentes)</b>	<b>35.558.400</b>	<b>25.727.096</b>	<b>23.979.000</b>	<b>93</b>

## 24. RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD (HRH)

Grado general de cumplimiento: 97%

### **META:**

Formación de servicios de salud equitativos eficaces y eficientes por medio de una fuerza laboral equilibrada, mejor distribuida, competente y motivada.

### **CUMPLIMIENTO DE ESTA META:**

El bienio 2006-2007 fue extremadamente productivo en cuanto a comunicar a los Estados Miembros: 1) el carácter estratégico de los recursos humanos para que las políticas de salud mejoren el desempeño de los sistemas y servicios de salud y generen los resultados de salud deseados; 2) la necesidad de métodos integrales para afrontar los desafíos y los problemas relativos a los recursos humanos; 3) el liderazgo fundamental o la función rectora de las autoridades sanitarias nacionales en la planificación de la fuerza laboral y en la formulación intersectorial de la política de recursos humanos. La difusión del Llamado a la Acción de Toronto para un Decenio de los Recursos Humanos en Salud en la región, del Informe sobre la salud en el mundo (WHR) y del Día Mundial de la Salud 2006 “Colaboremos por la salud”, la mesa redonda sobre política de recursos humanos celebrada en ocasión de la sesión del 2006 del Consejo Directivo y la adopción por parte de la Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en el año 2007 de las metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015 ilustran el progreso logrado para colocar el tema de los recursos humanos en la agenda de salud.

### **OBJETIVO DE LA OPS:**

Respaldar la formulación y la ejecución participativa de políticas eficaces de recursos humanos en el sector de la salud y la gestión óptima de la educación y el trabajo a los niveles regional, subregional y nacional.

### **CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE LA OPS:**

Con el apoyo de la OPS, la mayoría de los países de la Región participaron en la formulación de planes nacionales de acción para un decenio dedicado al fortalecimiento de los recursos humanos para la salud, aplicando los cinco retos fundamentales planteados en el Llamado a la Acción de Toronto como un marco de trabajo común. El progreso en la formulación de planes nacionales de acción fue objeto de debates a los niveles subregionales y tanto RESSCAD como REMSA decidieron formular sus planes subregionales. La reunión regional de la Red de Observatorios de Recursos Humanos para la Salud, celebrada en Lima en el 2006, fue la más importante en cuanto a la participación, ya que incluyó a otras regiones de la OMS y a países africanos. La reunión se centró en lograr una visión compartida para la formulación de planes de acción nacionales y subregionales. La zona del Caribe celebró su primera reunión subregional sobre la planificación de recursos humanos en julio del 2007, con lo cual se crearon las condiciones para la formulación conjunta de políticas de recursos humanos. Los países andinos han empezado el proceso de adoptar definiciones operativas y de elaborar indicadores para el seguimiento de las metas regionales 2007-2015. En Haití se formuló un plan de acción en colaboración con el ministerio de salud. Se forjaron alianzas estratégicas con Brasil y Canadá, y el modelo basado en asesores subregionales especializados en recursos humanos ha tenido una repercusión considerable en la región y en el logro de los principales resultados previstos.

<b>RPR 24.1 Lanzamiento del Decenio de los Recursos Humanos en Salud y aprovechamiento de la oportunidad para concentrar la atención en dichos recursos en el sector de la salud en las Américas.</b>					
<b>Ind.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre de 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
24.1.1	Formulación de un marco regional para abordar los desafíos de los recursos humanos en el sector de la salud en las Américas y celebración del Día Mundial de la Salud (MDS)	No hay marco; ideas preliminares para el Día Mundial de la Salud	Marco regional aprobado y programas de actividades ejecutados	<b>Se aprobó el marco regional y se ejecutó el programa de actividades.</b>	<b>La celebración del Día Mundial de la Salud 2006, tanto en la Sede de la OPS en Washington como en muchos países y jurisdicciones subnacionales de la Región, fue todo un éxito. Se elaboró un marco regional fundamentado en el Llamado a la Acción de Toronto, que se difundió ampliamente en toda la región.</b>
24.1.2	Número de documentos de política y técnicos producidos por grupos regionales de consulta en relación con los retos fundamentales para una Década de los Recursos Humanos en Salud	0	5	<b>9</b>	<b>Se elaboraron importantes documentos de política y técnicos acerca de la migración del personal sanitario; enfermería y atención primaria de salud; panorama de la fuerza laboral regional de enfermería; mejoramiento de la fuerza de trabajo en salud pública; metas regionales para los recursos humanos sanitarios; desarrollo profesional; gestión de los recursos humanos; salud del personal sanitario; liderazgo en salud internacional; tendencias en materia de recursos humanos sanitarios en las Américas: datos probatorios para la acción, entre otros.</b>

24.1.3	Plan regional de acción formulado en consulta con países, asociaciones profesionales regionales, subregionales y nacionales y comisiones especializadas; actividades iniciadas en los países	0	Plan de Acción aprobado y actividades afines en 9 países.	<b>Plan de Acción aprobado y actividades afines en 9 países.</b>	<b>La Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó las metas regionales para los recursos humanos de salud 2007-2015. Sobre la base de la meta regional, se inició el proceso para formular un plan regional de acción, asignando una importancia particular a la atención primaria de salud.</b>
<b>RPR24.2 Respaldo a los países para usar las normas, las directrices y los métodos para la formación de series de datos básicos y creación de sistemas de información sobre recursos humanos por la OPS.</b>					
<b>Ind.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
24.2.1	Número de países que han creado una serie de datos básicos sobre los recursos humanos en el sector de la salud según las directrices recomendadas	6	12	<b>Excedida</b>	<b>Catorce países del Caribe, 6 de Centroamérica y 4 de la zona andina trabajaron activamente en la preparación de datos básicos.</b>
24.2.2	Creación del proceso para el reconocimiento formal por la OPS/OMS de los observatorios de Recursos humanos en salud o entidades equivalentes que han contribuido a la producción de la información para la formulación de políticas	0	Criterios formula-dos y proceso establecido y divulgado	<b>Criterios formula-dos y proceso establecido y divulgado</b>	
<b>RPR 24.3 Modelos y métodos nuevos para la gestión de los recursos humanos en salud creados en colaboración con instituciones, programas y servicios de salud e instituciones académicas.</b>					
<b>Ind.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciem-bre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
24.3.1	Se diseñará y aplicará un programa de educación continua a nivel subregional en respaldo de la práctica de los profesionales con posiciones de liderazgo en la gestión de los recursos humanos en el sector de la salud.	0	2 sub-regiones	<b>3 sub-regiones</b>	<b>El curso en línea de la OPS sobre política de recursos humanos se ofreció a Centroamérica y a países del MERCOSUR; el Curso Internacional de Especialización en Gestión de Políticas de Recursos Humanos en Salud (CIRHUS) se impartió a través de la cooperación brasileña para los países andinos. Se inició el proceso con instituciones del Caribe para la adaptación y</b>

					<b>traducción del curso en línea</b>
24.3.2	Número de programas de capacitación en administración sanitaria en los que se revisa el plan de estudios para la gestión de los recursos humanos en salud y participan con la OPS en el programa de educación continua	0	6	>6	<b>Cuatro escuelas de salud pública están elaborando una versión nacional del CIRHUS con el apoyo de Brasil; en Argentina se creó una red con 20 instituciones que revisaron y elaboraron programas de capacitación en gestión de recursos humanos.</b>
24.3.3	Diálogos y documentos técnicos producidos en relación con los problemas principales a los que se enfrenta la gestión de los recursos humanos en salud en un entorno laboral en transición y globalizado (dotación de personal, relaciones laborales, retención, etc.)	0	4	4	<b>Temas abordados: condiciones de trabajo y salud del personal sanitario; trabajo decente y salud; estudio de las unidades de recursos humanos del ministerio de salud; desarrollo profesional; gestión de recursos humanos</b>
<b>RPR 24.4 Formulación, divulgación y aplicación en colaboración de políticas, modelos, sistemas y programas educativos innovadores encaminados a mejorar el desempeño de los profesionales y técnicos de la salud en servicio.</b>					
<b>Ind.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
24.4.1	Número de países que han creado una red de aprendizaje para fortalecer las competencias de la fuerza laboral en salud pública, la divulgación de las prácticas óptimas y los recursos mediante un modelo y estructura comunes	0	5	8	<b>A fines del bienio, ocho países y más de 40 instituciones de salud pública participaron en el Campus Virtual de Salud Pública (VCPH por sus siglas en inglés).</b>



24.4.2	Número de profesionales capacitados en un programa internacional de liderazgo en salud de la OPS	0	10	5	<b>Debido a limitaciones presupuestarias, solamente cinco profesionales recibieron capacitación en el 2006. Se elaboró un documento de estrategia acerca de la función de la OPS en materia de capacitación para el liderazgo en salud internacional y, además, la versión preliminar de un nuevo programa.</b>
24.4.3	Número de profesionales capacitados mediante programas de becas y pasantías de la OPS	0	60	174	<b>En el bienio, se elaboró todo el programa de pasantías. Se recibieron más de 60 participantes, entre ellos becarios de Fulbright y se llegó a un arreglo especial con Pfizer. Se recibieron 43 participantes de otras regiones de la OMS y se organizaron 12 viajes de estudios con 71 participantes, principalmente de China.</b>
<b>RPR 24.5 Formulación, documentación y aplicación de políticas, modelos, métodos y directrices educativas innovadoras para mejorar la calidad de la educación en las ciencias de la salud a los niveles de pregrado y posgrado.</b>					
<b>Ind.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
24.5.1	Número de facultades de medicina que colaboran formalmente con la OPS a fin de identificar y analizar las prácticas óptimas para capacitar a médicos receptivos a las necesidades y características de la comunidad	2	7	16	<b>Cuatro facultades de medicina o departamentos de educación médica están encabezando este proceso con la OPS, como Centros Colaboradores. Doce facultades de medicina compartieron sus experiencias en materia de capacitación basada en la solución de problemas con una orientación comunitaria.</b>
24.5.2	Número de países que han elaborado y ejecutado planes para la profesionalización de la enfermería	4	12	14	<b>Se sobrepasaron las metas, sin embargo, observamos que dentro de algunos países hay jurisdicciones que están abandonando estos programas debido a las</b>

					<b>consecuencias presupuestarias de mantener una fuerza laboral más amplia de personal de enfermería reclasificado.</b>
24.5.3	Número de diálogos y documentos técnicos producidos sobre el refuerzo de la salud pública y la APS en los planes de estudio de enfermería	2	5	7	<b>Es importante destacar la existencia de siete redes de enfermería relacionadas con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la atención primaria de salud, apoyadas por la OPS.</b>
24.5.4	Programas y directrices formulados para mejorar la calidad de la educación de posgrado y los programas de educación continua en medicina familiar y comunitaria	3	7	7	<b>En colaboración con WONCA LA y los programas de residencia en medicina familiar se formularon directrices para el mejoramiento de la calidad.</b>
24.5.5	Número de países que han adoptado y han iniciado la puesta en práctica de un plan estratégico liderado por la OPS para reorientar la educación dirigida a técnicos en salud y agentes sanitarios de la comunidad	0	5	5	<b>El Centro Colaborador OPS/OMS para Profesionales Paramédicos en FioCruz coordinó una red de programas nacionales de capacitación.</b>

### **Enseñanzas extraídas:**

- Las estrategias de comunicación innovadoras son esenciales para colocar y mantener el tema de los recursos humanos para la salud en la agenda política de los países de la Región. En ese sentido, la convergencia de iniciativas como la *Joint Learning Initiative* de la Fundación Rockefeller, el Informe sobre la Salud en el Mundo y el Día Mundial de la Salud 2006, el foro de alto nivel sobre los objetivos de desarrollo del milenio y los recursos humanos de salud ha otorgado poder de decisión a los desarrollos nacionales y regionales, y ha generado nuevos niveles de consenso en torno a los principales retos y objetivos. La pregunta es: ¿cómo incorporaremos estas iniciativas mundiales en el próximo año?
- El desarrollo de aptitudes y de capacidad de liderazgo fuertes en los niveles profesional e institucional es esencial para ejecutar cambios en las políticas de recursos humanos. A excepción de Cuba, Brasil y Canadá, pocos ministerios de salud de la Región tienen una capacidad eficaz de conducción para administrar sus propios recursos humanos (sin mencionar lo que sucede en el sector privado) según el modelo deseado de atención y para satisfacer las necesidades de poblaciones subatendidas. Hay una necesidad urgente en los niveles centrales y descentralizados de los países de contar con personal competente que tenga una comprensión integral de los retos fundamentales para los recursos humanos en el próximo decenio vinculado a los cambios de los sistemas de salud y de los entornos de formulación de políticas favorables.

- La elaboración junto con los países de la Región de un marco de trabajo común para la acción (el Llamado a la Acción de Toronto) y de una visión común de lo que queremos lograr (las metas regionales) proporciona un conjunto integral de direcciones para orientar la formulación de políticas a nivel nacional y subregional. Estas políticas tienen que lograr su expresión específica en la realidad de cada país, facilitan la cooperación técnica entre los países y con la Organización. Sin embargo, ejercen gran presión sobre la Organización para movilizar la experticia y los recursos pertinentes, para apoyar la elaboración de herramientas e indicadores y para fortalecer los sistemas de información. Este es el gran reto en cuanto a la cooperación técnica de la OPS/OMS: trabajar eficazmente en todos los niveles de jurisdicción pertinente (local, nacional, subregional, regional), en torno a las tres áreas centrales de políticas e intervenciones de recursos humanos (planificación, manejo, educación), desde los aspectos normativos hasta el aumento de la capacidad y la asistencia directa, y para administrar la complejidad cada vez mayor de las acciones y las redes de aprendizaje.

### Ejecución financiera

<u>Áreas de trabajo</u>	<b>Recursos humanos para la salud (HRH)</b>			
	<b>Presupuestado</b>	<b>Asignado</b>	<b>Gasto</b>	<b>Porcentaje de ejecución</b>
<b>Presupuesto ordinario</b>	8.226.400	7.816.633	7.744.100	99
<b>Otras fuentes</b>	4.934.000	77.772.838	42.340.000	54
<b>Total (presupuesto ordinario y otras fuentes)</b>	<b>13.160.400</b>	<b>85.589.471</b>	<b>50.084.100</b>	<b>59</b>

## 25. FINANCIACIÓN DE LA SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (HFS)

**Grado general de cumplimiento: 98%**

<p><b>META:</b> Lograr el acceso equitativo a los servicios sanitarios y una mejor protección social en materia de salud mediante los mecanismos de financiamiento sostenible de la salud.</p>					
<p><b>CUMPLIMIENTO DE ESTA META:</b> En el período 2006-2007, los países lograron avances importantes al reconocer la necesidad de ampliar la protección social en materia de salud, al establecer o consolidar los planes y las intervenciones de protección social en materia de salud, además de los mecanismos de financiamiento sostenible de la salud, cuyo objetivo es lograr el acceso equitativo a los servicios sanitarios. El hito principal fue la aprobación por todos los Estados Miembros de la Agenda de Salud para las Américas en la Ciudad de Panamá, en junio del 2007, que estipula la ampliación de la protección social y el aumento del acceso a servicios sanitarios de calidad, como la tercera de sus ocho áreas de acción.</p>					
<p><b>OBJETIVO DE LA OPS:</b> Prestar apoyo a los Estados Miembros para que analicen, conciben y ejecuten políticas y estrategias para el financiamiento sostenible y equitativo de la salud que velen por que se utilicen prácticas económicas para la asignación de los recursos, se extienda la protección social en materia de salud y se mejore el acceso a los servicios sanitarios de calidad.</p>					
<p><b>CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE LA OPS:</b> Después de decenios de gobiernos firmemente centrados en los temas de economía y comercio internacional, ahora hay una inquietud renovada por los temas sociales en América Latina y el Caribe, y la protección social es una prioridad en el programa político de la mayoría de los países. La OPS/OMS ha desempeñado un papel importante en la promoción de los conceptos, ideas y tecnologías para extender la protección social en salud. Por lo menos 30 países (los ocho países del Caribe oriental, Argentina, Bahamas, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela) han hecho uso de las opciones de política, de las directrices y recomendaciones preparadas por la OPS/OMS para mejorar la protección social, la eficiencia y la equidad de sus sistemas de financiamiento.</p>					
<p><b>RPR 25.1 Apoyo a los países para que comprendan la situación respecto de la exclusión social y las desigualdades, así como los aspectos económicos, financieros y relativos a los gastos en materia de salud.</b></p>					
Ind.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real, a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
25.1.1	Número de países que han completado estudios con el apoyo de la OPS para analizar aspectos clave de la exclusión social en materia de salud	9	15	10	<p>Aunque no se logró la meta, se avanzó:</p> <p>En un país (Nicaragua) se efectuó la caracterización de la exclusión en salud a nivel de país.</p> <p>Respondiendo a las exigencias de los Estados Miembros, el centro de</p>

					<p><b>interés de la cooperación técnica se desplazó a:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nivel local: caracterización de la exclusión en salud en 20 municipios en Honduras</li> <li>- Nuevos asuntos prioritarios: análisis de la repercusión de la exclusión en salud en la falta de acceso a medicamentos a nivel de país, en tres países (Guatemala, Honduras y Nicaragua)</li> <li>- Nivel regional: todos los ministros de salud de los países iberoamericanos se comprometieron a luchar contra la exclusión en la atención de salud al firmar el Consenso de Iquique en Chile, en julio del 2007.</li> </ul>
25.1.2	Número de países que han institucionalizado el análisis de los indicadores o datos económicos o financieros relativos a la salud y la protección social	20	30	<b>34</b>	<p><b>Diez países cuentan con departamentos o unidades especializados en economía o contabilidad sanitaria (Argentina, Bahamas, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, El Salvador, Paraguay, Uruguay) CCH3 y la Comisión de Salud y Desarrollo del Caribe utilizaron ampliamente datos e indicadores económicos y financieros para apoyar sus esfuerzos analíticos. El noventa y cuatro por ciento de los países y territorios han actualizado sus datos sobre el gasto público en salud al 2004. El setenta y siete por ciento de los países y territorios han actualizado sus datos sobre el gasto privado en salud al 2004.</b></p>
25.1.3	Número de materiales técnicos, sinopsis de políticas, estudios de casos y documentos técnicos sobre la exclusión social, las desigualdades, los gastos y otras cuestiones económicas en	30	35	<b>54</b>	<p><b>Temas de exclusión social: dos publicaciones con estudios de casos sobre exclusión en salud, una</b></p>

	materia de salud finalizados y distribuidos				<b>directriz técnica, tres paquetes con tres instrumentos cada uno (encuestas, manuales, protocolos de investigación) Economía y financiamiento de la salud: se terminaron 21 y se difundieron 13.</b>
<b>RPR 25.2 Apoyo a las autoridades nacionales, la sociedad civil y otros interesados directos en la promoción del diálogo político y social para determinar las opciones normativas y mejorar el proceso decisorio con el fin de ampliar la protección social y financiera en materia de salud.</b>					
<b>Ind.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
25.2.1	Número de países en los que se ha prestado cooperación técnica directa para promover y organizar el diálogo político y social en materia de salud	4	10	<b>10</b>	<b>Bolivia, Brasil, Ecuador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Perú y República Dominicana</b>
25.2.2	Marco conceptual y directrices para organizar el diálogo político y social disponible y difundirlo en los países	Marco conceptual y directrices formula-dos y sometidos a prueba con carácter experimental en 2 países	Marco conceptual y directrices difundidos en por lo menos en 10 países	<b>Marco conceptual y directrices difundidos a 18 países</b>	<b>Libro: “Diálogo social como herramienta para la extensión de la protección social en salud” publicado y difundido a los países de habla hispana y portuguesa de América Latina, en copia impresa y a través del sitio web de la OPS.</b>
25.2.3	Número de entidades y foros para el diálogo político y social que funcionan a nivel de país con el apoyo técnico de la OPS	6	12	<b>12</b>	<b>Bahamas, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, El Salvador, Haití, Guatemala, México, Nicaragua, Perú y República Dominicana</b>

<b>RPR 25.3 Apoyo a las autoridades gubernamentales y fortalecimiento de sus capacidades institucionales, de organización y humanas para la formulación y ejecución de políticas públicas, planes, estrategias e intervenciones, con miras a mejorar el acceso universal y equitativo o ampliar la cobertura a los grupos de población prioritarios.</b>					
<b>Ind.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
25.3.1	Número de países en los que se ha institucionalizado el proceso de armonizar los conceptos, métodos y datos relativos a los gastos de salud entre los ministerios de salud, la seguridad social, los bancos centrales, los ministerios de planificación y finanzas, y los institutos nacionales de estadística	13	23	<b>21</b>	<b>Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México y Perú han avanzado considerablemente en la ejecución de cuentas de salud vía satélite que coinciden con la contabilidad nacional (SNA93). Ocho países miembros del Caribe oriental y siete del MERCOSUR avanzaron en la armonización de datos del gasto sanitario en toda la cooperación técnica subregional. La República Dominicana avanzó en el proceso de armonización y su Banco Central desempeña una función de liderazgo en la iniciativa regional</b>
25.3.2	Marco conceptual y directrices para producir cuentas de salud vía satélite que coincidan con la contabilidad nacional (SNA93) y sean difundidos en los países	Marco conceptual y directrices formula-dos y acordados por expertos	Marco conceptual y directrices difundidos en por lo menos 10 países	<b>Marco conceptual y directrices finalizados y difundidos a nivel regional</b>	<b>Se establecieron acuerdos y asociaciones con CEPAL, OIT, ISSA, OISS, la Conferencia interamericana de seguridad social (CISS), varios bancos centrales, entidades de seguridad social e institutos nacionales de estadística para mejorar la calidad de los datos sobre economía y financiamiento de la salud y protección social, generados de conformidad con la norma SNA93 de las Naciones Unidas.</b>
25.3.3	Número de países en los que se ha prestado cooperación técnica directa para mejorar la capacidad de analizar y utilizar la información sobre la economía, las finanzas y los gastos en relación con la salud en el proceso decisorio (acumulado)	8	16	<b>18</b>	<b>Ocho países del Caribe oriental, y Argentina, Bahamas, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, México, Paraguay, Uruguay</b>

25.3.4	Número de países y territorios en los que se ha prestado cooperación técnica directa para formular y ejecutar las políticas públicas, los planes, las estrategias e intervenciones para ampliar la protección social y financiera en materia de salud	16	24	<b>26</b>	<p><b>Trece países o territorios (Antillas Holandesas, Bahamas, Bolivia, Chile, Ecuador, México, Panamá, Perú, República Dominicana, Trinidad y Tobago, y Uruguay) están en proceso de establecer planes nacionales de seguro de salud basados en los principios de equidad, eficiencia y protección social.</b></p> <p><b>Tres países (Colombia, Costa Rica y México) comenzaron o fortalecieron la puesta en práctica de sistemas integrados de protección social (siendo la protección social en salud uno de sus componentes)</b></p> <p><b>Once países y territorios (Argentina, Belice, Brasil, El Salvador, Haití, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, Paraguay, Perú, Santa Lucía y Venezuela) han comenzado o continuado la aplicación de la protección social en planes de salud para grupos vulnerables de población.</b></p> <p><b>Cinco países (Argentina, Bolivia, Guatemala, Honduras y Nicaragua) han adoptado estrategias para extender la protección social en materia de salud a la población integrada por las mujeres y los niños.</b></p>
25.3.5	Análisis de las ventajas y desventajas de las estrategias, los esquemas y las modalidades alternativas para extender la protección social en materia de salud a la población maternoinfantil, y su difusión en los países	Marco conceptual formulado y acordado por expertos	Análisis finalizado y difundido en al menos 20 países	<b>Análisis finalizado y difundido a todos los países</b>	<b>Se publicó un libro sobre la protección social en los planes de salud para las poblaciones de madres, recién nacidos y niños, y las enseñanzas extraídas en los países de América Latina y el Caribe, con un análisis comparativo de siete</b>



					<p>planes implantados actualmente en la región; puede consultarse en copia impresa y en la internet.</p> <p>Casi todos los países de América Latina y el Caribe, además de los Estados Unidos y Canadá, participaron en el foro regional sobre la extensión de la protección social en salud para las poblaciones de madres y niños, efectuado en el 2006.</p>
<p><b>RPR 25.4 Apoyo a la reorganización de las organizaciones de la seguridad social, y mejoramiento de sus capacidades institucionales, de organización y humanas para determinar, concebir y ejecutar esquemas, programas y mecanismos encaminados a extender las prestaciones e integrar las actividades con otras entidades públicas, en particular, el ministerio de salud.</b></p>					
Ind.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real, a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
25.4.1	Número de países en los que las organizaciones de la seguridad social se han reorganizado, ampliado su cobertura e integrado sus actividades con otras entidades públicas	2	5	8	Belice, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay
25.4.2	Instrumento de planificación para apoyar la incorporación de programas prioritarios específicos para enfermedades (como la infección por el VIH, la tuberculosis y las vacunaciones) a las carteras de derechos de las organizaciones de la seguridad social asequible y difundido en los países	Marco conceptual elaborado	Herramienta de planificación y difundida a países de al menos 2 sub-regiones	<b>Herramienta de planificación creada y difundida en 3 subregiones</b>	<p><b>Herramienta de planificación elaborada y difundida a países de Centroamérica, la zona andina y el Cono Sur.</b></p> <p>Con respecto a la infección por el VIH/sida, en Centroamérica se realizó una investigación sobre los derechos y las indemnizaciones para las personas que padecen sida entre los beneficiarios de la seguridad social, en especial se elaboró un estudio de casos para Panamá.</p> <p>Se definieron carteras de beneficios garantizados para las enfermedades respiratorias epidémicas y la pandemia de gripe.</p>

25.4.3	Número de entidades subregionales que integran las organizaciones de seguridad social apoyadas para definir y poner en práctica las estrategias de cooperación horizontal	1	2	5	AISS, CISS, CIESS, COCISS, OISS
<b>RPR 25.5 Concepción y puesta en práctica de las carteras garantizadas de derechos, elaboradas y promovidas en el marco de la protección social y financiera en torno a la salud.</b>					
<b>Ind.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
25.5.1	Número de profesionales y consultores de la OPS y otros organismos internacionales de cooperación adiestrados a fin de diseñar y ejecutar las carteras garantizadas de derechos	15	60	74	Cincuenta y nueve profesionales de los distintos países se capacitaron en la elaboración y ejecución de carteras garantizadas de beneficios en talleres celebrados en Paraguay (36 participantes) y Colombia (23 participantes).
25.5.2	Número de países y territorios en los que se ha prestado cooperación técnica directa para formular y ejecutar las carteras garantizadas de derechos	3	7	7	Argentina, Colombia, Chile, Ecuador, Panamá, Paraguay y Uruguay: en dos talleres, los países recibieron capacitación intensiva en la elaboración y ejecución de carteras de beneficios, que incluyó enfermedades específicas como las infecciones respiratorias epidémicas y la infección por el VIH/sida, entre otros.
25.5.3	Número de países que han ejecutado carteras de derechos nuevas o mejoradas	3	8	10	Argentina, Aruba, Bahamas, Colombia, Chile, Ecuador, República Dominicana, Panamá, Paraguay, Uruguay

RPR 25.6 Asociaciones y alianzas establecidas para fortalecer las actividades nacionales y subregionales encaminadas a construir puentes entre la investigación y la formulación de políticas para extender la protección social en salud.					
Ind.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real, a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
25.6.1	Número de proyectos de investigación revisados por expertos y coordinados conjuntamente por investigadores e instancias normativas que han recibido apoyo de la OPS y los socios, y la difusión de sus resultados	5 en curso	5 termina-dos	<b>5 termina-dos</b>	<b>Argentina, Brasil, Colombia (2), Jamaica</b>
25.6.2	Número de estrategias e intervenciones para extender la protección social en salud ejecutadas sobre la base de (con base) en los resultados de las investigaciones apoyadas por la OPS y los socios	0	12	<b>12</b>	<p><b>Argentina:</b> los gobiernos de la Provincia de Buenos Aires y de los 8 municipios analizados en el proyecto de investigación establecieron un proceso de cambio y examen de las estrategias y las normas institucionales para la ejecución y seguimiento del plan de seguro de salud pública y las políticas sobre la atención primaria de salud, a los niveles provincial y municipal.</p> <p><b>Brasil:</b> el proyecto se formuló conjuntamente con el secretario ejecutivo del ministerio de salud e influyó considerablemente en el plan de salud de la región para la Amazonia, publicado en el 2006.</p> <p><b>Colombia:</b> los resultados de investigación apoyaron la emisión de la Circular 006 de la Secretaría de Salud de Bogotá que procuraba superar los obstáculos al acceso para la población desplazada.</p> <p><b>Jamaica:</b> los resultados de la investigación generaron la incorporación de programas para el acceso a medicamentos para adultos y personas con enfermedades crónicas, y el inicio del debate público sobre el examen de los copagos en atención primaria de salud.</p>

25.6.3	Marco conceptual, protocolo de investigación y estudios comparativos finalizados para determinar la gama amplia de estrategias y esquemas (incluidas sus ventajas y desventajas) encaminados a extender la protección social en salud que existe en América Latina y el Caribe	Formulados el marco conceptual y el protocolo de investigación	5 estudios comparativos finalizados y difundidos a no menos de 20 países	<b>6 estudios finalizados y difundidos</b>	<p><b>Se hizo un análisis comparativo de los planes de beneficios de las instituciones de seguridad social en los seis países de la zona andina (Bolivia, Chile, Ecuador, Colombia, Perú y Venezuela) sobre la base de la información proporcionada por los países. La finalidad del análisis es definir maneras de extender la protección social en salud a los trabajadores que se desplazan alternativamente entre estos países. Se inició el mismo análisis para los países del MERCOSUR.</b></p> <p><b>Se han utilizado sinopsis sobre política, estudios de casos comparativos y otras publicaciones elaboradas por la OPS en los debates de políticas nacionales y han orientado la ejecución de políticas en Bahamas, Bolivia, Colombia, Ecuador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay.</b></p>
--------	--	--	--	--	--

## Enseñanzas extraídas:

- Las enormes desigualdades en cuanto a los ingresos y la riqueza, y las principales disparidades en cuanto al acceso a los servicios públicos y la infraestructura esenciales, junto con la ausencia de un acuerdo entre un espectro amplio de actores sociales y políticos con respecto a una estrategia de desarrollo nacional, explican los resultados de salud peores de los previstos en muchos países de América Latina y el Caribe. El acceso a la atención de salud en países de América Latina y el Caribe depende firmemente de la arquitectura de los sistemas de salud –su grado de segmentación y fragmentación- así como de un conjunto amplio de factores sociales y económicos que están mucho más allá del sector de la salud.
- Es posible colocar la protección social en un nivel alto dentro de las agendas políticas de los países. Nuestro trabajo indica que gracias al esfuerzo y el apoyo sostenidos al diálogo social, la información sólida y el desarrollo de conocimientos, la promoción de la causa y el aumento de la capacidad, es factible ayudar los países a cambiar su rumbo y entrar en el camino que los lleve al acceso universal y más equitativo a la atención de salud.
- En países étnicamente diversos, o aquellos con asentamientos geográficamente aislados, la eliminación de la barrera económica quizá no sea suficiente para eliminar la exclusión y otorgar acceso a la asistencia sanitaria. Deben realizarse esfuerzos adicionales para reducir o eliminar las barreras culturales y geográficas.
- Un tema clave es ayudar a las autoridades sanitarias nacionales a superar la dificultad de convocar y alinear a los interesados directos y los actores sociales para apoyar y continuar los esfuerzos encaminados a lograr el acceso universal a la asistencia sanitaria y lograr el acceso equitativo para todos.
- El desarrollo de aptitudes en cuanto a la evaluación económica y la eficacia en función de los costos es fundamental para la adopción de un proceso de toma de decisiones mejor informado a nivel de país.

## Ejecución financiera

<u>Área de trabajo</u>	Financiación de la salud y protección social (HFS)			
	Presupuestado	Asignado	Gasto	Porcentaje de ejecución
<b>Presupuesto ordinario</b>	3.677.800	3.300.357	3.270.100	99
<b>Otras fuentes</b>	3.847.000	3.213.794	2.268.100	71
<b>Total (presupuesto ordinario y otras fuentes)</b>	<b>7.524.800</b>	<b>6.514.151</b>	<b>5.538.200</b>	<b>85</b>

## 26. INFORMACIÓN SANITARIA, PRUEBAS CIENTÍFICAS Y POLÍTICAS DE INVESTIGACIÓN (IER)

Grado general de cumplimiento: 91%

### **META:**

Aumentar al máximo el potencial que tienen los sistemas de salud para mejorar la salud y responder a las necesidades sanitarias de una manera que sea equitativa, eficaz y eficiente, sobre la base de información y conocimientos científicos sólidos en materia de salud.

### **CUMPLIMIENTO DE ESTA META:**

La Oficina Regional de la OMS para las Américas (OPS/AMRO) ha reorganizado el plan de trabajo de su unidad de Promoción y Desarrollo de la Investigación, y lo ha alineado con el de la OMS en respuesta al llamamiento para fortalecer los sistemas nacionales de investigación en salud, la gobernanza y la política de la investigación en salud y el uso y la producción de investigación para fundamentar la política. Hemos ganado impulso y creado conciencia sobre estos temas, y se están llevando a la práctica estrategias, herramientas y sistemas de seguimiento y evaluación específicos.

### **OBJETIVO DE LA OPS:**

Mejorar la disponibilidad, la calidad, el análisis oportuno y el uso de la información sanitaria a nivel de los países; fortalecer la base de datos científicos y la capacidad analítica a nivel nacional, regional y mundial a fin de vigilar y reducir las desigualdades en materia de salud; elaborar sistemas de investigación sanitaria que permitan fortalecer la capacidad de investigación; y utilizar las conclusiones de las investigaciones para fortalecer los sistemas nacionales de salud.

### **CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE LA OPS:**

En respuesta a la Declaración de México del 2004, emanada de la Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud, el Comité Consultivo de Investigaciones Sanitarias (CCIS) de la OMS y su Subcomité para la mejora del uso de los datos de la investigación en la OMS preparó una serie de iniciativas y herramientas para fortalecer el uso y la producción de datos probatorios de investigación que fundamenten las políticas sanitarias de manera sistemática. La OPS/OMS reorganizó su Unidad de Promoción y Desarrollo de la Investigación (HSS/RC), la incorporó al Área de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud y alineó sus planes de trabajo con el departamento de Políticas y Cooperación en materia de Investigaciones (RPC) de la sede de la OMS. La OPS/AMRO y la sede de la OMS efectúan un trabajo coordinado que abarca actividades conjuntas en torno al CCIS; las redes para apoyar la toma de decisiones y la formulación de políticas de salud basadas en pruebas científicas (EVIPNet) que se lanzaron en la región en julio del 2007 con diez oficinas en los países; las estrategias para el avance de la Plataforma Internacional para el Registro de los Ensayos Clínicos (ICTRP) y el registro de los ensayos que se hacen en la región; la evaluación y los preparativos para poner en práctica las pautas para elaborar directrices de la OMS en la región, así como la armonización y la coordinación en torno a los centros colaboradores de la OMS.

En este período, HSS/RC ha efectuado actividades de aumento de la capacidad con funcionarios técnicos y personal de OPS/AMRO y de los países miembros, ha trabajado para fortalecer los sistemas nacionales de investigación en salud y el uso sistemático de investigación ética de calidad en los procesos de toma de decisiones, además de forjar asociaciones y redes sostenibles.

<b>RPR 26.1 Sistemas de información sanitaria de los países fortalecidos y reformados, que proporcionen y utilicen información oportuna y de calidad en la programación sanitaria local y en el seguimiento de las principales metas internacionales.</b>					
<b>Ind.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
26.1.1	Número de países con sistemas adecuados de información sanitaria conforme con las normas internacionales recomendadas por la OPS. Esto comprende el perfeccionamiento de los sistemas de registro y estadísticas vitales.	Número de países que actual-mente cumplen la norma	5 países más cumplen la norma	<b>Alcanzada</b>	Entre el 2006 y el 2007 se elaboraron las normas para los registros que satisfagan los requisitos de OMS-ICTRP y, en noviembre del 2007, se presentó un proyecto para la creación de un Registro Regional Principal de conformidad con las normas. El portal: <a href="http://www.who.int/ictrp/search/en/index.html">http://www.who.int/ictrp/search/en/index.html</a> se empezó a utilizar en el 2007. La OPS participó en las consultas relativas a la ICTRP. La OPS prestó cooperación técnica para la preparación de registros conformes con la ICTRP. Cuba lanzó su Registro Nacional de Ensayos Clínicos en noviembre del 2007, según se anunció en la Oficina Sanitaria Panamericana, y estamos trabajando con los registros existentes, como Latinrec, para ampliarlos.
26.1.2	Número de países que utilizan datos que no superan los tres años de antigüedad para vigilar los indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud	Número de países que satisfacen el criterio para la publicación de la OPS en 2005	Al menos otros 10 países satisfacen el criterio para la publicación en 2007	<b>Alcanzada</b>	Los países prepararon y enviaron la información actualizada utilizando los datos básicos. La base de datos está desglosada a nivel subnacional.  <a href="http://www.paho.org/english/dd/ais/BI_2007_ENG.pdf">http://www.paho.org/english/dd/ais/BI_2007_ENG.pdf</a>

26.1.3	Número de países que usan información desglosada a nivel subnacional	Número de países que usan datos al primer nivel de desglose (estado, provincia)	Al menos 60% de los países usan datos al primer nivel de desglose	<b>Alcanzada</b>	<b>Nueve países tienen sus bases de datos desglosadas al nivel subnacional.</b>  Todos los países de la región enviaron sus datos e información básica, en la forma más actualizada posible, para la preparación del folleto de indicadores básicos del 2007 <a href="http://www.paho.org/english/dd/ais/BI_2007_ENG.pdf">http://www.paho.org/english/dd/ais/BI_2007_ENG.pdf</a> <a href="http://www.paho.org/English/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm">http://www.paho.org/English/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm</a>
26.1.4	Número de países que usan información desglosada a nivel subnacional	Número de países que usan datos al primer nivel de desglose	Al menos cinco países usan datos al segundo nivel de desglose	<b>Alcanzada</b>	<b>Nueve países tienen sus bases de datos desglosadas al nivel subnacional.</b> Todos los países de la región enviaron sus datos e información básica, en la forma más actualizada posible, para la preparación del folleto de indicadores básicos del 2007. <a href="http://www.paho.org/english/dd/ais/BI_2007_ENG.pdf">http://www.paho.org/english/dd/ais/BI_2007_ENG.pdf</a> <a href="http://www.paho.org/English/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm">http://www.paho.org/English/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm</a>
<b>RPR 26.2 Disponibilidad de conocimientos y datos científicos en los países y la Secretaria, mediante el análisis, la concentración y la publicación de los datos científicos existentes y la facilitación de la generación de conocimiento en las áreas prioritarias para el proceso decisorio en el ámbito de la salud.</b>					
<b>Ind.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
26.2.1	Actualización anual de los datos de salud centrales de la OPS y los países y divulgación amplia del análisis de la situación sanitaria	Publicación a tiempo para cada reunión del Consejo Directivo	Publicación a tiempo para cada reunión anual del Consejo Directivo	<b>Alcanzada</b>	<b>Esta meta se alcanzó plenamente. La edición de <i>Salud en las Américas</i>, correspondiente al 2007 fue preparada y luego presentada en la Conferencia Sanitaria Panamericana del 2007. Esta publicación presenta todos los informes de país actualizados.</b> <a href="http://www.paho.org/English/DD/PUB/HIA_2007.htm">http://www.paho.org/English/DD/PUB/HIA_2007.htm</a>
26.2.2	El uso de los métodos y las herramientas propuestas por la OPS se pone de manifiesto en el número de informes de la	Número de publica-	Número de publica-	<b>No alcanzada</b>	<b>Se estableció la línea basal</b>



	OPS y los países en los cuales se publican datos científicos inéditos que permiten reorientar los programas sanitarios o reforzar las prioridades existentes	ciones que satisfacen este criterio en el bienio 2004-2005	ciones en el bienio 2006-2007		
26.2.3	Publicación impresa y en internet de <i>Salud en las Américas</i>	Publicación más reciente aprobada por el Consejo Directivo en el 2002	Publicación nueva aprobada por el Consejo Directivo en el 2007	<b>Alcanzada Nueva publicación aprobada por el Consejo Directivo en el 2007</b>	<b>HSS/RC contribuyó a la preparación de Salud en las Américas 2007, redactó una sección (con BIREME) que puede consultarse en forma impresa y electrónica.</b>
<b>RPR 26.3 Fortalecimiento de la gobernanza y de las funciones de los sistemas nacionales de investigación sanitaria a fin de responder al desarrollo del sistema de salud.</b>					
<b>Ind.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
26.3.1. a	Programa regional de investigación elaborado en cooperación con los centros colaboradores de la OPS/OMS aprobado por el Comité Asesor de Investigaciones y los Cuerpos Directivos	Programa con las prioridades de investigación disponible en la OPS (1997-2000)	Programa regional de investigación vigente para 2006-2007	<b>No alcanzada</b>	<b>Se esta desarrollando la agenda regional de investigación. Varios países han desarrollado su agenda nacional de investigación en salud.</b>
26.3.1. b	Programa regional de investigación elaborado en cooperación con los centros colaboradores de la OPS/OMS aprobado por el Comité Asesor de Investigaciones y los Cuerpos Directivos		Al menos 5 países usan el programa como marco para producir sus Programas Nacionales de Investigación	<b>No alcanzada</b>	<b>Se esta desarrollando la Agenda de investigación en salud.</b>

26.3.2	Al menos un proyecto en colaboración aprobado por año, que incluye a los países de cada una de las 4 subregiones y al menos un país clave	Proyectos en centros múltiples financiados en el 2005	Un proyecto de Investigación en Colaboración financiado cada año	<b>Alcanzada</b>	<b>En el período 2006-2007 se administraron las subvenciones en curso y se terminaron los siguientes proyectos: dos estudios multicéntricos de investigación centrados en la salud mental (4 países) y en el tabaquismo (2 países); 2 proyectos especiales; 4 proyectos de aumento de la capacidad; 9 tesis; 3 proyectos de atención primaria; y 8 proyectos relacionados con los Objetivos de Desarrollo del Milenio.</b>
26.3.3	Al menos dos redes de investigación de expertos organizadas y en funcionamiento	0	Dos redes de investigación de expertos financiadas y en funcionamiento	<b>Alcanzada</b>	<p><b>La OPS participo en la formación de la Red Iberoamericana Ministerial de Aprendizaje e Investigación en Salud (RIMAIS), que fue aprobada por los ministros de salud de América Latina. Su plan de trabajo se está elaborando con apoyo técnico de HSS/HR y HSS/RC.</b></p> <p><b>La red para apoyar la toma de decisiones y la formulación de políticas de salud basadas en pruebas científicas (EVIPNet) se lanzó en julio del 2007, siendo HSS/RC su secretaria y el Jefe de la Unidad ejerce la copresidencia del Grupo de Dirección Mundial para toda la red (que incluye Asia y África). HSS/RC contribuyó a la realización de una reunión conjunta de la Red Iberoamericana Cochrane y la división latinoamericana de la Red Internacional de Epidemiología Clínica—LatINCLEN. Estas dos redes están comprometidas con el aumento de la capacidad en la región para utilizar datos probatorios de investigación científica.</b></p> <p><b>La OPS ha facilitado reuniones de alto nivel con INCLEN y la Universidad de</b></p>

					<b>las Indias Occidentales encaminadas a formar y apoyar a un cuadro de investigadores capacitados (es decir, epidemiólogos, bioestadísticos, economistas de salud, directores de proyectos de investigación y profesionales de las ciencias sociales) que apoyarán los procesos de política fundamentados en datos probatorios en el Caribe.</b>
26.3.4	Centros colaboradores de la OPS/OMS participan en la elaboración y la aplicación de los programas nacionales de investigación sanitaria	Números en operación al final de 2005	Cuatro centros colaboradores más trabajan con los países en el programa de investigación.	<b>Alcanzada</b>	<b>Se han designado nuevos centros colaboradores. A diciembre del 2007 la región cuenta con 202 centros colaboradores.</b>

<b>RPR 26.4 Establecimiento o fortalecimiento de redes y alianzas que mejoran la cooperación internacional para la investigación sanitaria.</b>					
<b>Ind.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
26.4.1	Red de Indicadores de Ciencia y Tecnología en Salud (RICTSAL) organizada y en funcionamiento	Carta de acuerdo con la Red de Indicadores de Ciencia y Tecnología firmada en 2003 y 2005	Al menos 8 países participan en la red	<b>Parcial</b>	<b>La RICTSAL no se ha reunido nuevamente y la Unidad se concentró en la formulación de la Política de Investigación de la OPS para la cual IRDIS (la Iniciativa de Indicadores de Investigación en Salud) se presentó al 40.º CAIS. El funcionario técnico designado para estar a cargo del trabajo de RICTSAL ya no está apoyando a HSS/RC y estamos aguardando la asignación de personal capacitado que apoyará este trabajo. Se hicieron contactos con el Instituto Carlos III (España) para contribuir con esta iniciativa. Las contribuciones a Salud en las Américas incluyen una evaluación de la producción científica en la región, con apoyo de BIREME.</b>
26.4.2	Red de Indicadores de Ciencia y Tecnología en Salud (RICTSAL) organizada y en funcionamiento	Establecimiento de las redes de ciencia y tecnología en cinco (5) países en 2004	Al menos 8 países participan en la red	<b>Establecimiento de redes de ciencia y tecnología en doce (12) países</b>	<b>Los doce países son: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, México, Panamá, Paraguay, Perú, Portugal y Venezuela. Después de que la red SCIENTI se reuniera en Salvador, Brasil en el 2005, la secretaría fue asumida por Colombia, y la coordinación de la OPS la ejerce BIREME. La red está funcionando (www.scienti.net). En abril del 2008 se efectuará una Conferencia Latinoamericana sobre Ciencia e Innovación que están organizando la OPS, el Foro Mundial, COHRED, el ministerio de salud</b>

					<b>brasileño, el ministerio de salud mexicano y NICASALUD. La finalidad de la reunión es guiar el fortalecimiento de los sistemas de investigación en salud en América Latina.</b>
26.4.3	Información sobre las redes de investigadores nacionales en operación disponibles	Número de grupos de estudio nacionales en funcionamiento a finales de 2005	Cinco (5) redes nuevas de colaboradores de investigación	<b>Excedida</b>	<b>Se han realizado actividades encaminadas a alinear las contribuciones de las redes con los planes de trabajo regionales con LatINCLEN, INCLEN, la Red Iberoamericana Cochrane, el Centro Cochrane de los EE.UU., el Centro Cochrane del Canadá, la Red Cochrane de habla francesa, el Foro Latinoamericano de Comités de Ética en Investigación en Salud (FLACEIS), el TDR, centros colaboradores de la OMS seleccionados y redes de centros colaboradores, la Biblioteca James Lind, el Instituto James Drane y varios organismos de financiamiento y cooperación técnica.</b>
<b>RPR 26.5 Mayor capacidad de integrar la bioética en las políticas y programas de salud a nivel nacional.</b>					
<b>Ind.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
26.5.1	Existen comisiones o comités nacionales de bioética en al menos 75% de los países	Número de comités en 2005	Número de Comités	<b>Alanzada, 8 comités nacionales funcionales</b>	<b>Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, México y Perú Fuente: Programa de la OPS de Bioética</b>

### Enseñanzas extraídas:

- La armonización de las iniciativas para fortalecer la capacidad de investigación y tener indicadores y herramientas de vigilancia ha favorecido el avance, la eficiencia y el cumplimiento de metas comunes. Las reuniones de CAIS han sido una oportunidad excelente de detectar intereses, sinergias y oportunidades comunes para idear conjuntamente las soluciones.
- Los acuerdos marco y las declaraciones por parte de las autoridades sanitarias han contribuido enormemente a guiar los planes de trabajo (por ejemplo, la Cumbre Ministerial de México, la Declaración de Salvador, la Asamblea Mundial de la Salud, que han conducido a las directrices para las directrices, la Plataforma Internacional para el Registro de los Ensayos Clínicos, EVIPNet, etc.).
- El trabajo sinérgico entre la Comisión de Revisión Ética de la OMS y el de la OPS ha ayudado a brindar bases sólidas al comité regional y ha probado ser una manera eficaz de trabajar.
- Las representaciones y los centros panamericanos se benefician de la coordinación de la Sede de la OMS, y la Sede de la OMS se beneficia de las contribuciones, las oportunidades para colaborar y los recursos que pueden aportar las Regiones. Este modelo ha permitido una mayor participación de los expertos locales en los proyectos y facilita el cumplimiento. Por ejemplo, en el EVIPNet de la Región de las Américas hemos podido confiar en expertos locales para que guíen y apoyen el proceso, lo que ofreció nuevas oportunidades y fortaleció los sistemas de colaboración.

### Ejecución financiera

<u>Área de trabajo</u>	<b>Información sanitaria, pruebas científicas y políticas de investigación (IER)</b>			
	<b>Presupuestado</b>	<b>Asignado</b>	<b>Gasto</b>	<b>Porcentaje de ejecución</b>
<b>Presupuesto ordinario</b>	14.457.500	13.354.464	13.282.800	99
<b>Otras fuentes</b>	6.087.000	3.684.641	1.979.300	54
<b>Total (presupuesto ordinario y otras fuentes)</b>	<b>20.544.500</b>	<b>17.039.105</b>	<b>15.262.100</b>	<b>90</b>

## 27. PREPARACIÓN Y RESPUESTA FRENTE A EMERGENCIAS (EHA)

**Grado general de cumplimiento: 97%**

<b>META:</b> Reducir la repercusión de los desastres sobre la salud y los sistemas sanitarios en América Latina y el Caribe.					
<b>CUMPLIMIENTO DE ESTA META:</b> La OPS ha contribuido sustancialmente al logro de la meta de reducción de la repercusión de los desastres sobre la salud y los sistemas de salud en América Latina y el Caribe. Gracias a más de 30 años de inversiones para el fortalecimiento del ministerio de salud de cada país miembro a fin de que pueda afrontar eficazmente las situaciones de emergencia y para el mejoramiento de la capacidad de la mano de obra sanitaria, hoy en día los países están mejor preparados para afrontar esos fenómenos.					
<b>OBJETIVO DE LA OPS:</b> Fortalecer la capacidad que tienen los países de América Latina y el Caribe de prepararse para situaciones de desastre, mejorar su conocimiento de los efectos de los desastres naturales sobre los establecimientos sanitarios y los sistemas de agua, mejorar su capacidad de evaluar las necesidades sanitarias posteriores al desastre, y manejar sus consecuencias de manera eficiente.					
<b>CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE LA OPS:</b> La OPS ha logrado fortalecer la capacidad de los países de América Latina y el Caribe de prepararse para los desastres. Aunque hoy en día no todos los países se desempeñan al mismo nivel, la mayoría ha elaborado y llevado a la práctica políticas, programas y asociaciones destinadas a mejorar la capacidad para prepararse, responder ante una crisis y mitigar los riesgos para la salud en caso de una crisis (véase el informe sobre los progresos realizados en materia de preparativos y respuesta nacionales y regionales para casos de desastres de salud, presentado al 47.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, <a href="http://www.paho.org/english/gov/cd/CD47-34-e.pdf">www.paho.org/english/gov/cd/CD47-34-e.pdf</a> ).					
<b>RPR 27.1 Mejor preparación para casos de desastre a nivel de país.</b>					
Ind.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real, a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
27.1.1	Recursos humanos adiestrados en la preparación para casos de desastre	Capacitación en seis países	Capacitación en diez países	Capacitación en 28 países	Seis de Centroamérica: Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá y Nicaragua. Nueve de América del Sur: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay. Trece del Caribe: Anguila, Antigua, Barbados, Bermudas, Granada, Guyana, Islas Caimán, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, San Vicente, Santa Lucía, Saint Kitts y Nevis, y

					<b>Trinidad y Tobago.</b>
27.1.2	Material técnico y audiovisual, incluidos recursos impresos y electrónicos, preparado, actualizado y distribuido	Una publicación nueva todos los años	Cuatro publicaciones nuevas	<b>Cinco publicaciones nuevas</b>	<b>1. CDROM, Biblioteca virtual de salud y desastres</b> <b>2. Preparativos en salud, agua y saneamiento para la respuesta local ante desastres</b> <b>3. El desafío del sector de agua y saneamiento en la reducción de desastres: mejorar la calidad de vida reduciendo vulnerabilidades</b> <b>4. ¿Cómo reducir el impacto de los desastres en los sistemas de agua y saneamiento rural?</b> <b>5. Guía para la vigilancia y control de la calidad del agua en situaciones de emergencia y desastre</b>
27.1.3	Varios sitios web mantenidos, mejorados y actualizados, que reflejen la información más actual sobre las actividades que apuntan a reducir la vulnerabilidad en la Región	Un sitio web nuevo para el equipo de respuesta regional	Dos sitios web nuevos para el equipo de respuesta y otro para el de mitigación	<b>Dos sitios Web nuevos para respuesta y uno para mitigación</b>	<b>Página Web de la OPS sobre desastres para Centroamérica</b> <b>Sitio Web para el Proyecto de ECHO en respuesta a la inundación de Bolivia 2007</b> <b>Sitio Web de hospitales seguros</b>
27.1.4	Mejora o aumento de las asociaciones y alianzas con otras organizaciones e instituciones que trabajan en la preparación para casos de desastre	Tres Memorandos de entendimiento con las instituciones de capacitación	Cinco memorandos de entendimiento con las instituciones académicas	<b>Alcanzada</b>	<b>Se firmaron memorandos de entendimiento o cartas de acuerdo con FLACSO (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales), la Universidad de las Indias Occidentales, la Universidad de Wisconsin, CRID (Centro Regional de Información de Desastres) y el Instituto Nacional de Defensa Civil de Perú.</b>



<b>RPR 27.2 Mayor nivel de concientización sobre cuestiones relacionadas con la mitigación de desastres y su relación con el desarrollo por parte de establecimientos de salud y sistemas de agua.</b>					
<b>Ind.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
27.2.1	Materiales técnicos sobre mitigación de desastres preparados y distribuidos (de manera impresa y electrónica)	Dos manuales sobre mitigación	Un manual nuevo sobre mitigación funcional	<b>Dos manuales nuevos sobre mitigación funcional</b>	<b>Hospital Seguro frente a Inundaciones</b> <b>DVD de Hospital Seguro</b> <a href="http://www.imss.gob.mx/curso/hospitalseguro/">http://www.imss.gob.mx/curso/hospitalseguro/</a>
27.2.2	Medidas de mitigación de desastres incorporadas en los códigos de construcción de la Región	No hay Mecanismo para hacer cumplir las medidas de mitigación	Dos hospitales nuevos contarán con consultores para la verificación a fin de garantizar la inclusión de las medidas de mitigación	<b>Dos establecimientos de salud</b>	<b>Richmond Home (Granada)</b> <b>Ala nueva del Hospital St. George (Granada)</b>
27.2.3	Promoción del análisis de vulnerabilidades de los principales establecimientos de salud y sistemas de agua	Publicación de un manual	Realización de dos Evaluaciones de vulnerabilidad	<b>Se hicieron dos evaluaciones de vulnerabilidad</b>	<b>Princess Margaret (Dominica)</b> <b>Belleview (Jamaica)</b>
27.2.4	Participación del país en actividades regionales y subregionales	Diez miembros del Grupo Consultivo para la Mitigación de Desastres	Veinte miembros del Grupo Consultivo para la Mitigación de Desastres	<b>Cincuenta miembros de GAMiD</b>	<b>Nómina de GAMiD</b>
<b>RPR 27.3 Que los países de la Región administren de manera eficiente las consecuencias de los desastres.</b>					

<b>Ind.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
27.3.1	Difusión del nuevo software del sistema de apoyo logístico y adiestramiento con respecto a él. Que este software sea adoptado por un número creciente de organismos humanitarios y países	Tres países aprobaron SUMA como política nacional	Un organismo de la ONU usará LSS/SUMA	<b>Un organismo de las Naciones Unidas utilizó el software LSS / SUMA</b>	<b>El PNUD comenzó a utilizar el software LSS/SUMA después de las inundaciones en México.</b>
27.3.2	Apoyo prestado al diseño y la ejecución de proyectos de salud de urgencia junto con la movilización oportuna de recursos financieros y humanos	Tres países recibieron asistencia del Equipo de Respuesta a Desastres	Cinco países recibirán asistencia del Equipo de Respuesta a Desastres	<b>Siete países recibieron asistencia del equipo de respuesta</b>	<b>Bolivia, Jamaica, México, Nicaragua, Perú, República Dominicana y Suriname.</b>
27.3.3	Mejora de la coordinación entre los organismos y las instituciones gubernamentales	Un memorando de entendimiento o con CDERA	Dos memorandos de entendimiento o con otros organismos regionales y Naciones Unidas	<b>Dos memorandos de entendimiento</b>	<b>Acuerdos con: Comunidad Andina de Naciones (CAN) y Estrategia Internacional para la Reducción de los Desastres (EIRD)</b>
27.3.4	Despliegue oportuno de recursos humanos en caso de emergencias	Despliegue del equipo en el lapso de tres días posteriores a un desastre	Colocación de los equipos en los países antes de un huracán	<b>Equipos colocados antes de huracanes</b>	<b>El personal estuvo en su lugar antes de un huracán en: Dominica, Belice, Santa Lucía, Jamaica, Honduras y Nicaragua.</b>

<b>RPR 27.4 Mejores asociaciones con otras organizaciones y mayor concientización dentro de la OPS acerca de la preparación sanitaria ante casos de desastre.</b>					
<b>Ind.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
27.4.1	Mejora en la respuesta de la OPS ante desastres	Sala de control para emergencias en la OPS	Tres países tendrán una sala de control para emergencias	<b>Cinco países tienen una sala de operaciones de emergencia</b>	<b>Jamaica, Suriname, Guatemala, Trinidad y Tobago y Perú</b>
27.4.2	Medidas de mitigación de desastres incorporadas en proyectos de otras unidades o divisiones	Ninguno	Cuatro trabajos con tres divisiones	<b>Dos trabajos con dos divisiones</b>	<b>Se realizaron esfuerzos para trabajar con otras divisiones y se lograron los siguientes resultados concretos: Colaboración con Servicios de salud - Fortalecimiento de los sistemas de salud hacia la resolución relativa a Hospitales Seguros/GSO y la publicación: Cómo reducir el impacto de los desastres en los sistemas de agua y saneamiento que fue preparada junto con CEPIS. Los esfuerzos interprogramáticos se fortalecerán en el próximo bienio.</b>
27.4.3	Material de adiestramiento y publicaciones producidos conjuntamente con otras divisiones o unidades	Ninguno	Se producirán dos manuales con otras dos divisiones	<b>Dos manuales se desarrollaron con otras dos divisiones</b>	<b>Guía Práctica de Salud Mental en Situaciones de Desastres(Unidad de Salud Mental) Guía para la vigilancia y control de la calidad del agua en situaciones de emergencia y desastre (CEPIS-SDE)</b>
27.4.4	Oficinas de país de la OPS fortalecidas con respecto a la gestión de desastres	Ocho oficinas	Quince oficinas realizarán asignaciones presupuestarias a preparativos para desastres	<b>Diecinueve oficinas asignan presupuesto para desastres</b>	<b>Argentina, Belice, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Nicaragua, República Dominicana, Jamaica, Territorios de Ultramar del Reino Unido en el Caribe, Granada, Santa Lucía, Barbados, Saint Kitts y Nevis, Antigua y Barbuda, Dominica, Suriname, Paraguay y Perú.</b>
27.4.5	Mejores asociaciones con otras instituciones relacionadas con los desastres en todos los niveles	Participación en	Participación en seis	<b>Participación en catorce</b>	<b>CDM—CDERA (2006-2007), Reunión de la asociación del Caribe de ECHO</b>

		tres reuniones regionales	reuniones regionales y subregionales	<b>reuniones regionales y sub-regionales</b>	<b>(2007 dos), FAHUM (2006-2007) REDLAC; Interhands; CEPREDENAC (2006-2007); Reunión de la asociación centroamericana de ECHO; Organismo Meteorológico Internacional (Perú); OCS en Haití; AECI en Guatemala.</b>
--	--	---------------------------	--------------------------------------	--	---

### Enseñanzas extraídas:

- La proliferación de actores mundiales que trabajan en la mitigación y respuesta a las situaciones de desastre y el énfasis creciente por parte de los medios de comunicación de los fenómenos adversos ha llevado a la “internacionalización” de varias emergencias que, de otro modo, podrían haberse manejado localmente.
- AMRO debe ampliar sus esfuerzos de preparación para pasar de centrarse frecuentemente en amenazas inminentes o estacionales a que los Estados Miembros se preparen para otros temas como la gripe pandémica.
- La evaluación rápida de las necesidades sanitarias después de los desastres sigue planteando retos de gestión de la información.

### Ejecución financiera

<u>Área de trabajo</u>	<b>Preparación y respuesta frente a emergencias (EHA)</b>			
	<b>Presupuestado</b>	<b>Asignado</b>	<b>Gasto</b>	<b>Porcentaje de ejecución</b>
<b>Presupuesto ordinario</b>	1.597.600	2.032.176	2.005.500	99
<b>Otras fuentes</b>	27.175.000	30.677.251	20.830.100	68
<b>Total (presupuesto ordinario y otras fuentes)</b>	<b>28.772.600</b>	<b>32.709.427</b>	<b>22.835.600</b>	<b>70</b>

### **Nota especial:**

- 1) El CDROM denominado *Biblioteca virtual de salud y desastres* está disponible en español, inglés y francés. 2) *El desafío del sector de agua y saneamiento en la reducción de desastres: mejorar la calidad de vida reduciendo vulnerabilidades* también está disponible en inglés. 3) Las otras tres publicaciones forman parte de una subvención extrapresupuestaria que aborda temas específicos de la zona andina y, por consiguiente, sólo están en español. Además, en varias publicaciones se han tenido en cuenta las necesidades específicas del Caribe: 1) en colaboración con CICR: “Management of dead bodies after disasters: A field manual for first responders”; 2) el DVD sobre hospitales seguros (mencionado en el punto 21.2.1.) se tradujo al inglés y se lo adaptó para su uso específico en la comunidad de habla inglesa.
- La solicitud de cooperación seguirá aumentando en el área de reducción de riesgos de desastres. El área de Preparativos para situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre ha elaborado la siguiente estrategia: 1) un nuevo período de cinco años de trabajo en colaboración con algunos donantes, Estados Miembros y organismos (*Partnership for Health Preparedness*); 2) se ha hecho contacto con nuevos donantes: España ha indicado que proporcionará financiamiento complementario para esta área en el período 2008-2009; 3) la OMS ha dado su conformidad para compartir algunas de las contribuciones voluntarias, para que alguna suma se destine al objetivo estratégico 5 (reducción de las consecuencias sanitarias de las situaciones de crisis y de desastre).

## 28. LIDERAZGO Y COORDINACIÓN DE LA COOPERACIÓN EN LOS PAÍSES (CCL)

**Grado general de cumplimiento: 73%**

<p><b>META:</b> Colocar los temas relacionados con la salud en el centro de los programas nacionales en pos del desarrollo y lograr una coordinación eficaz de los esfuerzos nacionales, subregionales, regionales e internacionales a fin de cumplir con los objetivos del desarrollo sanitario nacional.</p>					
<p><b>CUMPLIMIENTO DE ESTA META:</b> Esta meta se alcanzó mediante una gran interacción de todos los niveles de la Organización con las entidades de salud de los procesos de integración subregional.</p>					
<p><b>OBJETIVO DE LA OPS:</b> Aumentar la capacidad del sector sanitario en su función rectora de abordar prioridades de salud nacional en el marco de convenios colectivos subregionales, regionales y mundiales.</p>					
<p><b>CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE LA OPS:</b> La comunicación y el intercambio intensos de información se han mantenido con las entidades subregionales de integración en todas las subregiones. Como resultado, se ha formalizado el nivel subregional de la OPS/OMS para la cooperación técnica.</p> <p>CSU formuló directrices de gestión para los presupuestos subregionales por programas, y facilitó tres reuniones subregionales para analizar y definir los respectivos programas subregionales de cooperación técnica.</p> <p>CSU y GPP prepararon el capítulo sobre procesos de integración subregionales para Salud en las Américas.</p> <p>RPR 28.1 Ejecución de estrategias para lograr mayor capacidad nacional de administrar y coordinar la cooperación nacional e internacional a fin de impulsar el desarrollo sanitario nacional.</p>					
Ind.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real, a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
28.1.1	Foros nacionales regulares establecidos o fortalecidos que convoquen a los ministros de salud, incluido su personal, y otros sectores nacionales, los niveles subnacionales y los socios, a fin de analizar y llegar a un acuerdo con respecto a la cooperación internacional a favor del desarrollo sanitario nacional	5	21	8	La OPS/OMS ha aumentado su función de liderazgo al apoyar la coordinación nacional de la cooperación internacional para el sector de la salud, en particular en países prioritarios. La meta no se alcanzó; sin embargo, es importante destacar los siguientes aspectos: las representaciones de la OPS/OMS forman parte de las actividades patrocinadas por los equipos de país de las Naciones Unidas dedicados a mejorar la coordinación entre los

				<p>organismos de las Naciones Unidas y los homólogos nacionales y organizaciones no gubernamentales; y de grupos temáticos con respecto a la infección por el VIH/sida, al igual que de los grupos temáticos sobre género y salud. En el último bienio se ha destinado una gran parte de los recursos y del tiempo a la coordinación en torno a la gripe aviar y la preparación para una posible gripe pandémica. La participación de las representaciones en estas actividades de coordinación demanda mucho tiempo, pero es importante para lograr el consenso, utilizar modelos comunes y compartir los recursos técnicos.</p> <p>La OPS ha trabajado para el fortalecimiento de ORIS, pero todavía queda mucho por hacer en el Caribe y en Centroamérica. Con respecto a ORIS, se organizaron dos sesiones para el personal de los ministerios de salud de Bahamas, Barbados y Venezuela. Se llevaron a cabo reuniones con el personal del nivel regional (cuerpos directivos, relaciones exteriores, planificación y programación, apoyo a los países, finanzas, entre otros) que permitieron que los participantes entendieran mejor cómo funciona la Organización y algunos procesos clave internos que los pueden ayudar dentro de los ministerios de salud para mejorar la participación de sus países en los procesos regionales y fortalecer su relación con la Organización. Estas sesiones se</p>
--	--	--	--	--

					<b>organizaron a solicitud de los Estados Miembros.</b>
28.1.2	Número de países que aplican nuevos programas de apoyo a la función rectora de los ministerios de salud de coordinar y vigilar el trabajo con socios y recursos externos en pos de la cooperación internacional en materia de salud	8	21	<b>21</b>	<b>Se organizaron y se llevaron a cabo con éxito las asignaciones de personal nacional a las oficinas de relaciones internacionales en ministerios de salud, haciendo hincapié en la movilización de recursos y en la mayor participación de los Estados Miembros en los Cuerpos Directivos de la OPS. El programa de residencias internacionales fue modificado por completo para incluir como objetivo principal de aprendizaje la responsabilidad específica de las autoridades nacionales con respecto a la coordinación y la supervisión de los asociados externos. Un esfuerzo particular está llevándose a cabo para fortalecer al ministerio de salud de Bolivia con respecto a la cooperación internacional para el desarrollo sanitario nacional.</b>
28.1.3	Número de países con nuevos ministros y algunas autoridades sanitarias nacionales y subregionales que son informados sobre las políticas y los procedimientos actuales de la OPS dentro de los seis meses posteriores al comienzo de sus funciones	20	35	<b>4</b>	<b>Se han organizado sesiones de orientación para cuatro ministros (Brasil, Costa Rica, República Dominicana y Suriname), con el Secretario Ejecutivo de ORAS-CONHU. También se apoyó a la Oficina del DD en la orientación de la Comisión de Salud de USMB (sección de EE.UU.), así como a otras autoridades sanitarias provinciales o departamentales (Argentina, México). En algunos países en los cuales ha habido un cambio de ministros, no pudo efectuarse la orientación debido a que los ministros no estaban disponibles</b>
28.1.4	Número de representaciones de la OPS/OMS que participan en programas de formación de personal para fortalecer su	8	21	<b>29</b>	<b>Actividades afines de capacitación llevadas a cabo como parte de las</b>



	apoyo a las autoridades nacionales en la coordinación de la cooperación internacional				<p>reuniones anuales de gerentes subregionales, que están encabezadas por el Director. Tanto a nivel regional como a nivel mundial se otorgó un importante énfasis al desarrollo de competencias para la coordinación de la cooperación internacional. La Cuarta Reunión Mundial de Jefes de Oficinas de País de la OMS (en la cual participaron todos nuestros representantes) dedicó mucho tiempo a elaborar estas competencias y a comprender algunos aspectos clave con respecto a las alianzas, las asociaciones y su coordinación.</p> <p>De manera similar, la reunión anual de gerentes regionales dedicó una cantidad importante de tiempo a la capacitación sobre estos temas de coordinación.</p> <p>Estas actividades sin duda ayudaron a mejorar la coordinación de la cooperación internacional a nivel de país, lo que las evaluaciones externas (por ejemplo, MOPAN) y la coordinación del grupo orgánico de salud en un par de situaciones de emergencias han podido confirmar.</p>
28.1.5	Número de países con personal nacional capacitado por la OPS en la gestión de la cooperación y la negociación internacionales	8	21	4	<p>Como parte de los programas de desarrollo, se realizaron talleres sobre la gestión orientada a la consecución de resultados, la gripe aviar, la gripe pandémica y las iniciativas del Fondo Mundial, por mencionar sólo algunos ejemplos.</p> <p>La promoción de la causa debe aumentarse en el futuro para alentar al personal de las oficinas de cooperación internacional a que acudan a la OPS para recibir capacitación.</p>
<b>RPR 28.2 Enfoque estratégico fortalecido para los programas de cooperación técnica de la OPS/OMS.</b>					
<b>Ind.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>

				<b>del 2007</b>	
28.2.1	Política para la puesta en marcha en toda la Oficina de la cooperación centrada en los países difundida a todo el personal	0	1	<b>1</b>	<b>La cooperación centrada en los países es el punto de partida para definir las prioridades y la agenda estratégica, que luego se utiliza para definir los programas de las oficinas de país que se reflejan en el Presupuesto Bienal por Programas. La mayor parte de los programas de país se basan en la actualidad en la agenda estratégica definida por CCS. En consecuencia, todos los planes de trabajo elaborados para el período 2008-2009 se armonizan con su propia estrategia de CCS para aquellos países que ya poseen una.</b>
28.2.2	Las mejores prácticas de cooperación enfocada en el país compartidas en Intranet	0	8	<b>8</b>	<b>IKM creó un sitio para esta finalidad.</b>
28.2.3	Número de Estados Miembros para los cuales se ha formulado una estrategia de cooperación en el país	14	28	<b>22</b>	<b>En 2008 se llevarán a cabo cinco ejercicios de ECP. Algunas ECP pendientes no pudieron llevarse a cabo debido a la situación política de cambio de gobierno.</b>
28.2.4	Número de países con BPs que reflejan las prioridades de la estrategia de cooperación en los países, con asignación apropiada de recursos técnicos y financieros	5	28	<b>20</b>	<b>Todavía hay más ECP que deben desarrollarse.</b>
28.2.5	Número de países cuyo apoyo a las prioridades de la estrategia de cooperación de países está explícitamente incluida y presupuestada en los BPs regionales.	0	20	<b>20</b>	

<b>RPR 28.3 Apoyo fortalecido prestado a oficinas de país (en los países clave) para la movilización de recursos y la ejecución de la estrategia de cooperación en los países.</b>					
<b>Ind.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
28.3.1	Porcentaje de áreas técnicas regionales que hacen trabajo interprogramático con los países clave	0.5	1	5	Las áreas técnicas han respondido muy bien a la necesidad del trabajo interprogramático en los países clave. A lo largo del 2008 algunas de estas experiencias se documentarán como prácticas óptimas.
28.3.2	Número de propuestas para la movilización de recursos formuladas durante el bienio que comprenden uno o varios países clave	8	16	31	En el bienio se aprobaron 31 proyectos para los países clave.
<b>RPR 28.4 Ejecución de estrategias para fortalecer los componentes de salud y conexos dentro de los procesos de integración subregionales.</b>					
<b>Ind.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
28.4.1	Número de estrategias subregionales de cooperación formuladas, implementadas y evaluadas	1	4	1	La estrategia multipaís para el Caribe oriental formulada en el bienio anterior se ha aplicado en la preparación del próximo plan de trabajo bienal (PTB). La ECP subregional para Centroamérica está todavía en elaboración. De manera análoga está marcha una ECP para la subregión andina.
28.4.2	Número de foros intersectoriales subregionales en los cuales la OPS promueve la causa de la salud o las cuestiones relacionadas con la salud	0	4	4	RESSCAD (Reunión del sector de la salud para Centroamérica) se ha consolidado como un foro interinstitucional e intersectorial a través del debate de temas como la gripe aviar y humana y la seguridad humana, que tienen un gran interés multisectorial.

### Enseñanzas extraídas:

- El proceso de ECP tiene un valor intrínseco ya que permite contar con una plataforma analítica común y establecer la convergencia de las prioridades de cooperación técnica en todos los niveles de la Organización. Como resultado, proporciona un marco estratégico a mediano plazo para la cooperación técnica que contribuye a dar continuidad y sostenibilidad y que, además, responde mejor a las necesidades de los países.
- La ECP de la Región constituye un compromiso político que crea las condiciones para lograr una mayor colaboración y diálogo con los homólogos nacionales y los asociados en el ámbito del desarrollo.
- Este método elaborado para brindar orientación a los nuevos representantes resultó ser fructífero debido a la participación de la Gestión Ejecutiva, los gerentes de área y los jefes de unidad. CSU coordinó la orientación junto con HRM/SD.
- A cada representante se le da la oportunidad de ampliar su área de pericia y hacer uso óptimo de sus conocimientos y experiencias adquiridas.

### Ejecución financiera

<u>Área de trabajo</u>	<b>Liderazgo y coordinación de la cooperación en los países (CCL)</b>			
	<b>Presupuestado</b>	<b>Asignado</b>	<b>Gasto</b>	<b>Porcentaje de ejecución</b>
<b>Presupuesto ordinario</b>	22.696.100	22.792.882	22.033.500	97
<b>Otras fuentes</b>	4.010.000	2.230.911	1.598.500	72
<b>Total (presupuesto ordinario y otras fuentes)</b>	<b>26.706.100</b>	<b>25.023.793</b>	<b>23.632.000</b>	<b>94</b>

## 29. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN (KMI)

**Grado general de cumplimiento: 75%**

<b>META:</b> Superar la brecha entre el conocimiento y la acción en la información y el conocimiento sobre la salud pública en las Américas.					
<b>CUMPLIMIENTO DE ESTA META:</b> Se alcanzó en general con el mejoramiento en la equidad del acceso a la información con iniciativas como HINARI, GIFT y la Colaboración Cochrane, entre otras.					
<b>OBJETIVO DE LA OPS:</b> Mantener y fortalecer la capacidad y la tecnología de la información instrumental de la OPS para crear conocimiento, compartirlo mediante el establecimiento de redes y alianzas y aplicarlo para el mejoramiento de la cooperación técnica en salud pública					
<b>CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE LA OPS:</b> Se alcanzó el objetivo con la introducción de nuevas plataformas tecnológicas como SharePoint y las herramientas de colaboración virtuales junto con métodos como los almuerzos informativos, los sistemas de enseñanzas extraídas con los asociados y las redes existentes.					
<b>RPR 29.1 Mejoramiento de las políticas, estructuras, cultura y aptitudes del personal de la Organización a fin de perfeccionar la colaboración, la participación, el aprendizaje y la formación de redes.</b>					
Indic.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real, a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
29.1.1	Formulación y aplicación de las estrategias para la gestión del conocimiento, la tecnología de la información y la comunicación interna y externa en toda la OPS para fines de 2006	1	4	4	Se alcanzó
29.1.2	Creación y mantenimiento del observatorio de gestión del conocimiento centrado en los países, realización de investigación de mercado sobre estados actuales y previstos de conocimiento sobre salud pública y la función de la Oficina para superar la brecha entre esos dos estados	0	1	0	No se alcanzó por las limitaciones de recursos
29.1.3	Junta de gobernanza para la tecnología de la información y junta consultiva de gestión del conocimiento establecidas hacia fines de 2006	0	1	0	No se estableció la Junta. Se terminó el documento y se espera su aprobación por parte de la Gestión Ejecutiva.
29.1.4	Capacitación de personal en gestión del conocimiento finalizada para fines de 2007	0.1	0.7	Se alcanzó con 70% del personal de todas las subregiones y la	La capacitación continuará en el 2008-2009.

				<b>Sede</b>	
29.1.5	Servicios de cooperación técnica para la gestión del conocimiento para los Estados Miembros y entre estos definidos para marzo de 2006	0	1	<b>Se alcanzó.</b>	
<b>RPR 29.2 Mejoramiento de los procesos para la creación, captura y codificación del conocimiento.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
29.2.1	Información de vanguardia formulada sobre temas prioritarios de la salud pública internacional	6	8	<b>7</b>	<b>Se alcanzó en relación con la pandemia. Se trabajará en otras áreas. Se comenzó el proceso con FCH y NCD</b>
29.2.2	Taxonomía para la clasificación del contenido definida y en uso para fines de 2006	0	1	<b>1</b>	<b>Se alcanzó</b>
29.2.3	Establecimiento del sistema de enseñanzas aprendidas para captar conocimiento especializado para fines de 2006	0	1	<b>1</b>	<b>Se alcanzó</b>
29.2.4	Sistema para la definición y la disseminación de prácticas óptimas listo para fines de 2007	0	1	<b>Se alcanzó en parte</b>	<b>Continúa el próximo bienio</b>
<b>RPR 29.3 Proyección y apoyo del intercambio de información y los productos y servicios de conocimiento según las prioridades de la Organización y las necesidades y preferencias de los diversos clientes de la OPS.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
29.3.1	Comunidades de práctica en varias áreas técnicas en funcionamiento y vinculadas a la ECP y los ODM para fines de 2006	3	20	<b>5</b>	<b>Se establecieron comunidades de práctica vinculadas a los ODM y la infección por el VIH/sida</b>
29.3.2	Despliegue pleno de herramientas para la colaboración, como espacios de trabajo virtuales y foros electrónicos entre los Estados Miembros para fines de 2007	1	4	<b>4</b>	<b>Se alcanzó</b>
29.3.3	Definición y vigencia de los procesos y tecnología para mejorar la interoperabilidad del centro de información para fines de 2007	0	1	<b>1</b>	<b>Se alcanzó la interoperabilidad relacionada con la internet</b>
29.3.4	Proyección estructurada de información y conocimiento de la OPS hacia audiencias temáticas, geográficas y según las funciones en los Estados Miembros para fines de 2007	0	1	<b>En parte</b>	<b>Continúa el próximo bienio</b>

<b>RPR 29.4 Fortalecimiento de mecanismos de aplicación eficaz del conocimiento.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
29.4.1	Centros de documentación en las representaciones modificados a centros de conocimiento para fines de 2006	0	10	<b>0</b>	<b>No se alcanzó. Continúa el próximo bienio</b>
29.4.2	Biblioteca Virtual en Salud (BVS) en marcha con 4 áreas temáticas y en los países para fines del bienio	10	15	<b>15</b>	<b>Se alcanzó</b>
29.4.3	Proceso de gestión del contenido definido y ejecutado para fines de 2006	0	1	<b>1</b>	<b>La nueva página web con CMP se lanzará en febrero del 2008.</b>
29.4.4	Sistema de localizador de expertos implantado para fines de 2006	0	1	<b>1</b>	<b>Se alcanzó en el 2007.</b>
29.4.5	Sistema de informes de viajes y misiones implantado para fines de 2006	0	1	<b>1</b>	<b>Se alcanzó. Se implantará en el primer trimestre del 2008.</b>
29.4.6	Finalización del plan para la comercialización de productos de conocimiento de la OPS/OMS y disponibilidad de productos en internet y en otras fuentes tradicionales	0	1	<b>1</b>	<b>Se terminó el documento</b>
29.4.7	Disponibilidad y divulgación de series de información sobre ciertos temas prioritarios de salud pública para fines de 2007	6	8	<b>8</b>	<b>Se alcanzó</b>
29.4.8	Información de vanguardia envasada, planeada, promovida y entregada según las prioridades de la Organización y las necesidades de sus clientelas (es decir, encargados de adoptar las decisiones, personal sanitario, donantes, estudiosos, público en general, entre otros)	0	18	<b>10</b>	<b>No se alcanzó esta meta, lo que quizás se deba a que la meta fue demasiado alta y poco factible. Estas actividades continuarán en el bienio 2008-2009.</b>

<b>RPR 29.5 Mantenimiento y perfeccionamiento de las tecnologías de la información.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
29.5.1	Mantenimiento del porcentaje de infraestructura para la tecnología durante las horas hábiles centrales en la Sede y las oficinas de país	0,98	0,98	<b>0,98</b>	<b>Se alcanzó</b>
29.5.2	Mantenimiento de los sistemas existentes de tecnología de la información	25	25	<b>25</b>	<b>Se alcanzó</b>
29.5.3	Número de oficinas de campo en las que se mejora la anchura de banda para las comunicaciones en respuesta a las necesidades previstas para fines de 2007	18	36	<b>36</b>	<b>Se alcanzó</b>
29.5.4	Establecimiento del marco para descubrir y reducir el grado de redundancia en los productos y servicios de la tecnología de la información en toda la Organización	0	1	<b>0</b>	<b>Se definió el mecanismo de gobernanza. A la espera de la aprobación de la Gestión Ejecutiva.</b>
29.5.5	Conclusión de la definición de modelos de prestación de tecnología de la información con acuerdos sobre niveles de servicio apropiados regional y subregionalmente	0	1	<b>1</b>	<b>Se alcanzó. Se estableció y entró en operaciones el modelo de prestación de servicios con el Centro Internacional de Computación de las Naciones Unidas (UNICC).</b>

#### **Enseñanzas extraídas:**

- Se deben emplear métodos de gestión de proyectos más formales cuando se trata de grandes proyectos.
- Se deben fijar plazos más realistas teniendo en cuenta los recursos existentes.

#### **Ejecución financiera**

<u><b>Área de trabajo</b></u>	<b>Gestión del conocimiento y tecnología de la información (KMI)</b>			
	<b>Presupuestado</b>	<b>Asignado</b>	<b>Gasto</b>	<b>Porcentaje de ejecución</b>
<b>Presupuesto ordinario</b>	19.072.100	19.904.343	19.700.700	99
<b>Otras fuentes</b>	9.896.000	7.530.817	7.441.900	99
<b>Total (presupuesto ordinario y otras fuentes)</b>	<b>28.968.100</b>	<b>27.435.160</b>	<b>27.142.600</b>	<b>99</b>



### 30. PLANIFICACIÓN, COORDINACIÓN DE RECURSOS Y SUPERVISIÓN (BMR)

**Grado general de cumplimiento: 69%**

<b>META:</b> Cumplir con los objetivos de desarrollo sanitario nacional, subregional y regional con el apoyo de la cooperación técnica eficaz.					
<b>CUMPLIMIENTO DE ESTA META:</b> Se ejecutó el presupuesto por programas correspondiente al ejercicio 2006-2007 para apoyar estas metas					
<b>OBJETIVO DE LA OPS:</b> Que los recursos para la cooperación en materia de salud sean movilizados y planificados de manera eficaz dentro de un programa integrado y ejecutado eficientemente.					
<b>CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE LA OPS:</b> Durante el bienio 2006-2007, se movilizaron recursos suficientes para ejecutar el presupuesto por programas para el 2006-2007. La ejecución en el bienio 2006-2007 siguió la tendencia de “hacer más con menos”, reduciendo al mínimo los gastos fijos para apoyar la ejecución programática a fin de lograr resultados.					
<b>RPR 30.1 Dirección estratégica de la OPS monitoreada, evaluada e integrada dentro del ciclo de gestión bienal de los programas.</b>					
Indic.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real, a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
30.1.1	Evaluación final del Plan estratégico para el período 2003-2007 por parte de los Cuerpos Directivos	0	1	0	Se difirió. Esta evaluación no se preparará hasta el 2008.
30.1.2	Proyecto de plan estratégico para el período 2008-2012 que refleje la experiencia adquirida, los mandatos del nuevo plan estratégico de la OMS y del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI, aprobado por la Conferencia Sanitaria Panamericana	0	1	1	La Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó en el plan estratégico para el período 2008-2012 octubre del 2007.

30.1.3	Proyecto de presupuesto bienal por programas para 2008-2009 que refleje el nuevo Plan estratégico de la OPS aprobado por la Conferencia Sanitaria Panamericana	0	1	1	La Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó el presupuesto por programas para el 2008-2009 en octubre de 2007; su contenido se alineó directamente con el plan estratégico.
30.1.4	Que los informes anuales del Director, los exámenes de mitad de período y las evaluaciones de desempeño de final del bienio 2006-7 (mundial y regional) revelen un alto nivel de armonización con el Plan Estratégico y logro de los resultados regionales esperados	0	1	1	Se alcanzó, aunque el informe final para el bienio 2006-2007 se presentará a los Cuerpos Directivos en el 2008.
<b>RPR 30.2 Capacidad fortalecida para la planificación y gestión de ciclos de programas y proyectos entre los gerentes en todos los niveles tanto internos como externos a la OSP.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
30.2.1	Normas, manuales y herramientas actualizados para la elaboración y la gestión del ciclo del proyecto, y para las iniciativas programáticas, disponibles en la página web de la OPS	Directrices publicadas para finales de 2005	Aumento de 50% en cantidad	Se alcanzó	Todas las directrices de planificación y el documento aprobado pertinente están en el sitio web o en los sitios de SharePoint.
30.2.2	Programas de adiestramiento sobre el análisis de la situación, la planificación estratégica, la elaboración de programas y proyectos, y sobre gestión orientada a la obtención de resultados, realizados por ciertos miembros del personal en todos los niveles	Se adiestró a cerca de 10% del personal en las disposiciones actuales	Se adiestró a 50% del personal	Se alcanzó en parte (50%)	Se realizó el adiestramiento formal e informal durante la formulación de planes para el período posterior al 2008; el adiestramiento integral en la gestión orientada a la obtención de resultados quedó pendiente por los ajustes en el modelo de gestión.
<b>RPR 30.3 Planificación y ejecución más eficaces de las iniciativas extrapresupuestarias.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
30.3.1	Que las iniciativas extrapresupuestarias nuevas aprobadas se encuentren alineadas con el presupuesto bienal por programas aprobado	100% de las iniciativas extrapresupuestarias nuevas se revisan para su armonización	Mantenimiento de la revisión del 100% de las iniciativas nuevas)	100%	

30.3.2	Aumento en el número de iniciativas programáticas	Número al 31/12/05 (4 en julio de 2005)	Aumento de 50% en la cantidad	<b>Se alcanzó</b>	<b>El número de iniciativas programáticas es 7.</b>
30.3.3	Disminución en los fondos devueltos a los donantes anualmente	Devoluciones al 31/12/05	Disminución de 30% por año	<b>Se alcanzó</b>	<b>El porcentaje se redujo de 1 a 0,7.</b>
30.3.4	Evaluación incrementada de las iniciativas extrapresupuestarias	Número de iniciativas extrapresupuestarias evaluadas al 31/12/05	Aumento de 50%	<b>No se alcanzó.</b>	<b>No se contaba con la función de evaluación en el período 2006-2007. El puesto de funcionario de evaluación recién se pudo cubrir a fines del 2007. En consecuencia, fue necesario posponer las actividades relacionadas con este tema.</b>
<b>RPR 30.4 Programa de evaluación ejecutado y mayor fortalecimiento de la capacidad de evaluación.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
30.4.1	Herramienta y métodos de evaluación adoptados y difundidos.	0	1	<b>0</b>	<b>La función de evaluación fue dotada de recursos apenas a fines del 2007.</b>
30.4.2	Personal del país y de la Oficina Sanitaria Panamericana adiestrado para realizar o administrar evaluaciones	No hay un plan sistemático vigente	Programa elaborado y en curso	<b>No se alcanzó</b>	<b>La función de evaluación fue dotada de recursos apenas a fines del 2007.</b>
30.4.3	Intercambio de diseños de evaluaciones y resultados por intranet e Internet	0	1	<b>0</b>	<b>La función de evaluación fue dotada de recursos apenas a fines del 2007.</b>

<b>RPR 30.5 Nueva estrategia de movilización de recursos definida y aplicada.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
30.5.1	Estrategia de movilización de recursos aprobada, diseminada y planes de acción desarrollados para todos los niveles de la secretaría	0	2	2	<b>Se alcanzó</b>
30.5.2	Aumento del número de acuerdos institucionales o globales	Cantidad de acuerdos pertinentes al 31/12/05 (4)	Aumento de 50%	<b>9 ( aumento de 125%)</b>	Nuevos acuerdos: 1. Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos 2. Canadá (Acuerdo Global) 3. Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional 4. España 5. Suecia
30.5.3	Aumento de 50% en el monto de financiamiento extrapresupuestario de la OMS para el bienio 2004-2005	Recibido al 31/12/05	Aumento de 50%	<b>Se alcanzó</b>	<b>La OPS recibió más fondos por parte de la OMS durante el bienio.</b>
30.5.4	Incorporación de socios nuevos a los acuerdos con la OPS	Cantidad de socios al 12/05	Al menos tres socios adicionales firmaron acuerdos con la OPS	<b>4 asociados más</b>	1. Pfizer 2. Estaciones para la Prevención de Epidemias-Centros de Control de Enfermedades (EPS-CDC) 3. Centro de Estudios Estratégicos Internacionales 4. Dirección de Relaciones Exteriores y Comercio Internacional (Canadá)
<b>RPR 30.6 Riesgos de la Organización identificados y mitigados por medio de controles diseñados para velar por una buena gobernanza institucional.</b>					

<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
30.6.1	Las recomendaciones de las auditorías son analizadas por la Secretaría	0	0.9	<b>1</b>	<b>Se analizaron todos los temas mencionados.</b>

### Enseñanzas extraídas:

- El uso de instrumentos de planificación diferentes, como los que se utilizaron durante el bienio 2006-2007, impide aplicar los conceptos de la gestión basada en la consecución de resultados y la responsabilización, y da lugar a que se presente dos veces la información, a nivel regional y mundial.
- Se necesita contar con plena participación y consulta para elaborar un plan estratégico que toda la Organización sienta como propio y que sea pertinente para la planificación en todos los niveles.
- La carga de planificación y de presentación de información de las oficinas debe reducirse y simplificarse para que un mayor porcentaje del tiempo del personal técnico se dedique a la ejecución, especialmente a nivel de país.

### Ejecución financiera

<u>Área de trabajo</u>	Planificación, coordinación de recursos y supervisión (BMR)			
	Presupuestado	Asignado	Gasto	Porcentaje de ejecución
Presupuesto ordinario	4.529.400	4.070.949	4.052.100	100
Otras fuentes	1.045.000	580.414	579.700	100
<b>Total (presupuesto ordinario y otras fuentes)</b>	<b>5.574.400</b>	<b>4.651.363</b>	<b>4.631.800</b>	<b>100</b>

### 31. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS (HRS)

**Grado general de cumplimiento: 78%**

<p><b>META:</b> Aplicar las prácticas óptimas en todos los aspectos de la gestión de recursos humanos y en todos los niveles de la organización a fin de apoyar la función de liderazgo de la OPS en el ámbito de la salud internacional y la meta de lograr un desempeño alto.</p>					
<p><b>CUMPLIMIENTO DE ESTA META:</b> La OPS ha adoptado medidas importantes para mejorar su gestión de recursos humanos aplicando las mejores prácticas de gestión: <i>a)</i> se elaboró un plan bienal de recursos humanos para cada oficina; <i>b)</i> se prepararon descripciones genéricas de los distintos cargos y se normalizaron los títulos de los puestos; <i>c)</i> se preparó una delegación de autoridad precisa para todos los asuntos de recursos humanos (que se difundirá a principios del 2008), y <i>d)</i> se adoptó un método basado en las competencias para las descripciones de cargo y las entrevistas. Además, varias oficinas realizaron la evaluación estratégica y alineación de los recursos (SARA). Para el área de gestión de recursos humanos, esto significó la consolidación de las funciones en cuatro pilares principales, lo que aumentó la atención a la elaboración de políticas de recursos humanos bien definidas e iniciativas para el bienestar del personal.</p>					
<p><b>OBJETIVO DE LA OPS:</b> Proporcionar la dirección estratégica, las políticas y los procedimientos necesarios con el fin de que se cuente con los mejores recursos humanos de manera oportuna y que se apoyen sus esfuerzos por promover y proteger la salud.</p>					
<p><b>CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE LA OPS:</b> La OPS mejoró su capacidad para atraer, reclutar y contratar personal capacitado de manera eficiente mediante la aplicación de un proceso de planificación de recursos humanos que aumentó el rigor y la meticulosidad con la cual se realizan las entrevistas y la selección del personal, así como la adopción de un método basado en las competencias para las descripciones de los cargos y las entrevistas. También se formularon políticas sobre asuntos como la rotación y la movilidad, y contratación de jubilados de las Naciones Unidas.</p>					
<p><b>RPR 31.1 Nueva estrategia de gestión de recursos humanos, desarrollada y su implementación iniciada.</b></p>					
Indic.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real, a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
31.1.1	Estrategia de Recursos Humanos alineadas con la estructura organizacional, y todos los aspectos del proceso de la gestión de recursos humanos con la Misión de OPS, las prioridades programáticas y la estrategia de gestión disponible y la sensibilización iniciada	No hay una nueva Estrategia de Recursos Humanos.	Estrategia de Recursos Humanos aprobada, comunicada a todo el personal y todos los gerentes instruidos acerca de los principios	Se han resuelto muchos elementos de la estrategia de recursos humanos. Se consolidarán en un documento de estrategia de recursos	En el 2007, el área de Recursos Humanos se concentró en su propio realineamiento, el número excepcionalmente alto de puestos vacantes en el departamento y la preparación de muchos documentos de política, lo cual hizo que se desviaran los recursos destinados a concluir la estrategia integral de recursos humanos. El documento de la estrategia de recursos humanos se terminará a

			fundamental es.	<b>humanos cohesivo en 2008.</b>	<b>principios del 2008 y se difundirá posteriormente.</b>
31.1.2	Las Unidades Orgánicas se han perfilado en línea con las direcciones estratégicas de los programas y la estrategia gerencial, y los planes de acción desarrollados para abordar el vacío entre las aptitudes y competencias requeridas y disponibles a todos los niveles	Número de unidades orgánicas regionales que realizaron el ejercicio de perfilarse nuevamente a fines de 2005.	Que todas las unidades orgánicas regionales completen el proceso de perfilamiento y que se elabore un plan de acción para resolver las carencias	<b>Algunas unidades regionales concluyeron sus procesos de reelaboración de los perfiles</b>	<b>Se configuró en el 2007 un método nuevo de planificación de programas y alineamiento de los recursos y herramientas. Mientras tanto, se suspendieron temporalmente los procesos de reelaboración de los perfiles. A fines del 2007 se anunció un nuevo modelo de gestión de la organización, que está sirviendo de marco a las unidades orgánicas para establecer su estructura y su plan de alineamiento de recursos para el bienio 2008-2009.</b>
31.1.3	La rendición de cuentas para la gestión de los recursos humanos claramente articulada a todos los niveles de la Secretaría, establecidos y disponibles para los gerentes	No se dispone de tabla de rendición de cuentas.	Tabla de rendición de cuentas para la gestión de Recursos Humanos aprobada y diseminada a todos los gerentes	<b>La tabla de rendición de cuentas para la gestión de recursos humanos se sometió a la aprobación de la Directora</b>	<b>El documento se difundirá a principios del 2008, después de la aprobación de la Directora de la OSP.</b>
31.1.4	Modelo de competencias estratégicamente validado e implementado.	Modelo de competencias en las primeras etapas de ejecución para la contratación.	100% de uso en la contratación, la evaluación y el aprendizaje.	<b>Se ha validado el modelo de competencias y se usa al 100% para la contratación. La integración total en la evaluación del desempeño y los planes de</b>	<b>La integración en el sistema de evaluación del desempeño (y los planes de aprendizaje correspondientes) exige cambios de software en el sistema de evaluación del desempeño en línea. Dadas otras prioridades más urgentes por la limitación de recursos para la tecnología de la información, se tuvieron que trasladar estos elementos de la ejecución del modelo de competencias al ejercicio 2008-</b>

				aprendizaje del personal ocurrirá en el 2008.	2009.
<b>RPR 31.2 Racionalización de los procedimientos de recursos humanos, y mejora de los sistemas de información y la gestión de recursos humanos en general.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
31.2.1	Grado en el que se utilizan los sistemas basados en la web para la contratación de personal de las Naciones Unidas	Todos los puestos con nombramiento de plazo fijo se publican en línea, lo que no sucede con los de corto plazo.	Aumento a 100% de uso del sistema basado en la web para la contratación de personal de las Naciones Unidas.	<b>Se cumplió en 80%.</b>	<b>Se usan instrumentos para la web para los puestos a plazo fijo y para encontrar candidatos para puestos a corto plazo. La implantación cabal del sistema de localización de pericias facilitará encontrar más candidatos para los nombramientos a corto plazo.</b>
31.2.2	Grado en que se utiliza el sistema automatizado de evaluación del desempeño (SPED en línea).	0% en la actualidad: el SPED en línea se pondrá en marcha en enero de 2006.	100%, todas las oficinas de la OPS	<b>Al 100% en la Sede</b>	<b>Cuando terminen las modificaciones al software en el 2008, el software se instalará en las representaciones.</b>
31.2.3	Grado en que se encuentran completos otros procesos automatizados a definirse (por ejemplo, clasificaciones, contrataciones, gestión de documentos).	0% en la actualidad.	100%, todas las oficinas de la OPS.	<b>20% El análisis de procesos institucionales concluyó y la automatización de los procesos está en marcha.</b>	<b>La implantación de los procesos automatizados para la contratación de funcionarios temporeros y personal de las Naciones Unidas concluirá en el 2008.</b>
31.2.4	Grado en que se identifican, se hace un seguimiento y se cierran eficientemente los pedidos de medidas determinadas.	No se dispone de un mecanismo de	Todos los pedidos entrantes se supervisan y	<b>Se dio seguimiento a 80% de las</b>	<b>Se da seguimiento a casi todos los tipos de medidas; se agregarán otros en el 2008. Se seguirán y vigilarán de manera más sistemática después</b>



		seguimiento en la actualidad.	se les realiza un seguimiento, y se adoptan medidas oportunas.	<b>medidas.</b>	<b>de contratar al auxiliar administrativo de recepción en el 2008.</b>
<b>RPR 31.3 Programas eficaces de aprendizaje que satisfagan las necesidades del personal y de la Organización.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
31.3.1	Nivel de satisfacción del personal con respecto a las oportunidades de desarrollo que se ofrecen dentro de la OPS	Cantidad limitada de oportunidades de desarrollo.	Disponibilidad mayor de programas de aprendizaje sobre la base de la demanda evaluada.	<b>Se alcanzó la meta.</b>	<b>Los objetivos del Plan de Aprendizaje de la OPS para el 2006-2007 se alinearon con el modelo de competencias de la OPS. Se estableció un orden de prelación para la actualización técnica conforme a las solicitudes de los gerentes y planes de aprendizaje de las oficinas.</b>
31.3.2	Nivel de satisfacción con la gestión y la capacidad de liderazgo de la OPS informado por el personal.	Disponibilidad limitada de programas de aprendizaje de liderazgo y gestión.	Programas de aprendizaje de liderazgo y gestión para todos los gerentes superiores y medios	<b>Se alcanzó la meta.</b>	<b>Todos los gerentes superiores la OPS asistieron a dos sesiones del Programa de Liderazgo Mundial. También se impartió capacitación en liderazgo en la Reunión Anual de Gerentes de la OPS.</b>

31.3.3	Camino de aprendizaje determinados para alcanzar las competencias.	No existe en la actualidad debido a que el modelo de Competencias se encuentra en las primeras etapas de ejecución.	Opciones, cursos y actividades de aprendizaje específicas con las referencias pertinentes a las competencias de la OPS.	<b>Se alcanzó la meta.</b>	<b>Se preparó un índice cruzado de las competencias y los cursos para las competencias con prioridad en el Plan de Aprendizaje de la OPS 2006-2007.</b>
<b>RPR 31.4 Mejores condiciones laborales y de vida, y promoción de la salud del personal.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
31.4.1	Ejecución de nuevas políticas, programas o condiciones adicionales que promuevan o permitan estilos de vida sanos entre el personal, incluido el equilibrio entre el trabajo y la vida personal	La política principal de equilibrio entre el trabajo y la vida personal vigente es por medio de los horarios flexibles.	Número de nuevas políticas introducidas y vigentes en el bienio.	<b>Se alcanzó la meta.</b>	<b>Se formularon políticas sobre la infección por el VIH/sida y sobre los beneficios de la movilidad. La nueva estructura orgánica del área de recursos humanos hace hincapié en temas relativos al bienestar del personal.</b>
31.4.2	Salud del personal vigilada	No se la vigila de manera sistemática.	Las licencias por enfermedad de todo el personal y todas las unidades vigiladas de manera sistemática.	<b>Se alcanzó la meta.</b>	<b>Se implantaron procedimientos nuevos que obligan a la oficina médica de la OPS a vigilar sistemáticamente todas las licencias por enfermedad de más de 3 días.</b>

31.4.3	Grado en el cual el personal es consciente de la existencia de políticas favorables para el personal y sus familias	Desconocido. El indicador que existe en la actualidad es que las preguntas planteadas por el personal ya se encuentran cubiertas por las políticas emitidas.	Todo el personal conoce y es consciente de estas políticas. Las preguntas son solo para aclaración.	<b>Se alcanzó la meta.</b>	<b>Todo el personal está plenamente informado de las nuevas políticas. Se impartieron cursos de capacitación para todos los empleados sobre la política de la infección por el VIH/sida en el lugar de trabajo.</b>
<b>RPR 31.5 Procedimientos y sistemas contractuales que permiten a la Organización ofrecer contratos que cumplan con las necesidades respectivas de la Organización y de las personas empleadas a través de ellos.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
31.5.1	Nuevos tipos de mecanismos contractuales elaborados y la información pertinente comunicada a la administración y el personal	Los mecanismos contractuales actuales se encuentran en proceso de revisión	Unificación y simplificación de los distintos mecanismos de contratación	<b>Se terminó el trabajo preliminar; los cambios se introducirán en el 2008.</b>	<b>Los cambios de la reforma de contratación están pendientes hasta la decisión que tomará la Asamblea General de las Naciones Unidas a principios del 2008.</b>

<b>RPR 31.6 Sistemas y procedimientos fiables de seguridad del personal que permitan la realización eficaz y eficiente de las actividades, y garanticen al mismo tiempo la seguridad y el bienestar del personal.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
31.6.1	Porcentaje de personal a nivel regional y de país que se encuentra adiestrado adecuadamente en los procedimientos de gestión de la seguridad de las Naciones Unidas y seguridad personal	Determinar mediante una encuesta y la documentación existente el personal que se encuentra adiestrado en la actualidad	Lograr 100% de adiestramiento y demostración de los conocimientos requeridos	<b>Se alcanzó la meta.</b>	<b>Se implantó el curso en línea de las Naciones Unidas sobre la seguridad, que es obligatorio para todos los profesionales y los funcionarios que viajen. Se impartieron sesiones de adiestramiento en seguridad a todos los funcionarios de la Sede en Washington, D.C.</b>
<b>RPR 31.7 Los recursos humanos de la OPS se encuentran equilibrados en cuanto al sexo y la nacionalidad.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
31.7.1	Estadísticas oficiales de empleo	Estadísticas a principios del bienio	Mejora en la representación de sexos y nacionalidad	<b>Se alcanzó la meta.</b>	<b>Aumentó en 36% la contratación de profesionales provenientes de países de la lista de países prioritarios. A pesar de que en Washington, D.C., el número de puestos profesionales ocupados por mujeres disminuyó en 4%, el número de mujeres profesionales en las oficinas en los países aumentó en 12%. Es importante destacar que, de los 28 representantes de la OPS/OMS en los países, el 50% son mujeres.</b>

### Enseñanzas extraídas:

- Resulta fundamental contar con una planificación y una evaluación de las competencias del personal que sean eficaces a fin de alcanzar la meta de tener a “la persona correcta, en el lugar adecuado, en el momento propicio”.
- La gestión de los recursos humanos es una responsabilidad de todos los gerentes de la Organización, no solo los especialistas en personal del Área de Gestión de Recursos Humanos y de la Gestión Ejecutiva. En consecuencia, se debe hacer un mayor hincapié en capacitar a todos los gerentes en las competencias y las prácticas óptimas para la gestión de recursos humanos.
- Resulta fundamental que haya información sobre recursos humanos que sea exacta y oportuna para la aplicación apropiada del Reglamento y Estatuto del Personal. Todos los funcionarios son responsables de garantizar que su información personal (o la de su personal) que figura en Recursos Humanos esté actualizada y sea exacta.
- Las exigencias y el ritmo del mundo actual han aumentado los niveles de estrés para todo el personal y sus familias. Para alcanzar sus metas programáticas, la Organización debe velar por el bienestar de su personal, ayudándoles a controlar el estrés y a encontrar medios eficaces para garantizar la salud física y mental.

### Ejecución financiera

<u>Área de trabajo</u>	Gestión de recursos humanos (HRS)			
	Presupuestado	Asignado	Gasto	Porcentaje de ejecución
Presupuesto ordinario	7.068.800	7.273.380	7.193.400	99
Otras fuentes	4.295.000	1.955.330	1.894.400	97
<b>Total (presupuesto ordinario y otras fuentes)</b>	<b>11.363.800</b>	<b>9.228.710</b>	<b>9.087.800</b>	<b>98</b>

## 32. GESTIÓN PRESUPUESTARIA FINANCIERA (FNS)

**Grado general de cumplimiento: 97%**

<p><b>META:</b> Mantener la viabilidad financiera de la Organización a fin de asegurar que la Secretaría contribuya satisfactoriamente a los objetivos nacionales, regionales y mundiales para la cooperación técnica, sin dejar de garantizar la aplicación de prácticas óptimas en todos los aspectos de gestión presupuestaria y financiera.</p>
<p><b>CUMPLIMIENTO DE ESTA META:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Ejecución de la Política del Presupuesto Regional para el bienio 2006-2007, conforme a la cual se transfirieron recursos económicos adicionales desde la Sede a las representaciones según los criterios preestablecidos.</b></li><li>• <b>Ejecución del marco de responsabilización financiera para las 35 representaciones y centros panamericanos de la OPS en el 2006-2007.</b></li><li>• <b>Certificación de las cuentas del 2006 por los representantes de la OPS/OMS y los directores de los centros panamericanos, y para las cuentas del 2007 por los representantes de la OPS/OMS y los directores de los centros, los gerentes de área y los directores de oficina.</b></li><li>• <b>Implantación de una plataforma de operaciones bancarias electrónicas en 35 oficinas en los países y la Sede.</b></li></ul>
<p><b>OBJETIVOS DE LA OPS:</b> Garantizar la gestión eficiente y eficaz de recursos financieros encomendados a la Organización y la aplicación de prácticas óptimas para contribuir a la función de liderazgo de la Organización en el ámbito de la salud internacional y asegurar un marco interno sólido.</p>
<p><b>CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE LA OPS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>El Presupuesto por Programas de la OPS se estableció oportunamente con informes de ejecución y vigilancia proporcionados a los Estados Miembros, asociados e interesados directos en las reuniones del Comité Ejecutivo que tuvieron lugar en el 2006 y 2007.</b></li><li>• <b>Se automatizaron los procesos para: 1) la presentación de la situación financiera de los asociados e interesados directos; 2) el procesamiento directo de pagos al personal y proveedores, y 3) las explicaciones de prestaciones del seguro de salud del personal proporcionadas por internet a los funcionarios de las oficinas en los países.</b></li><li>• <b>Los Cuerpos Directivos de la OPS aceptaron el Informe Financiero Bienal para 2004-2005 y el Informe Financiero Parcial para 2006. Estuvieron satisfechos con la opinión sin reservas del auditor sobre los estados financieros correspondientes al bienio 2004-2005.</b></li><li>• <b>Las representaciones y los gerentes de área respondieron a los resultados de la auditoría interna y externa, y se comprometieron a poner en práctica sus recomendaciones.</b></li></ul>

<b>RPR 32.1 Se habrán formulado políticas y directrices para la planificación y la ejecución integrada del presupuesto de acuerdo con un enfoque de gestión orientada la obtención de resultados.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
32.1.1	Adherencia a políticas y directrices nuevas observadas en los planes de trabajo institucionales para 2008-2009	0	Al menos 75% de los planes de trabajo son congruentes con las políticas y las directrices nuevas	<b>Se alcanzó plenamente.</b>	
<b>RPR 32.2 Se habrá logrado la gestión eficiente y eficaz de los recursos financieros de la Organización en un esfuerzo por maximizar los ingresos dentro de parámetros aceptables de liquidez y riesgos.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
32.2.1.a	<p>Los registros financieros y la opinión de auditoría confirman una situación financiera equilibrada en cuanto a ingresos y gastos, y el rendimiento de las inversiones se ajusta al punto de referencia establecido por la Organización</p> <p>La Oficina Nacional de Auditoría del Reino Unido (NAO) presta el servicio de auditoría externa a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y al Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP).</p>	Informes financieros provisionales y bienales finalizados para el 15 de marzo; estados financieros bienales reciben un dictamen sin reservas de la auditoría.	Informes financieros provisionales y bienales finalizados para el 28 de febrero; estados financieros bienales reciben un dictamen sin reservas de la auditoría	<b>Plenamente alcanzado</b>	<b>El Informe Financiero de la Directora y el Informe del Auditor Externo para 2004-2005 se prepararon a tiempo y fueron aceptados por los Estados Miembros de la OPS durante la reunión del Consejo Directivo celebrada en septiembre del 2006. El Auditor Externo de la OPS (la Oficina Nacional de Auditoría del Reino Unido) emitió una opinión sin reservas sobre las cuentas para el bienio 2004-2005. El Informe Financiero Parcial de la Directora para el 2006 fue aceptado por los Estados Miembros de la OPS durante la Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en octubre del 2007.</b>

32.2.1. b	<p>Los registros financieros y la opinión de auditoría confirman una situación financiera equilibrada en cuanto a ingresos y gastos, y el rendimiento de las inversiones se ajusta al punto de referencia establecido por la Organización</p> <p>La Oficina Nacional de Auditoría del Reino Unido (NAO) presta el servicio de auditoría externa a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y al Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP).</p>	El rendimiento de la cartera en 2006-2007 es igual al rendimiento en 2004-2005 según la comparación con puntos de referencia por segmentos	El rendimiento de la cartera en 2006-2007 supera los puntos de referencia por segmentos, monto bruto de aranceles	<b>Supera el punto de referencia para el segmento a corto plazo de la cartera, pero faltó poco para que alcanzara el punto de referencia para el segmento a largo plazo de la cartera.</b>	<b>Durante el bienio 2006-2007, la cartera de la Organización aumentó a más de US\$ 400 millones. Los ingresos recibidos por concepto de la cartera a corto plazo de la Organización superaron el punto de referencia, mientras que el desempeño del segmento a largo plazo de la cartera por muy poco no alcanzó el punto de referencia, como consecuencia de la política de la OPS de retener sus inversiones a largo plazo hasta el vencimiento y no comercializarlas activamente. Los ingresos de la OPS en su cartera alcanzaron US\$ 23 millones, excediendo hasta el momento la meta presupuestaria de US\$ 14,5 millones para el bienio.</b>
--------------	--	--	---	--	--

**RPR 32.3 Se habrá garantizado el cumplimiento de normas establecidas de contabilidad financiera, reglamentos y reglas en un marco de control interno sólido.**

Indic.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real, a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
32.3.1. a	El Reglamento Financiero y las Reglas Financieras de la Organización se mantienen actualizados y de acuerdo con las normas de las Naciones Unidas; se aplican en todas las transacciones de gestión y contabilidad	Se actualiza el Manual para las operaciones de campo de la OPS (Sección Finanzas).	Las normas y Procedimientos financieros revisados que reflejan prácticas óptimas se integran en el Manual para las operaciones de campo de la OPS (Sección	<b>Se alcanzó plenamente.</b>	<b>La sección de finanzas del Manual de Operaciones de Campo preparado por la OPS se actualizó en el 2006 para ajustarlo al reglamento financiero, las reglas financieras, las normas y los procedimientos de las Naciones Unidas. A fin de prepararse para la transición a las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público, la OPS revisó su Reglamento Financiero y capacitó a los funcionarios de la Sede y las oficinas en los países acerca de la aplicación de la política de reconocimiento de gastos, un factor fundamental en la ejecución del Sistema Mundial de Gestión y las IPSAS. Se</b>



			Finanzas) y en los programas de capacitación para el personal de las oficinas de país y la Sede		<b>aprobó la acumulación mensual de la nómina de sueldos y de las prestaciones por derechos estatutarios a partir del 1 de enero del 2008.</b> <b>Además, se proporcionó a las oficinas en los países, los centros y las unidades y áreas regionales un panorama de los requisitos de las IPSAS.</b>
32.3.2. b	El Reglamento Financiero y las Reglas Financieras de la Organización se mantienen actualizados y de acuerdo con las normas de las Naciones Unidas; se aplican en todas las transacciones de gestión y contabilidad	Se realizan visitas bienales a las oficinas de país para la revisión de procedimientos y documentación de referencia	Se realizan visitas anuales a las oficinas de país para el examen de procedimientos y documentación de referencia	<b>Se alcanzó plenamente.</b>	<b>Los funcionarios del equipo de Servicios de Contabilidad de los Países visitaron las 35 representaciones de la OPS.</b> <b>Además, FMR implantó el Marco Financiero de Rendición de Cuentas para las 35 oficinas en los países de la OPS en 2006-2007.</b>

<b>RPR 32.4 Sistemas de información eficaces para administrar los recursos financieros de la Organización y proporcionar la información deseada sobre gestión financiera.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
32.4.1	Se mejoran los sistemas informáticos y se proporcionan los equipos de conformidad con las necesidades de la gestión financiera y de notificación	Se actualizan y mejoran los sistemas de Contabilidad financiera y pensiones del personal, según las necesidades	Se actualizan y mejoran sistemáticamente los sistemas de contabilidad financiera y pensiones del personal	<b>Se alcanzó plenamente.</b>	<b>Estuvieron disponibles en internet datos en tiempo real mediante el sistema simplificado de búsqueda en línea que recupera los datos presupuestarios y financieros directamente de Sistema de Gestión de Contabilidad y Finanzas e Información (FAMIS) y el sistema AmpesOmis para proporcionar a los gerentes la información financiera indispensable para tomar decisiones bien fundadas sobre planificación y asuntos operativos. Se creó el software de reconocimiento de gastos para facilitar la ejecución de la nueva política de reconocimiento de gastos y para tener una interfaz directamente con el sistema de contabilidad institucional. La OPS ha iniciado el proceso para ponerse a tono con el Sistema Mundial de Gestión de la OMS, que probablemente reemplazará al sistema FAMIS que la OPS utiliza actualmente, además del sistema de compras ADPICS y el sistema simplificado de búsqueda en línea (SOS).</b>

<b>RPR 32.5 Se habrá realizado la administración financiera eficaz y atenta a los contratos de proveedores, reclamos, sueldos y derechos de los funcionarios y las prestaciones para miembros del personal y jubilados.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
32.5.1	Los pagos a vendedores, funcionarios y jubilados se procesan en conformidad con el Reglamento Financiero y las Reglas Financieras de la Organización, de manera oportuna y exacta	Se tramitan los pagos de contratos y reclamaciones dentro de los términos de los contratos	Se tramitan los pagos de contratos y reclamaciones a fin de aumentar al máximo la corriente de efectivo y garantizar el cumplimiento de las obligaciones legales	<b>Se cumplió plenamente.</b>	<b>Se gestionan los gastos y las cuentas por pagar de manera oportuna y exacta para garantizar el pago a tiempo de las cuentas y proporcionar por ende un panorama exacto del presupuesto por programas integrado.</b>
<b>RPR 32.6 Se habrá administrado el presupuesto por programas 2006-2007 de una manera oportuna y apropiada.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
32.6.1	Se mantienen los niveles de asignaciones y consignaciones dentro de los montos autorizados durante el curso del bienio	Todos los niveles están fijados en 0	Las Asignaciones Establecidas no superan el presupuesto aprobado de \$265.568.000; los niveles de las asignaciones y las consigna-	<b>Se alcanzó plenamente.</b>	

			ciones no superan los montos establecidos en el presupuesto efectivo de trabajo por la Directora		
32.6.2	Información y informes presupuestarios requeridos presentados a los Cuerpos Directivos, la Gestión Ejecutiva y socios financieros dentro de los plazos establecidos	Observancia de los plazos equivale a la tasa de cumplimiento a final de 2004-2005	Aumento de al menos 20% en Puntualidad en comparación con la tasa de cumplimiento para 2004-2005	<b>Se alcanzó plenamente.</b>	

### Enseñanzas extraídas:

- Aunque el Grupo de Consulta sobre Recursos Financieros (AGFR) se propuso armonizar las necesidades mundiales de financiamiento, no fue particularmente eficaz. Se debe mejorar el diálogo entre las redes programáticas mundiales, al igual que la comunicación desde las Sedes a las Regiones con respecto a la disponibilidad real de recursos para su distribución.
- La ejecución de una plataforma de operaciones bancarias electrónicas en 35 oficinas en los países y la Oficina Regional constituye un enorme reto y requiere el apoyo decidido del banco encargado de la ejecución, así como del Área de Servicios de Tecnología de la Información de la Organización y de la unidad de operaciones de contabilidad.
- La capacitación con respecto a las nuevas Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público es fundamental para la aplicación eficaz de estas normas contables y debe considerarse un cambio de paradigma con respecto a las Normas de Contabilidad del Sistema de las Naciones Unidas. Además, la comprensión cabal de las nuevas normas contables requiere capacitación continua, práctica y de persona a persona.

### Ejecución financiera

<u>Área de trabajo</u>	Gestión presupuestaria financiera (FNS)			
	Presupuestado	Asignado	Gasto	Porcentaje de ejecución
Presupuesto ordinario	8.887.100	10.598.526	10.535.400	99
Otras fuentes	1.874.000	4.244.830	4.222.600	99
<b>Total (presupuesto ordinario y otras fuentes)</b>	<b>10.761.100</b>	<b>14.843.356</b>	<b>14.758.000</b>	<b>99</b>

### 33. INFRASTRUCTURA Y LOGÍSTICA (IIS)

**Grado general de cumplimiento: 63%**

<b>META:</b> Aplicar las mejores prácticas en todos los aspectos de apoyo de infraestructura en todos los niveles de la Organización con el fin de apuntalar la función de liderazgo de la OMS en la salud internacional.					
<b>CUMPLIMIENTO DE ESTA META:</b> Una mejor práctica importante consiste en aumentar el uso de los sitios intranet internos mediante la colocación de procedimientos e instrucciones operativas y material didáctico sobre prácticas adecuadas de compras para uso generalizado del personal de la Organización. El área de compras de la OPS lo hizo. GSO también mejoró la distribución de información sobre seguridad y viajes para su uso interno.					
<b>OBJETIVO DE LA OPS:</b> Garantizar el acceso oportuno a infraestructura, suministros y servicios logísticos eficaces, para facilitar la ejecución de programas técnicos en todos los niveles de la Organización.					
<b>CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE LA OPS:</b> Además de prestar una amplia gama de servicios, GSO examina los contratos individuales e intenta reducir o mitigar el aumento de los costos. Sin embargo, casi todos los costos de infraestructura son fijos y, lamentablemente, se ven afectados por el aumento en los costos de energía. Por lo tanto, los costos en general, tienden a aumentar. El área de compras ha progresado en la restricción de los precios de automóviles y camiones de reemplazo al mejorar la competencia entre los vendedores y su supervisión.					
<b>RPR 33.1 Los servicios de apoyo de infraestructura operarán de manera eficiente y eficaz en función de los recursos.</b>					
Indic.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real, a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
33.1.1	Costo promedio de algunas transacciones operativas para servicios generales de administración de edificios y oficinas	Costo promedio al final de bienio 2004-2005	Aumento no debe exceder al 10% del costo promedio del 2004-2005	Se cumplió en parte (50%)	<p><b>Información del punto de comparación: control de plagas 392/mes; personal de limpieza 8,60/hora; jardinería 563/mes; mantenimiento de bobinas de ventilación, 373; basura, 1.450</b></p> <p><b>Datos reales: control de plagas 499; personal de limpieza 9,35; jardinería 583; mantenimiento de bobinas de ventilación 395; basura 1.210</b></p> <p>Los costos de control de plagas subieron 27%; los costos del personal de limpieza subieron 8,7%;</p>

					<p>la jardinería subió 3,6%; el mantenimiento de bobinas de ventilación subió 5,9%; el servicio de la basura bajó 17%.</p> <p>La tasa de inflación “real” en Estados Unidos es de 5 a 6% anual, estimulada por el aumento en los costos de energía, que afecta todos los rubros. Algunas cifras reflejan la inflación y los precios bajos anteriores (como el control de plagas).</p>
<b>RPR 33.2 Las funciones de apoyo logístico se cumplirán de manera eficiente y eficaz según los recursos.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
33.2.1	El costo promedio del apoyo logístico de funciones seleccionadas para imprenta y distribución, viajes y comunicaciones. (\$.0030/copia; \$44/ticket)	Costo promedio al final de 2004-2005	No debe excederse al costo promedio del 2004-2005	<b>Se alcanzó en parte (50%)</b>	<p><b>US\$ 0,0132/copia; US\$ 44/boleto</b></p> <p><b>El precio por fotocopia ha aumentado bruscamente (a más del triple) ya que los vendedores insisten en que se compre o alquile equipo de la nueva generación, aparte de que han subido los costos de operación del equipo obsoleto. Sin embargo, los volúmenes de impresión siguen disminuyendo y este hecho atempera el aumento de los precios. Los cargos por servicios para los boletos de avión permanecen estables por el contrato a largo plazo.</b></p>

<b>RPR 33.3 Se habrá prestado apoyo continuo a las reuniones regionales de los Cuerpos Directivos y técnicas en forma de preparación y apoyo logístico eficientes.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
33.3.1	Satisfacción de los Estados Miembros por el apoyo eficiente y efectivo en las reuniones.	ND	90%	lograda	Las quejas posteriores a las reuniones del Consejo Directivo no se relacionaron con GSO (los documentos no se subieron al sitio de intranet dentro del plazo de 6 semanas) salvo para el GPP.
<b>RPR 33.4 Se habrán adquirido suministros generales y de salud pública de la más alta calidad al mejor precio y de la manera más eficiente para los programas técnicos y los Estados Miembros.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
33.4.1	Se llevará a cabo el volumen de la compras en representación de las oficinas de la OPS, basada en contratos negociados centralmente, para obtener bajos precios.	Porcentaje de Adquisiciones al final de 2005	Aumento de 10% en la Adquisición directa	No se registró ningún aumento real	Durante los últimos bienios, cerca del 85% de las adquisiciones de la OPS correspondieron a vacunas y jeringas, que son contratos negociados en forma central con objeto de reducir al mínimo los precios de compra. En el 2006, se compraron aproximadamente US\$ 189 millones en vacunas y jeringas. La cifra de 2007 es aproximadamente de US\$ 240 millones. Las compras restantes casi no se prestan a contratos centrales, pero PRO se propone seguir intentando negociar centralmente los contratos del 15% de las demás compras.
33.4.2	El porcentaje del volumen de los pedidos puestos por medio de cibercomercio	0	0,15	0	El área de compras de la OPS no usa el sistema de comercio electrónico de la OMS para procesar pedidos. Este sistema de la OMS contiene varios catálogos y enlaces con diversos proveedores europeos que no ofrecen los bienes o servicios que se necesitan dentro de nuestra región. El grueso de



					las compras que realiza la OPS es de vacunas y medicamentos que se adquieren por medio de procesos licitatorios que logran un ahorro en los costos, lo cual no se encuentra en el sitio de la OMS. Los agentes de compras de la OPS hacen un uso amplio de la internet para establecer niveles de precios de las compras potenciales a fin de garantizar que se consiga el precio más bajo disponible para cada elemento. Por ejemplo, la OPS no utiliza demasiado el sitio de la Oficina de Servicios para Proyectos de las Naciones Unidas para establecer precios de compra para los vehículos que utilizan las representaciones.
<b>RPR 33.5 Habrán mejorado la vigilancia y seguridad de recintos y locales.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
33.5.1	Número de sitios de la OPS/OMS que cumplen con normas operativas mínimas de seguridad	Sitios que cumplen las normas al final de 2005	Todos los sitios	<b>10%</b>	<b>Muchas de las representaciones están muy cerca de cumplir con las normas mínimas de seguridad operacional, pero pueden carecer de un número reducido de radios o necesitar otras mejoras. El 10% de cumplimiento usa unos análisis muy estrictos del tipo aprobado/desaprobado de las normas de seguridad vigentes en diversas representaciones. Sin embargo, la mayor parte de las representaciones están cerca del 100% de cumplimiento de los requisitos obligatorios y les puede faltar, por ejemplo, 1 de las 10 radios necesarias para el personal. La política de la OPS es pagar los costos de seguridad local desde los</b>

					<b>presupuestos de las representaciones y los presupuestos de los programas. Dada la disminución del valor del dólar, las elevadas tasas de inflación locales y los presupuestos restringidos, las representaciones algunas veces tienen dificultades para solventar todos los requisitos de seguridad.</b>
<b>RPR 33.6 Habrá mejorado la administración de los bienes inmuebles e instalaciones.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
33.6.1	Disponibilidad de un plan básico renovable y actualizado por 10 años para proyectos de bienes inmuebles	Plan maestro del bienio anterior	Se ha adoptado un plan maestro decenal renovable	<b>Se alcanzó</b>	<b>Se actualizó el plan con información nueva.</b>  <b>El plan ahora se encuentra en la base de datos de Access para facilitar su uso.</b>
33.6.2	Proporción de proyectos ejecutados con el financiamiento del Fondo de Bienes Inmuebles que se desvían de las mejores prácticas reconocidas en las normas de construcción local y ambiental	Porcentaje de proyectos puestos en práctica que se apartaban de la mejor práctica al final de 2005	0 proyectos que se apartan de la mejor práctica	<b>Se alcanzó</b>	<b>Se financió y terminó un proyecto.</b>  <b>El proyecto estuvo listo a tiempo y se ajustó al presupuesto.</b>

### Enseñanzas extraídas:

- Si se espera que el área de compras siga prestando servicios de calidad, en algún momento se necesitará más personal porque el trabajo se está tornando más complicado y los contratos son cada vez más complejos. El personal existente no puede dedicar el tiempo necesario al control de calidad a este nivel más alto de exigencia.
- En algún momento, los costos de los servicios generales aumentarán enormemente debido a la inflación, impulsados especialmente por los costos de energía. En ese momento, habrá que absorber los costos mayores o recortar los servicios.

### Ejecución financiera

<u>Área de trabajo</u>	Infraestructura y logística (IIS)			
	Presupuestado	Asignado	Gasto	Porcentaje de ejecución
Presupuesto ordinario	12.661.200	13.615.502	13.526.100	99
Otras fuentes	4.332.000	3.196.456	3.196.500	100
<b>Total (presupuesto ordinario y otras fuentes)</b>	<b>16.993.200</b>	<b>16.811.958</b>	<b>16.722.600</b>	<b>99</b>

### Nota especial:

El grado de cumplimiento es bajo porque los aumentos en los costos anuales relacionados con los cargos del servicio de fotocopiado de Xerox y los honorarios de mantenimiento (como el control de plagas y la remoción de basura) han excedido nuestras proyecciones de aumentos de precios descritas anteriormente. También debe señalarse que la inflación dentro de los Estados Unidos aumenta a diario y los honorarios de los servicios obligatorios también están en alza.

Las unidades a cargo de la redacción de la Oficina Sanitaria Panamericana a menudo tienen que demorar la presentación de documentos para las reuniones de los Cuerpos Directivos para procurar que utilicen las cifras más actualizadas posibles (costo, estadística sanitaria, etc.), lo que retrasa el acceso a esta información por parte de los Estados Miembros. Sin embargo, la Oficina cree que su desempeño mejoró sustancialmente en la última reunión del SPPA debido al nuevo liderazgo en la oficina del Director Adjunto

### 34. CUERPOS DIRECTIVOS (GBS)

**Grado general de cumplimiento: 100%**

<b>META:</b> Velar por la formulación de políticas sólidas de salud pública a escalas nacional, regional e internacional que respondan a las necesidades de los Estados Miembros.					
<b>CUMPLIMIENTO DE ESTA META:</b> Convocación satisfactoria de todas las reuniones de los Cuerpos Directivos en 2006-2007 con participación a nivel ministerial de las cuatro subregiones geográficas principales.					
<b>OBJETIVO DE LA OPS:</b> Asegurar la buena gobernanza de la OPS mediante una preparación y dirección eficientes de las sesiones de los Cuerpos Directivos y la aplicación eficaz de las decisiones de estos.					
<b>CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE LA OPS:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Elaboración y aplicación más estrictas de directrices de producción de documentos de los Cuerpos Directivos.</li><li>• Reducción de costos y eficiencia obtenidas mediante la simplificación de procesos de preparación de los documentos de los Cuerpos Directivos con la eliminación de resúmenes y el suministro de un informe final completo.</li><li>• La interpretación simultánea y la traducción de los documentos a los idiomas de trabajo de cada reunión particular han ayudado a la participación y comunicación de los Estados Miembros.</li></ul>					
<b>RPR 34.1 Los Cuerpos Directivos habrán adoptado resoluciones, en particular sobre políticas y estrategias, que proporcionen a la Organización orientaciones claras para su aplicación.</b>					
Indic.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real, a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
34.1.1	Proporción de resoluciones adoptadas que se aplican a nivel regional y nacional	0,85	0,9	0,9	Esta actividad ahora se encuentra en el plan de trabajo bienal nuevo.

<b>RPR 34.2 Las resoluciones y mandatos de los Cuerpos Directivos de la OPS se comparten con las instituciones regionales del Sistema de las Naciones Unidas y del sistema interamericano y se incluyen en la agenda de estas si corresponde..</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
34.2.1	Los temas abordados en las resoluciones de la OPS se incluyen en la agenda de otros órganos regionales del sistema de las Naciones Unidas o el sistema interamericano	Ninguno	Al menos un área de interés para la salud ha sido incluida por año en las reuniones de los organismos regionales del Sistema de las Naciones Unidas o de la OEA	<b>5</b>	<b>La congruencia de los temas se trató dentro del sistema de las Naciones Unidas y el sistema interamericano.</b>
<b>RPR 34.3 Habrá mejorado la comunicación entre los Estados Miembros y la Oficina.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
34.3.1	Uso eficaz de los instrumentos modernos de comunicación electrónica entre los Estados Miembros y la Oficina en relación con los asuntos de los Cuerpos Directivos de la OPS/OMS.	Una conferencia regional importante por bienio por medios electrónicos	Dos Conferencias regionales importantes por bienio usando medios electrónicos	<b>2</b>	<b>Se comenzó a usar el sistema informático de inscripción para las reuniones, lo cual facilita recoger los datos en la Sede.</b>
34.3.2	Mejoras en la publicación puntual de la documentación de los Cuerpos Directivos en los idiomas oficiales, de conformidad con el Reglamento Interno.	0,9	0,95	<b>0,95</b>	<b>El efecto en dominó de las oficinas en los países que no podían presentar documentos para que los reúnan las unidades técnicas oportunamente a la larga impide</b>

					<b>que los Cuerpos Directivos mejoren sustancialmente la oportunidad de la documentación en los idiomas oficiales. El plazo corto entre reuniones sigue siendo un obstáculo para preparar los documentos oportunamente.</b>
<b>RPR 34.4 Habrá una mejor coordinación en el establecimiento de los programas de trabajo de los Cuerpos Directivos y mejoras en las sesiones.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
34.4.1	Grado de coherencia entre los órdenes del día y las resoluciones de los cuerpos directivos regionales y los Órganos Deliberantes (OMS)	Ninguno	El Consejo Ejecutivo Considera el orden del día y las resoluciones de los Órganos Deliberantes de la OMS cuando se planifica el orden del día del Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana.	Sí	<b>Gran similitud de los puntos inscritos en los órdenes del día, en especial con los de los organismos de las Naciones Unidas y las organizaciones del sistema interamericano.</b>

34.4.2	Evaluación de la eficiencia de los subcomités con respecto a las directivas de los Cuerpos Directivos	Ninguna	Evaluación de la función de los subcomités por el Comité Ejecutivo	Sí	<b>Eficacia del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración y el Comité Ejecutivo como cuerpos auxiliares con respecto a examinar y proporcionar retroinformación sobre la planificación y los presupuestos por programas, el desempeño de la formulación de políticas, los análisis, las evaluaciones y las actividades de supervisión antes de su presentación al Consejo Directivo.</b>
--------	---	---------	--	----	--

#### Enseñanzas extraídas:

- Reducción de los costos al eliminar la función de redacción de resúmenes.
- Reducción de los costos al utilizar equipos especiales para reuniones pequeñas.
- Documentos más breves y mejor centrados en el tema gracias al uso de directrices y plantillas.
- Necesidad de respetar un cronograma muy estricto para la preparación de documentos y reuniones a fin de evitar retrasos y complicaciones de último momento.

#### Ejecución financiera

<u>Área de trabajo</u>	<b>Cuerpos Directivos (GBS)</b>			
	<b>Presupuestado</b>	<b>Asignado</b>	<b>Gasto</b>	<b>Porcentaje de ejecución</b>
<b>Presupuesto ordinario</b>	4.629.300	4.453.110	4.449.500	100
<b>Otras fuentes</b>	1.583.000	139.846	139.600	100
<b>Total (presupuesto ordinario y otras fuentes)</b>	<b>6.212.300</b>	<b>4.592.956</b>	<b>4.589.100</b>	<b>100</b>

### 35. RELACIONES EXTERNAS (REC)

**Grado general de cumplimiento: 92%**

<b>META:</b> Lograr que los objetivos de salud se incorporen en las políticas generales de desarrollo y que se aumenten los recursos para la salud.					
<b>CUMPLIMIENTO DE ESTA META:</b> Se incluyeron temas de salud pública en los programas políticos de la Región de las Américas, que se convirtieron en mandatos en la Declaración de la Cumbre (de las Américas, Iberoamericanas y de CARICOM de Jefes de Estado y de Gobierno).					
<b>OBJETIVO DE LA OPS:</b> Facilitar la creación y fortalecimiento de alianzas estratégicas y asociaciones para promover la salud en el temario de desarrollo y movilizar recursos financieros, humanos, técnicos e institucionales para la Región, haciendo hincapié en los países clave.					
<b>CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE LA OPS:</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los organismos bilaterales y los asociados están más dispuestos a apoyar los planes y programas de la OPS que cambian del enfoque de proyecto al de programa.</li> <li>• La OPS ha fortalecido su coordinación con los organismos regionales de las Naciones Unidas en América Latina y el Caribe.</li> <li>• La OPS ha establecido relaciones de trabajo eficaces con grupos de estudios en la zona de Washington, D.C., con la intención de abogar por la planificación de la preparación para una pandemia de gripe y la salud maternoinfantil (Centro para Estudios Estratégicos e Internacionales, Consejo Mundial de la Salud y el Diálogo Interamericano).</li> </ul>					
<b>RPR 35.1 Los temas de salud tienen lugar prioritario en las reuniones regionales de alto niv,el político, haciéndose énfasis en las prioridades que emanan de los mandatos de la OPS/AMRO. Estos foros cuentan con la asesoría de la OPS/AMRO como agencia líder experta en salud en la Región.</b>					
Indic.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real, a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
35.1.1	La salud está incluida en los temarios o declaraciones de las Cumbres de las Américas, la Cumbre Iberoamericana y la Conferencia de Primeras Damas y otras reuniones regionales de alto nivel político	2	3	3	
35.1.2	El número de eventos en que OPS/ AMRO es consultada para contribuciones sobre temas de salud pertinentes a la agenda y formulación de documentos para las reuniones regionales como los mencionados arriba	4	5	5	



<b>RPR 35.2 Alianzas y asociaciones operativas.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
35.2.1	Relaciones establecidas con más ONG, organizaciones de la sociedad civil o Fundaciones que trabajan en materia de salud, ya sean relaciones oficiales o relaciones de trabajo	Número al final de 2005	Al menos 10% más que en el nivel de 2005	<b>12,4%</b>	
35.2.2	Declaraciones e iniciativas estratégicas conjuntas con organismos de las Naciones Unidas acordadas y puestas en práctica	Número al final de 2005	4 adicionales	<b>8</b>	
35.2.3	Se negocian y se firman programas o convenios de colaboración con organismos bilaterales en el bienio	Número al final de 2005	4 adicionales	<b>8</b>	
35.2.4	Resultados de la Agenda Compartida difundida y analizada con al menos un cuerpo directivo	Número al final de 2005	Al menos 10% más	<b>No se alcanzó.</b>	<b>Esta iniciativa se quedó rezagada en el 2006 y ya no existe debido a los cambios en la gerencia de las organizaciones. La Agenda Compartida dejó de funcionar.</b>
35.2.5	Consultas con instituciones financieras internacionales a nivel de país y regionales cada año	Número al final de 2005	Al menos 10% más	<b>15%</b>	
<b>RPR 35.3 Fortalecimiento de la capacidad de los países y la Oficina de forjar alianzas y asociaciones estratégicas.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
35.3.1	Funcionarios y personal nacional de salud en al menos tres países clave y capacitación en otros tres.	0	Personal de 6 países y 6 oficinas de país	<b>Personal de diez países</b>	

<b>RPR 35.4 Se aumentó el conocimiento y la participación en actividades de armonización y alineamiento dentro del sector salud en la Región.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
35.4.1	Oficiales Nacionales en salud, Representantes y el personal de la Oficina Central reciben información relevante y entrenamiento sobre armonización, alineamiento y coordinación de actividades en el sector salud dentro de la Región	0	Emplea-dos de países claves de la OPS/AMRO	<b>Persona-l de 32 represen-taciones</b>	<b>Mediante la reunión regional y subregional de gerentes que se organiza anualmente.</b>
35.4.2	La OPS/AMRO participa activamente con otras agencia internacionales en reuniones sobre armonización, alineamiento y coordinación y otras iniciativas de salud en la Región	2	4	<b>4</b>	
<b>RPR 35.5 Trabajar con todos los programas dentro de la Organización y socios externos para crear e implementar comunicaciones estratégicas, materiales de información y coordinar reuniones de adiestramiento para los medios de comunicación para los medios de comunicación.</b>					
35.5.1	Componentes de comunicación en programas y proyectos y lanzamientos de nuevos programas e iniciativas	Número al final de 2005	Al menos 10% más	<b>15%</b>	
35.5.2	Creación y producción de material impreso; y expandir la distribución de noticias importantes, hojas de situación y otros artículos sobresalientes	Número al final de 2005	Al menos 10% más	<b>15%</b>	

#### **Enseñanzas extraídas:**

- El diálogo constante sobre políticas con diversas organizaciones mundiales, regionales y subregionales logró la inclusión del programa de acción sanitaria en la agenda política al nivel más alto.
- Las conversaciones abiertas con el sector privado fueron importantes para mejorar el conocimiento mutuo y para construir el diálogo en torno a distintos asuntos de salud. El diálogo se basó en reglas claras de procedimiento incluidas en directrices que se revisan constantemente.
- Las actividades de movilización de recursos mejoraron de manera constante, el mayor financiamiento de apoyo programático que se obtuvo fue uno de los logros más importantes durante el período de evaluación.

## Ejecución financiera

<u>Área de trabajo</u>	Relaciones externas (REC)			Porcentaje de ejecución
	Presupuestado	Asignado	Gasto	
Presupuesto ordinario	4.799.900	4.736.818	4.734.500	100
Otras fuentes	812.000	1.272.036	1.261.800	99
<b>Total (presupuesto ordinario y otras fuentes)</b>	<b>5.611.900</b>	<b>6.008.854</b>	<b>5.996.300</b>	<b>100</b>

### 36. DIRECCIÓN (DGO)

**Grado general de cumplimiento: 100%**

<b>META:</b> Impulsar la salud pública regional y contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, mediante una dirección coordinada en todos los niveles.					
<b>CUMPLIMIENTO DE ESTA META:</b> <b>La Dirección de la OPS ha trabajado a fin de cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio aplicables en la Región, así como otros objetivos mundiales y regionales de desarrollo sanitario. En el bienio 2006-2007 se formularon planes integrados estratégicos y operativos para apoyar estos objetivos y todos los ministerios de salud en las Américas aprobaron la Agenda de Salud para las Américas (una actividad que contó con el apoyo de la Oficina Sanitaria Panamericana).</b>					
<b>OBJETIVO DE LA OPS:</b> Encauzar el trabajo de la Organización dentro del marco general de su Constitución y de acuerdo con el Plan Estratégico a fin de maximizar la contribución de toda la Organización para alcanzar las metas de desarrollo sanitario de los Estados Miembros.					
<b>CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE LA OPS:</b> Hubo varios logros en 2006-2007 que reflejan el éxito, el cumplimiento y la dirección eficaz de la Organización. Entre ellos están la Agenda de Salud y el Plan Estratégico que se elaboraron con un alto grado de participación y respaldados por nuestros Cuerpos Directivos; el Presupuesto para 2008-2009 se aprobó con un aumento; se fortaleció la presencia de los países con la reorganización de la Oficina de Coordinación de Programas en el Caribe y la creación de la Oficina de Coordinación de Programas del Caribe Oriental y la creación de puestos a nivel de país así como la continuación de cargos regionales descentralizados a oficinas en los países. Se estableció una Oficina de Ética, así como el sistema de gestión de los asuntos de integridad y los conflictos presidido por el funcionario a cargo de esta oficina y con la participación de los gerentes de HRM, LEG, OMB y la Asociación de Personal, entre otros. La iniciativa Caras, Voces y Lugares se creó para promover el logro de los ODM que se centran en la equidad y llegar a los excluidos. Se renovó el interés en la atención primaria de salud; la Iniciativa de la Hoja de Rutas concluyó con la elaboración de varios productos, iniciativas y estrategias y la reelección de la Directora en octubre fue un reflejo de la confianza de los Estados Miembros en su liderazgo y un aval de su labor.					
<b>RPR 36.1 Que la OPS responda mejor a las necesidades de cada país.</b>					
Indic.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real, a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
36.1.1	Para todos los países clave, los objetivos de la estrategia de cooperación en los países se habrán logrado  Nivel de satisfacción de los socios nacionales	Menos de 50% de los resultados clave o de los indicadores fundamentales de	Al menos 80% de los resultados clave o de los indicadores fundamentales de	<b>Se alcanzó la meta</b>	<b>Los indicadores de proceso y resultados en el programa de cooperación técnica para los países prioritarios muestran progreso considerable. El Ministro de Salud de Guyana hizo una declaración pública durante la 27.ª Conferencia Sanitaria Panamericana a este</b>

		cumplimiento	cumplimiento logrados.		<b>respecto.</b> <b>El reto para el próximo período será una colaboración más estrecha con las instituciones financieras internacionales que repercute en algunos factores fundamentales para el desempeño de sistemas de salud, como la carrera en Administración Pública.</b>
<b>RPR 36.2 Que la OPS cuente con un foro para el debate y el diálogo.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
36.2.1	Foro regional convocado para diversos temas	1 por bienio	Al menos 2 por bienio	<b>Se alcanzó la meta</b>	<b>Se lanzaron dos foros: el Foro sobre la Diabetes en la Frontera entre México y Estados Unidos y el Foro sobre Salud Urbana</b>
<b>RPR 36.3 Adopción de nuevas modalidades de cooperación técnica.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
36.3.1	Programas subregionales de cooperación técnica ejecutados		75% de los resultados esperados en cada programa subregional se habrán logrado	<b>Se alcanzó la meta plenamente</b>	<b>Se lograron más del 80% de los resultados previstos en las subregiones.</b> <b>La última Reunión de Coordinadores de Salud para la Subregión de MERCOSUR hizo una declaración oficial sobre el progreso satisfactorio logrado, a pesar del período relativamente corto para la ejecución (nuevo nivel de asignación presupuestaria). El reto para el próximo período será abarcar la cooperación total con una subregión en un único instrumento, al margen de la fuente de financiamiento, para lograr un</b>

					<b>enfoque y una gestión más integrados de las prioridades y los recursos.</b>
36.3.2	Nueva iniciativa de “Programa Regional” iniciado	0	3 programas aprobados	<b>Se cumplió</b>	<b>Ejemplos: TCC, Openlink, portal de la red CSU</b>
<b>RPR 36.4 Mejora de los procesos de gestión</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
36.4.1	La calidad del presupuesto bienal por programas se consideró satisfactoria en el primer examen	0,3	0,6	<b>0,6</b>	<b>En virtud del examen preparatorio y las modificaciones, la mayor parte de los planes de trabajo bienales se aprobaron durante el primer examen para la aprobación.</b>
36.4.2	Recomendaciones de la Dependencia Común de Inspección de Naciones Unidas en relación al examen de la gestión basada en la consecución de resultados de la OPS, implementadas	0	0,8	<b>0,8</b>	<b>Se han puesto en práctica todas las recomendaciones aplicables del informe de la Dependencia Común de Inspección o se planea hacerlo oportunamente</b>
36.4.3	Reducción del tiempo para la contratación del personal fijo	No se dispone de datos	10% de reducción promedio en 2005	<b>34,9% (4,1 meses)</b>	<b>En vista de que no había ningún punto de comparación cuando la meta se estableció en el 2005, a los efectos de cumplir con este informe, el punto de comparación se determinó basándose en el tiempo promedio que se necesitó para llenar los cargos en 2006, que fue de 6,3 meses entre la fecha de cierre del anuncio de vacante y la fecha de selección. En el 2007, el tiempo promedio se redujo considerablemente a 4,10 meses, que corresponden a una reducción del tiempo de 34,9%.</b>

<b>RPR 36.5 Que la OPS se convierta en una organización de aprendizaje y conocimiento.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
36.5.1	Cantidad de comunidades de práctica	Cantidad en el bienio 2004-2005	Al menos 5 comunidades más que las que había en el bienio 2004-2005	<b>Se alcanzó</b>	
36.5.2	Porcentaje del personal que contribuye con las comunidades de práctica	N.C.	N.C.	<b>10 a 15%</b>	<b>Se estimó</b>
<b>RPR 36.6 Mejor sinergia y coherencia entre el trabajo de las distintas partes de la Organización.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
36.6.1	La mayor parte de los puntos focales de las áreas de trabajo informan una colaboración satisfactoria a escala mundial con respecto a la planificación y coordinación de recursos	No se dispone de datos	0,6	<b>0,7</b>	<b>Cuando se han realizado evaluaciones</b>
36.6.2	La mayor parte de los países informan un apoyo satisfactorio a los resultados esperados regionales relacionados con los Objetivos de Desarrollo del Milenio seleccionados	No se dispone de datos	Al menos 75%	<b>Se alcanzó</b>	<b>Según notificación de las oficinas en los países</b>
<b>RPR 36.7 Lograr la protección de la condición jurídica y los intereses legales de la Organización y mantener una buen relación con los Estados Miembros.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
36.7.1	Menor cantidad de controversias y otras dificultades legales	Cantidad de controversias en el bienio 2004-2005	Disminución de 10% con respecto a la cantidad de controversias en el bienio 2004-2005	<b>Se alcanzó</b>	<b>Se redujo el número de casos pendientes ante la OIT.</b>

36.7.2	Reducción de la cantidad de casos de incumplimiento de reglas y reglamentos	Cantidad total de casos en el bienio 2004-2005	Disminución de 10% con respecto a la cifra registrada en el bienio 2004-2005	<b>Se alcanzó</b>	
36.7.3	Convenios básicos examinados al menos una vez cada 15 años	No se dispone de datos	Todos los convenios que cumplan con este requisito serán examinados	<b>Se alcanzó</b>	
<b>RPR 36.8 Recomendaciones del reporte especial de los Auditores Externos del año 2004 ejecutadas.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
36.8.1	Capacidad sostenible para ejecutar el Sistema de Integridad y Manejo de Conflicto	No existe la función en la OPS	Establecimiento y nombramiento de dos funcionarios: Oficial de Ética y Oficial Legal	<b>Se alcanzó</b>	<b>Se estableció el cargo y se contrató al funcionario a cargo de la Oficina de Ética; se implantó el CSA</b>
36.8.2	Implementación del proyecto de transformación institucional en los aspectos de transparencia y responsabilidad	Estructura del proyecto aprobado por EXM	100% del Cumplimiento de los resultados esperados	<b>Se alcanzó</b>	
<b>RPR 36.9 Mayor conciencia de los Estados Miembros y los socios mundiales con respecto al trabajo de la OPS.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
36.9.1	Mayor difusión del trabajo de la OPS en los principales medios internacionales, regionales y de los países	Cantidad y tipo de medios que informan sobre el	Que al menos 10% más de los medios de comunicación	<b>Se alcanzó</b>	<b>Cálculo aproximado</b>



		trabajo de la OPS por primera vez	informen sobre el trabajo de la OPS		
36.9.2	Campañas en diversos medios ejecutadas para apoyar temas de salud pública	Todas	Todas	<b>Se alcanzó</b>	

36.9.3	Porcentaje de iniciativas extrapresupuestarias ejecutadas en el bienio junto con un aumento de las estrategias de comunicación	Porcentaje de iniciativas extrapresupuestarias en el bienio 2004-2005	Aumento de 10 puntos porcentuales	<b>Se alcanzó</b>	
--------	--	---	-----------------------------------	-------------------	--

**RPR 36.10 Fondos catalizadores iniciales y fondos flexibles dentro del ámbito del Director Regional proporcionados para programas con necesidades urgentes particulares.**

<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
36.10.1	Asignación estratégica de los fondos del Programa del Director General y de los Directores Regionales para Actividades de Desarrollo hacia iniciativas que promuevan la misión de la Organización, informada al Comité de Ejecutivo	No se asignaron fondos	Todos los fondos asignados y desembolsados de acuerdo con las indicaciones del Director Regional	<b>Se alcanzó</b>	
36.10.2	Asignación de financiamiento variable entre los países de acuerdo con los criterios aprobados por el Subcomité de Planificación y Programación, informada al Comité Ejecutivo	No se asignaron fondos	Todos los fondos fueron asignados y desembolsados por el Director Regional	<b>Se alcanzó</b>	

**Enseñanzas extraídas:**

- Fortalecer el consenso entre los Estados Miembros desde el nivel local hacia arriba para apoyar las metas internacionales en materia de salud pública es fundamental para movilizar recursos y lograr el apoyo político a la misión de la Organización (en referencia al proceso de elaboración del programa de acción sanitaria).
- La mejor tecnología y los procesos de trabajo simplificados han permitido a la Oficina seguir “haciendo más con menos”. El uso de reuniones virtuales se ha convertido en una modalidad corriente en la Región que permite ahorrar costos.
- La capacitación de los gerentes para que puedan realmente administrar es fundamental (en contraposición con gerentes que siguen cumpliendo deberes relacionados con sus áreas de especialidad técnica).
- Es posible poner en marcha un importante cambio institucional a gran escala cuando la fundamentación se comunica adecuadamente, todas las partes participan en el proceso y el personal directivo superior respalda firmemente el cambio (en relación con el nuevo proceso de planificación y los instrumentos respectivos).

### Ejecución financiera

<u>Área de trabajo</u>	<u>Dirección (DGO)</u>			
	<b>Presupuestado</b>	<b>Asignado</b>	<b>Gasto</b>	<b>Porcentaje de ejecución</b>
<b>Presupuesto ordinario</b>	6.685.200	8.307.287	8.270.600	100
<b>Otras fuentes</b>	854.000	1.240.672	1.229.200	99
<b>Total (presupuesto ordinario y otras fuentes)</b>	<b>7.539.200</b>	<b>9.547.959</b>	<b>9.499.800</b>	<b>99</b>

### 37. OPERACIONES DE LAS REPRESENTACIONES DE LA OPS/OMS (COO)

**Grado general de cumplimiento: 86%**

<b>META:</b> Prestar apoyo eficaz y eficiente a los Estados Miembros a fin de que cumplan con sus objetivos nacionales de desarrollo de la salud mediante una presencia central adecuada de la OPS/OMS a nivel de país.					
<b>CUMPLIMIENTO DE ESTA META:</b> <b>Se cumplió. La meta se alcanzó mediante la Estrategia de Cooperación con los países, que se estableció en 22 representaciones, aparte del apoyo continuo por medio de las oficinas en los países y la coordinación desde todos los niveles de la Organización.</b>					
<b>OBJETIVO DE LA OPS:</b> Que la presencia de la OPS/OMS en el país sea pertinente, adecuada y reciba el apoyo necesario técnico, administrativo y de gestión de todos los niveles de la Oficina.					
<b>CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE LA OPS:</b> <b>Se cumplió. Los Cuerpos Directivos de la Región de las Américas apoyaron la política de cooperación centrada en los países, que es una prioridad de la Alta Gerencia.</b>					
<b>RPR 37.1 Suministro de recursos apropiados y suficientes a las oficinas de país para su funcionamiento óptimo, según la presencia establecida por la OPS/OMS en el país.</b>					
Indic.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real, a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
37.1.1	Porcentaje de países para los cuales se han definido y establecido de manera sistemática criterios sobre la presencia en el país, basados en la nueva estrategia de cooperación técnica, el programa de cooperación técnica y la nueva Política del Presupuesto Regional por Programas	15% 21	80% 28	20	<b>Se analiza permanentemente la presencia en el país, y se analiza y se actualiza para asegurar su uniformidad con la Agenda Estratégica. Hay cinco Estrategias de Cooperación con los países que se pondrán en práctica en el 2008.</b>
37.1.2	Número de oficinas que han ejecutado un plan de cambio del perfil del personal como resultado de la estrategia de cooperación en los países	7	28	20	<b>Ídem</b>
37.1.3	Número de oficinas que se mantienen actualizadas con infraestructura y procedimientos informáticos que conservan la armonización y la conectividad con los sistemas e instrumentos institucionales de la OPS y la OMS	21	28	28	
<b>RPR 37.2 Ejecución del plan de desarrollo para las oficinas de país, con formación del personal.</b>					

<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
37.2.1	Formulación, seguimiento, ejecución y evaluación de un plan de desarrollo para cada oficina de país alineado con la estrategia de cooperación en los países y en conformidad con las normas establecidas en 2005	10	28	12	Se están examinando las directrices para hacerlas más flexibles y fáciles y se seguirán poniendo en práctica planes de desarrollo en el bienio 2008-2009. Algunas oficinas en los países han introducido innovaciones mediante el método de “grupos óptimos”.
<b>RPR 37.3 Fortalecimiento de las redes entre las oficinas de país, la red de unidades de apoyo a los países de la OMS y los niveles regional y mundial.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
37.3.1	Implantación del sistema para sistematizar el establecimiento de redes y la divulgación de información entre las oficinas de país y los niveles regional y mundial	Sistema para la Cooperación técnica descentralizada	Ampliación del sistema para incluir otros temas y niveles de la Organización	Se alcanzó	Se desarrolló Openlink para esta finalidad. La capacitación comenzará en el 2008

<b>RPR 37.4 Mejoramiento de la eficiencia y la eficacia de los servicios administrativos para apoyar la prestación de cooperación técnica.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
37.4.1	Número de evaluaciones internas realizadas anualmente en las oficinas de país para determinar la eficiencia y la eficacia, realizadas conjuntamente (entre la oficina de país y el nivel regional )	0	8	29	<b>Se revisaron los planes de trabajo bienales y los niveles regional y nacional colaboraron no solo en la evaluación sino también en la planificación para 2008-2009.</b>
37.4.2	Establecimiento de procedimientos y sistemas para compartir información y recomendaciones derivadas de las visitas de vigilancia a las oficinas de país con las unidades y las áreas pertinentes en la Oficina Regional	0	1	1	<b>Se están aplicando directrices actualmente para las visitas de vigilancia.</b>

#### **Enseñanzas extraídas:**

- Durante el 2006 hubo un importante proceso de transformación de la presencia de la OPS en los países en el Caribe con la reestructuración de la antigua oficina para la Coordinación de Programas en el Caribe y su conversión en dos unidades orgánicas separadas. Esta decisión se adoptó como resultado de la reestructuración emprendida después de la que se puso en marcha la Estrategia de Cooperación con los Países para el Caribe oriental. Este ejercicio resultó ser único y presentó diversos retos de gestión y administrativos durante el proceso; no obstante, fue una experiencia muy positiva. AFRO solicitó orientación para aprender de este proceso que podría ayudarlos en sus propias subregiones.
- En el 2005, el Comité Regional estableció oficialmente el nivel subregional de cooperación técnica, que permite la asignación de recursos para las plataformas subregionales. Por primera vez en el bienio 2006-2007, se elaboró un programa de cooperación técnica para cada subregión. Esto representa una experiencia única también dentro del sistema de las Naciones Unidas. En las representaciones y los centros panamericanos de cada subregión hay asesores entre países o subregionales que prestan apoyo técnico y complementan los recursos técnicos de las oficinas. Sin embargo, su responsabilidad principal es centrar la cooperación técnica en asuntos de salud y los determinantes de la salud en relación con el programa de entidades de integración subregional.
- Openlink es una buena herramienta para el intercambio de información. La Organización se está embarcando en la reestructuración de los procesos de información y gestión del conocimiento, por lo tanto, se necesita más congruencia y armonización para evitar la repetición de herramientas, sitios y sistemas para el intercambio de información.

- El examen de los planes de trabajo bienales, en particular el enfoque de arbitraje por pares, representó un proceso muy rico que permitió lograr un buen intercambio de información entre el nivel regional y de país.

### Ejecución financiera

<u>Área de trabajo</u>	<b>Operaciones de las Representaciones de la OPS/OMS (COO)</b>			
	<b>Presupuestado</b>	<b>Asignado</b>	<b>Gasto</b>	<b>Porcentaje de ejecución</b>
<b>Presupuesto ordinario</b>	21.124.500	23.728.465	23.165.500	98
<b>Otras fuentes</b>	4.000.000	1.531.078	1.111.700	73
<b>Total (presupuesto ordinario y otras fuentes)</b>	<b>25.124.500</b>	<b>25.259.543</b>	<b>24.277.200</b>	<b>96</b>

### 38. COOPERACIÓN TÉCNICA ENTRE LOS PAÍSES (TCC)

**Grado general de cumplimiento: 75%**

<b>META:</b> Aumentar el reconocimiento y la utilización de la capacidad existente de los Estados Miembros a fin de favorecer la cooperación horizontal, sobre la base del panamericanismo, la solidaridad y los principios de integración.					
<b>CUMPLIMIENTO DE ESTA META:</b> Se cumplió. La OPS/OMS sigue brindando apoyo y promoviendo la cooperación técnica entre los países.					
<b>OBJETIVO DE LA OPS:</b> Aumentar el uso de la estrategia de cooperación técnica entre países y mejorar la gestión de los proyectos para lograr una mayor eficiencia y eficacia.					
<b>CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE LA OPS:</b> La cooperación técnica entre los países se ha convertido en un mecanismo eficiente y eficaz para promover la cooperación horizontal. La OPS/OMS ha conseguido promover su uso por parte de los países.					
<b>RPR 38.1 Mayor uso del enfoque de cooperación técnica entre países dentro de las subregiones y en las regiones de la OMS .</b>					
Indic.	Descripción	Línea de Base	Meta	Real, a diciembre del 2007	Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones
38.1.1	Número de iniciativas de cooperación técnica entre países	70 por bienio	80 por bienio	40	Aunque, el número es más bajo de lo previsto, las propuestas de cooperación técnica entre países han adquirido más peso y se necesita un período de ejecución más largo (a veces, de 4 a 5 años)
38.1.2	Número de iniciativas de cooperación técnica entre países que incluyen países limítrofes o países en la misma subregión	25%	35%	lograda	
38.1.3	Número de iniciativas de cooperación técnica entre países que incluyen países en otras regiones de la OMS	0	2	1	Brasil y Cuba cooperan con Angola mediante la Alianza GAVI en la eliminación de la poliomielitis. Hay un interés considerable por la cooperación técnica entre países de las regiones (síndrome de muerte súbita del recién nacido, Red de Promoción de la Salud Mega Países, los países de habla portuguesa, etc.). Lamentablemente la Organización todavía carece de un mecanismo para

					<b>fomentar la cooperación interregional.</b>
<b>RPR 38.2 Mejor planificación, ejecución, vigilancia y evaluación de proyectos de cooperación técnica entre países.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
38.2.1	Número de subregiones en las cuales se ha ofrecido capacitación en materia de cooperación técnica entre países de acuerdo con las directrices convenidas	3	4	4	
38.2.2	Porcentaje de proyectos con una evaluación e informe final	0.5	1	50%	<b>Muchos proyectos concluyeron en diciembre del 2007. Se prevé que los informes finales estén listos a principios del 2008.</b>
<b>RPR 38.3 Proceso mejorado de revisión y aprobación de los proyectos de cooperación técnica entre países.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
38.3.1	Porcentaje de proyectos evaluados de acuerdo con los criterios convenidos en el lapso de dos semanas después de la presentación de la propuesta final y de todos los documentos necesarios de referencia	0,6	1	75%	<b>La evaluación está en proceso.</b>
<b>RPR 38.4 Mayor diversidad de instituciones nacionales involucradas en la planificación y ejecución de proyectos de cooperación técnica entre países.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
38.4.1	Porcentaje de proyectos de cooperación técnica entre países que cuenta con la participación de otras organizaciones además de los ministerios de salud	0,6	0,8	40%	<b>Está aumentando la participación de organizaciones ajenas a los ministerios de salud, pero la contraparte principal de la OPS sigue siendo el socio principal en los proyectos de cooperación técnica entre países.</b>



<b>RPR 38.5 Mejor intercambio de información con respecto a las prácticas óptimas y las enseñanzas extraídas de cooperación técnica entre países.</b>					
<b>Indic.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Meta</b>	<b>Real, a diciembre del 2007</b>	<b>Explicación (obligatoria si no se alcanzó la meta) u observaciones</b>
38.5.1	Base de datos de cooperación técnica entre países plenamente establecida, en funcionamiento y accesible con datos e información pertinente actualizados mensualmente y difundidos en internet	0,3	1	<b>1</b>	
38.5.2	Estudios exhaustivos de casos de cooperación técnica entre países llevados a cabo.	5	20	<b>20</b>	

### **Enseñanzas extraídas:**

- La Cooperación Técnica entre Países ha sido una estrategia importante para la OPS puesto que es una modalidad excepcional para la cooperación en materia de salud, cuyo potencial debe aprovecharse para superar los retos actuales hacia el desarrollo nacional sanitario y el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio.
- La Cooperación Técnica entre Países (CTP) también se incorporó en el diálogo con los homólogos nacionales sobre la Estrategia de Cooperación con los Países utilizada a lo largo del bienio, especialmente en los casos de Brasil y Cuba. Esto representa una gran oportunidad para fortalecer la CTP como una modalidad de cooperación técnica entre países. Cada vez hay más interés manifiesto de los países en la Región de las Américas para ocuparse de la cooperación con otros países en otras regiones, en particular AFRO.
- El interés en la CTP expresado por países como Argentina, Brasil y México brinda la oportunidad de poner a disposición una considerable cantidad de recursos técnicos procedentes de países de ingresos medianos para apoyar el avance hacia el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio, entre otros.
- Se debe promover el valor de la CTP en vista del 30.º Aniversario de la Cooperación Técnica Entre Países en Desarrollo en el 2008.

## Ejecución financiera

<u>Área de trabajo</u>	Cooperación Técnica entre los Países (TCC)			
	Presupuestado	Asignado	Gasto	Porcentaje de ejecución
Presupuesto ordinario	2.558.000	1.258.219	1.240.500	99
Otras fuentes	2.000.000	-	-	-
<b>Total (presupuesto ordinario y otras fuentes)</b>	<b>4.558.000</b>	<b>1.258.219</b>	<b>1.240.500</b>	<b>99</b>

- - -