



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



28.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA
64.^a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 17 al 21 de septiembre del 2012

Punto 4.3 del orden del día provisional

CSP28/8 (Esp.)
26 de julio del 2012
ORIGINAL: INGLÉS

**EVALUACIÓN DE FIN DEL BIENIO
DEL PROGRAMA Y PRESUPUESTO 2010-2011 DE LA OPS
Y SEGUNDO INFORME INTERINO
SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS
CON RESPECTO AL PLAN ESTRATÉGICO 2008-2012 DE LA OPS**

ÍNDICE

	<i>Página</i>
I. RESUMEN	3
II. INTRODUCCIÓN	6
III. PANORAMA DEL PROCESO DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO EN LA OPS	7
IV. DESEMPEÑO PROGRAMÁTICO Y PRESUPUESTARIO	10
A) Principales logros, retos y enseñanzas	10
B) Evaluación programática por objetivo estratégico	23
<i>Progreso hacia el logro de los objetivos estratégicos</i>	23
<i>Progreso hacia el logro de los RPR</i>	25
<i>Situación de los indicadores de los RPR</i>	28
C) Presupuesto y movilización de recursos	28
<i>Panorama del presupuesto</i>	28
<i>Segmento de programas básicos</i>	29
<i>Respuesta a brotes y crisis</i>	37
<i>Contribuciones voluntarias nacionales</i>	38
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	40
VI. ANEXOS	
Anexo I Informes de avance hacia la consecución de los objetivos estratégicos	
Anexo II Metas de los indicadores de RPR que no se alcanzaron en 2010-2011	
Anexo III Países y territorios	
Anexo IV Siglas	

**EVALUACIÓN DE FIN DEL BIENIO
DEL PROGRAMA Y PRESUPUESTO 2010-2011
Y SEGUNDO INFORME INTERINO
SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS
CON RESPECTO AL PLAN ESTRATÉGICO 2008-2012 DE LA OPS**

I. RESUMEN

1. El presente informe, cuya finalidad es mantener a los Cuerpos Directivos al corriente de los progresos realizados en la ejecución del Plan Estratégico 2008-2012, se encuadra en el compromiso de la Organización con la rendición de cuentas y la transparencia de acuerdo con su marco de gestión basada en los resultados. Abarca la evaluación preliminar de fin del bienio del Programa y Presupuesto 2010-2011 y el segundo informe sobre los progresos realizados con respecto al Plan Estratégico 2008-2012 (en adelante denominado Plan Estratégico) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

2. El documento se basa en la información obtenida por medio del proceso de seguimiento y evaluación del desempeño realizado en toda la Oficina Sanitaria Panamericana. Consiste en un análisis de la ejecución programática y presupuestaria por objetivo estratégico (OE) y por los diferentes niveles de la Organización. La información sobre las actividades de la Oficina para movilizar recursos a fin de cubrir la brecha de financiamiento del Programa y Presupuesto aprobado para 2010-2011 también proporciona un análisis de la asignación de recursos por prioridad programática.

3. Según los resultados de la evaluación, la Organización sigue avanzando de manera constante hacia la consecución de las metas fijadas en el Plan Estratégico para el 2013. La evaluación de fin del bienio indica que, de los 16 objetivos estratégicos, 12 estaban en curso y cuatro estaban en riesgo. De los 90 resultados previstos a nivel regional (RPR), 82 estaban en curso, siete estaban en riesgo y uno estaba en problemas. De las 256 metas de los indicadores de los RPR, se alcanzaron 233 (91%). Cabe señalar que más de 45% (104) de los indicadores de los RPR excedieron sus metas para el 2011 y, de estos, más de la mitad ya han alcanzado o excedido sus metas para el 2013.

4. En vista del progreso observado en los diferentes objetivos estratégicos, la Región ha hecho avances importantes hacia la consecución de las metas para el 2013 en lo que se refiere a las repercusiones en la salud pública enunciadas en el Plan Estratégico. Por ejemplo, la Región ha avanzado mucho en la reducción de la mortalidad infantil: 31 países tienen una tasa de mortalidad de menores de 5 años de menos de 32,1 defunciones por 1.000 nacidos vivos, lo cual excede la meta para el 2013 (26 países). Además, la Región ha avanzado hacia la consecución de las metas de eliminación de las enfermedades tropicales desatendidas, con la certificación en 14 países de la interrupción

de la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas; en el 2006, solo tres países habían obtenido esta certificación. Se ha seguido reduciendo el número de casos de malaria en los países de la Región con endemidad, dando lugar a una reducción general del 43% en el número de casos en comparación con la línea de base del 2000. Se observó una disminución continua de la incidencia de la tuberculosis, que bajó a 29 casos por 100.000 en el 2009, en comparación con 39 casos en el 2006. En las Américas se salvó la vida de alrededor de 174.000 niños como consecuencia del mantenimiento y la ampliación de la cobertura de vacunación. En cinco países, la tasa de transmisión maternoinfantil del VIH fue inferior al 2%, y nueve países alcanzaron la meta del acceso universal al tratamiento antirretrovírico. Las muertes por enfermedades no transmisibles (ENT) bajaron a 2,1 millones en el 2007, en comparación con 2,4 millones en el 2000. Además, en siete países se logró reducir el consumo de tabaco el 10%.

5. A pesar del gran progreso realizado, hay algunos retos que vale la pena señalar. Por ejemplo, las repercusiones persistentes de la crisis financiera mundial podrían comprometer la capacidad de los países para continuar progresando en la reducción de las brechas y mantener los adelantos logrados en el ámbito de la salud pública. Otros retos son la lenta reducción de la tasa de mortalidad materna y la necesidad de una mayor colaboración multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud (equidad, derechos humanos y protección de grupos vulnerables). La lucha contra las ENT y los problemas de salud relacionados con el modo de vida, la nutrición y la seguridad alimentaria siguen siendo problemas importantes. A fin de estar en condiciones de detectar las emergencias de salud pública de importancia internacional, responder y manejarlas de manera adecuada, los países deben fortalecer sus capacidades nacionales básicas de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (2005). Hay que extender la cobertura de la protección social en el ámbito la salud con un financiamiento suficiente y sostenible.

6. El segmento de programas básicos del Programa y Presupuesto 2010-2011 aprobado para el bienio fue de \$643 millones¹; de esta suma, la Organización dispuso de \$583 millones (91%) para el bienio. La tasa de ejecución de estos fondos durante el bienio fue del 89% (\$521 millones). Es importante señalar que, en términos generales, hay una correlación muy buena entre las tasas de ejecución de los programas y presupuestos: 91% de las metas de los indicadores de los RPR se alcanzaron con la ejecución de 89% de los fondos presupuestarios disponibles para el bienio. De los \$643 millones asignados a los programas básicos y el presupuesto aprobados, \$287 millones provinieron del presupuesto ordinario. La diferencia de \$356 millones constituyó la brecha de financiamiento inicial. Para fines del bienio, la Organización logró movilizar \$296 millones más, reduciendo así la brecha de financiamiento a \$60 millones.

¹ A menos que se indique otra cosa, todas las cifras monetarias en este documento se expresan en dólares de Estados Unidos.

7. Además de los programas básicos, el Programa y Presupuesto incluía otros dos segmentos: respuesta a brote y crisis, y contribuciones voluntarias nacionales. Durante el bienio, la Organización recibió \$48 millones para la respuesta a brotes y crisis y \$348 millones más en contribuciones voluntarias nacionales. La tasa de ejecución de estos fondos fue del 98% para la respuesta a brotes y crisis y del 75% para las contribuciones voluntarias nacionales.

8. Si se combinan los tres segmentos del Programa y Presupuesto, la Organización tuvo a su disposición \$979 millones para el bienio, con una tasa de ejecución general del 85%.

9. Hubo un cambio positivo en la asignación de recursos según la prioridad programática asignada a los diversos objetivos estratégicos, en particular en tres de los cinco de mayor prioridad (a saber, salud maternoinfantil, prevención y control de enfermedades transmisibles, y prevención y control de enfermedades crónicas²). Sin embargo, habrá que continuar trabajando para armonizar mejor la asignación de recursos con las prioridades programáticas.

10. Durante el bienio, la Oficina Sanitaria Panamericana siguió invirtiendo en programas e iniciativas para optimizar los recursos de la Organización, entre ellos la consolidación del marco de gestión basada en los resultados y la implementación de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS). No obstante, es necesario abordar algunos aspectos fundamentales antes de implantar plenamente la gestión basada en los resultados en toda la Organización: el fortalecimiento del componente de rendición de cuentas, la mejora de la documentación y aplicación de las enseñanzas, la simplificación del proceso de planificación y el fortalecimiento tanto de la calidad como de la coherencia de los diferentes componentes del Plan Estratégico de la OPS, a fin de que reflejen mejor el progreso hacia logros en forma de efectos y resultados en todos los niveles de la Organización. Además, hay que seguir promoviendo e implementando el enfoque interprogramático horizontal, en particular para afrontar los nuevos retos.

² Las frases “enfermedades no transmisibles” (ENT), “enfermedades crónicas no transmisibles” (ECNT) y “enfermedades crónicas” se usan como sinónimos en este documento y, en general, en toda la Organización.

II. INTRODUCCIÓN

11. De acuerdo con lo estipulado en el Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS, cada dos años la Oficina Sanitaria Panamericana debe presentar informes a los Cuerpos Directivos de la Organización sobre los progresos realizados en la ejecución del Plan. Este informe abarca el bienio 2010-2011 y es el segundo informe sobre los progresos realizados que se presenta a los Cuerpos Directivos de la OPS durante ese período.

12. El documento se basa en la información obtenida por medio del proceso de seguimiento y evaluación del desempeño realizado en toda la Oficina Sanitaria Panamericana. Consiste en un análisis de la ejecución programática y presupuestaria por los diferentes niveles de la Organización (entidades de país, subregionales y regionales) y por objetivo estratégico. Se proporciona asimismo información sobre las actividades de la Oficina para movilizar recursos a fin de cubrir la brecha de financiamiento del Programa y Presupuesto aprobado para 2010-2011, así como sobre la asignación de recursos por nivel de organización y por objetivo estratégico.

13. En el informe se incorporan las recomendaciones formuladas por los Estados Miembros en el primer informe sobre los progresos realizados en el bienio 2008-2009, presentado al 50.º Consejo Directivo de la OPS en septiembre del 2010, y las observaciones recibidas del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración. El informe final, que se presentará a la 28.ª Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre del 2012, incluirá las recomendaciones de la 150.ª sesión del Comité Ejecutivo de la OPS, que se celebrará en junio del 2012.

14. Este informe tiene seis secciones: las secciones I, II y III consisten en un resumen, una introducción y un panorama del proceso de seguimiento y evaluación del desempeño, respectivamente. La sección IV contiene los análisis institucionales del desempeño programático y presupuestario, así como de la movilización de recursos. La sección V es un resumen de las conclusiones y recomendaciones. Por último, la sección VI consiste en los anexos I a IV. El anexo I contiene informes detallados sobre el avance realizado en relación con cada uno de los 16 objetivos estratégicos, con sus respectivos RPR e indicadores de RPR.

III. PANORAMA DEL PROCESO DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO EN LA OPS

15. El informe refleja la evaluación realizada a fines del bienio 2010-2011. Según se establece en el proceso de seguimiento y evaluación del desempeño de la Organización, la evaluación se llevó a cabo con la participación de todos los gerentes de las entidades de la Oficina Sanitaria Panamericana y sus equipos de trabajo, así como de la Gerencia Ejecutiva. En el transcurso de este ejercicio se examinó el desempeño de cada una de las 69 entidades de la OSP y el progreso realizado hacia el logro de los 16 objetivos estratégicos, los 90 RPR y los 256 indicadores de los RPR establecidos en el Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS. Mediante este ejercicio se obtuvieron los aportes principales para la preparación del informe sobre los progresos realizados que se presentará a los Cuerpos Directivos de la OPS en el 2012.

16. La evaluación incluye métodos tanto cuantitativos como cualitativos, que se describen a continuación.

17. Primero, se evalúa la consecución de las metas de los indicadores de los RPR fijadas para fines del 2011 sobre la base de la información suministrada por los gerentes de las entidades. Esta parte de la metodología es cuantitativa (se alcanzó la meta o no se alcanzó) y los gerentes de las entidades son responsables de que se obtengan los resultados comprendidos en su ámbito de responsabilidad y de la información que suministran. En el caso de los indicadores del tipo “número de países”, los números contenidos en los informes de los gerentes de las entidades de países se suman a fin de determinar si se obtuvo el número necesario de países para alcanzar la meta del indicador del RPR. Después se hace un análisis cualitativo de los RPR y, por último, sobre la base de esta información, se hace un análisis cualitativo de los objetivos estratégicos. En ambos casos, se tiene en consideración el número de metas de los indicadores de RPR que se alcanzaron.

18. Se han adoptado los siguientes criterios de clasificación para el seguimiento de la ejecución programática y presupuestaria de los RPR y los objetivos estratégicos:

- Tasa de ejecución del 90 al 100% = en verde, o “en curso”: no se prevén impedimentos ni riesgos que puedan afectar considerablemente el progreso.
- Tasa de ejecución del 75 al 89% = en amarillo, o “en riesgo”: el progreso está en peligro y se necesitan medidas para superar retrasos, impedimentos y riesgos.
- Tasa de ejecución inferior al 75% = en rojo, o “en problemas”: el progreso corre grave peligro debido a obstáculos o riesgos que podrían impedir la consecución de las metas.

19. Las tasas de ejecución programática del 75% o mayores y del 90% para la ejecución presupuestaria se consideran como un desempeño aceptable al final del período de planificación, según se estipula en el Plan Estratégico 2008-2012.

20. A continuación se describe brevemente el método utilizado para cada componente del informe.

Evaluación programática

21. *Análisis por objetivo estratégico:* Los facilitadores de los objetivos estratégicos evalúan el progreso hacia la consecución de los objetivos estratégicos de acuerdo a lo establecido para el final del Plan Estratégico. Analizan el nivel combinado de consecución de los RPR y de los factores que contribuyen al progreso hacia el cumplimiento de los objetivos estratégicos o que lo obstaculizan (evaluación cualitativa), teniendo en cuenta las metas de los indicadores de RPR que se hayan alcanzado (evaluación cuantitativa). Los facilitadores de los objetivos estratégicos clasifican la situación de cada objetivo al final del bienio y determinan si está “en curso”, “en riesgo” o “en problemas” en lo que se refiere a su consecución para el 2013.

22. *Análisis por RPR:* La evaluación de los RPR, realizada por sus facilitadores, consiste en determinar el grado de consecución de las metas de los indicadores de los RPR (evaluación cuantitativa) y los factores que contribuyen al progreso en la consecución de los RPR o que lo obstaculizan (evaluación cualitativa). Los facilitadores de los RPR clasifican la situación de los RPR al final del bienio y determinan si están “en curso”, “en riesgo” o “en problemas” en lo que se refiere a su consecución para el 2013.

23. *Análisis por metas de los indicadores de los RPR:* El cumplimiento de los indicadores de los RPR se mide sobre la base de la consecución de las metas establecidas para cada bienio (es decir, si se alcanzaron o no se alcanzaron).

Evaluación presupuestaria

24. *Ejecución presupuestaria:* Se evalúa para la Organización en su totalidad, por nivel institucional (entidades de país, subregionales y regionales), por objetivo estratégico y por procedencia de los fondos, que pueden ser del presupuesto ordinario o de otras fuentes. La tasa de ejecución presupuestaria se obtiene dividiendo los gastos por el total de los fondos disponibles para el bienio.

25. *Movilización de recursos:* En el Programa y Presupuesto se establece la cantidad estimada de fondos (costo planificado) necesarios para ejecutar el programa de trabajo aprobado por los Cuerpos Directivos para un bienio dado. En el Programa y Presupuesto también se estipula la cantidad estimada de fondos requeridos para cada objetivo

estratégico. En el bienio, la Oficina moviliza recursos para cubrir las brechas de financiamiento de cada objetivo estratégico. De acuerdo con la gestión basada en los resultados, cada entidad planifica el costo de su plan de trabajo bienal (independientemente de la fuente de los fondos), según la cantidad estimada de recursos requeridos para la consecución de sus resultados previstos y sus productos en ese bienio. En el transcurso del bienio, se movilizan recursos para cubrir la brecha de financiamiento de los objetivos estratégicos y de las entidades; estos recursos a su vez contribuyen a cubrir la brecha de financiamiento a nivel de toda la Organización (en cualquier momento del bienio, la diferencia entre el cálculo original y los recursos de todas las fuentes que están disponibles en ese momento para ejecutar el programa es la brecha de financiamiento).

IV. DESEMPEÑO PROGRAMÁTICO Y PRESUPUESTARIO

A) Principales logros, retos y enseñanzas

26. En el resumen que se presenta a continuación se destacan algunos de logros, retos y enseñanzas principales del bienio 2010-2011. Los *Informes de avance hacia la consecución de los objetivos estratégicos* (anexo I) contienen información detallada sobre cada objetivo estratégico.

1) *Logros y retos principales*

27. En los tres componentes del marco estratégico para la cooperación establecido en el Plan Estratégico de la OPS se señalan los logros y retos en los siguientes rubros:

- Terminar la agenda inconclusa
- Proteger los logros
- Enfrentar retos nuevos

a) *Terminar la agenda inconclusa*

Logros

- i) En la Región de las Américas se observó un progreso notable en el bienio 2010-2011 en lo que se refiere tanto a la reducción de la mortalidad infantil como a la mejora de la salud materna, que contribuyó a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) 4 y 5 de las Naciones Unidas. Según los indicadores básicos de la OPS para el 2010, en 31 países de la Región la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años era de menos de 32,1 por 1.000 nacidos vivos; en consecuencia, la Región ya ha excedido la meta para el 2013 (de 26 países). Cabe destacar igualmente el aumento del número de partos atendidos por personal de salud capacitado en América Latina y el Caribe, que ahora llega al 92,9%, excediendo de esta forma la meta para el 2013 (90%).
- ii) Se avanzó hacia la consecución de las metas regionales de eliminación de enfermedades tropicales desatendidas tales como la oncocercosis, la enfermedad de Chagas y la esquistosomiasis. En 14 países se ha certificado la interrupción de la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas y Colombia está tramitando la certificación de la eliminación de la oncocercosis.
- iii) Los casos de malaria siguieron disminuyendo en 18 de los 21 países con endemidad de la Región. Según el *Informe mundial sobre el paludismo*

2011, de la OMS, los casos notificados en la Región de las Américas bajaron de 1.182.418 en el 2000 a 678.164 en el 2010, lo cual representa una disminución del 43% en el número de casos. Asimismo, las 130 defunciones notificadas ese mismo año representan una disminución del 65% en el número de defunciones en comparación con la línea de base del 2000.

- iv) Desde el 2006, la disminución continua de la incidencia de la tuberculosis por 100.000 habitantes (incluidos los pacientes infectados por el VIH que tienen tuberculosis) indica que en verdad se alcanzará la meta para el 2013 de una incidencia de tuberculosis de 27 casos; en realidad, en el 2009 el número había bajado a 29.
- v) Se ha observado un progreso continuo en relación con la perspectiva de género, la diversidad cultural, los derechos humanos y la salud de los pueblos indígenas y otros grupos étnicos, así como de otros grupos vulnerables. En 31 países se están llevando a cabo planes para promover la perspectiva de género en el sector de la salud; en 11 países se han revisado o formulado políticas y leyes de una manera compatible con los instrumentos internacionales de derechos humanos y en 21 países se están ejecutando políticas, planes o programas para mejorar la salud de los pueblos indígenas. Además, en unos 17 países se ha puesto en práctica la iniciativa Rostros, Voces y Lugares.
- vi) Aunque subsisten retos en relación con problemas de nutrición y seguridad alimentaria, 26 países ya han implantado o están implantando mecanismos de coordinación multisectorial, políticas, planes o programas para prevenir la desnutrición dentro de su marco nacional de seguridad alimentaria y nutrición.

Retos

- i) Según se observa en el Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna grave (aprobado por el 50.º Consejo Directivo de la OPS en el 2010), en casi ninguno de los países se está reduciendo la mortalidad materna en medida suficiente para alcanzar el ODM 5, ni siquiera en aquellos con las tasas de morbilidad y mortalidad maternas más bajas, como Canadá y Estados Unidos. En nueve países de la Región, las tasas de morbilidad y mortalidad maternas son superiores al promedio regional de 88,9 por 100.000 nacidos vivos. Además, 95% de todos los casos de mortalidad materna son prevenibles, en vista de las causas más frecuentes de muerte (hipertensión provocada por el embarazo, hemorragia, complicaciones de abortos realizados en condiciones

peligrosas, obstrucción del trabajo de parto, septicemia y otras causas directas).

- ii) Aunque los países siguieron reduciendo la incidencia de la malaria, persisten varios retos, entre ellos mantener y fortalecer la vigilancia en todos los niveles del sistema de salud para detectar amenazas de malaria y, en consecuencia, desencadenar respuestas apropiadas con una demora mínima. Otro reto es la detección de la resistencia a los medicamentos antimaláricos.
- iii) El enfoque de “entornos saludables” cobró impulso con la renovación de la agenda de Promoción de la Salud, centrada en los determinantes sociales y ambientales de la salud. Sin embargo, es necesario intensificar la acción para aplicar plenamente la estrategia renovada y las medidas descritas en el documento titulado *Escuelas promotoras de la salud: fortalecimiento de la iniciativa regional. Estrategias y líneas de acción 2003-2012*, aprobado por el Consejo Directivo de la OPS.
- iv) La acción intersectorial sigue siendo un reto para abordar los determinantes sociales de la salud, incluidos los problemas relacionados con el cambio climático. En el 2011, tanto en la Reunión Regional de Consulta sobre los Determinantes Sociales de la Salud como en la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud participaron predominantemente representantes del sector de la salud, a pesar de los esfuerzos para incluir otros sectores. En algunos países todavía no se está abordando el tema del cambio climático y la salud. También se plantea el reto de ejecutar políticas de control de vectores ecológicamente racionales.
- v) Los retos en el área de la nutrición incluyen las siguientes necesidades:
 - Promover el diálogo con diversos actores y contrapartes.
 - En lo que concierne a los ministerios de salud, determinar las prioridades nacionales en materia de nutrición.
 - Mejorar las bases de datos existentes sobre procesos nutricionales para niños pequeños.
 - Motivar a los países para que sigan mejorando sus programas.
 - Movilizar la voluntad política necesaria y los recursos financieros para incorporar indicadores del estado de nutrición en los sistemas de vigilancia sanitaria.

- Movilizar recursos para promover y apoyar la investigación, así como para difundir información basada en datos probatorios.

28. Cabe señalar que el OE 9 (relacionado con la nutrición y la seguridad alimentaria) corre el riesgo de no alcanzar sus metas para el 2013.

b) *Proteger los logros*

Logros

- i) La Región de las Américas ha seguido manteniendo y ampliando la cobertura de vacunación, como consecuencia de la cual se ha salvado la vida de alrededor de 174.000 niños al año. Todos los países y territorios se mantienen libres de poliomielitis y esperan mantener la erradicación hasta el 2013 y en años subsiguientes. También han logrado interrumpir la transmisión endémica del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC).
- ii) Continúan los avances en la aplicación de la Estrategia renovada de atención primaria de salud: siete países ya han implementado la estrategia y 18 están haciéndolo.
- iii) Las autoridades sanitarias nacionales siguieron fortaleciendo su función de rectoría y liderazgo. En 29 países se han formulado políticas, así como planes de mitad de período y a largo plazo. En 18 países se han formado comisiones nacionales para vigilar el cumplimiento de los principios éticos en la investigación científica. En 12 países se ha evaluado a los organismos nacionales de regulación de medicamentos y productos biológicos, cuatro de los cuales fueron designados como autoridades de referencia regional. En 17 países se han formulado políticas y programas nacionales del sector de la salud en materia de rehabilitación, en consonancia con las recomendaciones de la OPS/OMS para la discapacidad y la rehabilitación y con el marco para cumplir la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad.
- iv) Los países siguieron invirtiendo en intervenciones para mejorar el acceso a la asistencia y la calidad de atención. En 22 países se ha aplicado la Estrategia de la OPS/OMS sobre la calidad de la atención y la seguridad del paciente, y 19 países han incorporado en su constitución nacional el derecho a la salud (que consagra el acceso a los medicamentos) o el derecho al acceso a los medicamentos y las tecnologías sanitarias.

Retos

- i)* Aunque se ha avanzado un poco en la ampliación de la protección social y el aumento del financiamiento del sector de la salud, es necesario ampliar considerablemente la cobertura de la protección social en la salud por medio de un financiamiento suficiente y sostenible. Eso es fundamental para continuar avanzando en la reducción de las brechas, proteger los avances realizados y enfrentar retos nuevos de la salud pública.
- ii)* Es necesario fortalecer tanto la vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles mediante vacunación como la calidad de los datos en los informes periódicos. No es fácil demostrar el efecto de las intervenciones de vacunación dirigidas a los municipios de baja cobertura, ya que todavía no hay datos al respecto.
- iii)* Aunque los países han avanzado en la mejora de la calidad de la atención y la seguridad del paciente, la integración de esta iniciativa en todos los programas de salud sigue siendo un reto.
- iv)* A medida que se van definiendo prioridades nuevas en el campo de la salud pública, aumenta la necesidad de apoyo en relación con la política, la reglamentación y el uso de medicamentos y tecnologías sanitarias, así como la integración de enfoques interculturales en las políticas y los sistemas de salud. De manera análoga, las áreas de programas de enfermedades y otras prioridades de la salud pública requerirán mucho más apoyo, con un enfoque común de sistemas de salud basados en atención primaria de salud. La necesidad de integración en todas las áreas técnicas reviste suma importancia, incluso en los ministerios de salud, ya que vincula el trabajo realizado en el área de la gestión de preparaciones farmacéuticas con las áreas de programas de enfermedades y los servicios de salud de los países, así como en los organismos nacionales de regulación.
- v)* A fin de implementar la Política de investigación para la salud, será necesario ampliar la escala de los recursos (incluido el financiamiento), las alianzas, la cooperación técnica y la integración de la investigación en la planificación y el suministro de servicios de salud.
- vi)* La ampliación de la cooperación de Sur a Sur en el campo de los recursos humanos para la salud ha requerido el fortalecimiento de la coordinación entre las entidades regionales, subregionales y nacionales responsables de la elaboración de políticas, así como la renovación de alianzas con los principales países en el ámbito de los recursos humanos para la salud en lo que concierne a la cooperación técnica y financiera.

- vii) Ha habido un progreso limitado en la obtención de los datos probatorios empíricos necesarios para aumentar la conciencia sobre el impacto de los gastos catastróficos en atención de salud y el aumento del riesgo de que, como consecuencia de tales gastos, las familias queden sumidas en la pobreza. Será necesario ampliar los esfuerzos de los países y la cooperación técnica, incluido el financiamiento, a fin de apoyar la producción de datos probatorios sobre este tema. Faltan datos para apoyar los estudios sobre la equidad en los países donde hay grandes disparidades en la utilización de los servicios de salud y en el acceso a los mismos.
- c) *Enfrentar retos nuevos*

Logros

- i) La tasa de incidencia estimada de las infecciones por el VIH ha seguido descendiendo. En el 2010, la tasa estimada era de 18 casos por 100.000 habitantes, que es inferior a la meta de 23 por 100.000 establecida para el 2013.
- ii) Cinco países señalaron que habían logrado una tasa de transmisión maternoinfantil del VIH de menos del 2% y siete países más estaban encaminados en la misma dirección, con una tasa de transmisión maternoinfantil del VIH situada entre el 2% y el 7%.
- iii) Ha mejorado el acceso al tratamiento antirretrovírico. Para fines del 2011, nueve países habían alcanzado la meta del acceso universal, con una cobertura del 80% o más de los necesitados, en tanto que cinco países más tenían una cobertura situada entre el 70% y el 79%. Cabe señalar también el aumento del número de países que participan en el Fondo Estratégico de la OPS, que ha pasado de 21 a 24.
- iv) La Región de las Américas ha logrado avances importantes al responder a los retos de las ENT y los problemas de salud relacionados con el modo de vida y el comportamiento, con un mayor compromiso político y técnico con respecto a las ENT a nivel regional, subregional y nacional. Este tema cobró relieve con la Reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Se creó el Foro Panamericano de Acción contra las Enfermedades No Transmisibles como plataforma para reunir a representantes de gobiernos, empresas y la sociedad civil a fin de concientizar sobre prácticas eficaces y ampliar su escala. Las defunciones en América Latina y el Caribe se habían reducido a 2,1 millones para el 2007 (con lo cual se alcanzó la meta para el 2013), y la tasa de mortalidad por lesiones causadas por accidentes de tránsito se había reducido a 15,8

por 100.000 habitantes (según las cifras del 2007). Se han puesto en marcha programas para combatir las ENT en 22 países, en particular la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Más de 20 países han adoptado el modelo de atención de las enfermedades crónicas a fin de mejorar la calidad de los servicios de salud para el tratamiento integrado de las ENT. Además, 22 países ahora tienen una política o plan nacional para las ENT y han intercambiado experiencias por medio de la red CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No Transmisibles).

- v) Durante los últimos cuatro años, los países de las Américas han avanzado mucho en la implementación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT). En siete países se ha reducido la tasa de prevalencia del consumo de tabaco el 10%, en tanto que 11 países han adoptado leyes sobre ambientes sin humo de tabaco, cuatro han prohibido la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco y 17 han adoptado normas para el empaquetado y el etiquetado de productos de tabaco.
- vi) La Región de las Américas ha seguido demostrando un fuerte liderazgo en el sector de la salud en lo que concierne a la respuesta a desastres, emergencias y epidemias. También se ha asignado prioridad al área de la reducción de riesgos. Con la aprobación por el 50.º Consejo Directivo de la OPS del Plan de acción de hospitales seguros, el sector de la salud se convirtió en el primero en formular un plan regional de acción entre los que contribuyeron al Marco de acción de Hyogo para reforzar la capacidad de recuperación tras los desastres. De conformidad con este plan, 28 países han adoptado el índice de seguridad hospitalaria. También se ha elaborado y adoptado un índice de seguridad de los establecimientos de salud más pequeños. Durante el bienio, la Región se vio afectada por grandes catástrofes: los terremotos de Haití y Chile, el brote de cólera en Haití, inundaciones en Centroamérica, la República Dominicana, las Bahamas, Bolivia y Colombia, y una erupción volcánica en Ecuador. Los países respondieron a estos desastres de una manera eficaz y solidaria. Es importante señalar que la OPS, en colaboración con los países, respondió a todas las emergencias de acuerdo con la cronología y los protocolos establecidos.

Retos

- i) Subsiste el reto de ejecutar plenamente la política y el plan regional para las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) con un enfoque verdaderamente multisectorial (tal como se describe en 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, aprobada por el 47.º Consejo Directivo de la OPS en el 2006). También es necesario mejorar y continuar la integración de las ECNT y sus factores de riesgo comunes con otros programas para introducir plataformas transversales a fin de reducir las desventajas de los enfoques verticales. Los países han demostrado su capacidad para poner en marcha la vigilancia de las ECNT. No obstante, subsiste un reto importante en lo que se refiere a la sostenibilidad, ya que esa vigilancia requiere recursos humanos bien preparados y recursos financieros estables.

- ii) A fin de que los programas de preparativos para situaciones de emergencia a nivel nacional sean sostenibles, se necesitará un compromiso continuo con la asignación de los recursos humanos y financieros necesarios.
- iii) La interferencia de la industria tabacalera, incluidas las campañas de responsabilidad social de las empresas, sigue siendo un reto para continuar el trabajo de control del tabaco y avanzar.
- iv) El aumento del consumo de alcohol debido a las inversiones realizadas por la industria del alcohol a fin de aumentar su participación en el mercado de América Latina y el Caribe constituye un importante reto para los programas orientados a reducir el consumo de alcohol.

2) *Logros principales de la cooperación técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana*

- a) La Oficina Sanitaria Panamericana siguió proporcionando liderazgo en asuntos fundamentales para la salud y participando en alianzas en el sistema de las Naciones Unidas en lo que se refiere a los grupos de acción sanitaria y la alineación, así como en asuntos relacionados con la armonización sanitaria, a nivel tanto regional como de país. La Oficina participó activamente con los países y los socios en la exitosa Reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, destacando la prioridad que debe darse a las ENT a nivel nacional, subregional, regional y mundial. Un ejemplo de ello es la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud (Rio+20) e iniciativas de cooperación técnica estratégica tales como la Iniciativa para una Maternidad sin Riesgo, la Alianza Panamericana para la Nutrición y el Desarrollo, la iniciativa Rostros, Voces y Lugares y el Plan de acción regional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita. Además, se han elaborado estrategias de cooperación en los países para 34 países y territorios, así como tres estrategias de cooperación subregional. En el bienio 2010-2011, los Cuerpos Directivos de la OPS aprobaron 32 resoluciones en las que se respaldan

- cuatro políticas, 15 estrategias y planes de acción, y tres documentos de exposición de conceptos, además de adoptar otras decisiones importantes sobre cuestiones de salud pública. Estos documentos están en el sitio web de la OPS: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=42&Itemid=189.
- b) La Oficina siguió configurando la agenda de investigaciones y estimulando la generación, la difusión y la utilización de conocimientos valiosos por medio de varios informes y publicaciones, entre ellos los siguientes:
- *Earthquake in Haiti—January 2010: Lessons to be learned for the next massive sudden-onset disaster*
 - *Treinta años del Boletín de Inmunización: la historia del Programa Ampliado de Inmunización en las Américas*
 - *Primer informe regional sobre la situación sanitaria de los jóvenes indígenas (OPS/CEPAL/AECID)*
- c) En 10 países se hizo una evaluación y planificación de la respuesta a la infección por el VIH/sida con una perspectiva de sistemas de salud. Asimismo, en 14 países se difundieron y utilizaron instrumentos para incorporar la prevención de la infección por el VIH en los planes nacionales. Se hicieron siete estudios de país sobre las desigualdades y la inequidad en el acceso a los servicios de salud y en su utilización. Estos estudios son decisivos para apoyar la evaluación y ejecución de políticas orientadas a reducir las disparidades en el ámbito de la salud. Además, se creó una plataforma virtual para una comunidad de práctica sobre atención primaria de salud, se hizo una evaluación regional de la atención primaria de salud (APS) y se estableció un marco analítico y metodología para evaluar el desempeño de los sistemas de salud a través de una “lente” de APS. El Campus Virtual de Salud Pública, de la OPS, ofreció un curso virtual en inglés sobre APS. El número de libros de texto y materiales proporcionados por medio del Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) aumentó notablemente, con 58 ediciones nuevas y 93 títulos nuevos que llevan a 739 los materiales ofrecidos durante el bienio 2010-2011.
- d) Se realizó un avance sostenido en lo que se refiere a proyectos, productos y servicios que fortalecen el papel de la Organización a nivel tanto regional como mundial como fuente autorizada de información y conocimientos relacionados con las ciencias de la salud. Cabe destacar tres iniciativas importantes emanadas de procesos colectivos, entre otras:
- la estrategia de *eSalud*;
 - la estrategia de gestión del conocimiento y comunicación; y
 - la adopción de un modelo de redes de relaciones estratégicas.

- e) La Oficina Sanitaria Panamericana continuó encabezando la tarea de elaboración de normas y promoviendo y vigilando su aplicación. Como parte de esa labor se prepararon cinco manuales para facilitar el establecimiento de redes integradas de prestación de servicios de salud, que abarca una revitalización de la cooperación técnica en los hospitales en el marco de estas redes a nivel mundial, regional y de país. Además, se propuso una agenda regional sobre los hospitales, se realizó la Encuesta mundial de salud escolar, con la participación de 22 países, y se elaboró un instrumento para la determinación de los costos, así como una guía práctica y directrices de laboratorio para la ejecución del Plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita. Asimismo, concluyó un examen de la legislación de 11 países con un enfoque de derechos humanos.
- f) En su labor de cooperación técnica, fomento del cambio y formación de capacidad institucional sostenible, la Oficina Sanitaria Panamericana ha estado examinando sistemáticamente sus procesos y explorando nuevas modalidades de cooperación técnica. Por ejemplo, la nueva modalidad de cooperación técnica con los centros colaboradores de la OPS/OMS y las instituciones nacionales de referencia ha mejorado la capacidad de la Organización para responder a los Estados Miembros. Cabe destacar también que la acción continua de la Organización para invertir en la optimización del uso de sus recursos, incluido el uso de la tecnología de la información, como las teleconferencias en línea por medio de Elluminate, un sistema telefónico moderno y la centralización de la infraestructura de la información, ha ayudado a aumentar la eficiencia y, al mismo tiempo, contener los costos de operación. Otras actividades en ese ámbito son la consolidación del dominio de la OPS y de su red privada, el afianzamiento del marco de gestión basada en los resultados en toda la Organización y la implementación de las IPSAS. Es importante señalar que la Organización recibió un dictamen de auditoría sin reservas para el 2010. Además, como consecuencia del éxito de las negociaciones con socios estratégicos tradicionales y no tradicionales, la Oficina movilizó \$70 millones en un período de tres años (2011-2013).
- g) La Oficina Sanitaria Panamericana continuó vigilando la situación sanitaria y evaluando las tendencias de salud por medio de programas en curso e iniciativas específicas tales como la Plataforma de información e inteligencia en salud, la publicación anual de los indicadores básicos de la situación de salud en las Américas y los indicadores básicos de las enfermedades no transmisibles en el 2011, y la Reunión Regional de Consulta sobre los Determinantes Sociales de la Salud, en la cual se formularon y difundieron recomendaciones para contribuir a la Declaración de Río negociada por los Estados Miembros en la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Se creó la Plataforma Regional sobre Acceso e Innovación para Tecnología Sanitaria, lanzada en mayo

del 2012 como instrumento regional para facilitar la aplicación de la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual.

Retos para la cooperación técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana

- a) Aunque se ha avanzado mucho en la implementación de la gestión basada en los resultados en la OPS, en particular en lo que se refiere a la planificación y al seguimiento y evaluación del desempeño, su pertinencia, coherencia, integración y correlación pueden mejorarse en toda la cadena de resultados del Plan Estratégico, desde los objetivos estratégicos hasta los indicadores de los RPR. Además, se podría aprovechar el proceso de seguimiento y evaluación del desempeño para hacer los cambios necesarios en los indicadores y las metas a la luz de los cambios que se produzcan en la situación durante la ejecución del Plan Estratégico.
- b) La Oficina tiene que seguir mejorando y promoviendo modelos eficaces de enfoques integrados de la cooperación técnica, a fin de aumentar al máximo sus efectos en la salud pública. Esto incluye la documentación y evaluación de las enseñanzas.
- c) La falta de un sistema integrado de información para la gestión de la Oficina compromete la capacidad para seguir aumentando la eficiencia y obtener información oportuna y de buena calidad para la gestión y las decisiones.
- d) La falta de una estrategia institucional integrada de movilización de recursos, sumada a los mecanismos débiles para atraer a socios no tradicionales, incluido el sector privado, sigue siendo un reto.
- e) Aunque algunos socios han reconocido el valor de un enfoque programático de las contribuciones voluntarias, la Oficina afronta retos persistentes con los fondos destinados fines específicos. Es importante seguir fortaleciendo el enfoque programático en las negociaciones para obtener contribuciones voluntarias y al mismo tiempo buscar un equilibrio entre los distintos intereses de los socios mediante las prioridades colectivas fijadas en el Plan Estratégico.

3) Enseñanzas

- a) La necesidad de reforzar la labor de promoción de la causa y la solidaridad fue una enseñanza útil extraída de la promoción de la erradicación del sarampión y la rubéola en los foros mundiales, así como la necesidad de que los países se mantengan atentos a fin de abordar rápidamente las importaciones en la Región.
- b) Un buen ejemplo del cual pueden extraerse enseñanzas es el apoyo y la solidaridad brindados por otros países cuando la legislación de un país sobre el

- tabaco fue atacada por la industria tabacalera; esto debe aprovecharse al máximo en iniciativas futuras.
- c) Las alianzas, la articulación, la cooperación y la coordinación fueron temas comunes de las enseñanzas extraídas durante este bienio. Algunos ejemplos son los siguientes:
- La formación de alianzas con países y organismos fue fundamental para el desarrollo y el lanzamiento de la Red Latinoamericana y del Caribe para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información de Salud (RELAC SIS). Esta red fue el producto de una alianza estratégica entre la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID), la OPS y *Monitoring and Evaluation to Assess and Use Results* (MEASURE-Evaluation), con la participación activa de todos los países involucrados.
 - El éxito de la estrategia de rehabilitación comunitaria, que se llevó a cabo con la red de asistencia y con participación intersectorial, ha permitido proporcionar una mayor cobertura de atención para satisfacer las necesidades de personas discapacitadas y sus familiares, promover la salud y prevenir las discapacidades, y promover la rehabilitación e integración social de las personas discapacitadas.
 - Otra enseñanza fue la importancia de mejorar la articulación de los programas relacionados con enfermedades no transmisibles, el desarrollo sostenible y los determinantes sociales de la salud.
- d) El examen y la actualización continua de la estrategia de cooperación en los países han conducido a grandes mejoras de las agendas estratégicas, con aportes decisivos para la formulación de los próximos planes estratégicos de la OPS y la OMS. Además, la estrategia de cooperación en los países ha representado un aporte valioso para el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD), especialmente al poner de relieve la importancia de la salud en el programa común de las Naciones Unidas a nivel de país.
- e) Las enseñanzas extraídas de actividades que incluían colaboración, coordinación, cooperación y formación de redes entre países y organismos mostraron el valor de estos enfoques. Por ejemplo, la renovación de la Red de Centros Colaboradores de la OPS/OMS en Salud Ocupacional mostró que los valores centrales de las redes colaboradoras y las alianzas estratégicas para lograr las metas comunes siguen siendo las maneras eficaces de colaborar, comunicarse, crear e innovar con un pensamiento crítico entre los integrantes de la red. La estrategia para la colaboración en las redes es pertinente: fortalece el liderazgo y la gobernanza, así como la capacidad necesaria para su funcionamiento eficaz (algunos ejemplos son el Observatorio de Recursos Humanos para la Salud y el Campus Virtual de Salud Pública). Sin embargo, eso requiere un compromiso institucional a mediano y a largo plazo para su sostenibilidad. El uso de redes sociales en el trabajo de manejo

- de desastres produjo resultados positivos y puede mejorarse con una estrategia para su integración sistemática.
- f) Otra enseñanza importante que cabe destacar es la forma de aprovechar al máximo los eventos recurrentes y simultáneos, así como las iniciativas existentes, para mejorar la cooperación técnica y facilitar la ejecución de proyectos. Un ejemplo fue el uso del Día Mundial de la Salud para promover conceptos innovadores, como se demostró con el lanzamiento de las iniciativas de Salud urbana durante el Día Mundial de la Salud 2010. Además, el éxito de los preparativos para hacer frente al cólera en el Caribe se debió en parte a la experiencia de los países del Caribe con la elaboración y prueba de sus planes nacionales contra la pandemia de gripe.
- g) También se extrajeron enseñanzas valiosas en el área de la política y los planes de salud pública:
- Los importantes adelantos realizados en los países en el fortalecimiento de la formulación de políticas y la reglamentación del uso de medicamentos y tecnologías sanitarias pusieron de relieve la utilidad de los enfoques integrados de la cooperación técnica.
 - Otra enseñanza fue que es necesario integrar las actividades en el área de las enfermedades infecciosas desatendidas en otros programas de salud pública a fin de alcanzar las metas.
 - La mayoría de los países siguen evaluando sus funciones esenciales de salud pública sin elaborar un plan específico para fortalecer las más urgentes. Esto es sólo un ejemplo de la necesidad de fortalecer el seguimiento y la evaluación y mejorar la calidad y la pertinencia de los indicadores.
 - Los sistemas nacionales robustos de investigación en salud permiten a los países aprovechar al máximo los beneficios de la investigación, y la política de la OPS en materia de investigación ha fortalecido un enfoque sistemático de su implementación. Se pueden alcanzar metas cuantitativas en relación con algunos indicadores; sin embargo, los adelantos cualitativos quizá no sean suficientemente robustos. Por ejemplo, los países pueden elaborar planes de desarrollo institucional o formular políticas públicas para reducir los riesgos económicos relacionados con las enfermedades, pero la sostenibilidad, la eficiencia y la calidad de estos planes y políticas siguen siendo un problema.
- h) La función de la OPS como fuente autorizada y centro de información sobre salud pública basada en datos probatorios y conocimientos es cada vez más esencial, en vista de la sobrecarga de información sanitaria y el aumento del uso de redes sociales.

- i) El valor y la importancia de los instrumentos y las directrices para poner en práctica las iniciativas se manifestaron en el éxito del índice de seguridad hospitalaria, que demostró que, con instrumentos prácticos sumamente eficaces y de bajo costo, se puede mejorar la participación y fomentar la priorización y el paso de la teoría a la práctica. Por otro lado, se determinó que, aunque los Estados Miembros están comprometidos con el enfoque de determinantes sociales de la salud, necesitan herramientas concretas para avanzar con sus programas. Por último, una de las enseñanzas fue que los procesos de integración son difíciles y complejos, llevan tiempo y requieren extensos cambios sistémicos. La integración no significa que todos los componentes de la red deban integrarse en una única modalidad, ya que en un mismo sistema pueden coexistir diversas modalidades y grados de integración. Lo que los países necesitan es directrices operacionales para el establecimiento de redes integradas de prestación de servicios de salud; un primer paso en esta dirección ha sido la formulación de cinco directrices para apoyar los procesos de integración.

B) Evaluación programática por objetivo estratégico


29. Esta sección incluye un análisis institucional del progreso realizado hacia la consecución de los 16 objetivos estratégicos, los 90 RPR y las 256 metas de los indicadores de los RPR del Plan Estratégico en su totalidad. El anexo I contiene informes de avance hacia la consecución de los objetivos estratégicos, sus RPR y los indicadores de los RPR, con información detallada pertinente.

Progreso hacia el logro de los objetivos estratégicos

30. A fines del segundo período de ejecución del Plan Estratégico 2010-2011, 12 de los objetivos estratégicos estaban en curso (en verde) y cuatro estaban en riesgo (en amarillo: OE 1, OE 9, OE 13 y OE 14). Vale la pena indicar que no había ningún objetivo estratégico en problemas (en rojo). La evaluación de los RPR y de los indicadores de los RPR indica un mejoramiento general en el progreso realizado hacia la consecución de las metas fijadas para cada objetivo estratégico. En el cuadro 1 se presenta un resumen general de la situación de los RPR y sus indicadores, en relación con cada objetivo estratégico, a fines del 2011.

**Cuadro 1. Progreso hacia el logro de los objetivos estratégicos,
bienio 2010-2011**

Objetivos estratégicos	Clasificación del OE	Situación de los RPR	Situación de las metas de los indicadores de los RPR
OE 1 Enfermedades transmisibles		7 de 9 en curso y 2 en riesgo	18 de 22 alcanzadas y 4 no alcanzadas
OE 2 Infección por el VIH/sida, tuberculosis y malaria		5 de 6 en curso y 1 en riesgo	21 de 24 alcanzadas y 3 no alcanzadas
OE 3 Enfermedades crónicas no transmisibles		6 de 6 en curso	26 de 27 alcanzadas y 1 no alcanzada
OE 4 Salud de la madre, el niño, el adolescente y el adulto mayor		8 de 8 en curso	15 de 15 alcanzadas
OE 5 Emergencias y desastres		7 de 7 en curso	17 de 17 alcanzadas
OE 6 Promoción de la salud y prevención de factores de riesgo		6 de 6 en curso	12 de 14 alcanzadas y 2 no alcanzadas
OE 7 Factores sociales y económicos determinantes de la salud		5 de 6 en curso y 1 en riesgo	11 de 12 alcanzadas y 1 no alcanzada
OE 8 Entornos más saludables		6 de 6 en curso	13 de 13 alcanzadas
OE 9 Nutrición, inocuidad de los alimentos y seguridad alimentaria		4 de 6 en curso, 1 en riesgo y 1 en problemas	10 de 14 alcanzadas y 4 no alcanzadas
OE 10 Servicios de salud		3 de 3 en curso	6 de 7 alcanzadas y 1 no alcanzada
OE 11 Liderazgo y gobernanza de los sistemas de salud		5 de 5 en curso	13 de 14 alcanzadas y 1 no alcanzada
OE 12 Productos médicos y tecnologías sanitarias		3 de 3 en curso	8 de 9 alcanzadas y 1 no alcanzada
OE 13 Recursos humanos para la salud		4 de 5 en curso y 2 en riesgo	12 de 13 alcanzadas y 1 no alcanzada
OE 14 Protección social y financiamiento		4 de 5 en curso y 1 en riesgo	8 de 10 alcanzadas y 2 no alcanzadas
OE 15 Liderazgo y gobernanza de la OPS/OMS		3 de 3 en curso	14 de 15 alcanzadas y 1 no alcanzada
OE 16 Organización flexible y discente		6 de 6 en curso	29 de 30 alcanzadas y 1 no alcanzada
Resumen de los objetivos estratégicos de la OPS	13 (81%) de 16 objetivos estratégicos en curso	82 (90%) de 90 en curso, 7 en riesgo y 1 en problemas	233 (91%) de 256 indicadores de los RPR alcanzaron sus metas para el 2011

 En curso

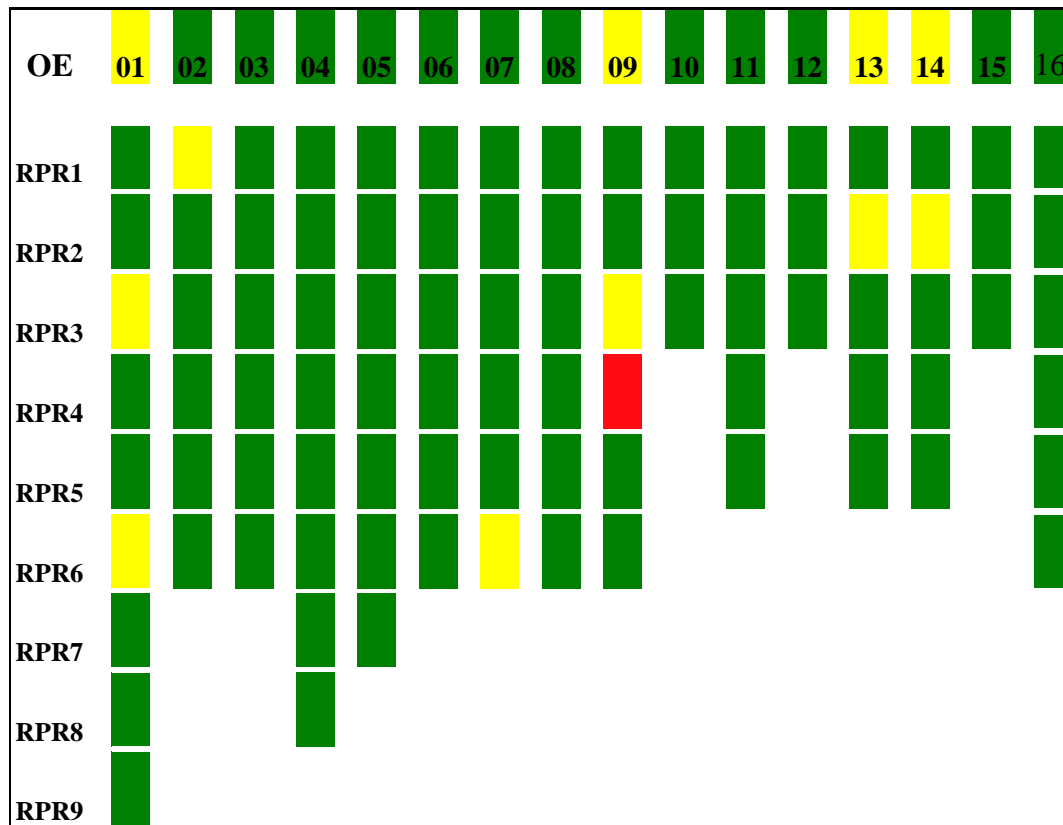
 En riesgo

Progreso hacia la obtención de los RPR

31. Tal como se muestra en el cuadro 1, de los 90 RPR, 82 (90%) estaban en curso (verde), siete (8%) estaban en riesgo (amarillo) y uno estaba en problemas (rojo). El RPR en problemas era el 9.4, “elaboración, fortalecimiento y ejecución de planes y programas de de nutrición encaminados a mejorar la nutrición a lo largo de toda la vida”. En la figura 1 se muestra la clasificación en colores para cada RPR y en el cuadro 2 se presentan los siete RPR considerados en riesgo. En comparación con el bienio 2008-2009, el número de RPR considerados en riesgo disminuyó en 14. Sin embargo, de los siete RPR considerados en riesgo, seis estaban en esta misma situación en el bienio 2008-2009; son los que están marcados con asteriscos en el cuadro 2 para facilitar la consulta.

32. En la figura 1 se muestra la clasificación de los objetivos estratégicos y sus respectivos RPR. Los objetivos estratégicos con RPR en riesgo son el OE 1 (enfermedades transmisibles), OE 2 (infección por el VIH/sida, tuberculosis y malaria), OE 7 (factores sociales y económicos determinantes de la salud), OE 9 (nutrición, inocuidad de los alimentos y seguridad alimentaria), OE 13 (recursos humanos para la salud) y OE 14 (protección social y financiamiento). El OE 9 es el único con un RPR en problemas (rojo), como ya se dijo.

Figura 1. Progreso hacia la consecución de los OE y los RPR, fin del bienio 2010-2011



■ En curso
 ■ En riesgo
 ■ En problemas

- | | |
|---|--|
| OE 1 Enfermedades transmisibles | OE 9 Nutrición, inocuidad de los alimentos y seguridad alimentaria |
| OE 2 Infección por el VIH/sida, tuberculosis y malaria | OE 10 Servicios de salud |
| OE 3 Enfermedades crónicas no transmisibles | OE 11 Liderazgo y gobernanza de los sistemas de salud |
| OE 4 Salud de la madre, el niño, el adolescente y el adulto mayor | OE 12 Productos médicos y tecnologías sanitarias |
| OE 5 Emergencias y desastres | OE 13 Recursos humanos para la salud |
| OE 6 Promoción de la salud y prevención de factores de riesgo | OE 14 Protección social y financiamiento |
| OE 7 Factores sociales y económicos determinantes de la salud | OE 15 Liderazgo y gobernanza de la OPS/OMS |
| OE 8 Entornos más saludables | OE 16 Organización flexible y discente |

33. Como se muestra en el cuadro 2, la mayoría de los RPR en riesgo y el que está en problemas (9.4) se relacionan con la política de alto nivel, los planes y las intervenciones para aumentar y mantener los logros, que requieren un compromiso político continuo de

los Estados Miembros, así como una labor de la Oficina para elevar su prioridad dentro de los nacionales programas. Algunos de estos RPR también incluyen nuevos compromisos que requieren un mayor esfuerzo y recursos del sector de la salud y de otros sectores (por ejemplo, políticas públicas y planes financieros de protección social, nutrición y seguridad alimentaria, así como el Reglamento Sanitario Internacional). Se debe prestar mucha atención a estos RPR y sus indicadores en el bienio 2012-2013 para afrontar los desafíos que obstaculizan el progreso en sus campos respectivos.

Cuadro 2. Resultados previstos a nivel regional “en riesgo” y “en problemas”, 2010-2011

Objetivo Estratégico	Número del RPR	Descripción del RPR
OE 1: Enfermedades transmisibles	1.3	Prevención, control y eliminación de enfermedades transmisibles desatendidas**
	1.6	Reglamento Sanitario Internacional y sistemas de alerta y respuesta ante epidemias**
OE 2: Infección por el VIH/sida, tuberculosis y malaria	2.1	Prevención, tratamiento y atención para la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria**
OE 7: Factores sociales y económicos determinantes de la salud	7.6	Políticas, planes y programas que apliquen un enfoque intercultural basado en la atención primaria de salud y que procuren establecer alianzas estratégicas para mejorar la salud y el bienestar de los pueblos indígenas y los grupos étnicos/raciales
OE 9: Nutrición, inocuidad de los alimentos y seguridad alimentaria	9.3	Vigilancia, seguimiento y evaluación de la seguridad alimentaria, la nutrición y las opciones en materia de políticas**
	9.4	Elaboración, fortalecimiento y ejecución de planes y programas de nutrición encaminados a mejorar la nutrición a lo largo de toda la vida***
OE 13: Recursos humanos para la salud	13.2	Establecimiento de un conjunto de indicadores básicos y sistemas de información en materia de recursos humanos para la salud
OE 14: Protección social y financiamiento	14.2	Políticas públicas o planes de financiamiento en materia de salud a fin de reducir los riesgos financieros asociados con las enfermedades y los accidentes**

Nota: Se han usado descripciones abreviadas de los RPR para facilitar la consulta.

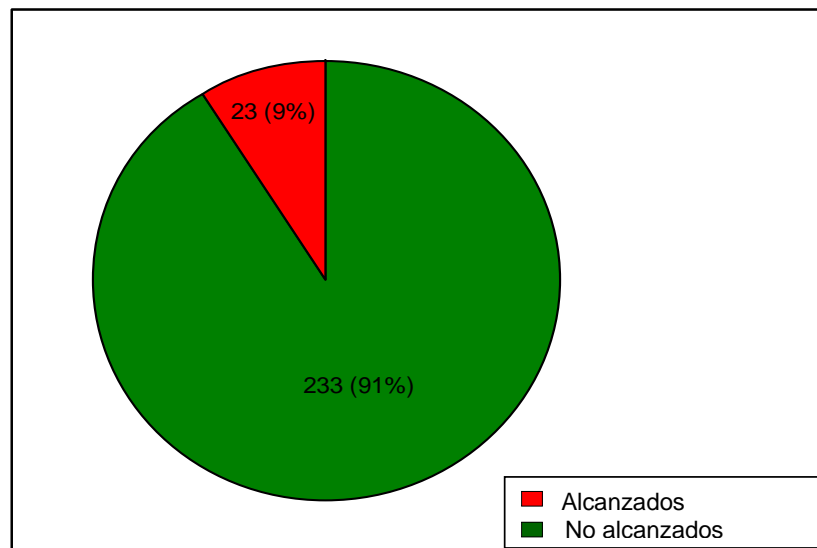
** En riesgo desde el bienio 2008-2009; en los informes de evaluación de los objetivos estratégicos que figuran en el anexo I se proporcionan detalles sobre la situación de cada RPR.

*** RPR en problemas (el 9.4 es el único en problemas).

Situación de los indicadores de los RPR

34. La evaluación de las metas de los indicadores de los RPR muestra que, de un total de 256 indicadores, se cumplieron 233 y no se cumplieron 23 (figura 2). Esto representa un aumento de 6 puntos porcentuales en el número de metas de indicadores alcanzadas en comparación con el bienio 2008-2009. Es importante señalar que, de los 233 indicadores cuyas metas se alcanzaron, 45% (104 indicadores) excedieron las metas para el 2011 y más de la mitad de estos incluso alcanzaron o excedieron las metas para el 2013. Cabe señalar también que hubo grandes avances en los 23 indicadores cuyas metas no se alcanzaron (la metodología empleada solo considera cumplidos aquellos en los que se alcanzó plenamente la meta; no es posible indicar los logros parciales). En los *Informes de avance hacia la consecución de los objetivos estratégicos*, del anexo I, se proporciona información detallada sobre cada indicador de los RPR, incluida la lista de países que alcanzaron las metas para fines del 2011 en el caso de los indicadores del tipo “número de países”. En el anexo II se presenta un resumen de los indicadores de los RPR cuyas metas para el 2011 no se alcanzaron.

Figura 2. Logro de las metas de los indicadores de los RPR, fin del bienio 2010-2011



C) Presupuesto y movilización de recursos

Panorama del presupuesto

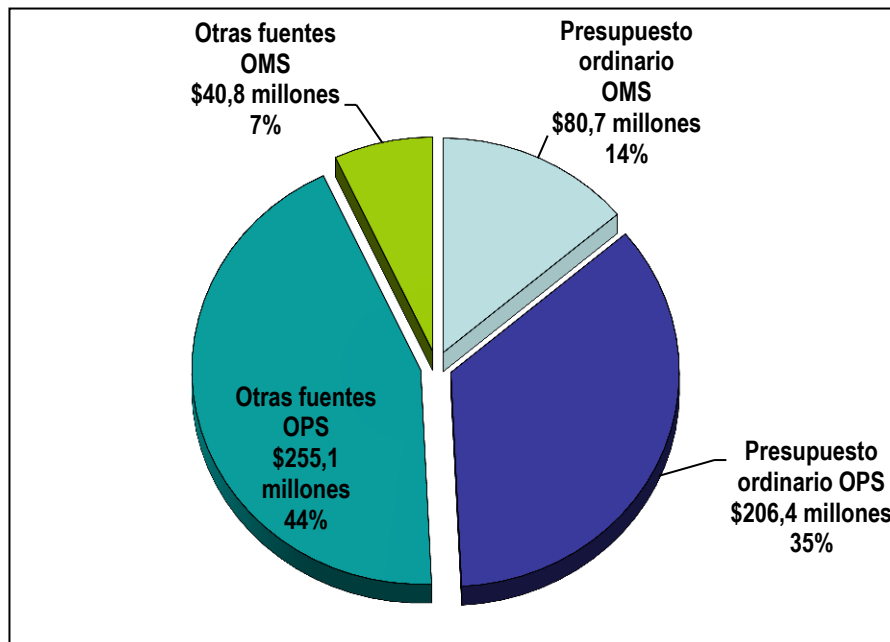
35. Durante el bienio había un total de \$979 millones para los tres segmentos del Programa y Presupuesto 2010-2011: programas básicos (\$583 millones), respuesta a

brotos y crisis (\$48 millones) y contribuciones voluntarias nacionales³ (\$348 millones). La ejecución del presupuesto general ascendió al 85% (\$830 millones de un total de \$979 millones). La ejecución por segmento fue como sigue: 89% para los programas básicos (\$521 millones de \$583 millones), 98% para la respuesta a brotos y crisis (\$47 millones de 48 millones) y 75% para las contribuciones voluntarias nacionales (\$262 millones de \$348 millones). A continuación se presenta un análisis de cada segmento del presupuesto.

Segmento de programas básicos

36. El presupuesto aprobado para este segmento fue de \$643 millones, de los cuales \$583 millones (91%) estaban disponibles para el bienio. Esto representa un aumento de \$24 millones respecto de los fondos disponibles en el bienio 2008-2009 (\$559 millones). Tal como se muestra en la figura 3, de la cantidad total de fondos disponibles para el bienio, 49% o \$287 millones corresponden al presupuesto ordinario (\$206 millones de la OPS y \$81 millones de la OMS, es decir, la proporción destinada a su Oficina Regional para las Américas, AMRO, que es la OPS), mientras que 51% o \$296 millones corresponden a otras fuentes (\$255 millones de la OPS y \$41 millones de la OMS).

**Figura 3. Fondos disponibles para el bienio 2010-2011, por fuente
(en dólares de Estados Unidos)**



³ Las contribuciones voluntarias nacionales antes se denominaban “proyectos internos financiados por gobiernos”.

37. En el cuadro 3 se muestra la distribución de los fondos disponibles por nivel de la Organización. Cabe señalar que esta distribución (como porcentaje del total de los fondos disponibles para el bienio) cumplió la Política del Presupuesto Regional por Programas⁴. Aunque esta política se aplica solo a los fondos del presupuesto ordinario, también guió la asignación de los fondos de otras fuentes.

Cuadro 3. Panorama del presupuesto por nivel de la Organización, bienio 2010-2011

Nivel de la Organización	Programa y presupuesto aprobado para 2010-2011 (en miles de dólares)	Fondos disponibles en el bienio (en miles de dólares)	Fondos disponibles para el bienio (como porcentaje del Programa y presupuesto 2010-2011)	Distribución de los fondos disponibles (como porcentaje del total de los fondos disponibles)
País	234.860	236.818	101%	41%
Subregional	43.699	32.249	74%	6%
Regional	364.392	313.947	86%	54%
Total	642.951	583.014	91%	100%

38. La ejecución presupuestaria total de los programas básicos fue de \$521 millones (89% de los \$583 millones que estaban disponibles para el bienio). Tal como se muestra en el cuadro 4, la tasa más alta de ejecución se observó a nivel regional, seguida del nivel de país. Es importante tener en cuenta que la ejecución se vio afectada por el hecho de que algunos fondos no estuvieron disponibles hasta el final del bienio, incluyendo \$ 40 millones que fueron trasladados al próximo bienio.

Cuadro 4. Ejecución presupuestaria por nivel de la Organización y fuente de fondos, fin del bienio 2010-2011

Nivel de la Organización	Fondos disponibles en el bienio (en miles de dólares)	Gastos (en miles de dólares)	Tasa de ejecución (%)
País	236.818	202.576	86%
Subregional	32.249	26.070	81%
Regional	313.947	292.347	93%
Total	583.014	520.993	89%

⁴ En la Política del Presupuesto Regional por Programas se estipulaba la siguiente distribución de fondos del presupuesto ordinario para el bienio 2010-2011: a nivel de país, 40%; a nivel subregional, 7%; y a nivel regional, 53%.

Mobilización de recursos

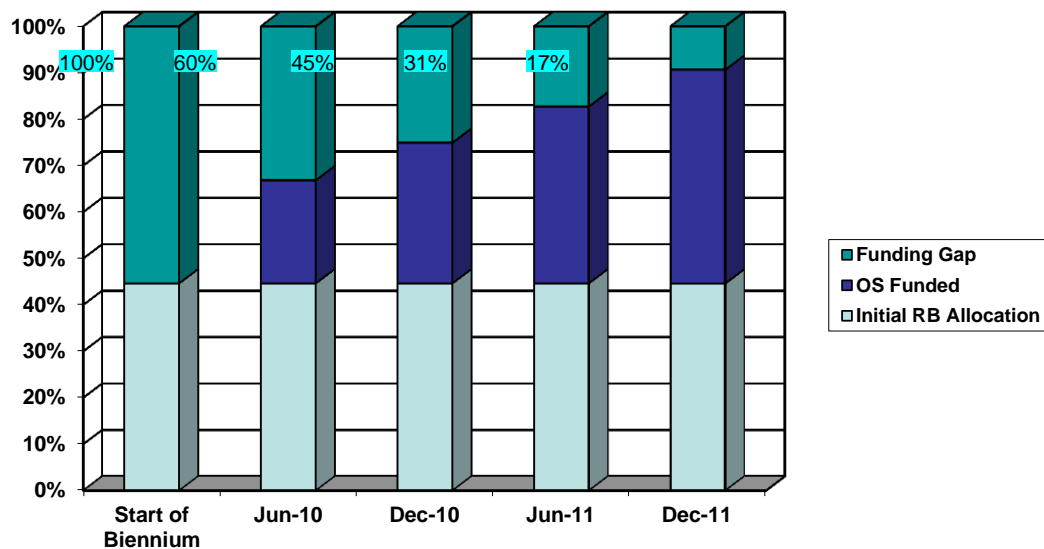
39. De los \$643 millones aprobados para el Programa y Presupuesto 2010-2011, se preveía que \$287 millones provendrían del presupuesto ordinario (\$206,4 millones de la OPS y \$80,7 millones de la OMS). La diferencia, de \$356 millones, era la brecha de financiamiento inicial que se preveía cubrir con fondos de otras fuentes. Durante el bienio, la Organización logró movilizar \$295 millones, reduciendo de esta forma la brecha de financiamiento a \$60 millones o 17%. Una de las principales razones para no cerrar completamente la brecha de financiación se debió al hecho de que sólo se recibieron alrededor de un tercio de las contribuciones voluntarias previstas de la OMS, y que el presupuesto para el OE 2 se sobrestimó. En el cuadro 5 se muestra la brecha de financiamiento al comienzo y a fines del bienio, y en la figura 4 se muestra la reducción progresiva de esta brecha durante el bienio. Cabe destacar que la Organización logró movilizar cerca de un 5% más (\$15 millones) de fondos de otras fuentes en comparación con el bienio 2008-2009. Los socios que proporcionaron las mayores contribuciones para reducir la brecha de financiamiento durante el bienio 2010-2011 fueron los siguientes gobiernos y organizaciones internacionales:

- Canadá, por medio de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI), Salud Canadá y el Ministerio de Relaciones Exteriores.
- España, mediante la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI).
- Estados Unidos de América, por medio de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), el Departamento de Estado, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID).
- Suecia, mediante el Organismo Sueco de Desarrollo Internacional (OSDI).
- Noruega, mediante el Organismo Noruego de Desarrollo Internacional (NORAD).
- Países Bajos.
- Comisión Europea.
- Organismos de las Naciones Unidas: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Banco Mundial y Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP).
- Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI).
- Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF).

Cuadro 5. Situación de la brecha de financiamiento, fin del bienio 2010-2011

Tipo de financiamiento	Comienzo del bienio (en miles de dólares)	Fin de bienio (en miles de dólares)
Programa y Presupuesto 2010-2011 aprobado	642.951	642.951
Presupuesto ordinario	287.100	286.697
Recursos movilizados	0	295.915
Brecha de financiamiento	(355.851)	(59.936)

Figura 4. Situación de la brecha de financiamiento durante el bienio 2010-2011



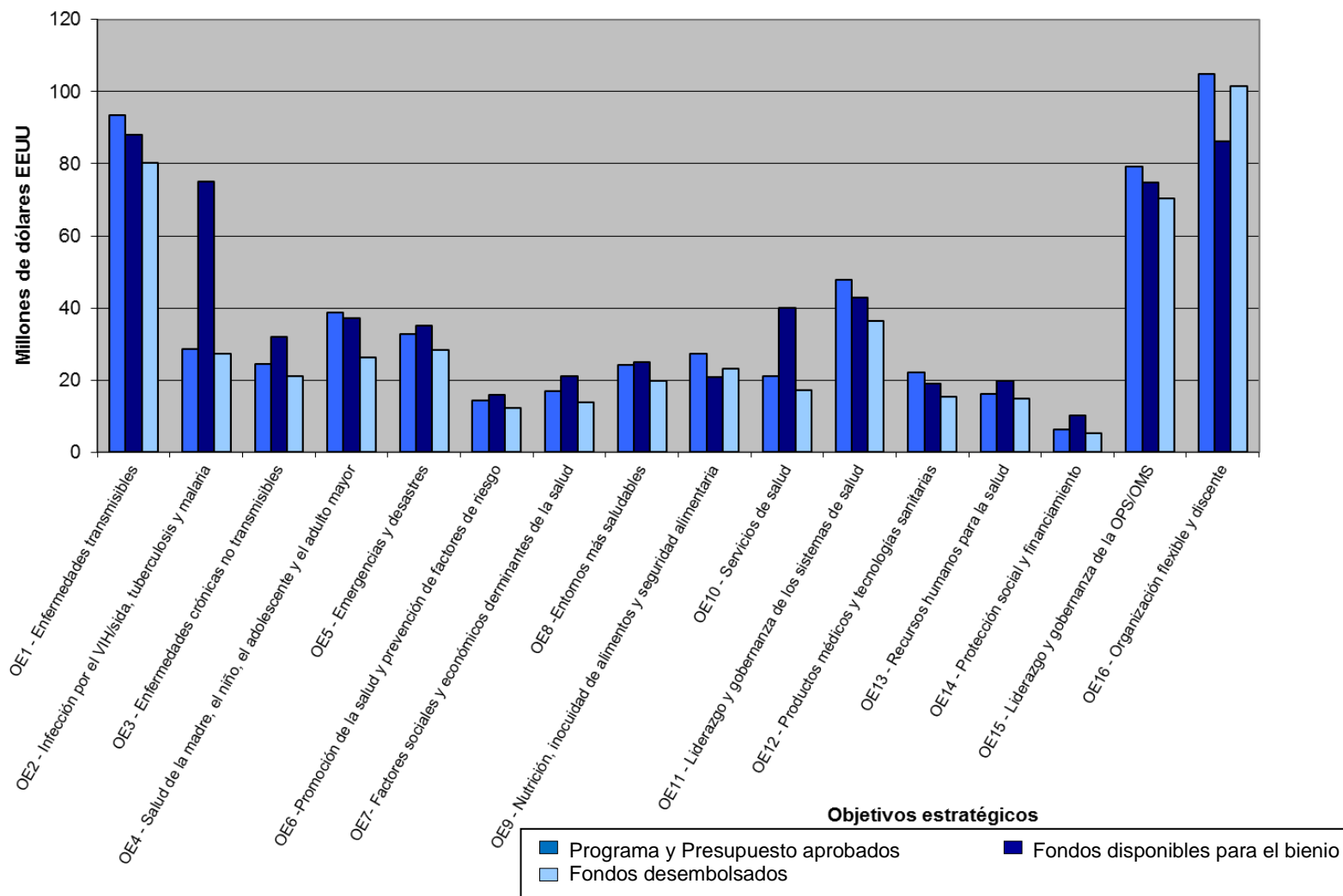
Financiamiento por objetivo estratégico

40. En la figura 5 y el cuadro 6 se muestra el presupuesto por objetivo estratégico, según el presupuesto aprobado para los programas básicos, los fondos disponibles para el bienio y los gastos. De los 16 objetivos estratégicos, 12 obtuvieron más de 75% del financiamiento previsto. De los 14 objetivos estratégicos centrales para la cooperación técnica (OE 1 a OE 14), el OE 9 (nutrición, inocuidad de los alimentos y seguridad alimentaria) tuvo el financiamiento más alto, en comparación con su presupuesto aprobado, seguido del OE 12 (productos médicos y tecnologías sanitarias) y el OE 4 (salud de la madre, el niño, el adolescente y el adulto mayor). Los OE 15 y 16 (funciones habilitadoras) también recibieron niveles altos de financiamiento. Como se muestra en la

figura 5 y el cuadro 6, los OE 2 y OE 10 tuvieron los niveles más bajos de financiación (45% y 52%, respectivamente) en comparación con su presupuesto aprobado. En el caso del OE 2, esto se debió a un presupuesto sobre estimado al comienzo del bienio, y el hecho de que algunos fondos que se esperaba recibir de los socios no se materializaron. En cuanto al OE 10, es importante tener en cuenta que hay un cruce en la financiación de las actividades de los OE 11, 12, 13 y 14, debido a los aspectos comunes relacionados con los sistemas y servicios de salud que se abordan en estos cinco objetivos estratégicos.

41. Tal como se muestra en el cuadro 6, todos los objetivos estratégicos presentaron una ejecución presupuestaria general de 75% o más, a excepción del OE 4 (74%).

Figura 5. Panorama del presupuesto por objetivo estratégico, 2010-2011



Cuadro 6. Presupuesto por objetivo estratégico, fin del bienio 2010-2011

Objetivo estratégico	Programa y presupuesto aprobado (en millones de dólares)	Fondos disponibles para el bienio (en millones de dólares)		Gastos (en millones de dólares)	
		Total	%	Total	%
OE 1: Enfermedades transmisibles	87,9	90,6	103%	80,8	89,2%
OE 2: Infección por el VIH/sida, tuberculosis y malaria	75,1	33,9	45%	30,0	88,5%
OE 3: Enfermedades crónicas no transmisibles	31,9	23,8	75%	21,1	88,7%
OE 4: Salud de la madre, el niño, el adolescente y el adulto mayor	37,1	40,6	109%	30,0	73,9%
OE 5: Emergencias y desastres	35,0	32,9	94%	27,5	83,6%
OE 6: Promoción de la salud y prevención de factores de riesgo	16,0	13,6	85%	12,3	90,4%
OE 7: Factores sociales y económicos determinantes de la salud	21,0	17,0	81%	14,8	87,1%
OE 8: Entornos más saludables	24,9	22,7	91%	20,1	88,5%
OE 9: Nutrición, inocuidad de los alimentos y seguridad alimentaria	20,9	28,1	134%	25,4	90,4%
OE 10: Servicios de salud	40,0	20,6	52%	17,1	83,0%
OE 11: Liderazgo y gobernanza de los sistemas de salud	42,8	39,8	93%	36,9	92,7%
OE 12: Productos médicos y tecnologías sanitarias	19,0	21,0	111%	17,8	84,8%
OE 13: Recursos humanos para la salud	19,9	15,2	76%	14,0	92,1%
OE 14: Protección social y financiamiento	10,3	6,2	60%	5,9	95,2%
OE 15: Liderazgo y gobernanza de la OPS/OMS	74,9	75,3	101%	70,0	93,0%
OE 16: Organización flexible y discente	86,3	101,7	118%	97,2	95,6%
Total	643,0	583,0	91%	520,9	89,3%

Análisis de la asignación de recursos frente a la asignación de prioridades de los objetivos estratégicos

42. En el Plan Estratégico se clasifican los objetivos estratégicos según su prioridad programática (excepto los objetivos estratégicos relacionados con funciones habilitadoras, es decir, los OE 15 y 16) con el propósito de guiar la movilización y la asignación de recursos durante la ejecución del Plan.

43. En el cuadro 7 se muestran los objetivos estratégicos clasificados según su prioridad programática, del 1 (prioridad más alta) al 14 (prioridad más baja), de acuerdo con lo aprobado en el Plan Estratégico. También se muestran los fondos disponibles para cada uno de los objetivos estratégicos en los bienios 2008-009 y 2010-2011. La diferencia porcentual entre los dos bienios muestra un cambio positivo en la asignación de recursos en tres de los cinco objetivos estratégicos prioritarios (OE 4, OE 1 y OE 3). Al examinar estas cifras, se debe tener en cuenta que la convergencia de los recursos con las prioridades programáticas es un proceso complejo debido a la flexibilidad limitada en la asignación de la mayoría de los recursos al alcance de la Organización en un bienio. Por ejemplo, más de 70% de los fondos del presupuesto ordinario se vinculan a los puestos de plazo fijo, que no se pueden transferir o distribuir fácilmente a diferentes objetivos estratégicos debido a la asociación técnica de los puestos con el objetivo estratégico pertinente. Además, la mayoría de las contribuciones voluntarias recibidas por la Organización siguen estando principalmente destinadas a fines específicos, lo cual restringe la capacidad de la Oficina para asignar recursos según la clasificación prioritaria de los objetivos estratégicos aprobada en el Plan Estratégico. Aunque la Organización sigue esforzándose para mejorar la convergencia entre las prioridades programáticas y la asignación de recursos, este es un proceso gradual que podría llevar varios años.

Cuadro 7. Prioridad programática frente a la asignación de recursos, 2008-2009 y 2010-2011

Objetivo estratégico	Prioridad	Fondos disponibles en el bienio (en millones de dólares)		Diferencia porcentual entre los bienios 2008-2009 y 2010-2011
		2008-2009	2010-2011	
OE 4: Salud de la madre, el niño, el adolescente y el adulto mayor	1	24,7	40,6	64%
OE 1: Enfermedades transmisibles	2	75,1	90,6	21%
OE 2: Infección por el VIH/sida, tuberculosis y malaria	3	34,9	33,9	-3%
OE 3: Enfermedades crónicas no transmisibles	4	21,0	23,8	13%
OE 7: Factores sociales y económicos determinantes de la salud	5	17,5	17,0	-3%
OE 13: Recursos humanos para la salud	6	14,8	15,2	3%
OE 10: Servicios de salud	7	34,4	20,6	-40%
OE 8: Entornos más saludables	8	19,1	22,7	19%
OE 6: Promoción de la salud y prevención de factores de riesgo	9	14,2	13,6	-4%
OE 14: Protección social y financiamiento	10	4,9	6,2	27%
OE 11: Liderazgo y gobernanza de los sistemas de salud	11	31,1	39,8	28%
OE 12: Productos médicos y tecnologías sanitarias	12	19,2	21,0	9%
OE 5: Emergencias y desastres	13	49,3	32,9	-33%
OE 9: Nutrición, inocuidad de los alimentos y seguridad alimentaria	14	15,8	28,1	78%

Respuesta a brotes y crisis

44. Durante el bienio se contó con un total de \$48,2 millones para este segmento, más del doble del presupuesto de \$22 millones previsto en el Programa y Presupuesto 2010-2011. Eso se debe a la naturaleza imprevisible de estos fondos, que están disponibles en caso de que se produzca un desastre, una situación de emergencia, una epidemia o una pandemia.

45. Tal como se preveía, se ejecutaron casi todos los fondos para la respuesta a brotes y crisis (98%). Estos fondos se usaron principalmente para apoyar a los países afectados por desastres y emergencias, como los terremotos de Haití y Chile, las inundaciones de Centroamérica, la República Dominicana, las Bahamas, Bolivia y Colombia, la erupción volcánica de Ecuador y la epidemia de cólera en Haití. Es importante señalar que cerca de 50% de estos fondos se ejecutaron en Haití.

Contribuciones voluntarias nacionales

46. Durante el bienio 2010-2011 había en total \$348 millones en el segmento de contribuciones voluntarias nacionales para llevar a cabo los programas nacionales de cooperación técnica en 10 Estados Miembros (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Perú y Suriname). Las contribuciones de cada país se indican en el cuadro 8.

Cuadro 8. Financiamiento de contribuciones nacionales voluntarias por país

Estado Miembro	Fondos disponibles (en dólares)
Argentina	5.001.165
Bolivia	61.039
Brasil	318.190.742
Colombia	19.118.255
Ecuador	538.706
Guatemala	35.294
Honduras	312.596
México	2.885.336
Perú	1.696.692
Suriname	93.505
Total	347.933.330

47. Las contribuciones voluntarias nacionales aumentaron alrededor del 50% en comparación con el bienio anterior (de \$230 millones en 2008-2009 a \$348 millones en 2010-2011). Brasil sigue siendo el usuario principal de esta modalidad de financiamiento de la cooperación técnica, que representa más de 90% del total de las contribuciones voluntarias nacionales.

48. Es importante señalar que las contribuciones voluntarias nacionales son una modalidad de financiamiento de la cooperación técnica en un país determinado a fin de ampliar la escala de las intervenciones señaladas en la estrategia de cooperación en los países. Como tal, los fondos de contribuciones voluntarias nacionales se usan para abordar las prioridades determinadas en la estrategia de cooperación en el país respectivo

y se ejecutan por medio de los planes de trabajo bienales como parte del programa general de cooperación técnica de la OPS con cada país. En consecuencia, estos fondos contribuyen directamente al logro de las metas de los indicadores de los RPR en esos países. Además de la contribución directa a la promoción de las prioridades de salud pública en los países que usan esta modalidad, estos fondos también han facilitado la colaboración entre países, ayudando de esa forma a abordar importantes problemas de salud pública que los países tienen en común (por ejemplo, la interrupción de la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas en América del Sur).

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

49. La evaluación de fin del bienio 2010-2011 fue la segunda que abarcó un bienio completo en el marco de la gestión basada en los resultados. La Oficina Sanitaria Panamericana ha hecho grandes avances en la consolidación de su marco de gestión basada en los resultados. No obstante, es necesario abordar ciertos aspectos fundamentales para implementar plenamente la gestión basada en los resultados en toda la Organización, entre ellos fortalecer el componente de rendición de cuentas, mejorar la documentación y la aplicación de las enseñanzas, simplificar el proceso de planificación y fortalecer tanto la calidad como la cobertura de los objetivos estratégicos, los RPR y sus indicadores. Un tema común en los informes era la cuestión de comprender cabalmente la importancia de cada RPR y sus indicadores, así como las metas con respecto a la cooperación técnica proporcionada, particularmente a nivel de país.

50. El proceso de seguimiento y evaluación del desempeño se llevó a cabo con la participación de toda la Organización. Este proceso ha permitido señalar sistemáticamente los logros, los retos y las enseñanzas y hacer los ajustes necesarios durante la ejecución del Programa y presupuesto 2010-2011. Además, sirvió de base para elaborar el Programa y Presupuesto 2012-2013 y suministrará información que servirá de base para la formulación del próximo Plan Estratégico 2014-2019.

51. Aunque se ha avanzado mucho en la calidad tanto de información como de la notificación, hay áreas clave (como salud materna, enfermedades crónicas, salud mental y acceso a servicios de salud) sobre las cuales hay pocos datos actualizados y validados, o no los hay, para medir adecuadamente el progreso realizado hacia el cumplimiento de los indicadores relacionados con los efectos. Eso constituyó una limitación en la definición de las líneas de base de los efectos y los indicadores de los RPR, afectando de esa forma al proceso de seguimiento y evaluación. Además, la relación débil entre ciertos indicadores de los RPR y los indicadores de los efectos ha afectado a la uniformidad de la evaluación para demostrar el progreso realizado hacia la obtención de los efectos a nivel de objetivo estratégico.

52. El progreso realizado durante el bienio 2010-2011 indica que la Organización sigue avanzando constantemente hacia la consecución de las metas del Plan Estratégico para el 2013. De los 16 objetivos estratégicos, 12 estaban en curso y cuatro estaban en riesgo. De los 90 RPR, 82 estaban en curso, siete estaban en riesgo y uno estaba en problemas.

53. De los 256 indicadores de los RPR, 233 (91%) alcanzaron sus metas para el 2011. El seguimiento y el análisis permanentes son fundamentales para las intervenciones directas en relación con los indicadores que están quedando a la zaga, especialmente los que están poniendo en peligro el logro de los objetivos estratégicos y los RPR para el

2013. Entre los factores que obstaculizaron la consecución de las metas de 23 indicadores para el 2011 cabe señalar los siguientes:

- La calidad de algunos indicadores no permite cuantificar de manera apropiada el progreso realizado por los países (por ejemplo, acceso a servicios de salud).
- Algunas de las metas eran poco realistas y no tenían en cuenta la situación particular de los países (es decir, el RSI y los recursos humanos para la salud) y los retos que enfrentan para tratar de mantener los avances realizados (por ejemplo, enfermedades desatendidas, como la rabia).

54. Se debe prestar especial atención al mantenimiento de los avances realizados mientras prosigue la labor para alcanzar las metas. Cuando se establecen indicadores y metas, hay que cerciorarse de que sean realistas y pertinentes para la situación en los países, teniendo en cuenta los riesgos y las premisas.

55. La ejecución presupuestaria general para 2010-2011, incluidos los tres segmentos del Programa y Presupuesto, fue del 85% (\$830 millones de \$979 millones). La ejecución por segmento fue como sigue: 89% para programas básicos (\$521 millones de \$583 millones); 98% para respuesta a brotes y crisis (\$47 millones de \$48 millones) y 75% para contribuciones voluntarias nacionales (\$262 millones de \$348 millones).

56. De los \$643 millones aprobados para el segmento de programas básicos, \$287 millones provinieron del presupuesto ordinario. La diferencia, de \$356 millones, constituyó la brecha de financiamiento inicial. Para fines del bienio, la Organización había movilizadado \$296 millones, reduciendo de esta forma la brecha de financiamiento a \$60 millones.

57. Se observa una tendencia creciente en las contribuciones voluntarias nacionales recibidas durante los dos últimos bienios (que pasaron de \$230 millones en 2008-2009 a \$348 millones en 2010-2011). Estos fondos han contribuido al progreso en la consecución de metas de salud pública en los países que están usando este método para financiar la cooperación técnica de la OPS. Se necesitan más análisis de esta modalidad de financiamiento y su incorporación en planes estratégicos futuros, así como en los programas y presupuestos correspondientes.

58. La coordinación y asignación de recursos mejoraron durante el bienio. Sin embargo, hay que seguir fortaleciendo la coordinación interprogramática a fin de procurar la utilización óptima de los recursos disponibles y una movilización de recursos más focalizada.

59. También es necesario fortalecer la integración de las actividades de cooperación técnica, en particular a medida que van surgiendo nuevas iniciativas. Esta fue una

observación formulada en la mayoría de los análisis realizados por las áreas técnicas de la OPS. Requiere una revisión de la forma de equilibrar programas verticales con un enfoque integrado de la ejecución de las actividades.

60. Hay que analizar las enseñanzas extraídas de cada objetivo estratégico, RPR e indicador de RPR a fin de señalar los éxitos y los fracasos, de manera tal que la Organización pueda aprovechar estas enseñanzas para mejorar la planificación futura y los ciclos de presupuestación.

Anexos

VI. ANEXOS

INFORMES DE AVANCE HACIA LA CONSECUCCIÓN DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Informe de avance hacia la consecución del OE 1

OE 1: Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles				En riesgo	
Panorama del presupuesto					
Presupuesto aprobado (PP 2010-2011)	Fondos disponibles			Gasto (%)	Financiado (%)
	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Total		
\$87.985.000	\$23.870.000	\$66.698.379	\$90.568.379	89%	103%
Progreso realizado hacia la consecución del objetivo estratégico para el 2013					
Progreso realizado hacia la consecución de las metas del indicador del objetivo estratégico en lo que se refiere a sus efectos, tal como se establece en el Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS					
Indicador 1: Reducción de la tasa de mortalidad en los niños menores de 5 años por enfermedades prevenibles mediante vacunación en la Región					
<i>Línea de base:</i> 47 por 100.000 niños menores de 5 años en el 2002					
<i>Meta:</i> 31 por 100.000 para el 2013					
<p>Aunque no hay datos concretos en este momento, según las proyecciones para la Región basadas en la notificación de los efectos de la introducción de las vacunas nuevas en la reducción de la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años por enfermedades prevenibles mediante vacunación, la meta debería alcanzarse para el 2013. Se prevé este resultado en vista de la alta cobertura de vacunación (en general superior al 80%) de las cohortes destinatarias lograda en los países contra las enfermedades asociadas con mayor frecuencia con la muerte en la niñez (como rotavirus, neumococos, meningococos y <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b). Los países que todavía no han introducido las vacunas han expresado su compromiso de hacerlo en un futuro próximo. Se calcula que cada año se salva la vida de 174.000 niños en la Región de las Américas como resultado de la inmunización y se prevé que este número seguirá aumentando con la introducción de las vacunas nuevas.</p>					
Indicador 2: Número de países que mantienen la erradicación de la poliomielitis en la Región					
<i>Línea de base:</i> 38 países en el 2006					
<i>Meta:</i> 38 países para el 2013					
<p>Actualmente, todos los países de las Américas se mantienen libres de poliomielitis y esperan mantener la erradicación a lo largo del 2013 y con posterioridad. Se formuló un plan de acción para mantener a la Región de las Américas libre de poliomielitis durante la transición de la etapa de preerradicación a la de poserradicación. El plan incluye una estrategia integral para mejorar todos los aspectos de la protección de las comunidades y la vigilancia epidemiológica. Considerando que la Región de las Américas sigue expuesta al riesgo de importación del virus de los países donde todavía está circulando, se hizo un análisis regional del riesgo y se elaboraron estrategias específicas para mantener la erradicación en el contexto mundial. Por último, se espera que los países mantengan las normas de certificación para la vigilancia de la parálisis flácida aguda, en cumplimiento de los indicadores de vigilancia, e informen periódicamente al nivel regional.</p>					

Indicador 3: Número de países que logran y mantienen la eliminación de sarampión, la rubéola, el síndrome de rubéola congénita y el tétanos neonatal en la Región

Línea de base: 0 países en el 2006

Meta: 38 países para el 2013

A fines del 2011, los 38 países y territorios de la Región habían logrado la interrupción de la transmisión endémica del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita. Con la finalidad de mantener la eliminación, todos los países están llevando a cabo las intervenciones recomendadas por la OPS, entre ellas campañas periódicas de seguimiento, el fortalecimiento de los planes de respuesta rápida para detectar brotes y responder rápidamente, la vigilancia integrada y de buena calidad del sarampión y la rubéola que cumple los indicadores de vigilancia y actividades de vacunación dirigidas a ciertos grupos con el propósito de lograr una cobertura superior al 95% en los municipios. Todos los países y territorios también han establecido comisiones nacionales y están terminando de preparar los informes de país para presentarlos al Comité Internacional de Expertos en el primer semestre del 2012. Asimismo, en la Conferencia Sanitaria Panamericana de septiembre del 2012 se presentará un informe sobre los progresos realizados y un plan de acción para consolidar esta meta.

Con respecto a la eliminación del tétanos neonatal, Haití es el único país que no ha alcanzado la meta y tiene pocas probabilidades de alcanzarla para el 2013, a menos que en el 2012 se formule y ponga en práctica un plan. Uno de los componentes principales del plan del país para eliminar el tétanos neonatal es una campaña de vacunación.

Indicador 4: Número de países que han cumplido los requisitos de capacidad básica para la vigilancia, la respuesta y los puntos de la entrada, de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional del 2005

Línea de base: 0 países en el 2007

Meta: 35 países para el 2013

Veintiséis países han presentado sus informes anuales a la Asamblea Mundial de la Salud. Aunque los países tienen niveles muy diferentes de capacidad básica, ninguno ha cumplido plenamente todos los requisitos del RSI.

Indicador 5: Reducción de la tasa de letalidad del dengue (dengue hemorrágico/síndrome de choque por dengue) en la Región

Línea de base: 1,3% en el 2006

Meta: 1,0% para el 2013

La tasa de letalidad actual es de 0,071 según la nueva clasificación de la OMS. La introducción de esta clasificación nueva del dengue en el 2010 implica un cambio importante en el manejo de casos y en la evolución de la enfermedad. El denominador de la tasa real es el número total de casos de dengue. Por consiguiente, la tasa real es de 0,070, con una reducción de la proporción de casos graves, que bajó de 2,62% en el 2006 a 1,65% en el 2011. Eso indica que, en casos de enfermedad más grave, se logró evitar que los casos se convirtieran en casos graves de dengue. La mejora del manejo y el seguimiento de casos explica este logro.

Cuando se creó el indicador original para este documento, no se preveía un cambio en la clasificación. Con la nueva clasificación, ya no se habla de dengue hemorrágico/síndrome de choque por dengue, como se hacía antes con este indicador.

En los últimos cinco años ha habido no solo un aumento de las defunciones por dengue, sino también un aumento del número de casos de dengue. La tendencia del indicador es descendente (menos de 1%). Por consiguiente, se considera que la transición a la nueva clasificación no tendrá grandes consecuencias.

Otra ventaja es que la nueva clasificación está usándose a nivel mundial, de modo que los datos regionales de las Américas ahora puedan compararse con los datos de las demás regiones.

Indicador 6: Número de países con certificación de la interrupción de la transmisión de la enfermedad de Chagas por vectores en los 21 países endémicos de la Región

Línea de base: 3 países en el 2006

Meta: 15 países para el 2013

Hasta la fecha, en 14 países se ha certificado la interrupción de la transmisión de la enfermedad de Chagas por vectores (Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú y Uruguay).

Indicador 7: Número de países de la Región donde la oncocercosis es endémica que han certificado su eliminación

Línea de base: 0 de los 6 países endémicos

Meta: 1 país para el 2013

Colombia solicitó oficialmente la certificación de la eliminación de la oncocercosis.

Evaluación del objetivo estratégico en el bienio 2010-2011

Se considera que este objetivo estratégico está en riesgo, pero se avanzó mucho a nivel del RPR durante este bienio. De los nueve RPR, siete están en curso (verde) y dos en riesgo (amarillo); los dos en riesgo son el RPR 1.3, relacionado con las enfermedades zoonóticas desatendidas, y el RPR 1.6, relacionado con la implementación del RSI. De las 22 metas de los indicadores de los RPR, se lograron 18 y cuatro no. Es importante observar que, de los 18 indicadores cumplidos, siete han excedido la meta para el 2011, y de estos siete indicadores, cinco ya han alcanzado la meta para el 2013.

Logros principales

- La OPS ha colaborado con las autoridades haitianas en la elaboración de un plan de acción del país para la próxima campaña de vacunación de seguimiento contra el sarampión, la rubéola y la poliomielitis, a fin de proteger los logros obtenidos hasta el momento en la eliminación de estas enfermedades, a la vez que se fortalecen los servicios de vacunación sistemática en el país.
- Respuesta de La Española al brote de cólera: Debido a la falta de conocimientos y de experiencia con el cólera en La Española, la OPS desplegó de inmediato expertos en manejo de casos, control de infecciones, agua, saneamiento e higiene (WASH), y vigilancia epidemiológica. Las muestras y los aislamientos identificados por el Laboratorio Nacional de Salud Pública fueron enviados a centros internacionales de referencia para su confirmación. En Haití, por lo tanto, se establecieron y utilizaron sistemas de alerta y respuesta, con el despliegue de ocho equipos descentralizados sobre el terreno durante el apogeo del brote, desde fines del 2010 hasta principios del 2011. En la República Dominicana, el foco de atención ha sido la calidad de la atención en el manejo de casos y el fortalecimiento de la red de abastecimiento de agua potable en las provincias. Al mismo tiempo, se han revisado y actualizado los planes de respuesta al cólera en el resto del Caribe y Centroamérica, utilizando datos basados en la información obtenida de La Española.
- Trabajo constante en el área de la prevención y el control de infecciones en los países de habla inglesa del Caribe: Belice, Guyana y Trinidad y Tabago están consolidando sus planes e intervenciones nacionales.
- Creación de la capacidad de alerta temprana en los Estados Miembros y en las representaciones de la OPS en los países.
- Publicación del libro de la OPS titulado *Treinta Años del Boletín de Inmunización: la Historia del PAI en las Américas*, que pone de relieve las experiencias y enseñanzas que han hecho del Programa de Vacunación de las Américas una de las iniciativas para salvar vidas más exitosas del mundo.
- Progreso hacia la consecución de las metas regionales de eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas, como la oncocercosis, la enfermedad de Chagas y la esquistosomiasis.

- En el 2011 se logró el consenso regional sobre un enfoque uniforme de la vigilancia del RSI. Uno de los retos principales para la vigilancia del RSI ha sido la falta de un instrumento estandarizado de vigilancia a nivel mundial. La iniciativa de los países miembros del MERCOSUR, que llevó a la elaboración de material para la evaluación de la capacidad básica y la planificación en el 2008, ejemplo que después siguieron otros países de la Región, tuvo importantes repercusiones en la implementación del RSI en las Américas. Los 35 Estados Partes de la Región hicieron al menos una evaluación de su capacidad básica según se indica en el anexo 1 del RSI, que se centra en la vigilancia y la respuesta (anexo 1.A del RSI) y, en menor grado y de una manera menos sistemática, en los puntos de entrada designados (anexo 1.B del RSI). Como resultado de estas evaluaciones, para fines del 2011, al menos 30 de los 35 Estados Partes habían realizado actividades de planificación y efectuado o coordinado el ajuste de los planes pertinentes para establecer la capacidad básica a más tardar para el 15 de junio del 2012. También para fines del 2011, al menos 10 Estados Partes habían determinado el costo de sus planes.
- Fortalecimiento del enfoque multidisciplinario y de colaboración entre el Equipo Regional de Alerta y Respuesta, los expertos técnicos de la OPS y las representaciones de la OPS/OMS, con objeto de detectar, evaluar y comprobar las amenazas para la salud pública 24 horas al día los siete días de la semana.
- Fortalecimiento de la función de la OPS como centro nacional de enlace para el RSI: con respecto a los eventos de salud pública de importancia internacional, se evaluaron 710 eventos y se emitieron 61 alertas epidemiológicas, 30 informes, cuatro mapas interactivos y 39 advertencias y recomendaciones acerca de amenazas internacionales para la salud pública.
- Aumento de la capacidad en materia de laboratorios: se detectaron nuevos mecanismos de resistencia, con el apoyo de la colaboración horizontal de la Red de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos.

Retos principales

- No es fácil demostrar el efecto de las intervenciones de vacunación dirigidas a los municipios con baja cobertura, ya que todavía no hay datos y los países siguen llevando a cabo planes de acción para llegar a estas poblaciones vulnerables.
- Es necesario fortalecer la vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles mediante vacunación y velar por la calidad de los datos en los informes periódicos.
- La insuficiencia de recursos a nivel nacional e internacional pone en peligro la consecución de las metas de eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y dificulta el logro de las capacidades básicas del RSI y las actividades de alerta y respuesta para los eventos de salud pública de importancia internacional 24 horas al día los siete días de la semana.
- Hay un número limitado de recursos humanos especializados que pueden responder a los riesgos para la salud pública.
- Es necesario fortalecer la colaboración multidisciplinaria a través de las áreas de la OPS para evaluar y comprobar los eventos, con la finalidad de cumplir plenamente el mandato de la OPS.
- Hay que llevar a cabo una labor intensa de promoción de la causa para guiar a los ministerios de salud en la adopción de decisiones fundamentadas sobre la prórroga del plazo para la implementación del RSI.
- Es preciso determinar las sinergias y alianzas para examinar las políticas de recursos humanos a fin de que se establezca y mantenga la competencia necesaria en el campo de la epidemiología aplicada y en otras disciplinas relacionadas con la salud pública.

Enseñanzas

- La colaboración con los socios estratégicos es fundamental para brindar apoyo a la revitalización del programa de vacunación en Haití.
- Las actividades de promoción para la erradicación del sarampión y la rubéola deben proseguir en los foros mundiales, en tanto que los países deben permanecer atentos para abordar rápidamente los casos importados en la Región.

- A fin de alcanzar las metas, es necesario integrar las actividades de eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas en otros programas de salud pública.
- La investigación ha sido fundamental para promover una respuesta más fuerte y focalizada a fin de prevenir y controlar las enfermedades infecciosas prioritarias.
- El Día Mundial de la Salud 2011 puso de relieve la resistencia a los antimicrobianos y facilitó las actividades de cooperación técnica a nivel de país.

Informe de avance sobre los RPR del OE 1

RPR 1: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para aumentar al máximo el acceso equitativo de todas las personas a vacunas de calidad garantizada, incluyendo productos y técnicas de inmunización nuevos y subutilizados; fortalecimiento de los servicios de inmunización; e integración de otras intervenciones esenciales de salud de la familia y del niño con la inmunización.

En curso

Evaluación del RPR

(Se alcanzó la meta de tres de los cuatro indicadores del RPR, se excedieron tres y una no se alcanzó.)

La OPS trabajó en colaboración con los Estados Miembros y los socios estratégicos a fin de fortalecer y mantener la credibilidad de los programas de inmunización al proporcionar servicios equitativos y de buena calidad a todos. La cooperación técnica durante el bienio 2010-2011 apoyó las mejoras de la cobertura de vacunación a todos los niveles, priorizando al mismo tiempo las intervenciones eficaces para llegar a las zonas en riesgo y superar los retos que siguen impidiendo el acceso a los servicios de vacunación. Gracias a un esfuerzo continuo se ha mantenido la visibilidad el Fondo Rotatorio de la OPS para comprar vacunas seguras y de buena calidad al costo más bajo posible. La vasta experiencia de la Región con la introducción de vacunas nuevas y el fortalecimiento de la vigilancia se ha compartido con otras regiones. Estos logros resultan evidentes en los esfuerzos de los países y el cumplimiento de los indicadores del RPR 1.1 en el bienio 2010-2011. El indicador relacionado con los municipios de baja cobertura sigue planteando retos a pesar de los esfuerzos a nivel de país y la movilización de recursos con los socios. Aunque se espera que los datos disponibles en el 2012 demuestren importantes mejoras, los países seguirán llevando a cabo intervenciones para aumentar la cobertura de vacunación en estas zonas en el próximo bienio.

Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones ⁵
1.1.1: Número de países que logran una cobertura de vacunación de más de 95% a nivel nacional (DPT3 como marcador)	20	22	27	25	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ABM, ANI, ARG, BAH, BLZ, BRA, CUB, DOM, ECU, ELS, GRA, GUY, MEX, NIC, PAN, SAL, SAV, SCN, TRT, EUA</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> HON, PER</p> <p>HON, país propuesto como meta para el 2011, alcanzó una cobertura de 96% con la vacuna DPT3. PER, otro país propuesto como meta para el 2011, determinó las brechas de cobertura a nivel de los municipios y seguirá</p>

⁵ La lista de los países incluidos en esta columna corresponde a la información disponible a la fecha de cierre de esta evaluación.

					redoblando los esfuerzos para mejorar la cobertura en estos municipios destinatarios. En el 2011, aunque tres países presentaron una disminución con respecto a la línea de base (ELS, MEX y USA), otros 10 países y territorios (BOL, CHI, FDA, GUT, HON, JAM, PAR, SUR, TCA, VEN) lograron una cobertura de más del 95%, lo cual arroja un total de 27 países y territorios que han alcanzado esta meta del indicador. En consecuencia, la meta prevista de 22 países para fines del 2011 fue excedida en cinco países. Los países que no alcanzaron las metas de cobertura han planificado intervenciones para llegar a las poblaciones sin vacunar. Se recomienda que los países sigan elaborando y ejecutando planes de acción del Programa Ampliado de Inmunización para garantizar una cobertura alta en el 2012-2013.
1.1.2: Porcentaje de municipios con una cobertura de vacunación de menos de 95% en América Latina y el Caribe (DPT3 como marcador con línea de base de 15.076 municipios en el 2005)	44%	34%	42%	32%	Aunque se observó una mejora de 2%, 42% de los municipios en países de América Latina y el Caribe notificaron una cobertura de más del 95%. Se espera que los datos correspondientes al 2011 (que estarán disponibles en abril del 2012) muestren una disminución en el número de municipios con baja cobertura, dado que: <ul style="list-style-type: none"> 1) se proporcionó cooperación técnica a los países con el número más alto de municipios en riesgo (BRA, COL, HAI, PER, VEN); 2) los países siguen elaborando y ejecutando planes de acción para lograr una cobertura homogénea; y 3) los socios siguen prestando apoyo priorizando la cobertura alta en estas zonas.
1.1.3: Número de países que han incluido la vigilancia centinela del neumococo o del rotavirus en su sistema nacional de vigilancia epidemiológica	5	10	18	15	<i>Línea de base del 2009:</i> BRA, ECU, ELS, NIC, PAN <i>Meta para el 2011:</i> BLZ, BOL, COR, GUY, HON, MEX, PAR, URU Un total de 18 países confirmó que se había establecido la vigilancia centinela de los neumococos o los rotavirus en sus sistemas nacionales durante el bienio. Este total incluyó los cinco países de la línea de base, los ocho países previstos en la meta para el 2011 y otros cinco: COL, DOR, GUT, PER y VEN.

<p>1.1.4: Número de países que compran las vacunas para su Programa Nacional de Inmunización a través del Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas</p>	<p>32/38</p>	<p>33/38</p>	<p>34/38</p>	<p>34/38</p>	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, FDA, GRA, GUT, GUY, HON, JAM, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, SCN, SUR, TRT, URU, VEN</p> <p>Meta para el 2011: CHI, NEA</p> <p>A fines del 2011, 34 países y territorios estaban comprando las vacunas para sus programas nacionales de vacunación por medio del Fondo Rotatorio de la OPS. La adición más reciente fue Chile, que compró casi todas sus vacunas por medio de este Fondo en el 2010 y prevé continuar haciéndolo en el 2012. Además, las Antillas Neerlandesas confirmaron que obtienen vacunas mediante el Fondo Rotatorio</p>
<p>1.2: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para mantener la eliminación del sarampión y la erradicación de la poliomielitis, y lograr la eliminación de la rubéola, el síndrome de rubéola congénita (SRC) y el tétanos neonatal.</p>					<p>En curso</p>
<p align="center">Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR.)</p>					
<p>Se proporcionó cooperación técnica para complementar los esfuerzos de los países destinados a mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC), así como la erradicación de la poliomielitis en la Región. Todos los países han llevado a cabo intervenciones de vacunación y vigilancia para mantener estos logros. Se formuló un plan de acción para mantener a la Región de las Américas libre de la poliomielitis durante la etapa de transición de la preerradicación a la poserradicación, con la finalidad de mejorar la protección de las comunidades y la vigilancia. La ejecución de este plan también exigirá que los países mantengan las normas de certificación para la vigilancia de la parálisis flácida aguda. En el 2010, en la Región se logró la eliminación de la rubéola y el SRC endémicos y este RPR está en curso para finalizar la documentación y comprobación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC en el 2012. Un reto importante es la amenaza constante de importaciones, que aumenta el riesgo de que se restablezca la transmisión endémica del sarampión y la rubéola. Los países deben permanecer atentos para detectar las importaciones y responder rápidamente.</p>					
<p>Indicador</p>	<p>Línea de base 2009</p>	<p>Meta 2011</p>	<p>Logrado a fines del 2011</p>	<p>Meta 2013</p>	<p>Observaciones</p>
<p>1.2.1: Número de países con actividades de vigilancia y de vacunación para mantener la erradicación de la poliomielitis</p>	<p>38/38</p>	<p>38/38</p>	<p>38/38</p>	<p>38/38</p>	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, FDA, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, SCN, SAL, SAV, SUR, TRT, URU, USA, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> Mantenimiento</p> <p>Los 38 países actualmente llevan a cabo actividades de vigilancia y vacunación para mantener la erradicación de la poliomielitis, así</p>

					como para reducir al mínimo el riesgo de reintroducción del poliovirus salvaje en la Región. Aunque HAI aplazó su campaña de vacunación contra la poliomielitis (y contra el sarampión y la rubéola) hasta marzo del 2012, el país incluye la vacuna antipoliomielítica en su programa de vacunación sistemática y sigue informando semanalmente sobre la vigilancia de la parálisis flácida aguda.
1.2.2: Número de países que han ejecutado intervenciones para lograr la eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita	38/38	38/38	38/38	38/38	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SCN, SAL, SAV, SUR, TRT, URU, USA, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> FDA, NEA</p> <p>Los 38 países y territorios llevaron a cabo intervenciones para eliminar la rubéola y el SRC, y avanzaron mucho en la documentación y comprobación de la eliminación de estas enfermedades.</p>

1.3: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para ofrecer a todas las poblaciones acceso a intervenciones de prevención, control y eliminación de enfermedades transmisibles desatendidas, entre ellas las enfermedades zoonóticas.

En riesgo

Evaluación del RPR

(Se alcanzó la meta de tres de los cinco indicadores del RPR, se excedió una y dos no se alcanzaron.)

Hubo adelantos importantes hacia el logro de este RPR y de sus indicadores. Con respecto a la lepra, 18 países alcanzaron las metas de eliminación o de mantenimiento de la línea de base, pero Argentina registró una disminución con respecto a la línea de base. En relación con la rabia humana, la meta de eliminación para el bienio se logró en el 2011. Para las enfermedades zoonóticas, los países siguen elaborando, actualizando y probando planes de preparación. Con respecto a la enfermedad de Chagas, tres de cuatro países previstos lograron la interrupción de la transmisión o la certificación de la eliminación (Colombia fue el país que no lo logró). Argentina y Nicaragua recuperaron su situación en la línea de base y en algunos países de la línea de base se logró la eliminación o la interrupción de la transmisión por vectores secundarios. Se difundieron las nuevas directrices sobre las enfermedades infecciosas desatendidas, que comenzaron a aplicarse en todos los países previstos, y se lograron avances significativos con respecto al tracoma, la filariasis, la esquistosomiasis y la oncocercosis. El adelanto más reciente fue la certificación de la eliminación de la oncocercosis en Colombia. La movilización de recursos financieros y humanos para las enfermedades infecciosas desatendidas sigue siendo un reto para alcanzar las metas fijadas para el 2015, según lo dispuesto en la resolución CD49.R19, "Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza", aprobada por el 49.º Consejo Directivo de la OPS en el 2009.

Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
1.3.1: Número de países que han eliminado la lepra a nivel nacional y subnacional como problema de salud pública	17/24	19/24	17/24	24/24	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, COR, ECU, ELS, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PER, SAL, SUR, TRT, URU</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> COL, CUB, DOR</p> <p>De 19 países, 18 lograron o mantuvieron la eliminación a nivel subnacional. Mientras que ARG presentó una disminución respecto de la línea de base, CUB y COL alcanzaron las metas en el 2011. CUB también está acercándose a la eliminación en el segundo nivel subnacional. Aunque DOR no alcanzó la meta en el 2011, formuló un plan y trabajará a fin de alcanzarla para el 2013. Brasil es el único país de la Región que no ha alcanzado la meta a nivel nacional. BOL, DOR, PAR y VEN tendrán que trabajar para alcanzar la meta a nivel subnacional.</p> <p>La meta para la lepra en el bienio anterior (2008-2009) estaba relacionada con la aplicación de la nueva estrategia de la OMS para la lepra, elemento que se formuló en esa oportunidad. Después de la revisión del Plan Estratégico de la OPS 2008-2012, se mejoró el indicador a fin de mostrar un nivel de logro mejor pero más estricto, incluida la eliminación de la lepra a nivel subnacional, como parte del indicador.</p> <p>El caso de ARG muestra la importancia de continuar la labor de promoción de la causa en los países para mantener los logros. Tras la disminución respecto de la línea de base, en octubre del 2011 una misión técnica evaluó el programa nacional contra la lepra y formuló recomendaciones. ARG comenzó a adaptar las directrices para la atención del paciente, lo cual demuestra su voluntad de recuperar este indicador. A nivel regional se está vigilando el progreso en la implementación de las recomendaciones.</p> <p>Ya se han programado misiones técnicas para los otros países previstos en la meta para el 2013.</p>
1.3.2: Número de países que han eliminado la rabia humana transmitida por los perros	14	16	17	18	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BLZ, CHI, COL, COR, ECU, GUY, HON, NIC, PAN, PAR, PER, SUR, URU</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> CUB, ELS, MEX, VEN</p>

					En el 2011, 17 países eliminaron la rabia humana transmitida por perros, entre ellos cuatro países previstos en la meta: CUB, ELS, MEX y VEN. PER está volviendo a la situación de la línea de base y ha declarado la mayor parte de su territorio nacional libre de rabia humana transmitida por perros, salvo los departamentos de Puno y Madre de Dios
1.3.3: Número de países que mantienen la vigilancia y los preparativos para hacer frente a las enfermedades zoonóticas emergentes o reemergentes	13	19	19	23	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BLZ, BRA, CHI, COL, COR, DOR, ECU, HON, MEX, PAN, PAR, TRT</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> CUB, DOM, GUT, NIC, PER, URU, VEN</p> <p>Diecinueve países llevaron a cabo actividades de vigilancia y preparativos para enfermedades zoonóticas emergentes o reemergentes. PAR está tratando de volver a la situación de la línea de base.</p>
1.3.4: Número de países con índice de infestación domiciliar de sus vectores triatomíneos principales inferior a 1%	11/21	15/21	14/21	18/21	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BRA, CHI, ELS, GUT, HON, MEX, NIC, PAR, PER, URU</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> BLZ, BOL, COL, COR</p> <p>A pesar de que no se cumplió este indicador, los avances en la lucha contra la enfermedad de Chagas han sido considerables. De acuerdo con la meta del <i>índice de infestación domiciliar</i>, 12 de 21 países alcanzaron la meta al reducir la infestación doméstica por los vectores principales de <i>Triatominae</i> a menos del 1%. De los países previstos en la meta para el 2011, BLZ, BOL y COR alcanzaron la meta. Se realizó un gran esfuerzo de cooperación técnica con la finalidad de lograr la recuperación de los países que se encontraban anteriormente en la línea de base; Argentina y Nicaragua también alcanzaron la meta. Los demás países de la línea de base mantuvieron su situación. En el 2013, COL, ECU, PAN y VEN tratarán de alcanzar la meta, y se sentarán las bases para continuar el trabajo en GUY y SUR.</p> <p>Es importante subrayar la necesidad de que los países mantengan sus logros. De lo contrario, habrá que reorientar la cooperación técnica hacia la recuperación de los países que ya han logrado resultados.</p> <p>También es necesario señalar que la enfermedad de Chagas no se refiere exclusivamente a solo un</p>

					<p>tipo de vector. En los países donde se ha interrumpido la transmisión por el vector primario, las actividades de control se han reorientado hacia el control de los vectores secundarios. Se prevé que el reto será mayor para el bienio 2012-2013, ya que la mayoría de los países previstos en la meta están ubicados alrededor de la cuenca amazónica.</p> <p>Los cambios climáticos que promueven la proliferación de vectores, la persistencia de determinantes sociales, el difícil acceso a las áreas afectadas y los retos políticos impiden que se avance con mayor rapidez en relación con este indicador.</p>
1.3.5: Número de países que han adoptado programas o estrategias para la vigilancia, prevención, control o eliminación de las enfermedades tropicales desatendidas	3	7	7	11	<p><i>Línea de base del 2009:</i> GUY, MEX, SUR</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> HON, BRA, DOR, HAI</p> <p>Alrededor de siete países alcanzaron su meta, entre ellos todos los países previstos en la meta para el 2011. BRA puso en marcha un programa nacional de enfermedades infecciosas desatendidas, ejecutando un plan de acción en Recife, y consolidó las actividades relacionadas con la oncocercosis y el tracoma. En DOR se llevó a cabo una tarea de vigilancia de la filariasis linfática y la malaria en la zona de la frontera con Haití y se iniciaron los preparativos para una encuesta nacional sobre las geohelmintiasis y la esquistosomiasis. HAI integró el control de vectores de la filariasis linfática y la malaria e inició la labor de desparasitación para combatir las geohelmintiasis. HON consolidó un plan nacional de lucha contra las enfermedades infecciosas desatendidas, estableció un grupo técnico y realizó una encuesta sobre la malaria y las geohelmintiasis. Se ha avanzado también en relación con todas las metas para el 2013</p>
<p>1.4: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para aumentar su capacidad de vigilancia y respuesta a las enfermedades transmisibles, como componente de un sistema integral de vigilancia e información sanitaria.</p>					<p>En curso</p>
<p>Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta de los tres indicadores del RPR y se excedió una.)</p>					
<p>Los países siguen trabajando para mejorar sus sistemas de vigilancia en la Región. En el mandato del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) se exige a los países que creen, fortalezcan y mantengan la capacidad de vigilancia y respuesta a las enfermedades transmisibles. Por consiguiente, los múltiples esfuerzos en todo el OE 1 están contribuyendo al fortalecimiento de este resultado previsto. Los países están comprometidos con la mejora de sus sistemas de vigilancia a nivel local y nacional, y están progresando en distinto grado con respecto a su integración. La mayoría de los países y territorios de la Región, incluidos los países previstos en la meta, informan sobre la vigilancia de la inmunización y la OPS garantiza la retroalimentación para velar por la calidad y la información oportuna. Los países de la Región siguen mejorando la prevención y el control de las infecciones y</p>					

la vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos a nivel nacional y nosocomial. Se ha comprobado que la capacidad de detección ha mejorado, puesto que la detección y notificación de brotes han aumentado en los establecimientos de asistencia sanitaria. A medida que los países mejoran sus sistemas de vigilancia, el reto estriba en perfeccionar los indicadores para determinar la manera adecuada de comprobar y hacer un seguimiento cercano de los países que están quedando a la zaga en este proceso.					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
1.4.1: Número de países con un sistema de vigilancia para todas las enfermedades transmisibles importantes para la salud pública del país	16	18	18	20	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COR, CUB, ECU, HON, MEX, NIC, PAN, PER, USA, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> DOR, ELS</p> <p>Los países previstos en la meta cumplieron el indicador y todos los países de la línea de base mantuvieron su situación. En vista del área extremadamente grande que abarca el OE 1, la mayoría de los indicadores están relacionados de forma parcial pero directa; por consiguiente, contribuyen a su consecución. Para el próximo Plan Estratégico de la OPS 2008-2012, se recomienda revisar este indicador a fin de establecer métodos de comprobación más específicos a los cuales se pueda dar seguimiento junto con el indicador.</p>
1.4.2: Número de países que presentan a la Oficina Sanitaria Panamericana los formularios conjuntos de notificación de datos sobre vigilancia y seguimiento de la inmunización, de conformidad con los plazos establecidos	18/38	19/38	36/38	20/38	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BAH, BLZ, BOL, CAN, COL, CUB, ELS, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, NIC, PAR, PER, URU, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> ECU, TRT</p> <p>Un total de 36 países (ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, SCN, SUR, TRT, URU y VEN) y dos territorios (ABM y NEA) presentaron formularios conjuntos de notificación sobre vigilancia y seguimiento de la inmunización, incluidos los países previstos en la meta para el 2011 (TRT) y el 2013 (COR). Todos los países de la Región reciben retroalimentación de la OPS/FCH/IM en relación con los formularios conjuntos de notificación a fin de contar con datos oportunos y de buena calidad a nivel de país.</p>

1.4.3: Número de países que llevan a cabo sistemáticamente una labor de vigilancia e intervenciones para combatir la resistencia a los antimicrobianos, incluidas las infecciones relacionadas con la atención sanitaria	22/35	24/35	24/35	27/35	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BAR, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GUT, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, URU, USA, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> GUY, BLZ</p> <p>BLZ fortaleció el programa de prevención y control de infecciones a nivel nacional y nosocomial. GUY cumplió el indicador con respecto a la vigilancia de la resistencia del VIH y el control de infecciones.</p>
--	-------	-------	-------	-------	---

1.5: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para mejorar su capacidad de investigación y desarrollar, validar y hacer disponibles y accesibles los nuevos conocimientos, instrumentos de intervención y estrategias, acordes con las necesidades prioritarias en materia de prevención y control de las enfermedades transmisibles.

En curso

Evaluación del RPR

(Se alcanzó la meta del indicador del RPR.)

A pesar de algunas limitaciones del financiamiento y los recursos humanos, debidas especialmente a la crisis financiera de TDR/OMS, se obtuvo este RPR. Se fortaleció la capacidad y se realizaron investigaciones en los países previstos en la meta y en otros países de la Región. Se evaluaron herramientas tales como la reacción en cadena de la polimerasa cuantitativa en tiempo real como un marcador biológico de la curación de la enfermedad de Chagas usando diferentes métodos. Además, esta técnica se estandarizó con la participación de 20 países de la Región y un país de Europa. Se definieron revisiones sistemáticas y prioridades para la leishmaniasis, la rabia y la leptospirosis. También se formaron redes de investigadores que trabajan en el control innovador de vectores.

Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
1.5.1: Número de países que han puesto en marcha investigaciones operativas de acuerdo con las prioridades de investigación relacionadas con las enfermedades transmisibles	2/33	3/33	3/33	5/33	<p><i>Línea de base del 2009:</i> BRA, CHI</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> ARG, PER</p> <p>Uno de los países previstos en la meta (ARG) alcanzó su meta. Asimismo, se avanzó mucho en PER, donde proseguirá el trabajo durante el próximo bienio. Además de los países previstos en la meta, otros países de América Latina y el Caribe recibieron apoyo. Subsisten las dificultades para alcanzar las metas fijadas para el 2013, debido a la escasez de financiamiento y recursos humanos. Se están movilizando recursos para contener este riesgo.</p>

1.6: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica a fin de que adquieran la capacidad mínima requerida por el Reglamento Sanitario Internacional para establecer y fortalecer sistemas de alerta y respuesta para su uso en epidemias y otras emergencias de salud pública de importancia

En riesgo

internacional.					
Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta de uno de los dos indicadores del RPR y la otra no se alcanzó.)					
<p>El plazo para establecer la capacidad básica definida por el RSI vence en junio del 2012. La definición de capacidad básica estipulada en el RSI es muy amplia y abarca todos los riesgos; hasta la fecha, ningún ministerio de salud de la Región lo ha logrado. La situación de riesgo de este RPR puede atribuirse también a las obligaciones, los plazos y los medios de verificación dispares establecidos por el RSI, lo que hace que solo sea posible después de junio del 2012 determinar si un ministerio de salud cuenta con la capacidad básica. Se prevé que los países solicitarán una prórroga de dos años en el 2012, decisión que es tanto de carácter político como técnico. Si la decisión de solicitar la prórroga se basa en un plan de acción sólido, debe considerarse como algo positivo, compatible con el proceso intrínsecamente dinámico de preparación de la salud pública. Con este fin, la OPS debe proporcionar orientación a los ministerios de salud para ayudarlos a tomar una decisión fundamentada con respecto a la prórroga, movilizar recursos para ejecutar el plan de acción del ministerio de salud, determinar los procedimientos para la aplicación del RSI y la vigilancia a largo plazo (el consenso regional alcanzado en el 2011 acerca del enfoque de la vigilancia es un logro importante), mantener una labor de promoción de la causa de alto nivel, comunicar los beneficios para la salud pública del cumplimiento del RSI y determinar las sinergias y las alianzas para examinar las políticas de recursos humanos a fin de que se establezca y mantenga la competencia necesaria en el campo de la epidemiología aplicada.</p>					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
1.6.1: Número de países que han adquirido las capacidades básicas de vigilancia y respuesta de conformidad con las obligaciones del Reglamento Sanitario Internacional (2005)	0	17	0	25	<p><i>Línea de base del 2009: 0</i></p> <p><i>Meta para el 2011: ANI, ARG, BAH, BAR, BRA, CAN, CHI, COL, COR, DOM, ELS, GUT, PAN, PER, TRT, URU, USA</i></p> <p>De una línea de base de 0, se logró 0. De los 35 ministerios de salud, 26 presentaron un informe anual a la Asamblea Mundial de la Salud. A pesar del alto grado de variabilidad en cuanto al nivel de capacidad básica adquirida hasta ahora, ninguno de los países lo ha logrado plenamente. Sobre la base de la retroalimentación recibida de los ministerios de salud y las prioridades definidas por la OPS, se hizo una lista actualizada de 25 metas para el 2013.</p> <p>La OMS no pidió que se presentaran informes sobre el logro de las capacidades básicas antes de mayo del 2012. La OPS está dando seguimiento al proceso decisorio en los países con respecto a las solicitudes de prórroga del plazo para adquirir las capacidades básicas. La prórroga de este plazo es una decisión tanto técnica como política. Por consiguiente, la OPS tendrá una idea mejor tanto de la línea de base como de la medida en que se ha logrado este indicador después de la Asamblea Mundial de la Salud en mayo</p>

					<p>del 2012.</p> <p>En el bienio anterior, este indicador se refería a los países que evaluaban las capacidades básicas. Con la revisión del Plan Estratégico de la OPS 2008-2012, se decidió cambiar el indicador y hacer referencia a la adquisición de la capacidad básica, que es un indicador mucho más estricto y, por consiguiente, mucho más difícil de cumplir. Además, debido a la falta de definición de un instrumento de evaluación a nivel mundial, no se ha podido medir mejor este logro.</p> <p>La OPS cree que toda solicitud de prórroga del plazo es positiva si está respaldada por un plan de acción adecuado. Un buen plan establece una hoja de ruta clara para la mejora continua de la capacidad de vigilancia y respuesta y conduce a un proceso dinámico, compatible con las situaciones dinámicas que se vigilan de acuerdo con el RSI.</p>
1.6.2: Número de países que mantienen programas de capacitación centrados en el fortalecimiento de la capacidad de respuesta ante brotes epidémicos	17	21	21	23	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOR, FDA, ELS, GUT, HON, MEX, NIC, PAN, PER, USA</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> BLZ, BOL, ECU, PAR</p> <p>Los países previstos en la meta cumplieron este indicador. Es necesario promover distintos modelos a nivel mundial para la adquisición y el mantenimiento de competencia en el campo de la epidemiología práctica, con actividades de movilización de recursos y concientización interna. En consecuencia, el apoyo ofrecido por la OPS a los Estados Miembros ha sido limitado, aunque se ha proporcionado en los países previstos en la meta. La prioridad para el próximo bienio consiste en mantener el programa en Paraguay, definir una estrategia para Uruguay y trabajar con los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos para examinar la organización del Programa de Capacitación en Epidemiología sobre el Terreno (FETP) en Centroamérica.</p>

1.7: Se habrá dotado a los Estados Miembros y a la comunidad internacional de medios de detección, contención y respuesta eficaz respecto de las principales enfermedades epidémicas y pandémicas (como la influenza, el dengue, la meningitis, la fiebre amarilla, las fiebres hemorrágicas, la peste y la viruela).

En curso

Evaluación del RPR

(Se alcanzó la meta de los tres indicadores del RPR y se excedieron dos.)

Dado que todos los Estados Miembros implantaron procedimientos normalizados de trabajo en sus planes de preparación para una pandemia de gripe para los equipos de respuesta rápida desde el segundo semestre del 2010, la OPS sigue trabajando con la finalidad de mantener los logros y fortalecer la capacidad nacional de los países para realizar una vigilancia intensificada en todo el país de las infecciones respiratorias agudas. Esto suministra información procesable que los encargados de adoptar las decisiones nacionales y locales pueden usar para activar a los equipos regionales de respuesta. Se ha logrado y se mantendrá la detección de agentes patógenos víricos epidemiológicos en los Estados Miembros ubicados en las zonas donde la fiebre amarilla y el flavivirus son endémicos. Se sigue trabajando en un protocolo estandarizado para las pruebas de diagnóstico del flavivirus en la Región; en agosto se celebró una reunión de expertos en Pergamino (Argentina) para alcanzar consenso al respecto. Se han puesto en marcha intervenciones y estrategias de control del dengue, que siguen bien encaminadas, centradas en el establecimiento de estrategias integradas para el manejo del dengue (EGI-dengue) en los países previstos en la meta, la evaluación y la ejecución en los países de la línea de base, y capacitación sobre las nuevas directrices clínicas para el tratamiento de pacientes con dengue. Como el virus chicunguña y el virus del dengue se transmiten por el mismo vector y ambas enfermedades tienen un perfil clínico similar, se impartió capacitación para las dos enfermedades juntas.

Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
1.7.1: Número de países que cuentan con planes nacionales de preparación y procedimientos operativos estandarizados para los equipos de respuesta rápida contra la gripe pandémica	23/35	31/35	35/35	35/35	<p>Línea de base del 2009: ARG, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PER, TRT, URU, USA, VEN</p> <p>Meta para el 2011: ANI, BAH, BAR, BLZ, DOM, DOR, HAI, PAR, SAL, SAV, SCN, SUR</p> <p>Se alcanzó la meta en 35 países. Los siguientes países recibieron capacitación y establecieron procedimientos operativos estandarizados para sus equipos de respuesta rápida: ANI, BLZ, COL, GRA y SUR. Durante el próximo bienio, el foco de atención seguirá siendo la ejecución, el seguimiento y la evaluación de programas de vigilancia de las infecciones respiratorias agudas graves en los hospitales, a fin de captar información oportuna para la adopción de decisiones y medidas adecuadas. Proseguirá la labor para mantener y fortalecer la capacidad en los países</p>
1.7.2: Número de países con las capacidades básicas para detectar virus y patógenos con potencial epidémico de acuerdo a las guías de vigilancia epidemiológica de la OPS/OMS	4	10	10	12	<p>Línea de base del 2009: ARG, BRA, PER, VEN</p> <p>Meta para el 2011: BOL, COL, ECU, PAN, PAR, TRT</p> <p>Todos los países previstos en la meta lograron este indicador. Durante el próximo bienio proseguirá la labor para mantener la capacidad en los países y se trabajará con los países previstos en la meta para el 2013 (GUY y SUR). Se prestará especial atención a los preparativos de la Región para la posible introducción del virus chicunguña.</p>

1.7.3: Número de países que ejecutan intervenciones y estrategias para el control del dengue de acuerdo con las guías de la OPS/OMS	17	21	22	23	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GUT, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, PUR, URU, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> GUY, TRT</p> <p>Los países previstos en la meta para el 2011 (GUY y TRT) cumplieron este indicador. GUY elaboró su estrategia de manejo integrado del dengue en marzo del 2011 y TRT lo hizo en mayo del 2011. Ambas estrategias están aplicándose debidamente. Se distribuyeron en toda la Región las nuevas directrices de la OMS para el dengue. Además, se adaptaron, se formularon y se distribuyeron directrices nuevas para el tratamiento de los pacientes con dengue. Se ofreció capacitación sobre estas nuevas directrices en cuatro subregiones (Cono Sur, subregión andina, Centroamérica, MEX y el Caribe hispano).</p>
---	----	----	----	----	---

1.8: Se habrá coordinado y puesto rápidamente a la disposición de los Estados Miembros la capacidad regional y subregional para la detección, comprobación, evaluación de riesgos y respuesta a epidemias y otras emergencias de salud pública de importancia internacional.

En curso

Evaluación del RPR

(Se alcanzó y se excedió la meta del indicador del RPR.)

En este bienio fue posible detectar, comprobar y evaluar 710 eventos de salud pública de importancia internacional dentro de los plazos recomendados por el RSI (no más de 48 horas). Este logro colectivo en todos los niveles institucionales permitió cumplir los requisitos del RSI y debe considerarse como una prioridad en todas las áreas pertinentes. A fin de alertar a los Estados Miembros con respecto a riesgos para la salud pública, se emitieron 61 alertas epidemiológicas, así como 39 notificaciones y recomendaciones, 30 informes y cuatro mapas interactivos. El equipo de alerta y respuesta siguió de guardia 24 horas al día los 7 días de la semana para garantizar la detección temprana y la respuesta a los eventos de salud pública de importancia internacional. Con objeto de comprobar la funcionalidad necesaria para una respuesta oportuna de los Estados Miembros, se hicieron pruebas de comunicación periódicas con los 35 centros nacionales de enlace para el RSI de la Región. Se rediseñó el sitio de alerta y respuesta a fin de que fuera más sencillo para los Estados Miembros acceder a la información y para facilitar la identificación, la evaluación y la difusión de la información sobre el evento.

Indicador	Línea de base en el 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
1.8.1: Porcentaje de eventos de salud pública de importancia internacional verificados en el plazo recomendado por el	90%	95%	100%	98%	Para fines del 2011, todos los eventos de salud pública de importancia internacional fueron verificados dentro de las 48 horas siguientes a su detección. Eso se logró con el trabajo multidisciplinario en colaboración entre el equipo de ARO, los expertos técnicos de la OPS en las diversas áreas técnicas y las representaciones de la OPS en los países. En este bienio se evaluaron 710 sucesos, 156 de los cuales tuvieron que ser verificados por los Estados Miembros.

Reglamento Sanitario Internacional					
1.9: Operaciones y respuesta eficaces de los Estados Miembros y la comunidad internacional a situaciones de emergencia declarada por enfermedades epidémicas y pandémicas.					En curso
Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta del indicador del RPR.)					
<p>A fin de promover una respuesta coordinada de la Región y cumplir el mandato del RSI, la OPS sigue apoyando a los países durante los eventos de salud pública. Se proporcionó cooperación técnica a varios países, especialmente a Haití y la República Dominicana en la isla La Española durante el brote de cólera. Se emitieron directrices y se realizaron otros preparativos para posibles brotes de enfermedades, como peste y leptospirosis, al igual que para la posible aparición de <i>E. coli</i>. Los procedimientos normalizados de trabajo para el despliegue en caso de emergencias de salud pública se difundieron a los miembros de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos en la Región. Se llegó a un acuerdo sobre las enseñanzas extraídas y las recomendaciones para avanzar con la regionalización de la Red en junio del 2011 en ocasión de una reunión en Brasilia. Se necesita financiamiento para contingencias, especialmente para facilitar una respuesta inicial oportuna durante las emergencias.</p>					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
1.9.1: Porcentaje de respuestas de la OSP condescendientes con el Reglamento Sanitario Internacional a solicitudes de apoyo de los Estados Miembros durante emergencias o epidemias	100%	100%	100%	100%	Se proporcionó cooperación técnica para el cólera en HAI y DOR en el 2010 y 2011, para el dengue en BRA, COL, GUT, HON, PUR y VEN en el 2010 y en BAH, COR, PAN, PER y SAL en el 2011, en PAN para la encefalitis equina en el 2010 y para las carbapenemasas tipo KPC en el 2011, y en PER para la peste en el 2010 y para los hantavirus en el 2011. Se efectuaron preparativos en la Región (fortalecimiento de la capacidad en materia de laboratorios, establecimiento de protocolos, etc.) para un posible brote de <i>E. coli</i> después del brote europeo.

Informe de avance hacia la consecución del OE 2

OE 2: Combatir la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria				En curso	
Panorama del presupuesto					
Presupuesto aprobado (PP 2010-2011)	Fondos disponibles			Gasto (%)	Financiado (%)
	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Total		
\$75.059.000	\$6.823.000	\$27.098.018	\$33.921.018	89%	45%
Progreso realizado hacia la consecución del objetivo estratégico para el 2013					
<p>Progreso realizado hacia la consecución de las metas del indicador del objetivo estratégico en lo que se refiere a sus efectos, tal como se establece en el Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS</p> <p>Indicador 1: Reducción de la tasa de incidencia de las infecciones por el VIH en la Región <i>Línea de base:</i> 24 infecciones nuevas por 100.000 habitantes <i>Meta:</i> 23 infecciones nuevas o menos por 100.000 habitantes para el 2013 (en conformidad con el Objetivo de Desarrollo del Milenio)</p> <p>Según los datos del 2011 del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), las infecciones nuevas por el VIH en el Caribe se redujeron en un tercio en comparación con los niveles registrados en el 2001 (bajaron de 21.000 infecciones a alrededor de 12.000 en el 2010). Los países con la mayor disminución estimada son la República Dominicana y Jamaica, con una disminución de 25%, y Haití, donde la reducción fue de alrededor del 12%.</p> <p>En el mismo período, los países latinoamericanos experimentaron una disminución similar de las infecciones nuevas por el VIH en adultos y niños (que bajaron de 99.000 a 92.000). Por último, en Estados Unidos, el número de infecciones nuevas permaneció relativamente estable entre el 2006 y el 2009, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) (<i>fuentes:</i> Prejean et al., <i>PLoS One</i> 2011, 6 [8]: e17502).</p> <p>En la Región de las Américas en conjunto, la tasa de incidencia estimada para el 2010 fue de 18 por 100.000 habitantes (<i>fuentes:</i> numerador: WHO/UNAIDS/UNICEF. <i>Global HIV/AIDS response. Epidemic update and health sector progress towards Universal Access. 2011</i>; denominador: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. <i>Perspectivas de la población mundial: revisión de 2010. 2011</i>). Esta cifra es inferior a la meta establecida de 23 por 100.000. Es necesario intensificar la acción en América del Norte y América Latina para reducir el número de infecciones nuevas por el VIH.</p> <p>Indicador 2: Acceso al tratamiento antirretrovírico en América Latina y el Caribe, basado en una evaluación de las necesidades <i>Línea de base:</i> 72% en el 2006 <i>Meta:</i> 80% para el 2013 (de acuerdo con el Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud 2006-2015)</p> <p>En América Latina y el Caribe (países de ingresos bajos y medianos), la cobertura con tratamiento antirretrovírico basado en las directrices del 2010 de la OMS (inicio del tratamiento cuando el número de linfocitos CD4 cae a menos de 350 por milímetro cúbico) fue del 50% (46%-59%) en el 2009. Según las directrices del 2006 de la OMS (los pacientes que pueden recibir tratamiento son solo aquellos con menos de 200 linfocitos CD4 por milímetro cúbico), la cobertura en el 2009 habría sido del 67% (61%-78%) (<i>fuentes:</i> OMS/UNICEF/ONUSIDA. <i>Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/sida en el sector de la salud. Informe 2010 sobre los progresos realizados, 2009</i>).</p> <p>En el 2010, la cobertura con tratamiento antirretrovírico aumentó al 63%. Aunque el número de países que están</p>					

avanzando hacia el acceso universal está en curso, la meta regional para el 2013, de 80%, no puede alcanzarse, dado que algunos de los países con el mayor número de personas que necesitan tratamiento (Colombia, Guatemala, Haití, Honduras, Perú y Venezuela) actualmente tienen una cobertura con tratamiento antirretrovírico de menos del 60%. Brasil está acercándose al acceso universal (70% en el 2010), pero como representa el 30% del total del tratamiento antirretrovírico necesario, esta brecha de 10% tiene grandes repercusiones en la cobertura regional.

Indicador 3: Número de países que han logrado una incidencia de la transmisión materno-infantil del VIH menor de 5%

Línea de base: 3 países en el 2006

Meta: 16 países para el 2013 (de acuerdo con el *Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud 2006-2015*)

Aunque la mayoría de los países en general tienen programas eficaces para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH, con una cobertura relativamente alta a nivel nacional, todavía hay grandes disparidades en los países con respecto a la calidad de los servicios de salud. Según los cálculos realizados por la OPS/OMS en el 2010, la tasa de transmisión materno-infantil del VIH en América Latina y el Caribe es superior al 15%, lo cual significa que es mucho mayor que la meta de eliminación del 2%. Cinco países dijeron que han logrado una tasa de transmisión materno-infantil del VIH inferior al 2% y siete países más están en curso (con una tasa de transmisión materno-infantil del VIH situada entre el 2% y el 7%) (*fuentes:* OPS. *Análisis de la situación al año 2010. Eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en la Región de las Américas.* 2011).

Es necesario intensificar la acción para alcanzar la meta establecida en el Plan Estratégico de una incidencia de la transmisión materno-infantil del VIH de menos del 5% en 26 países para el 2013.

Indicador 4: Número de países que tienen una incidencia de sífilis congénita menor de 0,5 casos por 1.000 nacidos vivos

Línea de base: 2 países en el 2006

Meta: 26 países para el 2013

De los ocho países previstos en la meta (Argentina, Brasil, República Dominicana, El Salvador, Guyana, México, Perú y Venezuela), solo Guyana informó que alcanzó la meta, en tanto que Perú notificó 0,7 casos por 1.000. Los demás países progresaron mucho: según los informes de país, 10 países más informaron que alcanzaron la meta de una tasa de incidencia de sífilis congénita de menos de 0,5 por 1.000 nacidos vivos (Anguila, Antigua y Barbuda, Bahamas, Canadá, Chile, Cuba, Estados Unidos, Guadalupe y Panamá).

Se está promoviendo la vigilancia epidemiológica de la sífilis por medio del Sistema Informático Perinatal (SIP), en el cual se incluirá también la vigilancia de la infección por el VIH. Se está estableciendo un proceso de certificación, que se pondrá a prueba en algunos países en el 2012.

Los retos consisten en fortalecer la integración del VIH y los programas de salud sexual y reproductiva en los países y obtener más financiamiento para aplicar estrategias específicas (promoción de la causa, disponibilidad de pruebas rápidas, etc.) a fin de alcanzar las metas de la iniciativa de eliminación.

Indicador 5: Reducción de la incidencia de tuberculosis en la Región

Línea de base: 39 casos por 100.000 habitantes en el 2005

Meta: 27 por 100.000 para el 2013 (en conformidad con los ODM)

Según el *Control mundial de la tuberculosis - Informe OMS 2010*, se calcula que la incidencia de tuberculosis por 100.000 habitantes en la Región de las Américas (incluidos los pacientes infectados por el VIH) era de 29 (27-31) en el 2009. En vista de la tendencia descendente observada en los años anteriores (33, 32 y 31 en 2006, 2007 y 2008, respectivamente), es muy probable que la Región alcance la meta de incidencia de 27 infecciones

tuberculosas nuevas por 100.000 habitantes para el 2013.

Indicador 6: Reducción del número de casos de malaria notificados anualmente en la Región

Línea de base: 903.931 casos en el 2006

Meta: 402.536 para el 2013

Según el *Informe Mundial sobre la Malaria 2010*, de la OPS, el número de casos notificados en la Región bajó de 1.044.073 en el 2000 a 565.892 en el 2009, lo cual representa una reducción del 52% en el número de casos, con 122 defunciones en el mismo año, cifra que representa una disminución de 68% en relación con la línea de base del 2000. Durante ese mismo período se observó una reducción de más del 50% en el número de casos notificados en 12 países (Argentina, Belice, Bolivia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay y Suriname). En otros seis países (Brasil, Colombia, Guyana, Guayana Francesa, Panamá y Perú), la disminución del número de casos confirmados de malaria fue menor (no llegó al 50%). Lamentablemente, tres países siguen notificando un aumento en el número de casos (República Dominicana, Haití y Venezuela).

Indicador 7: Número de países que mantienen su situación de países donde la malaria no es endémica

Línea de base: 19 países en el 2007

Meta: 19 países para el 2013

En 18 de los 21 países y territorios con endemividad, la reducción del número de casos de malaria fue considerable entre el 2000 y el 2010 (desde el 24% en la Guayana Francesa hasta casi el 100% en Paraguay). En 20 países se observa una tendencia descendente desde el 2005 hasta el 2010. Según el *Informe mundial sobre el paludismo 2011*, de la OMS, los casos notificados de malaria en la Región bajaron el 43%, de 1.182.418 en el 2000 a 678.164 en el 2010 (según los datos proporcionados a la OPS por los países).

Evaluación del objetivo estratégico en el bienio 2010-2011

Este objetivo estratégico está en curso, con cinco de los seis RPR en curso y uno en riesgo; para fines del 2011 se alcanzaron las metas de 21 de los 24 indicadores de los RPR.

Logros principales

- Durante el bienio 2010-2011 se avanzó mucho en la respuesta a la infección por el VIH, con un uso más eficaz de los recursos asignados para mejorar el acceso al tratamiento e intensificar la prevención. Los países avanzaron en lo que se refiere a su compromiso político y el suministro de tratamiento antirretrovírico para la prevención de la transmisión materno-infantil. La acción de la OPS se centró en países prioritarios con una carga alta que todavía están a la zaga (República Dominicana, Haití y Guatemala). Se avanzó con el tratamiento antirretrovírico, pero los cambios en los criterios para determinar quiénes pueden recibirlo (impulsados por la rápida evolución de las pruebas científicas) han dado lugar a un aumento del número de pacientes que necesitan tratamiento inmediato y a una disminución de las tasas de cobertura. Además, se difundieron instrumentos para incorporar la prevención de la infección por el VIH en los planes nacionales, que fueron adoptados en 14 países. Se reforzó la vigilancia de los casos de infección por el VIH y de las poblaciones que presentan un riesgo mayor. Todos los países presentaron datos de vigilancia desglosados por edad y por sexo. En nueve países se hizo un examen del sistema de vigilancia y en cinco se hicieron encuestas nuevas de hombres que tienen relaciones homosexuales, profesionales del sexo y grupos transgénero. Se está ampliando la escala de la Red de Vigilancia de la Farmacorresistencia del VIH en todas las subregiones. Se hicieron evaluaciones y planes con una perspectiva de sistemas de salud en varios países (Barbados, Bolivia, Jamaica, Nicaragua, Paraguay, Perú y Trinidad y Tabago), y la OPS proporcionó cooperación técnica para las actividades de planificación nacional en dos países (Guatemala y Venezuela).
- La coordinación con los socios ha sido efectiva, principalmente con los Centros para el Control y la

Prevención de Enfermedades (CDC), de Estados Unidos, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), la Federación Internacional de Planificación de la Familia (FIPF) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), al igual que la cooperación técnica con entidades subregionales tales como el Mercado Común del Cono Sur (MERCOSUR), el Organismo Andino de Salud (ORAS) y el Mecanismo de Coordinación Regional del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA/MCR).

- Se avanzó mucho hacia la consecución de las metas indicadas en el Plan Estratégico Regional contra la Malaria en las Américas 2006-2010, con una reducción del 43% en el número de casos notificados y una disminución del 65% en el número de defunciones atribuidas a la enfermedad entre el 2000 y el 2010. Además, en 18 de los 21 países con endemidad de la Región, el número de casos nuevos de malaria disminuyó considerablemente, con una tendencia descendente en 20 países desde el 2005. La Estrategia y plan de acción sobre la malaria 2011-2015 parte de estos logros e incluye las siguientes metas: reducción de la morbilidad en un 75% y de las muertes por malaria en un 25%; eliminación, con una posible reversión de la tendencia en tres países; y prevención de la reintroducción en los países donde no hay malaria.
- Se ha avanzado en la detección de casos de tuberculosis, y la mayoría de los países están aplicando estrategias formuladas específicamente para mejorar continuamente la tasa de detección de casos. Además, todos los países y territorios participan en las actividades para combatir la tuberculosis, especialmente la vigilancia. Eso es particularmente importante para los territorios pequeños de la Región donde antes no se realizaba una vigilancia sistemática. La vigilancia es fundamental para la eficacia de las medidas de control de la tuberculosis y la consecución de las metas. A fin de responder a la farmacorresistencia de la tuberculosis en la Región, muchos países están introduciendo métodos más complejos de vigilancia de la tuberculosis resistente.

Retos principales

- Debido a la crisis mundial, ha disminuido la capacidad de los principales donantes (especialmente el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, conocido como "Fondo Mundial") para proporcionar financiamiento a los países de la Región. Una prioridad importante para la OPS es trabajar con los países y los socios con objeto de promover una respuesta eficaz y más sostenible, principalmente orientada a racionalizar el tratamiento e integrar la respuesta en el marco de una respuesta más amplia de los sistemas de salud.
- Es necesario revisar y actualizar las políticas y los marcos estratégicos para la malaria en los países a fin de que reflejen el trabajo realizado en la Región, abarcando las situaciones de emergencia complejas, la prevención y el control, la etapa anterior a la eliminación, la eliminación y la prevención de la reintroducción.
- Es necesario también mantener y fortalecer la vigilancia en todos los niveles del sistema de salud, a fin de detectar amenazas de la malaria y desencadenar respuestas apropiadas con una demora mínima, así como para detectar la resistencia a los medicamentos antimaláricos.
- Hay que buscar medios nuevos para armonizar mejor las actividades de lucha contra la tuberculosis y los recursos entre el nivel regional y las representaciones de la OPS en los países en lo que se refiere a la respuesta a las prioridades nacionales.
- Es necesario que todos los socios e interesados directos redoblen los esfuerzos para fomentar el desarrollo, la accesibilidad y el uso de intervenciones basadas en datos probatorios por interesados directos e iniciativas en el campo de la malaria.
- A pesar del progreso realizado por los países en lo que se refiere a la tasa de curación de la tuberculosis, todavía no se ha alcanzado la meta y es necesario intensificar la labor.
- En cuanto a las operaciones internas de la OPS, subsisten los retos en cuanto a los nexos en los países previstos en la meta y entre ellos tanto para malaria como para la tuberculosis.
- La asignación del presupuesto ordinario para la malaria y la tuberculosis ha disminuido, razón por la cual más del 95% del financiamiento externo proviene actualmente de unos pocos donantes.

<p>Enseñanzas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con respecto a la respuesta a la infección por el VIH, la coordinación con los socios y el trabajo interprogramático han dado lugar a resultados y una acción más eficaces a nivel de país, así como a la posibilidad de lograr resultados en un contexto de recursos limitados. • En lo que concierne a la respuesta a la malaria, la Región usa varios mecanismos importantes para documentar y utilizar prácticas óptimas. Además, promueve: <ul style="list-style-type: none"> i) el trabajo en colaboración con 13 países en el Fondo Mundial; ii) la acción integrada con respecto a problemas de salud relacionados entre sí (por ejemplo, enfermedades infecciosas desatendidas, enfermedades de transmisión vectorial); y iii) la colaboración de Sur a Sur (por ejemplo, cooperación transfronteriza entre países). • Hay que fortalecer la cooperación técnica con los programas nacionales contra la tuberculosis y la malaria en la ejecución de planes estratégicos nacionales, incluida la obtención de más recursos nacionales para el control de la tuberculosis y la malaria. Otros asuntos que merecen ser considerados son las situaciones de emergencia complejas y las circunstancias particulares de cada país, incluidas las políticas y los mandatos nacionales, así como el compromiso con diversas cuestiones transversales. • Hay que definir mejor las metas de acuerdo con las necesidades del país, así como la cooperación técnica orientada a la tuberculosis y la malaria.
--

Informe de avance sobre los RPR del OE 2

<p>2.1: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para actividades de prevención, tratamiento, apoyo y atención para el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria, que incluyen métodos innovadores para aumentar la cobertura de las intervenciones entre las personas pobres y las poblaciones vulnerables y de difícil acceso.</p>	<p>En riesgo</p>
<p>Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta de cuatro de los siete indicadores del RPR y en tres casos se excedió la meta para el 2011.)</p>	
<p>Los programas de control de la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria afrontan diversos retos. Los cambios en los criterios para determinar quiénes pueden recibir tratamiento antirretrovírico obedecen a la rápida evolución de las pruebas científicas y han dado lugar a un aumento del número de pacientes que necesitan tratamiento inmediato y se enfrentan con una disminución de la cobertura. Habrá que intensificar la labor para optimizar los tratamientos con antirretrovíricos, especialmente en los países que dependen de financiamiento externo. A pesar de las tasas elevadas de detección de casos nuevos de tuberculosis, la tasa deseada de éxito del tratamiento, de 85%, no se logró en el número previsto de países, de modo que se necesita una acción más intensa y focalizada. La meta de eliminación de la sífilis congénita sigue siendo un problema para muchos países, especialmente en vista de la poca coordinación e integración de los programas de lucha contra la infección por el VIH y de salud sexual y reproductiva. Se prevé que la Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Materno-infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe, que fue respaldada por los Estados Miembros en diciembre del 2010, fortalecerá a ambos programas y acelerar su integración y sinergia. Se avanzó ucho en el control de la malaria, con la ejecución del Plan Regional en 28 países con endemidad y donde la enfermedad no es endémica. La resolución CD51.R9, "Estrategia y plan de acción sobre la malaria", aprobada recientemente en el 51.º Consejo Directivo de la OPS, ayudará a guiar el trabajo con todos los países, incluido el logro de las metas para el 2013.</p>	

Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
2.1.1: Número de países que proveen tratamiento profiláctico con antirretrovíricos por lo menos a 80% de las mujeres embarazadas que se estima son VIH positivas	10	12	14	17	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, CAN, CHI, CUB, DOM, PAN SAV, SCN, TCA</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> BRA, JAM, PER</p> <p>Entre los países previstos en la meta para el 2011, solo BRA alcanzó una cobertura de los programas de tratamiento preventivo de las embarazadas infectadas con el VIH del 80%. Sin embargo, cabe señalar que, de acuerdo con las últimas estimaciones publicadas por la OMS, más de 12 países de la Región habrían alcanzado una cobertura superior al 80% y en ese sentido se considera que se ha alcanzado la meta de este indicador</p>
2.1.2: Número de países que proveen tratamiento antirretrovírico por lo menos a 80% de la población que se estima que lo necesita, de acuerdo con las directrices de la OPS/OMS	7	12	9	15	<p><i>Línea de base del 2009:</i> BAH, BAR, BRA, CAN, CHI, COR, CUB, URU</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> BLZ, ELS, MEX, PAN, PER,</p> <p>Debido a los cambios en las directrices de la OMS que recomiendan tratar a las personas infectadas por el VIH antes, ahora hay más personas que necesitan tratamiento, razón por la cual no se alcanzó la meta de cobertura del 80%. Actualmente, los nueve países siguientes proporcionan tratamiento antirretrovírico a 80% o más de los pacientes que lo necesitan: ABM, ANI, BAH, BAR, CAN, CHI, NIC, PUR y USA. Además, se estima que la cobertura del tratamiento antirretrovírico se sitúa entre el 70% y el 79% en ARG, BRA, DOR, MEX y URU. El reto principal estriba en lograr la sostenibilidad y la utilización óptima de los antirretrovíricos, aun en los países con acceso universal.</p>

2.1.3: Número de países que ejecutan componentes de la Estrategia Mundial de Lucha contra el Paludismo, en el contexto de la Iniciativa "Hacer Retroceder el Paludismo" y el Plan Regional para la Malaria en las Américas, 2006-2010	23	28	30	33	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BAH, BLZ, BOL, BRA, CAN, COL, COR, DOR, ECU, ELS, FDA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SUR, USA, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> BAR, GRA, SAL, SAV, TRT</p> <p>Todos los países del Caribe, así como otros países donde la enfermedad no es endémica, participaron en la Reunión Regional de Control y Prevención. Cabe señalar que 28 países (endémicos y no endémicos) implementaron los componentes principales de la Estrategia Mundial de la OMS (la Iniciativa "Hacer retroceder el paludismo" y el Plan Estratégico Regional para la Malaria en las Américas 2006-2010, de la OPS). La nueva Estrategia y plan de acción sobre la malaria 2011-2012, junto con la resolución CD51.R9, "Estrategia y plan de acción sobre la malaria", aprobada recientemente por el 51.º Consejo Directivo de la OPS, está guiando el trabajo con los países.</p>
2.1.4: Número de países que detectan 70% de los casos estimados de tuberculosis pulmonar, a través de una baciloscopia positiva	21/27	23/27	25/27	26/27	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BAR, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PER, PUR, SAL, SCN, URU, USA</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> CAN, ELS, GUY, PAR</p> <p>En el 2010, 25 países notificaron la detección de al menos 70% de todos los casos de tuberculosis pulmonar por medio de un frotis. No solo los países previstos como meta para el 2011 y 2013 (BAH, CAN, ELS, GUY, PAR y TRT) lo hicieron, sino también ANI, DOM y GRA. Sin embargo, cabe señalar que, debido al cambio en la definición de indicadores y al número limitado de casos, ARG, BOL, SAL y SCN no alcanzaron esta meta.</p>
2.1.5: Número de países con una tasa de éxito del tratamiento de 85% en la cohorte de pacientes con tuberculosis	11/27	16/27	9/27	23/27	<p><i>Línea de base del 2009:</i> BAR, BOL, CHI, COR, CUB, ELS, GUT, HON, NIC, PER, SCN, URU</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> ANI, DOM, MEX, SAV, USA</p>

					Solo nueve países (BAR, BOL, CUB, DOM, DOR, ELS, HON, MEX y NIC) mantuvieron una tasa de éxito del tratamiento antituberculoso de 85% (para la cohorte del 2009). Los principales retos fueron problemas de calidad con la estrategia de tratamiento acertado directamente observado (DOTS), el hecho de que la OMS recopiló los datos antes que en años anteriores y las enormes diferencias en la tasa de éxito del tratamiento debidas al escaso número de pacientes.
2.1.6: Número de países que han alcanzado la meta regional para la eliminación de la sífilis congénita	7	15	8	26	<p><i>Línea de base del 2009:</i> BAH, BLZ, CHI, COR, CUB, PAN, URU</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> ARG, BRA, COL, DOR, ELS, FEP, MEX, PER, VEN</p> <p>De los ocho países previstos en la meta para el 2011 (ARG, BRA, DOR, ELS, GUY, MEX, PER y VEN), solo GUY dijo que había alcanzado esta meta (menos de 0,5 casos de sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos). Cabe señalar que PER notificó 0,7 casos por 1.000. Los demás países hicieron avances prometedores. Gracias a la implementación del Sistema Informático Perinatal (SIP), la vigilancia epidemiológica de la sífilis y la infección por el VIH está mejorando. Los retos principales consisten en conseguir recursos financieros insuficientes y fortalecer los nexos entre los programas contra el VIH y los programas de salud sexual y reproductiva.</p>
2.1.7: Número de países con metas cuantificables en sus planes de salud para prevenir y controlar el VIH y otras infecciones de transmisión sexual	6	11	14	14	<p><i>Línea de base del 2009:</i> BRA, CHI, COL, COR, GUT, ELS</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> BLZ, DOR, HON, JAM, MEX, PAR, PER</p> <p>La cooperación técnica directa, la elaboración de instrumentos didácticos y la capacitación posibilitaron la actualización de programas de prevención en 14 países: ARG, BOL, BRA, CHI, DOR, ELS, GUT, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER y URU. Esta actualización fortaleció el trabajo intrasectorial e intersectorial y permitió integrar la prevención en el proceso continuo de atención para todos y, en particular, para los que están en el epicentro de la epidemia.</p>

2.2: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica a fin de formular y ampliar políticas y planes que tengan en cuenta los aspectos de género para la prevención, el apoyo, el tratamiento y la atención de la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria.					En curso
Evaluación del RPR					
(Se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR, excediéndose en un caso la meta para el 2011.)					
Con una metodología bien afianzada, basada en las perspectivas de sistemas de salud, se hizo un examen integral de la respuesta a la infección por el VIH en varios países, que llevó a una armonización adecuada de los planes y las políticas de los países con el marco recomendado para el acceso universal. Como resultado de la coordinación de la labor de los programas contra la tuberculosis y la infección por el VIH, más países de lo previsto han adoptado y puesto en práctica las recomendaciones para las actividades en colaboración contra el VIH y la tuberculosis. Sin embargo, es necesario continuar trabajando para aumentar la cobertura de las actividades en colaboración y llevarlas a los niveles apropiados.					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
2.2.1: Número de países con políticas y planes de mediano plazo del sector sanitario para responder al VIH, de acuerdo con el marco de acceso universal	40	40	40	40	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, FDA, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, ONC, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, SCN, SAL, SAV, SUR, TCA, TRT, USA, URU, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> N/C</p> <p>Durante el bienio 2010-2011 se proporcionó apoyo técnico para evaluar la respuesta nacional al VIH, incluida la respuesta del sector de la salud, a siete países: BAR, BOL, JAM, NIC, PAR, PER y TRT.</p>
2.2.2: Número de países que ejecutan las 12 actividades de colaboración de la OMS contra la infección por el VIH/sida y la tuberculosis	9	20	24	30	<p><i>Línea de base del 2009:</i> BRA, CAN, COL, COR, CUB, ELS, GUY, URU, USA</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> BOL, DOR, ECU, HAI, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, TRT</p> <p>En 24 países se están llevando a cabo actividades en colaboración para combatir la infección por el VIH y la tuberculosis: BAH, BLZ, BOL, BRA, CAN, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SUR, URU, USA y VEN. Cabe señalar que, aunque COR no informó al respecto, tenía un programa de actividades conjuntas, tal como se comprobó en una evaluación reciente.</p>

2.3: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para la formulación y ejecución de políticas y programas a fin de mejorar el acceso equitativo a medicamentos esenciales de buena calidad, medios de diagnóstico y otros productos para la prevención y el tratamiento del VIH/sida, la tuberculosis y la malaria.					En curso
Evaluación del RPR					
(Se alcanzó la meta de los tres indicadores del RPR, excediéndose en dos casos la meta para el 2011 e incluso alcanzándose en otro la meta para el 2013.)					
<p>Se obtuvo este RPR. Los países previstos en la meta para cada uno de los indicadores del RPR informan que alcanzaron las metas establecidas para el bienio. Siete países previstos en la meta revisaron o actualizaron las directrices para el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis, y los países informaron sobre importantes adelantos en el uso del Fondo Estratégico de la OPS como mecanismo para promover el acceso a los suministros de salud pública para combatir la infección por el VIH/sida en toda la Región. En ese sentido, el Fondo Estratégico está entrando en su cuarto año de licitaciones anuales para la compra de medicamentos para la infección por el VIH/sida, y se ha señalado el apoyo técnico que se necesita en los países con la finalidad de fortalecer la gestión de las compras y el abastecimiento de suministros estratégicos de salud pública. Eso se hace en colaboración con diversos socios, entre ellos el Fondo Mundial. Los países previstos en la meta dijeron que habían hecho análisis de la sangre donada, con garantía de la calidad, para detectar el VIH. Durante el bienio, la Región avanzó mucho en la garantía de la calidad de estos análisis de detección y en la ejecución del Plan Regional de Acción para la Seguridad de las Transfusiones de Sangre. Los resultados fueron presentados en el 51.º Consejo Directivo de la OPS en el 2011, que expresó su reconocimiento. Se comenzó a formular el plan regional de seguimiento, en el cual se seguirá dando prioridad a la mejora de la detección del VIH.</p>					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
2.3.1: Número de países que implementan las normas modificadas o actualizadas de la OMS para el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis	3/27	10/27	14/27	14/27	<p><i>Línea de base del 2009:</i> CAN, MEX, USA</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> BOL, DOR, ECU, GUT, GUY, HAI, HON, NIC</p> <p>Catorce países (BLZ, BOL, CAN, COL, DOR, ECU, ELS, GUY, HAI, HON, MEX, NIC, PAR y USA) actualizaron sus protocolos para el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis, de conformidad con las últimas directrices de la OMS.</p>
2.3.2: Número de países que participan en el Fondo Estratégico para la Adquisición de Medicamentos Esenciales e Insumos Críticos para el VIH/sida	19	20	21	21	<p><i>Línea de base del 2009:</i> BAR, BLZ, BOL, BRA, DOR, ECU, ELS, FEP, GUT, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SUR, TRT</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> CHI, COR</p> <p>El mecanismo del Fondo Estratégico permitió mejorar el acceso a los medicamentos esenciales para la infección por el VIH/sida en todos los países antedichos.</p>

2.3.3: Número de países donde se realiza un control de calidad garantizado de toda la sangre donada a fin de detectar el VIH	35	37	37	40	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HAI, JAM, ONC, NEA, NIC, PAN, PER, SAL, SAV, SCN, SUR, TCA, TRT, USA, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> PAR, PER</p> <p>En PAR y PER, toda la sangre donada es sometida actualmente a análisis para detectar el VIH.</p>
--	----	----	----	----	---

2.4: Se habrán fortalecido y ampliado los sistemas de vigilancia, seguimiento y evaluación en los niveles regional y nacional para seguir de cerca el progreso en la consecución de los objetivos y la asignación de recursos para el control del VIH/sida, la malaria y la tuberculosis; y para determinar las repercusiones de las medidas de control y la evolución de la farmacorresistencia.

En curso

Evaluación del RPR

(Se alcanzó la meta de los cinco indicadores del RPR, excediéndose en tres casos la meta para el 2011.)

Ahora es común que en cada país de la Región de las Américas haya datos de vigilancia de la infección por el VIH, la malaria y la tuberculosis desglosados por sexo.

De manera análoga, se lleva a cabo una vigilancia sistemática de la farmacorresistencia (a los medicamentos antirretrovíricos, antimaláricos y antituberculosos) en los países previstos en la meta, que está extendiéndose a otros países, junto con un aumento de la capacidad en materia de laboratorios en toda la Región. En conclusión, se puede afirmar que se alcanzaron estas metas en relación con los tres programas, excepto en un número muy pequeño de países previstos en las metas. Como estos datos son fundamentales para caracterizar la evolución de la dinámica de estas enfermedades en la Región, se recomienda que tanto los países de la línea de base como los previstos en la meta se vinculen a este indicador.

Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
2.4.1: Número de países que notifican a la OPS/OMS datos de vigilancia de la infección por el VIH desglosados por sexo y edad	30	32	33	33	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ABM, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, CAN, CHI, COL, COR, DOR, ECU, ELS, GUT, GUY, HON, JAM, MEX, ONC, NIC, PAN, PAR, PER, SAV, TRT, URU, USA</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> BRA, CUB, DOM, GRA, HAI, SAL, SUR, VEN</p> <p>Salvo SUR, todos los países presentaron datos desglosados sobre los casos de sida. De manera análoga, a excepción de SAL, todos los países de la lista precedente informaron sobre los indicadores del progreso de la respuesta a la epidemia y proporcionaron datos desglosados por sexo y por edad. Tanto la OPS como los países trabajaron para</p>

					fortalecer la vigilancia de la infección por el VIH (BLZ, COR, ECU, ELS, HON, JAM, PAR, SUR, TRT y URU) y el seguimiento de las poblaciones que corren el mayor riesgo (BOL, ECU, CHI y PAR).
2.4.2: Número de países que notifican a la OPS/OMS datos de vigilancia de la tuberculosis desglosados por sexo y edad	30	34	40	37	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, PUR, SAL, SUR, TRT, URU, USA, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> GRA, SAV, SCN</p> <p>Todos los Estados Miembros (excepto SUR), junto con PUR y todos los territorios, presentaron sus informes de acuerdo con las directrices de la OMS, excediendo de esa forma las metas para el 2011 y el 2013. En SUR se está trabajando para alcanzar esta meta.</p>
2.4.3: Número de países que notifican a la OPS/OMS datos de vigilancia de la malaria desglosados por sexo y edad	21/21	21/21	21/21	21/21	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BLZ, BOL, BRA, COL, COR, DOR, ECU, ELS, FDA, GUT, GUY, HAI, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SUR, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> Mantenimiento</p> <p>De cada informe de país se obtuvieron datos desglosados sobre la malaria que se incorporaron tanto en el Informe de la OPS como en el <i>Informe mundial sobre el paludismo</i>, de la OMS.</p>
2.4.4: Número de países que notifican a la OPS/OMS datos de vigilancia sobre la farmacorresistencia del VIH, de acuerdo con las directrices de la OPS/OMS	8	7	18	16	<p><i>Línea de base del 2009:</i> BAH, BLZ, DOM, GRA, GUY, HAI, SAV, SUR</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> ANI, BAR, DOR, ELS, JAM, NIC, PER, SAL, SCN, TRT, VEN</p> <p>La vigilancia de la farmacorresistencia del VIH (FRVIH) está extendiéndose a todas las subregiones, gracias al seguimiento del indicador de alerta temprana (ARG, BOL, BRA, ECU, TRT y VEN) y las encuestas sobre la FRVIH (GUY, HAI y MEX). El Laboratorio de FRVIH de la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), en BRA, recibió la acreditación para formar parte de la Red de Laboratorios de FRVIH de la OMS. El reto fundamental es la sostenibilidad a largo plazo, dado que en los países se dispone de</p>

					financiamiento limitado para la vigilancia de la FRVIH y varias subvenciones de la Fundación Bill y Melinda Gates no se renovarán en el 2012.
2.4.5: Número de países que notifican a la OPS/OMS datos de vigilancia sobre la farmacorresistencia en relación con la tuberculosis, de acuerdo con las directrices de la OPS/OMS	19/27	22/27	23/27	27/27	<p><i>Línea de base del 2009:</i> BLZ, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, ECU, ELS, GUT, HAI, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, URU, USA</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> ARG, DOR</p> <p>En 23 países no solo se alcanzó, sino que se excedió, la meta de este indicador. Además de los países previstos en la meta para el 2011, BLZ, BOL, CHI, PAN y VEN alcanzaron la meta. Cabe señalar que ARG, BLZ y PER informaron que la vigilancia de la tuberculosis farmacorresistente había sido parcial; sin embargo, hay información completa gracias a las visitas realizadas al país, que se incluirá en el informe regional sobre la tuberculosis farmacorresistente</p>
2.4.6: Número de países que notifican a la OPS/OMS datos de vigilancia sobre la farmacorresistencia en relación con la malaria, de acuerdo con las directrices de la OPS/OMS	13/21	17/21	17/21	20/21	<p><i>Línea de base del 2009:</i> BLZ, BOL, BRA, COL, ECU, GUT, GUY, HON, NIC, PAN, PER, SUR, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> COR, DOR, ELS, MEX</p> <p>En los 17 países donde la malaria es endémica (que incluyen los países previstos en la meta para el 2011) se hicieron estudios sobre la eficacia de los medicamentos y la resistencia.</p>
<p>2.5: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica a fin de a) mantener el compromiso político y movilizar recursos mediante la promoción y el fomento de alianzas contra el VIH/sida, la malaria y la tuberculosis a nivel de país y regional; y b) aumentar la participación de las comunidades y las personas afectadas para ampliar al máximo el alcance y el desempeño de los programas de control del VIH/sida, la tuberculosis y la malaria.</p>					<p>En curso</p>
<p>Evaluación del RPR</p> <p>(Se alcanzó la meta de los cuatro indicadores del RPR, excediéndose en un caso la meta para el 2011.)</p>					
<p>En lo que se refiere a este RPR, hubo una gran armonización de la labor de los equipos regionales y los homólogos nacionales. Todos los equipos técnicos informaron que se alcanzaron todas las metas. Sin embargo, es necesario mantener la vinculación a este RPR de los países previstos en la meta a fin de que se siga dando prioridad a las actividades relacionadas con la promoción de la causa, las alianzas, la movilización de recursos y el aumento de la participación comunitaria.</p>					

Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
2.5.1: Número de países con mecanismos funcionales de coordinación para la infección por el VIH/sida	40	40	40	40	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, FDA, FEP, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, PUR, SAL, SAV, SCN, SUR, TRT, URU, USA, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> Mantenimiento</p> <p>En los 40 países antedichos, la respuesta nacional al VIH (incluida la supervisión de las subvenciones del Fondo Mundial) está siendo coordinada por un mecanismo único que incluye a representantes de las autoridades nacionales, la sociedad civil (incluidas las redes de personas infectadas por el VIH) y el sistema de las Naciones Unidas, que incluye la OPS.</p>
2.5.2: Número de países con mecanismos funcionales de coordinación para la tuberculosis	8/27	12/27	14/27	15/27	<p><i>Línea de base del 2009:</i> BOL, BRA, CAN, COL, CUB, ELS, HON, MEX, PER</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> DOR, ECU, NIC, PAR</p> <p>En 13 países hay mecanismos de coordinación de la lucha contra la tuberculosis (razón por la cual se excedió la meta para el 2011). En países como BRA, CAN, DOR, MEX y PER (2011) hay alianzas nacionales Alto a la tuberculosis; COL y URU tienen ligas contra la tuberculosis; BOL, BRA, COL, DOR, ECU, ELS, HON, NIC y PAR tienen mecanismos de coordinación en el país (que reúnen a todos los socios pertinentes).</p>
2.5.3: Número de países con mecanismos funcionales de coordinación para la malaria	21/21	21/21	21/21	21/21	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BLZ, BOL, BRA, COL, COR, DOR, ECU, ELS, FDA, GUT, GUY, HAI, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SUR, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> Mantenimiento</p> <p>En los 21 países donde la malaria es endémica hay varios mecanismos de coordinación y socios que trabajan en la respuesta a la malaria. Cabe destacar que los mecanismos de coordinación están dando mejor resultado en los países que reciben financiamiento externo.</p>

<p>2.5.4: Mantener el número de países que involucran a las comunidades, las personas afectadas por la enfermedad, las organizaciones de la sociedad civil y el sector privado en la planificación, el diseño, la ejecución y la evaluación de los programas contra la infección por el VIH/sida</p>	40	40	40	40	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, FDA, FEP, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, PUR, SCN, SAL, SAV, SUR, TRT, USA, URU, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> Mantenimiento</p> <p>Varias actividades de formación de capacidad a nivel de país recibieron apoyo del nivel regional, con la capacitación de educadores de compañeros y líderes comunitarios en la prevención de la infección por el VIH</p>
<p>2.6 Se habrán desarrollado y validado nuevos conocimientos, herramientas de intervención y estrategias que estarán disponibles y accesibles para satisfacer las necesidades prioritarias de prevención y control del VIH, la tuberculosis y la malaria, con una participación creciente de los países de América Latina y el Caribe en esta investigación.</p>					<p>En curso</p>
<p>Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR.)</p>					
<p>Los dos equipos técnicos (tuberculosis y malaria) vinculados a este indicador informaron que habían alcanzado plenamente la meta. Hay que reforzar la generación de intervenciones y estrategias nuevas o mejores para abordar la evolución de los retos. Además, hay que invertir recursos apropiados: la investigación científica necesaria para aportar datos probatorios requiere un financiamiento sustancial.</p>					
<p>Indicador</p>	<p>Línea de base 2009</p>	<p>Meta 2011</p>	<p>Logrado a fines del 2011</p>	<p>Meta 2013</p>	<p>Observaciones</p>
<p>2.6.1: Número de nuevas o mejores intervenciones y estrategias de ejecución relativas a la tuberculosis, cuya eficacia se ha comprobado y respecto de las cuales se han proporcionado datos basados en evidencias a las instituciones pertinentes para la adopción de decisiones de política</p>	2	2	2	3	<p>Todos los países están estableciendo alianzas publicoprivadas para combatir la tuberculosis, con la participación especial del sistema de seguridad social y de las cárceles. Nueve países están utilizando el enfoque práctico de la salud pulmonar. Además de estas dos iniciativas, en varios países se han adoptado métodos nuevos para diagnosticar la resistencia a los medicamentos antituberculosos.</p>

2.6.2: Número de intervenciones nuevas o mejores y estrategias de ejecución relativas a la malaria, cuya eficacia se ha comprobado y respecto de las cuales se han proporcionado datos basados en evidencias a las instituciones pertinentes para la adopción de decisiones de políticas	1	2	2	2	Basándose en los nuevos datos probatorios sobre el tratamiento con cloroquina obtenidos en estudios <i>in vivo</i> (respuesta clínica y parasitológica adecuada), HON y NIC hicieron una revisión de su protocolo de tratamiento para <i>Plasmodium falciparum</i> . Además, se estableció un programa de diagnóstico de la malaria en coordinación con los laboratorios nacionales de referencia de HON y PER.
--	---	---	---	---	---

Informe de avance hacia la consecución del OE 3

OE 3: Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos					En curso
Panorama del presupuesto					
Presupuesto aprobado (PP 2010-2011)	Fondos disponibles			Gasto (%)	Financiado (%)
	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Total		
\$31.944.000	\$10.960.000	\$12.834.946	\$23.794.946	89%	74%
Progreso realizado hacia la consecución del objetivo estratégico para el 2013					
<p>Progreso realizado hacia la consecución de las metas del indicador del objetivo estratégico en lo que se refiere a sus efectos, tal como se establece en el Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS</p> <p>Indicador 1: Reducción del número anual estimado de defunciones relacionadas con las principales enfermedades crónicas no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes) en América Latina y el Caribe. <i>Línea de base:</i> 2,4 millones de defunciones en el 2000 <i>Meta:</i> 2,1 millones de defunciones para el 2013</p> <p>Los datos indican que la meta de reducir las muertes por ENT en América Latina y el Caribe se alcanzó en el 2007, con 2,1 millones de muertes.</p> <p>Este indicador fue creado hace muchos años por la OMS usando un promedio estimado del número de defunciones por las principales ENT como línea de base para el 2000 y como meta para el 2013. De hecho, el número notificado de defunciones por las principales ENT en América Latina y el Caribe fue de alrededor de 1,7 millones en el 2000. A medida que la población va envejeciendo en la Región, aumenta el número absoluto de defunciones, pero el riesgo está disminuyendo en casi todos los países. Esta es una de las enseñanzas que habrá que aplicar al establecimiento de metas futuras. Sin embargo, la tasa de mortalidad ajustada por las principales ENT bajó el 7,1% entre el 2000 y el 2007 (cerca de 1% por año); esta tasa podría mejorar con una intensificación del esfuerzo. Esta disminución general se debe principalmente a la disminución de las tasas en países como Argentina, Brasil, Chile, Uruguay, etc. En los países que todavía no han concluido la transición epidemiológica, como Guatemala, Guyana, Paraguay y Perú, las tasas de mortalidad prematura por ENT en realidad están aumentando y se necesitará una acción especial. Sin embargo, en países como México y en algunos países del Caribe, que han concluido la transición epidemiológica, la mortalidad general por ENT todavía está aumentando, especialmente debido a la diabetes.</p> <p>Indicador 2: Reducción de las disparidades en el tratamiento de las personas que sufren trastornos mentales (psicosis, trastorno bipolar, depresión, ansiedad y alcoholismo) <i>Línea de base:</i> 62% de las personas que sufren trastornos mentales no reciben tratamiento <i>Meta:</i> 47% para el 2013</p> <p>Se están compilando estudios epidemiológicos sobre las brechas del tratamiento en América Latina y el Caribe, que permitirán analizar la situación actual. Se ha demostrado que el desarrollo de una comunidad modelo para la salud mental, con servicios especializados vinculados a la atención primaria y acompañados de intervenciones psicosociales y medicinales bien concebidas, orientadas a ciertos trastornos prioritarios (por ejemplo, depresión y epilepsia tal como se dan en las Américas), puede resolver la brecha del tratamiento (alcanzando niveles del 30% al 50%). Durante el período analizado en el Plan Estratégico 2008-2012, de la OPS, se llevaron a cabo actividades a título piloto en varios países de la Región, como Honduras (epilepsia) y Panamá (depresión y epilepsia), con los resultados alentadores ya mencionados. El gran reto para el futuro estriba en la realización de intervenciones en gran escala que sean necesarias y apropiadas, en particular en los países más pobres (la OPS</p>					

ha difundido la metodología y ha validado instrumentos en toda la Región). Además, la aprobación por los Estados Miembros en el Consejo Directivo de la OPS tanto de la Estrategia y plan de acción sobre salud mental como la Estrategia y plan de acción sobre la epilepsia ha sentado las bases para el respaldo político y creado una hoja de ruta para la acción futura, a fin de mejorar los servicios y reducir las brechas.

Indicador 3: Detención de las tendencias crecientes actuales en las tasas de mortalidad por traumatismos ocasionados por las colisiones en las vías de tránsito en la Región

Línea de base: 16,7 por 100.000 habitantes en 2000-2004 (promedio aproximado)

Meta: 14,7 por 100.000 habitantes para el 2013

Se prevé que se alcanzará la meta para el 2013, puesto que los datos del 2007 ya muestran una reducción de la tasa de mortalidad, que bajó a 15,8. Esta cifra, sin embargo, se ve amenazada por el aumento de las lesiones ocasionadas por accidentes de motocicleta. Esta información se actualizará para la versión definitiva de este informe, que se presentará a la Conferencia Sanitaria Panamericana (CSP) en septiembre del 2012, acompañado de la publicación cuatrienal *Salud en las Américas*.

Indicador 4: Número de países y territorios en la Región que han reducido el índice de dientes cariados, perdidos y obturados a la edad de 12 años (DCPO-12)

Línea de base: DCPO-12 superior a 5 en 2 países y territorios, de 3 a 5 en 8 países y territorios e inferior a 3 en 29 países y territorios, en el 2004

Meta: DCPO-12 superior a 5 en 0 países y territorios, de 3 a 5 en 2 países y territorios e inferior a 3 en 37 países y territorios, para el 2013.

Al 2011, los datos muestran los siguientes logros: un índice de DCPO-12 superior a 5 en 1 país; de 3 a 4 en 8 países e inferior a 3 en 34 países. Se prevé que se alcanzará la meta para el 2013.

Evaluación del objetivo estratégico en el bienio 2010-2011

Se considera que el OE 3 está en riesgo, pero se avanzó mucho en relación con los RPR durante este bienio. Los seis RPR están en curso y se alcanzó la meta para el 2011 de 26 de los 27 indicadores de los RPR.

Logros principales

- Ha habido un aumento del compromiso político y técnico para combatir las ENT a nivel regional, subregional y nacional por igual, principalmente como resultado de la Reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. En esa reunión de alto nivel se aprobó una resolución y una declaración política de las Naciones Unidas, lo cual ofrece una oportunidad singular para que las áreas técnicas de la OPS se posicionen en el contexto más amplio de las ENT. De esta forma, la OPS podrá ayudar a los países a realizar intervenciones eficaces en función de los costos para abordar las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y de la conducta, la violencia, las lesiones por accidentes de tránsito, las discapacidades y la salud ocular y bucodental.
- Ha mejorado la capacidad de los países en el área de la política en materia de enfermedades crónicas, y 22 países ahora tienen una política o plan nacional para las ENT como resultado de la cooperación técnica y las experiencias de participación por medio de la red CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No Transmisibles).
- Se ha elaborado una guía basada en datos probatorios para las prioridades en el ámbito de la salud cardiovascular.
- La capacidad de los países para vigilar las ENT y los factores de riesgo ha mejorado, y se ha preparado un informe integral de la situación de las ENT como parte de los indicadores básicos.
- Ahora hay más información y una mayor conciencia sobre los costos de las ENT, como resultado de los estudios realizados por la OMS y el Foro Económico Mundial que se encargaron para la Reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. En América Latina y el Caribe, se ha iniciado la colaboración con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), el Organismo de Salud Pública de Canadá (PHAC) y la Universidad de Washington para realizar estudios nacionales a fin de determinar los costos de las ENT y mejorar la capacidad para establecer prioridades.

- Se han establecido programas contra las ENT en 22 países orientados específicamente a la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.
- Se creó el Foro Panamericano de Acción contra las Enfermedades No Transmisibles como plataforma para reunir al gobierno, las empresas y la sociedad civil a fin de concientizar y ampliar en escala las prácticas eficaces.
- Más de 20 países han adoptado el modelo de atención de las enfermedades crónicas a fin de mejorar la calidad de los servicios de salud para el tratamiento integrado de las ENT.
- Se llevó a cabo una evaluación de la situación de la salud mental en América Latina y el Caribe, que proporcionó a la OPS una línea de base para el próximo bienio (RPR 3.1).
- En el 2011, el 51.º Consejo Directivo de la OPS aprobó la Estrategia y plan de acción sobre la epilepsia (RPR 3.2).
- En las Américas, 17 países han formulado políticas del sector de la salud y programas nacionales de rehabilitación, que concuerdan con las recomendaciones de la OPS/OMS para la discapacidad y la rehabilitación y con el marco para el cumplimiento de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, de las Naciones Unidas.
- Para los países del Convenio Hipólito Hunanue, se ha elaborado una política subregional centrada en las personas con discapacidades, y se ha difundido en toda la Región el *Informe mundial sobre la discapacidad*.

Retos principales

- Subsiste el reto de obtener financiamiento sostenible y a largo plazo en todos los niveles, así como otros recursos según la carga de morbilidad, aumentar las inversiones, especialmente en las intervenciones más rentables para combatir las ENT, y apoyar a los países en la implementación de los resultados de la Reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.
- También queda por concretar plenamente la política en materia de ENT y la Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud, con un enfoque verdaderamente multisectorial.
- Otro reto estriba en mantener la labor actual de recopilación y análisis de datos sobre las ENT y sus factores de riesgo y utilizarlos en programas contra las ENT, así como en la tarea de formulación de políticas, planificación, seguimiento y evaluación.
- Otro reto consiste en formar capacidad y lograr que se disponga de suficientes recursos para realizar estudios sobre costos y rentabilidad en los países, así como para establecer prioridades en relación con las ENT.
- Subsiste el reto de ampliar la cobertura de los programas contra las ENT, su eficacia y la atención de seguimiento, incluido el acceso a medicamentos para las ENT, a fin de que las personas con afecciones crónicas sean diagnosticadas enseguida, reciban un tratamiento apropiado y participen en su propio cuidado.
- Hay que extender el uso del modelo de atención de las enfermedades crónicas e integrarlo en los servicios de atención de salud corrientes, especialmente en los entornos de atención primaria.
- La vigilancia de las ENT constituye otro reto. Las prioridades son la violencia, la salud mental y la discapacidad, que es necesario mantener dentro del sistema de información sanitaria con recursos humanos y económicos apropiados.
- Queda por poner en práctica las recomendaciones del *Informe mundial sobre la discapacidad*.

Enseñanzas

- Intensificar la coordinación y el liderazgo entre las áreas programáticas pertinentes de la Organización, a fin de llevar a cabo una acción más concertada y coordinada para la prevención y el control de las ENT.
- Ejecutar plenamente la próxima fase del Foro Panamericano de Acción contra las Enfermedades Crónicas como iniciativa que servirá para movilizar recursos.
- Dar prioridad a la política y los programas contra las ENT en los planes de trabajo bienales de los países.
- Continuar la labor de promoción de la lucha contra las ENT como problema prioritario de salud pública en los programas nacionales de desarrollo y salud. Eso requerirá liderazgo, recursos y un enfoque multisectorial y de varios interesados directos.
- Fortalecer los datos nacionales sobre mortalidad, las encuestas sobre las ENT y los factores de riesgo, y los datos sobre la incidencia de ENT, y adoptar enfoques innovadores.

- Mejorar la colaboración entre el Proyecto de Economía Sanitaria, de HSS/HHP, la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe (CEPAL) y otros socios en análisis de los costos.
- Considerar la posibilidad de crear un grupo de acción especial sobre ENT para centralizar la labor.
- Incorporar el modelo de atención de las enfermedades crónicas en la cooperación técnica de la OPS encaminada a fortalecer el sistema de salud y la atención primaria.
- Los países han demostrado que tienen la capacidad necesaria para iniciar la vigilancia de las ENT. El reto consiste en la sostenibilidad, ya que se necesitan recursos humanos bien preparados y recursos financieros estables.
- La adopción de la estrategia de rehabilitación comunitaria, articulada por medio de la red de ayuda y la participación intersectorial, ha permitido ampliar la cobertura de la atención de las personas discapacitadas y su familia. Esta estrategia también preconiza la promoción de la salud y la prevención de discapacidades, la rehabilitación y la integración social de las personas discapacitadas.

Informe de avance sobre los RPR del OE 3

3.1: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica a fin de aumentar el compromiso político, financiero y técnico para hacer frente a las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos por falta de seguridad vial y las discapacidades.					En curso
Evaluación del RPR					
(Se alcanzó la meta de los cinco indicadores del RPR, excediéndose en dos casos la meta para el 2011.)					
Se alcanzaron todos los indicadores del RPR, lo cual muestra que los Estados Miembros han aumentado su compromiso político y técnico respondiendo a la urgente necesidad de abordar mejor estos problemas prioritarios de salud pública. Sin embargo, subsiste el reto de obtener recursos financieros sostenibles a largo plazo. La Reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles proporcionó un fuerte impulso para el progreso en relación con este RPR. En lo que concierne a la violencia, se está prestando más atención a la violencia de género. El reto para el próximo bienio estribará en lograr que estos mecanismos de desarrollo institucional se apliquen a los programas nacionales de salud pública a fin de ponerlos en práctica plenamente y aumentar la inversión y los recursos, especialmente para las intervenciones más rentables. Otro reto es reposicionar el asunto como problema de desarrollo que requiere un enfoque integral, con una acción a toda máquina no solo del gobierno, sino también de la sociedad en conjunto.					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
3.1.1: Número de países que implementan mecanismos de desarrollo institucional (recursos humanos y financieros, capacitación y alianzas intersectoriales) relacionados con la violencia	15	20	20	24	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BOL, BRA, CAN, CHI, COR, ECU, ELS, GUT, JAM, MEX, NIC, PAR, URU, USA</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> BAR, DOM, PAN, PER, TRT</p> <p>Veinte países alcanzaron este indicador. La acción se centra en tres niveles: políticas públicas intersectoriales (BOL, CHI, ELS, NIC, PAN, PER), planes de salud nacionales (NIC, TRT) o sectoriales (NIC, PAR) y acción de la comunidad (DOM). Algunos países han hecho hincapié en la prevención de la violencia de género (BAR, DOM, GRA y PAN).</p>

<p>3.1.2: Número de países que implementan mecanismos de desarrollo institucional (recursos humanos y financieros, capacitación y alianzas intersectoriales) relacionados con la salud mental</p>	<p>28</p>	<p>27</p>	<p>35</p>	<p>29</p>	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BAH, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GUT, GUY, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SUR, TRT, URU, USA, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> Mantenimiento</p> <p>Treinta y cinco países hicieron una evaluación de su sistema de salud mental. Además de los países en la línea de base, ocho países y territorios más alcanzaron la meta (ABM, ANI, BAR, DOM, GRA, HAI, SAV, SCN y TCA). Así mismo, se prepararon tres informes subregionales y un informe regional. Los países están trabajando en las recomendaciones del Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental, de la OMS.</p>
<p>3.1.3: Número de países que implementan mecanismos de desarrollo institucional (recursos humanos y financieros, capacitación y alianzas intersectoriales) relacionados con las enfermedades crónicas</p>	<p>24</p>	<p>31</p>	<p>36</p>	<p>38</p>	<p><i>Línea de base del 2009:</i> BAH, BAR, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, ECU, GUT, GUY, HAI, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SUR, TRT, URU, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> ABM, ANI, ARG, BLZ, FEP, SAV, SCN</p> <p>Este indicador se alcanzó en 36 países. Además de los países previstos en la meta, lo alcanzaron otros cinco (DOM, DOR, ELS, GRA y HON). La Reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles planteó a los países la tarea ineludible desde el punto de vista político y técnico de acelerar el fortalecimiento de sus programas contra las ENT.</p>
<p>3.1.4: Número de países que implementan mecanismos de desarrollo institucional (recursos humanos y financieros, capacitación y alianzas intersectoriales) relacionados con las discapacidades</p>	<p>14</p>	<p>19</p>	<p>19</p>	<p>24</p>	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BRA, CHI, COL, CUB, DOR, GUY, ECU, ELS, HON, MEX, NIC, PAN, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> BOL, GUT, PAR, TRT, URU</p> <p>Este indicador se alcanzó en 19 países. Los países han avanzado en la formulación de respuestas institucionales integrales para satisfacer la demanda de atención de las personas discapacitadas, usando un enfoque intersectorial.</p>

3.1.5: Número de países que implementan mecanismos de desarrollo institucional (recursos humanos y financieros, capacitación y alianzas intersectoriales) relacionados con la seguridad vial	15	18	18	21	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BOL, BRA, CAN, CHI, COR, ECU, ELS, GUT, JAM, MEX, NIC, PAR, URU, USA <i>Meta para el 2011:</i> DOR, GUY, TRT</p> <p>Este indicador se alcanzó en 18 países. En el curso del 2011, 20 países lanzaron el Decenio de la Seguridad Vial (2011-2020) y asumieron un compromiso con la mejora de la seguridad vial.</p>
3.2 Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para la elaboración y ejecución de políticas, estrategias y reglamentos referentes a las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, la seguridad vial, las discapacidades y las enfermedades bucodentales.					En curso
<p>Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta de seis de los siete indicadores del RPR, excediéndose en dos casos la meta para el 2011.)</p>					
<p>Se alcanzó la meta de seis de los siete indicadores del RPR, a excepción de la seguridad vial. Los Estados Miembros están avanzando en la ejecución de sus planes nacionales y estrategias en materia de violencia, discapacidades, salud mental, ENT, ceguera y salud bucodental. El reto estribará en mantener de una manera continua la aplicación de estas estrategias y planes nacionales, así como en crear la capacidad necesaria para establecer prioridades usando herramientas tales como análisis de costo-eficacia.</p>					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
3.2.1: Número de países que están ejecutando planes nacionales multisectoriales para la prevención de la violencia interpersonal y por razones de género, en consonancia con las directrices de la OPS/OMS	17	20	20	23	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, ELS, GUT, HON, JAM, MEX, PAN, PER, USA, VEN <i>Meta para el 2011:</i> FEP, NIC, URU</p> <p>Este indicador se alcanzó en 20 países. Un logro importante que es digno de mención es la obtención de fondos de una fundación privada para fortalecer la prevención primaria de la violencia contra las mujeres y los niños en COR, ELS y GUT</p>
3.2.2: Número de países que están ejecutando planes nacionales para la atención y la rehabilitación de las discapacidades de acuerdo con las directrices de la OPS/OMS	8	16	16	25	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BRA, CUB, DOR, HON, MEX, NIC, VEN <i>Meta para el 2011:</i> COL, ECU, ELS, GUY, PAN, PAR, TRT, URU</p> <p>Este indicador se alcanzó en 16 países. COL y ELS han realizado avances extraordinarios en la ejecución de sus planes nacionales para la discapacidad y la rehabilitación, especialmente en lo que se refiere a la consolidación de la línea de base y la definición de estrategias intersectoriales para el sector de la salud</p>

					a fin de atender las necesidades de las personas discapacitadas. Se observan logros sobresalientes en BOL, CHI, y COR, todos ellos relacionados con su estrategia de rehabilitación comunitaria y su examen de los planes nacionales.
3.2.3: Número de países que están ejecutando un plan nacional de salud mental de acuerdo con las directrices de la OPS/OMS	29	29	29	30	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ANI, ARG, BAR, BOL, BLZ, BRA, CAN, CHI, COR, CUB, DOR, DOM, ECU, ELS, GRA, GUY DE GUT, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SUR, URU, USA, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> Mantenimiento</p> <p>Este indicador se mantuvo en 29 países. La OPS está apoyando a los ministerios de salud en la ejecución de sus planes nacionales. Esto es un componente clave de la Estrategia y plan de acción sobre salud mental adoptada por el 49.º Consejo Directivo de la OPS en el 2009.</p>
3.2.4: Número de países que están ejecutando un plan nacional para la prevención y el control de las enfermedades crónicas de acuerdo con el enfoque integrado de la OPS de la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluido el régimen alimenticio y la actividad física	30	32	35	36	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ABM, ARG, BAR, BLZ, BOL, CAN, CHI, COL, CUB, DOM, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HAI, JAM, MEX, ONC, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, SCN, SUR, TRT, URU, USA, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> FEP, NIC</p> <p>Los dos países previstos en la meta, más ANI, COR y HON, alcanzaron este indicador con la formulación de planes y políticas nacionales relacionados con las ENT. El próximo reto estribará en la ejecución de los planes, el financiamiento, la colaboración de los interesados directos, etc.</p>
3.2.5: Número de países que están ejecutando planes nacionales para la prevención de la ceguera y las deficiencias visuales de acuerdo con las directrices de la OPS/OMS	11	21	24	26	<p><i>Línea de base del 2009:</i> BRA, CAN, COL, CUB, DOM, ECU, ELS, GUY, MEX, PAR, PER, SAL, USA, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> ARG, BAR, GRA, GUT, JAM, NIC, PAN</p> <p>En 24 países se están ejecutando planes nacionales para prevenir la ceguera. Además de los países previstos en la meta para el 2011, tres más que no estaban en la línea de base (BLZ, SAV y SCN) están ejecutando planes nacionales. Esto constituye un progreso importante hacia la consecución de la meta para el 2013.</p>
3.2.6: Número de países	29	31	31	35	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ABM, ARG, BAH, BAR, BRA, CAN, CHI, COL, COR,</p>

<p>que están ejecutando planes nacionales para la prevención de las enfermedades bucodentales de acuerdo con las directrices de la OPS/OMS</p>					<p>CUB, DOR, ECU, ELS, GUT, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SCN, SUR, TRT, URU, USA, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> BLZ, BOL, HAI</p> <p>31 países y territorios alcanzaron este indicador. Se han observado notables mejoras y avances en la salud bucodental en encuestas nacionales sobre salud bucodental en 34 países que han alcanzado la meta de un índice de DCPO ≤ 3. No solo 34 países alcanzaron su meta, sino que también ocho países presentan un índice de DCPO ≤ 1, y 14 países, ≤ 2, lo cual demuestra una mejora. Hay solo seis países con un índice de DCPO ≤ 4 y tres con un índice de DCPO $\leq 5,2$.</p>
<p>3.2.7: Número de países que están ejecutando planes nacionales multisectoriales para la prevención de los traumatismos causados por el tráfico en la vía pública, en consonancia con las directrices de la OPS/OMS</p>	17	20	18	23	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, ELS, GUT, HON, JAM, MEX, PAN, PER, USA, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> NIC, PAR, URU</p> <p>Este indicador se alcanzó en 18 países. Once países prepararon un plan para el Decenio de la Seguridad Vial. PAR y PAN avanzaron mucho en la adopción de un enfoque intersectorial, así como en la publicación y difusión de sus planes</p>
<p>3.3: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para recopilar, analizar, difundir y utilizar datos sobre la magnitud, las causas y las consecuencias de las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos ocasionados por tránsito en las vías públicas y las discapacidades.</p>					<p>En curso</p>
<p>Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta de los cinco indicadores del RPR, excediéndose en un caso la meta para el 2011.)</p>					
<p>La evaluación muestra que el RPR está en curso, habiéndose alcanzado todas sus metas para el 2011. Se trabajó en colaboración con los CDC en el campo de la violencia. El cumplimiento previo del indicador relacionado con la inclusión de información sobre las ENT y sus factores de riesgo permitió a los países de la Región prepararse para la Reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre las Enfermedades no Transmisibles.</p>					
<p>Indicador</p>	<p>Línea de base 2009</p>	<p>Meta 2011</p>	<p>Logrado a fines del 2011</p>	<p>Meta 2013</p>	<p>Observaciones</p>
<p>3.3.1: Número de países que cuentan con un sistema nacional de</p>	16	18	18	22	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BAR, BLZ, BRA, CAN, COL, COR, ECU, ELS, GUT, JAM, MEX, NIC, PAN, USA, VEN</p>

información de salud que incluye indicadores de violencia interpersonal y de violencia basada en el género					<p><i>Meta para el 2011:</i> BOL, PER</p> <p>Este indicador se alcanzó en 18 países. Cabe destacar dos acciones importantes: 1) la colaboración con los CDC para mejorar los sistemas de vigilancia de la violencia y 2) un análisis comparativo de los datos sobre la violencia contra la mujer en 12 países de la Región.</p>
3.3.2: Número de países que cuentan con un sistema nacional de información de salud que incluye indicadores de salud mental	10	14	14	20	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BLZ, BRA, CHI, COL, ECU, NIC, PAN, URU, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> BOL, ELS, GUT, PAR</p> <p>El indicador se alcanzó en 14 países. Varios países que no forman parte de la línea de base están trabajando para mejorar los sistemas de información sobre salud mental. Se publicaron y difundieron directrices regionales sobre la información acerca de la salud mental. Los países han indicado que están trabajando para mejorar la disponibilidad de información sobre la salud mental.</p>
3.3.3: Número de países que cuentan con un sistema nacional de información de salud que incluye indicadores de discapacidades	22	23	23	26	<p><i>Línea de base del 2009:</i> BAR, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ELS, GRA, JAM, MEX, NIC, PAN, PER, SAL, SAV, URU, USA, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> GUY</p> <p>Este indicador se alcanzó en 23 países. GUY avanzó con una propuesta para sistematizar los datos del sector de la salud sobre la discapacidad. ARG y HON elaboraron una metodología para un registro de información sobre la discapacidad que a su vez generará indicadores de discapacidades.</p>
3.3.4: Número de países que cuentan con un sistema nacional de información de salud que incluye indicadores de enfermedades crónicas no transmisibles, así como sus factores de riesgo	28	31	35	33	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, GRA, GUY, HAI, JAM, MEX, PAN, PAR, SAV, SCN, SUR, URU, USA, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> ELS, HON, PER, SAL, TRT</p> <p>Se produjeron indicadores sobre las ENT y sus factores de riesgo en 35 países y territorios (los países previstos en la meta más NCA, NIC y TCA). Los países previstos en la meta han incorporado las</p>

					ENT y ciertos factores de riesgo en sus propios conjuntos de datos básicos. Basándose en estos datos, la OPS publicó el folleto <i>Indicadores básicos de ENT</i> .
3.3.5: Número de países que cuentan con un sistema nacional de información de salud que incluye indicadores de lesiones causadas por tráfico en la vía pública	16	18	18	22	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BAR, BLZ, BRA, CAN, COL, COR, ECU, ELS, GUT, JAM, MEX, NIC, PAN, USA, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> FEP, PAR</p> <p>Este indicador se alcanzó en 18 países; 29 países participaron en cursos de recopilación de datos para la seguridad vial y 32 ya han recopilado los datos que formarán parte del <i>Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial</i> en el 2012.</p>

3.4: La Oficina habrá compilado mejores datos objetivos sobre costo-eficacia de las intervenciones para atender las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos ocasionados por tránsito en las vías públicas, las discapacidades y la salud bucodental.	En curso
--	-----------------

Evaluación del RPR
(Se alcanzó la meta de los cinco indicadores del RPR, excediéndose en un caso la meta para el 2011.)

Se avanzó en la consecución de los cinco indicadores. Cuatro reflejan la metodología utilizada para mejorar los datos probatorios sobre intervenciones eficaces en función de los costos para hacer frente a las ENT, y hay datos epidemiológicos para un indicador. Los datos sobre intervenciones eficaces en función de los costos podrían mejorar si abarcaran intervenciones múltiples, interdisciplinarias y eficaces en función de los costos, dado que la carga de morbilidad está desplazándose hacia las ENT y sus factores de riesgo. Esto crea una gran presión para los sistemas de salud y la necesidad de contar con información para promover, utilizar y difundir enfoques eficaces en función de los costos.

Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
3.4.1: Número de estudios analíticos sobre costos de las intervenciones dirigidas a los trastornos mentales y neurológicos	2	2	2	3	<p>En el bienio 2008-2009 se hicieron dos estudios que siguen siendo válidos. Durante el bienio 2010-2011 se publicó un libro con una compilación de estudios epidemiológicos sobre los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. En estos estudios epidemiológicos se abordan la morbilidad, la mortalidad, la discapacidad y la evaluación de los servicios, pero no la rentabilidad.</p> <p>Para el bienio 2012-2013 se están realizando estudios de las lagunas en el tratamiento y la evaluación de programas y servicios.</p>

3.4.2: Número de países donde se han realizado y difundido estudios analíticos sobre costos relacionados con la violencia	10	12	12	15	<p><i>Línea de base del 2009:</i> BLZ, BRA, CAN, CHI, COL, COR, ELS, HON, PER, USA</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> ARG, FEP</p> <p>Este indicador se alcanzó en unos 12 países, pero el progreso es heterogéneo con respecto a la profundidad de los proyectos. Esto representa un reto inherente que dificulta el apoyo de la Organización. Por ese motivo, la participación de los centros colaboradores de la OPS/OMS ha sido importante, ya que han logrado impulsar las iniciativas en los países. Se han extraído enseñanzas dignas de mención en ARG y BLZ.</p>
3.4.3: Número de países donde se han realizado y difundido estudios analíticos sobre costos relacionados con la salud bucal	6	8	8	9	<p><i>Línea de base del 2009:</i> BOL, COL, ECU, HAI, PAR, URU</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> JAM, MEX</p> <p>Se hicieron evaluaciones económicas eficaces en función de los costos del aumento en gran escala de los servicios de salud bucodental en ocho países en el marco del Proyecto PRAT (práctica de restauración atraumática) y la iniciativa Comunidades libres de caries. Se está avanzando en la ampliación del proyecto para integrar la salud bucodental en las ENT en seis países más con enfoques de atención primaria de salud.</p>
3.4.4: Número de países donde se han realizado y difundido estudios analíticos sobre costos relacionados con las enfermedades crónicas	11	14	14	18	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BAH, BAR, BRA, CAN, CHI, COL, JAM, MEX, TRT, USA</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> FEP, NIC, PER</p> <p>Se han examinado estudios de costos en relación con las ENT en 14 países. La OPS organizó un taller regional sobre las dimensiones económicas de las ENT, junto con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) y el Organismo de Salud Pública de Canadá (PHAC). Los países están empezando a considerar la posibilidad de realizar sus propios estudios económicos nacionales de las ENT a fin de fortalecer su capacidad para generar datos probatorios con objeto de afrontar la epidemia de ENT.</p>

3.4.5: Número de países donde se han realizado y difundido estudios analíticos sobre costos relacionados con la seguridad vial	8	10	11	12	<p><i>Línea de base del 2009:</i> BLZ, CAN, BRA, CHI, COL, ELS, MEX, USA</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> ARG, VEN</p> <p>Este indicador se alcanzó en 11 países (los países previstos en la meta más PAN). ARG avanzó en la mejora de una metodología para el análisis del costo de las lesiones por accidentes de tránsito.</p>
--	---	----	----	----	---

<p>3.5: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para la elaboración y ejecución de programas multisectoriales, que abarquen a toda la población a fin de promover la salud mental y la seguridad vial y prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia y los traumatismos, así como las deficiencias auditivas y visuales, incluida la ceguera.</p>	<p>En curso</p>
--	------------------------

Evaluación del RPR
(Se alcanzó la meta de los tres indicadores del RPR, excediéndose las metas para el 2011.)

Los países han indicado que están fortaleciendo y ampliando la ejecución de sus programas y planes contra las ENT. Se alcanzaron las metas de los indicadores relacionados con las discapacidades y la salud mental (en cuanto a promoción y prevención).

Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
3.5.1: Número de países que ejecutan programas para la prevención de discapacidades en la población general con un enfoque multisectorial	6	11	14	15	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, CHI, CUB, MEX, NIC, PAN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> BLZ, COL, DOR, PAR, VEN</p> <p>Este indicador se alcanzó en 14 países (los países previstos en la meta más BOL, COR y ECU). COL terminó de preparar una propuesta para fortalecer las actividades relacionadas con la promoción de la salud y la prevención de discapacidades con un enfoque de APS</p>
3.5.2: Número de países que realizan intervenciones para la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales y del abuso de sustancias psicotrópicas	5	11	12	15	<p><i>Línea de base del 2009:</i> BOL, BRA, GUY, PAN, TRT</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> BLZ, ECU, ELS, NIC, PAR, PER</p> <p>Este indicador se alcanzó en 12 países (los países previstos en la meta más PUR). Se publicaron y se difundieron directrices regionales sobre la promoción de la salud mental y la prevención de problemas de salud mental. Todos los países han integrado el componente de promoción y prevención en sus planes nacionales de salud mental.</p>

3.5.3: Número de países que ejecutan programas para la prevención de las enfermedades crónicas en la población general con un enfoque multisectorial	10	21	22	31	<p><i>Línea de base del 2009:</i> BRA, CHI, COR, CUB, ECU, ELS, FEP, GUT, GUY, JAM</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> ARG, BAR, BLZ, BOL, MEX, NIC, PAR, PER, PUR, SUR, TRT</p> <p>Este indicador se alcanzó en 22 países (los países previstos en la meta más URU). Todos los países han indicado que están fortaleciendo y ampliando la ejecución de sus programas y planes contra las ENT.</p>
3.6: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica a fin de mejorar sus sistemas sanitarios y sociales en lo que se refiere a la prevención y el tratamiento integrados de las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos ocasionados por tránsito en las vías públicas y las discapacidades.					En curso
Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR, excediéndose la meta para el 2011 e incluso, en un caso, la meta para el 2013.)					
Todos los países informan que han capacitado a los proveedores de atención primaria de salud para mejorar la calidad de la atención a las personas con ENT y cuatro países más afirman que han cumplido el indicador relacionado con las ENT. Consideramos que se alcanzó la meta del indicador relacionado con el abandono del hábito de fumar.					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
3.6.1: Número de países que aplican estrategias integradas de atención primaria de salud para mejorar la calidad de la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles según el Cuidado Innovador de la OMS para las Enfermedades Crónicas	20	24	28	32	<p><i>Línea de base del 2009:</i> BAH, BAR, BLZ, BRA, CAN, CHI, COR, CUB, ELS, GRA, GUT, HON, JAM, NIC, MEX, PAR, PER, SAL, TRT, USA</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> BOL, FEP, GUY, PAN, SUR</p> <p>Este indicador se alcanzó en 28 países (los países previstos en la meta más ABM, ARG, BOL y ECU). Todos los países informan que han capacitado a los proveedores de servicios de atención primaria de salud en la mejora de la calidad de la atención para las ENT, incluido el uso del Pasaporte de cuidados crónicos.</p>

<p>3.6.2: Número de países que han incorporado apoyo para el abandono del tabaco en los servicios de salud del primer nivel de acuerdo a lo indicado en el Informe Mundial de la OMS sobre la epidemia de tabaquismo</p>	<p>6</p>	<p>8</p>	<p>17</p>	<p>9</p>	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BRA, CUB, MEX, SUR, URU</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> BAH, PAN</p> <p>Este indicador se alcanzó en 17 países: PAN (meta) más CAN, COR, ECU, ELS, GUT, JAM, PAN, PAR, USA y VEN. Aunque parece ser un gran progreso, hay que reconocer que ahora hay un medio de comprobación nuevo. Este indicador no ha recibido mucha atención de los países.</p>
--	----------	----------	-----------	----------	---

Informe de avance hacia la consecución del OE 4

OE 4: Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el período neonatal, la infancia y la adolescencia, mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas				En curso	
Panorama del presupuesto					
Presupuesto aprobado (PP 2010-2011)	Fondos disponibles			Gasto (%)	Financiado (%)
	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Total		
\$37.132.000	\$12.990.000	\$27.591.970	\$40.581.970	74%	109%
Progreso realizado hacia la consecución del objetivo estratégico para el 2013					
Progreso realizado hacia la consecución de las metas del indicador del objetivo estratégico en lo que se refiere a sus efectos, tal como se establece en el Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS					
<p>La Región de las Américas progresó notablemente en el bienio 2010-2011, tanto en la reducción de la mortalidad infantil como en la mejora de la salud materna, contribuyendo de esta forma a la consecución de los ODM 4 y 5, como se detalla a continuación.</p> <p>A pesar de estos avances, el número de muertes maternas prevenibles en la Región todavía representa 95% de todas las vidas que se pierden en torno al embarazo. Esta situación resulta inadmisibles y muestra que la razón de mortalidad materna es un indicador que resume las inequidades en las distintas etapas de la vida y, por lo tanto, un asunto que debe abordarse en las políticas públicas y más allá del mero acceso a servicios de buena calidad.</p> <p>En estas circunstancias, la OPS ha asumido el liderazgo para promover la puesta en práctica del marco de rendición de cuentas y de las recomendaciones hechas por la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño (establecida a solicitud del Secretario General de las Naciones Unidas).</p> <p>El Secretario General de las Naciones Unidas solicitó la creación de esta comisión debido a la urgencia con la que se deben aumentar las repercusiones de los recursos destinados a la salud de la mujer y del niño. El marco de rendición de cuentas responde al marco internacional del derecho a la salud y de otros derechos humanos conexos, y en él se hace un llamamiento a la acción con respecto a una serie de temas que se encuentran fuera del mandato de las entidades sanitarias como, por ejemplo, los acontecimientos vitales, el análisis económico del seguimiento de los recursos, el fortalecimiento o la creación de mecanismos nacionales de rendición de cuentas que sean transparentes y que incluyan a todas las partes interesadas, y las medidas correctivas necesarias.</p>					
<p>Indicador 1: Porcentaje de los partos atendidos por personal de salud capacitado en América Latina y el Caribe <i>Línea de base:</i> 85% en el 2006 <i>Meta:</i> 90% para el 2013 Durante este bienio, América Latina y el Caribe experimentaron una mejora notable en la proporción de partos atendidos por personal de salud capacitado, que actualmente se calcula en 92,9%.</p>					
<p>Indicador 2: Disminución del número de países de la Región que notifican una razón de mortalidad materna superior a 100 por 100.000 nacidos vivos <i>Línea de base:</i> 10 países <i>Meta:</i> 6 países para el 2013 De acuerdo con los indicadores básicos de la OPS, sólo cuatro países (Guatemala, Jamaica, Paraguay y</p>					

República Dominicana) notificaron una tasa de mortalidad materna superior a 100 por 100.000 nacidos vivos, pero cinco (Bolivia, Haití, Honduras, Nicaragua y Panamá) no presentaron información actualizada. Según se observa en el Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna grave (aprobado por el Consejo Directivo en el 2010), casi ninguno de los países de América Latina y el Caribe está reduciendo la mortalidad materna en medida suficiente para alcanzar el ODM 5 si persiste la tendencia actual. Sin embargo, 95% de los casos de mortalidad materna en América Latina y el Caribe son prevenibles, según se deduce de las causas más frecuentes de muerte (hipertensión provocada por el embarazo, hemorragia, complicaciones de abortos realizados en condiciones peligrosas, obstrucción del trabajo de parto, septicemia y otras causas directas).

Indicador 3: Número de países de América Latina y el Caribe con una tasa de mortalidad de menores de 5 años de 32,1 o menos por 1.000 nacidos vivos

Línea de base: 21 países en el 2006

Meta: 26 países para el 2013

Según los Indicadores básicos de 2010 compilados por la OPS, en 31 países de la Región la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años fue de menos de 32,1 por 1.000 nacidos vivos; en consecuencia, la Región ya ha excedido la meta para el 2013 (de 26 países).

Sin embargo, hay países y territorios que requieren atención especial debido a la elevada mortalidad infantil (como Bolivia, República Dominicana, Guyana, Haití y Trinidad y Tabago) o porque no han notificado una estimación de esta tasa (Bermudas, Guadalupe, Guayana Francesa, Martinica, Puerto Rico y otras islas del Caribe).

Indicador 4: Número de países de América Latina y el Caribe con una tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos superior a 60% (como indicador relacionado al acceso a servicios de salud sexual y reproductiva)

Línea de base: 13 países en el 2006

Meta: 21 países para el 2013

En la Región, ha mejorado el acceso a la salud sexual y reproductiva; actualmente, 14 países tienen una tasa de uso de métodos anticonceptivos de más de 60%. De todos modos, es necesario ampliar este progreso a fin de alcanzar la meta de 21 países en el 2013.

Indicador 5: Número de países de América Latina y el Caribe con una tasa de fecundidad de los adolescentes (definida como el número anual de nacidos vivos por 1.000 mujeres de 15 a 19 años) de 75,6 o menos por 1.000

Línea de base: 8 países en el 2006

Meta: 13 países para el 2013

Aunque la mayoría de los países han elaborado planes nacionales para prevenir el embarazo en la adolescencia, solo 10 países han logrado reducir la tasa de fecundidad en los adolescentes a menos de 76,5 por 1.000. Hasta ahora no se han eliminado las barreras jurídicas y culturales que obstaculizan el acceso a los servicios de salud reproductiva, especialmente para la población más vulnerable, ni se han asignado suficientes recursos humanos y financieros.

Indicador 6: Número de países de la Región donde 50% o más de la población adulta mayor (mayores de 60 años en América Latina y el Caribe, mayores de 65 años en Estados Unidos y Canadá) recibe servicios de salud adaptados a sus necesidades

Línea de base: 9 países en el 2006

Meta: 15 países para el 2013

Además de los nueve países de la línea de base, seis están avanzando en la formulación de políticas para adaptar los servicios a las necesidades de salud de los adultos mayores.

Evaluación del objetivo estratégico en el bienio 2010-2011

Este objetivo estratégico está en curso, con sus ocho RPR también en curso, y se han alcanzado las metas de los 15 RPR para el 2011.

La acción para promover una salud mejor en etapas clave del ciclo de vida de una manera sostenible ha dado resultado, como lo demuestran:

- a) la consecución de todas las metas, tanto en los países como a nivel regional; y
- b) la mejora de los indicadores epidemiológicos y sus repercusiones a nivel de la población.

Logros principales

- Se aprobó la resolución CD51.R12, “Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna grave”, de la OPS. Partiendo de un enfoque de ciclo de vida, se llevaron a cabo otros planes regionales basados en el ciclo de vida.
- Mejoró el trabajo interprogramático con otras entidades de la OPS, así como la colaboración para establecer alianzas estratégicas: un memorando de entendimiento y un plan de acción con el UNICEF, así como un proyecto conjunto con el Banco Mundial y Enfants du Monde. Se lanzó la nueva Red Panamericana de Salud de Jóvenes Indígenas.
- Se terminó de preparar el primer informe regional sobre la Iniciativa para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita y se elaboró un instrumento para determinar los costos, una guía práctica y directrices de laboratorio.
- Se publicaron y se presentaron dos informes importantes: el primer informe regional sobre la situación sanitaria de los jóvenes indígenas (publicado por la OPS, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo) y un informe sobre la salud sexual y reproductiva de los jóvenes indígenas en algunos países.
- Se actualizaron las directrices para el proceso continuo de atención de las mujeres y los recién nacidos. Se elaboró y difundió un manual autodidáctico sobre la vigilancia del crecimiento fetal, un manual para hogares de espera de la maternidad, el manual de uso del Sistema Informático Perinatal y una obra sobre el análisis y las ventajas de la información. Se ofreció un curso de capacitación de instructores en ocho países, junto con varios talleres sobre salud neonatal y del niño.
- Se realizaron 423 sesiones del curso de capacitación de instructores en más de nueve países en el marco del proceso continuo de la atención de las mujeres y los recién nacidos y el Sistema Informático Perinatal. Se capacitó a alrededor de 280 profesionales sobre la salud de los adolescentes con un programa de educación a distancia que se amplió a fin de incluir los derechos de género y un enfoque intercultural.
- Durante 2010 y 2011 se lanzó la Iniciativa para una Maternidad sin Riesgo, en cuyo marco se llevaron a cabo la exposición Maternidad, de Bru Rovira, el concurso regional de buenas prácticas (en el que participaron 17 países) y el Concurso Regional Fotográfico de buenas prácticas en maternidad (en el que participaron 21 países). Como parte del 51.º Consejo Directivo de la OPS, hubo una mesa redonda con la doctora Michelle Bachelet, Su Alteza Real la Infanta Doña Cristina de España, la doctora Margaret Chan (Directora General de la OMS), la doctora Laura Laski y el doctor Aníbal Faundes.
- En el marco de la Cooperación Española, se celebró la tercera reunión técnica internacional en CLAP/Representación de la OMS, con representantes de 16 países (entre ellos puntos focales de FCH/OPS y coordinadores de ministerios de salud en el área de salud sexual y reproductiva). En la reunión se examinó el progreso realizado con el plan de trabajo 2010-2011 y se establecieron nuevas líneas de cooperación para el próximo bienio. Junto con HSS, se realizó la Reunión Internacional de Salud Integral y Servicios de Salud para los Adolescentes y Jóvenes en América Latina y el Caribe, con

la finalidad de elaborar planes para mejorar la salud de los adolescentes, en la cual participaron 21 países.

Retos principales

- Las metas de gran alcance establecidas en el Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna grave requieren una mayor inversión financiera (incluida una mayor asignación de tiempo de funcionarios de la OPS) y una mejor integración del trabajo entre las áreas técnicas de la OPS (por ejemplo, para garantizar el acceso oportuno a sangre segura y a medicamentos y suministros esenciales, capacitar adecuadamente al personal, etc.).

Enseñanzas

- La integración de proyectos y entidades requiere tanto un esfuerzo como una visión común, además de una planificación conjunta. La cooperación técnica en esta área requiere pericia a nivel de país, con una labor de educación continua recurriendo a la introducción y el uso de tecnologías nuevas. La institucionalización a nivel de sistemas de información ministeriales es el paso decisivo. Esto debe abordarse como una prioridad en la Región, a pesar de que requiere una inversión notable de recursos financieros y humanos para cumplir las normas definidas en el Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna grave y en los indicadores solicitados por la Comisión de Información y Rendición de Cuentas. De manera análoga, la formulación de directrices y normas incluye una acción permanente en el ámbito de la cooperación técnica, para la cual la disponibilidad de recursos financieros es crucial.
- Los retos principales estriban en lograr el acceso universal a servicios de salud reproductiva integrales, para lo cual hay que hacer las revisiones necesarias de las políticas, encontrar financiamiento sostenible y promover un entorno favorable (con una labor continua de promoción de la causa). Es digna de mención la controversia sobre la forma de tratar el aborto en las políticas nacionales, tema que está frenando el progreso en muchos países

Informe de avance sobre los RPR del OE 4

4.1: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para formular políticas, planes y estrategias integrales que promuevan el acceso universal a la continuidad de la atención durante todo el ciclo de vida; integrar la prestación de servicios; y fortalecer la coordinación con la sociedad civil y el sector privado, así como las alianzas con organismos de las Naciones Unidas y otros (por ejemplo, organizaciones no gubernamentales).

En curso

Evaluación del RPR

(Se alcanzó la meta de los tres indicadores del RPR.)

Todos los países previstos en la meta avanzaron en la elaboración de políticas, planes y estrategias para promover el proceso continuo de atención a lo largo de todo el ciclo de vida. Además, se fortaleció la coordinación con socios estratégicos, como el UNICEF, el FNUAP y el Banco Mundial, en las publicaciones sobre salud materna y salud del niño y del adolescente. También se reforzó la coordinación con más de 50 universidades y con organismos especializados en el envejecimiento saludable. Aunque fue necesario superar muchas dificultades para movilizar recursos financieros, cabe destacar que se alcanzaron todas las metas.

Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
4.1.1: Número de países que tienen una política integral de acceso universal a intervenciones eficaces para mejorar la salud de la madre, del recién nacido y del niño	2	3	3	4	<i>Línea de base del 2009:</i> HON, NIC <i>Meta para el 2011:</i> BOL BOL, HON y NIC tienen una política integrada sobre acceso universal para mejorar la salud de la madre, del recién nacido y del niño, y 12 países más (ABM, ARG, BRA, CHI, CUB, ELS, GUT, PAR, PER, TRT, URU y VEN) se han comprometido a elaborar una política más compleja en esta área.
4.1.2: Número de países que cuentan con una política de acceso universal a la salud sexual y reproductiva	10	13	13	16	<i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BLZ, CAN, CHI, CUB, COR, ECU, GUY, HON, PER, URU <i>Meta para el 2011:</i> BOL, ELS BOL, HON y ELS elaboraron políticas en materia de salud sexual y reproductiva, con el apoyo técnico de CLAP. Después de muchos años de promoción de la causa, los países han ampliado el marco de derechos reproductivos para mejorar los sistemas de protección social. El reto principal estriba en el financiamiento sostenible.
4.2: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica a fin de fortalecer la capacidad nacional y local para generar nuevas evidencias e intervenciones; y para mejorar los sistemas de vigilancia e información sobre la salud sexual y reproductiva, la salud de la madre, del recién nacido, del niño, del adolescente y del adulto mayor.					En curso
Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR, excediéndose en un caso la meta para el 2011 e incluso alcanzándose la meta para el 2013.)					
La institucionalización del Sistema Informático Perinatal (SIP) a nivel ministerial es un paso clave en la consolidación de los sistemas de los países. Es un proceso continuo que exige inversiones constantes de recursos humanos y financieros, en particular para el Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna grave, sin olvidar los indicadores solicitados por la Comisión de Información y Rendición de Cuentas.					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
4.2.1: Número de países que establecen sistemas de información y de	15	17	26	20	<i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BAH, BAR, BOL, CUB, ECU, ELS, GUT, HON, JAM, NIC, PAN, SAV, SCN, URU <i>Meta para el 2011:</i> BLZ, FEP, GUY, HAI, VEN

vigilancia para el seguimiento de la salud sexual y reproductiva, así como de la salud de la madre, del recién nacido y del adolescente, con información desglosada por edad, sexo y grupo étnico					Se excedió la meta. Además de los 20 países antedichos, otros seis alcanzaron la meta (BRA, DOR, MEX, PAR, SUR y TRT). La institucionalización del Sistema Informático Perinatal (SIP) a nivel ministerial es un paso clave en la consolidación de los sistemas de los países y requiere una inversión constante de recursos financieros y humanos.
4.2.2: Número de revisiones sistemáticas de prácticas óptimas, investigación operativa y normas de atención realizadas por la Oficina Sanitaria Panamericana	5	7	7	10	Se llevaron a cabo siete proyectos de investigación operativa sobre la sífilis en ELS, GUY, HON, NIC, PAN, PAR y URU, y dos de ellos fueron publicados (ELS y URU). Además, HON llevó a cabo un proyecto de investigación operativa para caracterizar las situaciones en que se dan los abortos. Tales estudios se basaron en datos recopilados por el SIP, que al mismo tiempo contribuyeron a su mejora. El reto estriba en capacitar a personal local (enseñándole a realizar investigaciones operativas).
4.3: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para reforzar las medidas encaminadas a asegurar la atención diestra a todas las embarazadas y todos los recién nacidos durante el parto, el puerperio y el período posnatal.					En curso
Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta del indicador del RPR.)					
La cooperación técnica en este asunto es una actividad continua, ya que van surgiendo nuevos datos probatorios constantemente y eso requiere que se actualice al personal responsable. El reto principal consiste en el financiamiento limitado, que frena el progreso y la ampliación de varias experiencias fructíferas.					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
4.3.1: Número de países que adaptan y aplican las normas y las directrices técnicas y de gestión de la OPS/OMS para incrementar la cobertura de la atención especializada en el parto, incluida la	12	21	21	23	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BRA, CAN, CHI, COR, CUB, ECU, HON, PAN, TRT, URU, USA</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> BLZ, DOR, ELS, GUY, HAI, MEX, NIC, PER, VEN</p> <p>ARG, BOL, DOR, ELS, GUY, HON, NIC, PAR, PER y URU alcanzaron la meta. CLAP empezó la revisión de la guía técnica neonatal de BLZ y de las directrices obstétricas y neonatales de</p>

atención prenatal, posnatal y del recién nacido					VEN, y ofreció cursos en MEX y VEN sobre la atención de las embarazadas y los recién nacidos. La cooperación técnica en este asunto es una actividad continua, ya que van surgiendo nuevos datos probatorios constantemente y eso requiere que se actualice al personal en el área de salud.
4.4: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para mejorar la salud neonatal.					En curso
Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR.)					
<p>En primer lugar, CLAP formuló, probó y validó directrices para la atención neonatal en seis países de la Región. También se está elaborando una herramienta multimedios para facilitar la difusión y la capacitación sobre el tema.</p> <p>Segundo, varios países recibieron apoyo para la formulación de planes de acción neonatal con un enfoque de proceso continuo de atención, basado en el documento regional aprobado por el Consejo Directivo de la OPS. Estos planes de acción han proporcionado orientación para las actividades de los países.</p> <p>Tercero, se fomentaron las alianzas interinstitucionales en el ámbito de la salud del recién nacido a nivel de país a fin de apoyar a los ministerios de salud en la ejecución de sus planes de acción.</p> <p>Por último, se adoptaron directrices y herramientas para la supervisión, el seguimiento y la evaluación de las intervenciones neonatales en establecimientos de salud y están usándose para evaluar la calidad de los servicios.</p>					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
4.4.1: Número de países con un mínimo de 50% de distritos seleccionados que ejecutan intervenciones para la supervivencia y salud del recién nacido	6	12	12	18	<p>Línea de base del 2009: BOL, DOR, ECU, NIC, PAR, PER</p> <p>Meta para el 2011: ARG, BRA, GUT, GUY, HON, PAN</p> <p>Este indicador se cumplió en los 12 países enumerados anteriormente. Se avanzó mucho en la ejecución de intervenciones neonatales basadas en datos probatorios en los distritos seleccionados en los planes de acción de los países.</p>
4.4.2: Número de guías e instrumentos elaborados y difundidos para	6	6	13	9	En 13 países se están adoptando directrices nuevas para mejorar la atención y la supervivencia del recién nacido. Con esa finalidad, CLAP elaboró un modelo de capacitación que se validó

mejorar la atención y la supervivencia del recién nacido					en ECU, HAI, MEX y VEN. CLAP también proporcionó apoyo a BLZ y VEN en la modificación de sus directrices neonatales. Se está elaborando una propuesta para la educación a distancia usando herramientas multimedios. El módulo fue bien recibido por los participantes, ya que abarca necesidades reales. Los retos estriban en el acceso a la tecnología virtual, así como el personal y los fondos para ofrecer el módulo.
4.5: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para mejorar la salud y el desarrollo del niño, teniendo en cuenta los convenios internacionales.					En curso
Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR, excediéndose en un caso la meta tanto para el 2011 como para el 2013.)					
<p>Por una parte, todos los países pertinentes realizaron avances notables en la ampliación y la sostenibilidad de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). En siete países se realizó un taller regional con el propósito de presentar la herramienta LiST (que permite calcular las vidas salvadas) para la planificación estratégica y proporcionar orientación para su uso. Se terminó de preparar un mapa de la AIEPI con resultados actualizados de ocho países. De esta forma concluyó el informe de 2011 y el inventario de las actividades para extender la AIEPI en diversas zonas geográficas.</p> <p>Por otro lado, 11 países están introduciendo prácticas familiares integradas clave en sus programas de salud nacionales y locales, muchos con un enfoque de ciclo de vida. En diciembre del 2011 se llevó a cabo en Ecuador una reunión con la finalidad de formar capacidad a nivel regional para el uso y la evaluación de prácticas familiares. Esa reunión brindó una oportunidad para lanzar la encuesta de establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales, que permite evaluar la calidad de la atención en el primer nivel y los conocimientos de las personas que cuidan a niños menores de 5 años.</p>					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
4.5.1: Número de países que han ampliado la cobertura de la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia a más de 75% de los distritos considerados como meta	11	11	17	13	Línea de base del 2009: BLZ, BOL, COL, DOR, ECU, ELS, GUY, HON, NIC, PAR, PER Meta para el 2011: GUT Además de los 11 países de la línea de base y Guatemala (país previsto en la meta para el 2011), otros cinco (ARG, CHI, HAI, PAN y VEN) extendieron la cobertura de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) a más de 75% de sus distritos.

<p>4.5.2: Número de países que aplican el enfoque de Prácticas Familiares Clave de la OMS/OPS a nivel comunitario para fortalecer la atención primaria de salud</p>	<p>10</p>	<p>11</p>	<p>11</p>	<p>13</p>	<p><i>Línea de base del 2009:</i> BOL, COL, DOR, ECU, ELS, GUY, HON, NIC, PAR, PER</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> GUT</p> <p>En 11 países se están aplicando las estrategias de la OPS/OMS relativas a prácticas familiares clave en los programas de salud nacionales y locales, en la mayoría de los casos con un enfoque de ciclo de vida. En diciembre del 2011 se realizó una reunión regional de capacitación en Ecuador. Además, en el contexto de la Encuesta Nacional de Salud, se inició una evaluación de la calidad de los servicios en los centros de atención y los conocimientos sobre el manejo clínico de los niños menores de 5 años.</p>
---	-----------	-----------	-----------	-----------	---

<p>4.6: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para la aplicación de políticas y estrategias de salud y desarrollo del adolescente.</p>	<p>En curso</p>
--	------------------------

Evaluación del RPR

(Se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR, excediéndose en un caso incluso la meta para el 2013.)

Todos los países previstos en la meta alcanzaron el indicador, y la mayoría de los países han avanzado. El reto estriba en continuar la labor de promoción de la causa y aumentar los recursos financieros y técnicos necesarios para la sostenibilidad del proceso.

Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
<p>4.6.1: Número de países con un programa en funcionamiento para el desarrollo de la salud del adolescente y el joven</p>	<p>12</p>	<p>16</p>	<p>16</p>	<p>17</p>	<p>Línea de base del 2009: ARG, BLZ, BRA, CAN, ELS, GUT, GUY, HON, MEX, NIC, PER, VEN</p> <p>Meta para el 2011: BOL, COR, CUB, ECU, TRT</p> <p>Se considera que esta meta se alcanzó, ya que 14 países (ARG, BAH, BLZ, BOL, BRA, COR, CUB, ECU, ELS, GUT, GUY, MEX, NIC y SUR) dijeron que la habían alcanzado. Hay indicios de que HON lo hará durante el primer trimestre del 2012. VEN no informó, pero hay una persona a cargo del programa y se ha asignado financiamiento específico para esta tarea. PER y CAN no informaron.</p>

<p>4.6.2: Número de países que aplican un conjunto integral de normas para proporcionar servicios de salud adecuados para adolescentes y jóvenes (por ejemplo, manejo integrado del adolescente y sus necesidades [IMAN])</p>	<p>10</p>	<p>14</p>	<p>21</p>	<p>15</p>	<p><i>Línea de base del 2009:</i> CHI, DOR, ECU, ELS, GUT, HON, NIC, PAN, PER, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> ARG, BOL, GUY, JAM, PAR</p> <p>Además de los 10 países en la línea de base del 2009 (CHI, DOR, ECU, ELS, GUT, HON, NIC, PAN, PER y VEN) y los cuatro previstos en la meta para el 2011 (ARG, BOL, GUY, JAM y PAR), otros seis (ABM, ANI, BAR, COL, DOM y GRA) aplicaron la estrategia de Integración del Manejo del Adolescente y sus Necesidades (IMAN).</p>
<p>4.7: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para aplicar Estrategias de Salud Reproductiva para mejorar la atención prenatal, perinatal, posparto y neonatal, y ofrecer servicios de planificación familiar de alta calidad.</p>					<p>En curso</p>
<p align="center">Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR, excediéndose en un caso incluso la meta para el 2013.)</p>					
<p>Al cabo de muchos años de promoción de la causa, los países han ampliado el acceso a la salud reproductiva integral en el contexto de los derechos de la mujer. Para evitar contratiempos en este proceso, el reto principal estriba en continuar la promoción de la consolidación y el financiamiento de la sostenibilidad. Las controversias pendientes en relación con el aborto han frenado el progreso a este respecto.</p>					
<p>Indicador</p>	<p>Línea de base 2009</p>	<p>Meta 2011</p>	<p>Logrado a fines del 2011</p>	<p>Meta 2013</p>	<p>Observaciones</p>
<p>4.7.1: Número de países que han adoptado estrategias para proporcionar atención integral de la salud reproductiva</p>	<p>8</p>	<p>14</p>	<p>21</p>	<p>15</p>	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BRA, CHI, COL, ECU, PAN, URU, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> BLZ, GUY, HON, JAM, MEX, PER</p> <p>Se excedió la meta: además de los seis países previstos en la meta para el 2011 (BLZ, GUY, HON, JAM, MEX y PER), la alcanzaron otros siete (BOL, COR, CUB, DOR, ELS, NIC y PAR). Al cabo de muchos años de promoción de la causa, los países han ampliado el acceso a la salud reproductiva integral en el contexto de los derechos de la mujer. BOL, ECU y ELS terminaron de adaptar sus estrategias. Para evitar contratiempos, el reto principal sigue siendo la promoción de la consolidación y el financiamiento de la sostenibilidad.</p>

4.7.2: Número de países que han revisado su política de salud pública en relación con la salud sexual y reproductiva	10	11	11	12	<p>Línea de base del 2009: ARG, BRA, CHI, COL, ECU, ELS, MEX, NIC, PAR, URU</p> <p>Meta para el 2011: BOL, VEN</p> <p>BOL alcanzó la meta y VEN está tramitando la aprobación. Subsiste el reto de plasmar en las políticas nacionales la promoción del aborto seguro, como consta en la visión estratégica de OMS para la salud sexual y reproductiva y los derechos en este campo, ya que el aborto es un tema polémico en muchos países.</p>
<p>4.8: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica a fin de intensificar la labor de promoción para que el envejecimiento se considere como un asunto de salud pública y mantener la máxima capacidad funcional durante todo el ciclo de vida.</p>					<p>En curso</p>
<p>Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta del indicador del RPR.)</p>					
<p>Los países previstos en la meta avanzaron mucho en la promoción del envejecimiento saludable y su reconocimiento como una prioridad de salud pública. Se puede citar a Bolivia, Ecuador y Perú como ejemplos por su experiencia fructífera con programas multisectoriales a nivel de la comunidad.</p>					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
4.8.1: Número de países que han ejecutado programas multisectoriales basados en la comunidad, centrados en fortalecer la capacidad de la atención primaria de salud para promover el envejecimiento saludable	7	10	10	12	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, CAN, CHI, COR, CUB, JAM, USA</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> BOL, ECU, PAN, PER, PUR</p> <p>Se alcanzó este indicador. PER, ECU y BOL tuvieron éxito con programas multisectoriales a nivel de la comunidad. PAN y PUR también realizaron adelantos importantes.</p>

Informe de avance hacia la consecución del OE 5

OE 5: Reducir las consecuencias para la salud de las emergencias, desastres, crisis y conflictos, y minimizar su impacto social y económico				En curso	
Panorama del presupuesto					
Fondos del programa básico					
Presupuesto aprobado (PP 2010-2011)	Fondos disponibles			Gasto (%)	Financiado (%)
	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Total		
34.981.000	\$4.013.000	\$28.866.960	\$32.879.960	84%	94%
Progreso realizado hacia la consecución del objetivo estratégico para el 2013					
<p>Progreso realizado hacia la consecución de las metas del indicador del objetivo estratégico en lo que se refiere a sus efectos, tal como se establece en el Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS</p> <p>Indicador 1: Mortalidad diaria bruta <i>Meta:</i> La mortalidad diaria de las poblaciones afectadas por las emergencias graves se mantendrá por debajo de 1 por 10.000 durante la fase de respuesta inicial a una emergencia.</p> <p>Indicador 2: Acceso a servicios de salud en funcionamiento <i>Meta:</i> Después de un desastre natural, las redes de servicios de salud afectadas estarán funcionando en el plazo de un mes.</p> <p>Ambos indicadores del OE 5 están en curso y se cumplieron durante este bienio. En todas las situaciones de emergencia que se produjeron hasta la fecha durante el período evaluado, la mortalidad diaria estuvo por debajo de 1 por 10.000. En Haití, la tasa de mortalidad debida al colapso de la infraestructura física fue mayor; sin embargo, la tasa de mortalidad diaria estuvo por debajo de 1 por 10.000 habitantes durante la fase de respuesta de urgencia inicial, que es lo que se cuantifica con este indicador.</p> <p>El segundo indicador cuantifica el acceso a servicios de salud funcionales. Todas las redes de salud estaban funcionando como máximo un mes después de los desastres que se produjeron durante el período sobre el cual se informa. En Haití, la disponibilidad de atención de salud durante la fase de respuesta inicial estuvo por encima del nivel anterior al desastre. En las etapas de rehabilitación y reconstrucción, se está realizando un progreso considerable. En el caso de Chile, se tardó solo seis meses en recuperar más de 95% de las camas perdidas a raíz del terremoto, lo cual refleja la capacidad del sistema de salud en ese país. Estos indicadores se cumplieron gracias a los años de inversiones constantes realizadas por la Región en la reducción de desastres.</p> <p>En este bienio se hizo frente a todos los desastres de pequeña y mediana escala principalmente con recursos nacionales. El compromiso de los gobiernos ha aumentado, especialmente con la aprobación del Plan de acción de hospitales seguros 2010-2015, la participación de gobiernos en el Equipo Regional de Respuesta a los Desastres y la asignación permanente de personal para formular directrices y proporcionar capacitación. Aunque hubo avances muy importantes y se alcanzaron las metas, las exigencias relativas a la reducción de los riesgos y el manejo de desastres han aumentado a un ritmo más rápido que el desarrollo de la capacidad de los países. Los países tendrán que redoblar su compromiso con sus propios programas contra los desastres, incorporar el tema en sus instituciones, establecer prioridades y movilizar fondos para el manejo nacional de desastres a fin de atender las necesidades de la población y estar a la altura de las expectativas internacionales (incluida la reforma humanitaria).</p>					

Evaluación del objetivo estratégico en el bienio 2010-2011

Este OE está en curso, junto con sus siete RPR y los 17 indicadores de RPR cumplidos. Todos los indicadores de los RPR, cuantificados por las diferentes entidades AMPES y comprobados por los facilitadores, muestran que un número suficiente de países ha cumplido los indicadores previstos. La consecución de las metas se debe a diferentes factores, pero principalmente a los siguientes: planificación exhaustiva (establecimiento de metas realistas), un mayor interés y participación de los países en el manejo de desastres como consecuencia del aumento del nivel y la intensidad de los desastres, y una mayor cooperación interna. A continuación se resumen los logros principales, los retos y las enseñanzas.

Logros principales

- Aprobación por el 50.º Consejo Directivo de la OPS del Plan de acción de hospitales seguros: con este plan, el sector de la salud se convirtió en el primero en formular un plan regional de acción entre los que contribuyeron al Marco de acción de Hyogo para reforzar la capacidad de recuperación tras los desastres.
- Respuesta proporcionada a todos los países afectados dentro del plazo previsto de 24 horas: entre los sucesos de este bienio cabe señalar el terremoto y la epidemia de cólera en Haití, el terremoto de Chile, los huracanes Irene en las Bahamas y Tomás en San Vicente y las Granadinas y en Santa Lucía, inundaciones en Centroamérica (El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua), así como en Bolivia y Colombia, y la depresión tropical 12-E.
- Se alcanzaron todas las metas relativas a los preparativos y la mitigación de acuerdo con los indicadores del RPR, a pesar de que fue el bienio más exigente en lo que se refiere a operaciones de respuesta.
- Elaboración del índice de seguridad de los establecimientos de salud más pequeños: esta herramienta de evaluación es más apropiada para los establecimientos menos complejos, incluidos los hospitales de atención primaria. Su finalidad es lograr que un establecimiento pueda seguir prestando servicios después de un suceso adverso.
- Se forjó una nueva alianza con el Banco Mundial para el trabajo de reconstrucción en Haití, orientada a la reducción de riesgos de desastres para el sector de la salud
- Se creó la herramienta de autoevaluación para la reducción de riesgos de desastres.
- Se estableció un sistema de alerta y respuesta en Haití, con presencia en el terreno (trabajo bien coordinado con otras áreas técnicas de la OPS).
- Se hizo una evaluación de las necesidades relativas a los preparativos para el cólera en 20 territorios del Caribe.
- Se aplicó el índice de seguridad hospitalaria en 29 países y territorios, en la mayoría de los cuales se están tomando medidas correctivas en los establecimientos de salud prioritarios.
- Health response to the earthquake in Haiti: January 2010: Lessons to be learned for the next massive sudden-onset disaster [Respuesta de salud al terremoto de Haití – enero 2010: Lecciones que se deben aprender para el próximo desastre súbito de gran magnitud]: en esta importante publicación participaron investigadores y autores internacionales de alto nivel. Se hicieron más de 150 entrevistas, seguidas de un grupo de examen de alto nivel. En este libro se presentan las lecciones que se deben aprender de Haití, con la intención de mejorar la respuesta del sector de la salud en casos de desastres súbitos de gran magnitud. También se señalan las oportunidades brindadas por el desastre para hacer grandes cambios en los servicios de salud en Haití.
- El Grupo de Acción Sanitaria sigue trabajando en Haití y difundiendo información regularmente.
- Se creó el curso virtual para la aplicación del índice de seguridad hospitalaria, que está en línea.

Retos principales

- Aunque el total de los recursos movilizados para el manejo de desastres fue el mayor de todos los bienios de esta Organización, existe una preocupación con respecto a las dificultades para movilizar fondos para la reducción de riesgos de desastres para el sector de la salud, que se han exacerbado con

la crisis financiera. Hay una presión creciente para obtener estos fondos de organismos de desarrollo. Según se señala en la evaluación anterior, la reducción de riesgos de desastres para el sector de la salud debe caer bajo la égida de los donantes para el desarrollo y se necesita apoyo interno a fin de incluirla en esta labor de movilización de recursos. Hay más donantes pero también hay menos fondos por donante.

- Se proporcionó apoyo para la ejecución de la nueva estrategia de respuesta institucional, que fue elaborada por KMC, PED y otras áreas técnicas de la OPS y está ahora esperando la aprobación de la Gerencia Ejecutiva.
- Cantidad de recursos humanos frente al número de proyectos y el nivel de financiamiento (incluida la respuesta a brotes y crisis): el número de proyectos ha aumentado significativamente, con más proyectos con presupuestos más pequeños en dólares, lo cual genera una cantidad enorme de trabajo administrativo y de preparación de informes.
- Coordinación de actividades con la nueva estructura general y la estructura del objetivo estratégico de la sede de la OMS: la sede de la OMS ha cambiado su estructura, modificando el OE 5. Sin embargo, hasta ahora eso no ha tenido consecuencias importantes en la Región y la OPS no ha tenido que modificar su estrategia.
- La sostenibilidad de las intervenciones en vista del desgaste en los ministerios de salud constituye otro reto.

Enseñanzas

- Al cabo de más de 20 años de trabajo en la reducción de la vulnerabilidad en los establecimientos de salud y en la elaboración de herramientas y métodos extensos y detallados para evaluar la vulnerabilidad de los establecimientos de salud, muy pocos países han tomado medidas para mitigar los efectos de los desastres en el sector de la salud. La creación de una herramienta sencilla, como el índice de seguridad hospitalaria, ha demostrado que las herramientas prácticas, sumamente eficaces y de bajo costo, pueden fomentar la participación y servir de estímulo para establecer prioridades y llevar la teoría a la práctica.
- La prevalencia de los desastres (tanto en número como en magnitud) aumenta el interés en el tema, según se observa en el grado de compromiso mostrado por las representaciones de la OPS en los países y los Estados Miembros (en lo que se refiere tanto a la vinculación de las actividades como a su nivel).
- El aprovechamiento de las estructuras existentes facilita la ejecución de proyectos: el éxito de los preparativos para el cólera en el Caribe se debió en parte a la experiencia de los países del Caribe con la elaboración y prueba de sus planes nacionales para la pandemia de gripe.
- Un número abrumador de actores podría tener un efecto negativo en la respuesta sanitaria.
- Se debe adoptar un mecanismo para lograr una participación más eficaz de los grupos de acción sanitaria.
- Es necesario aprovechar los sucesos en los países y vincular actividades conexas cuando se proporciona cooperación técnica; por ejemplo, aplicación del índice de seguridad hospitalaria cuando se elaboran planes para hacer frente a desastres sanitarios; capacitación, con simulacros, relacionada con desastres en el sector de la salud; y servicios de salud mental durante los desastres que incluyan actividades básicas de salud mental.
- Es necesario elaborar una estrategia para incorporar las redes sociales en el trabajo de manejo de desastres.

Informe de avance sobre los RPR del OE 5

5.1: Estados Miembros y los socios apoyados a través de la cooperación técnica para la elaboración y el fortalecimiento de planes y programas de preparativos para situaciones de emergencia a todos los niveles.					En curso
Evaluación del RPR (Se alcanzó y se excedió la meta de los tres indicadores del RPR.)					
<p>De hecho, en relación con todos los indicadores hubo más países que alcanzaron la meta. Este RPR refleja la mayoría de los preparativos y el trabajo de mitigación de la Organización, y el hecho de que se han cumplido todos los indicadores, incluso después de tener que responder a los sucesos sin precedentes de Haití (el terremoto masivo y la epidemia de cólera) y a las graves inundaciones en Centroamérica y Colombia, muestra el compromiso de la Organización con la reducción de los riesgos de los desastres. Cabe señalar que, durante el período evaluado, el 50.º Consejo Directivo de la OPS aprobó la Resolución CD50.R15, "Plan de acción de hospitales seguros", que facilita la labor de los Estados Miembros de adopción de una política nacional de reducción de riesgos, así como el trabajo para alcanzar la meta de que todos los hospitales nuevos sigan funcionando durante los desastres. A diciembre del 2011, 29 Países Miembros y territorios habían aplicado el índice de seguridad hospitalaria, y la mayoría de ellos están tomando medidas correctivas en los establecimientos de salud prioritarios. Los retos principales para el próximo bienio consisten en mantener la línea de base y seguir proporcionando cooperación técnica de calidad cada vez mejor en épocas de recursos financieros y humanos limitados.</p>					
Indicador	Línea de base del 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
5.1.1: Número de países que han elaborado y evaluado planes de preparación para casos de desastre para el sector salud	31	34	36	35	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ABM, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, ECU, ELS, FDA, FEP, GUT, GUY, HON, MEX, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SUR, TRT, URU, USA</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> DOR, JAM, SCN</p> <p>Este indicador se cumplió y se excedió. Todos los países previstos en la meta (DOR, JAM y SCN) y dos más (GRA y SAV) lo cumplieron. Este indicador también está en curso para el 2013, previéndose que se excederá a fines de ese año. HAI trabajó para alcanzar este indicador y seguirá trabajando durante el próximo bienio. VEN decidió evaluar su plan de preparativos para casos de desastre para el sector de la salud durante el próximo bienio.</p>

<p>5.1.2: Número de países que aplican programas para reducir la vulnerabilidad de las infraestructuras de salud</p>	<p>21</p>	<p>24</p>	<p>28</p>	<p>30</p>	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BOL, CAN, COL, COR, CUB, ECU, ELS, FDA, FEP, GUT, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, EL TCA, TRT, USA</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> BLZ, CHI, DOR, VEN</p> <p>Este indicador se cumplió y se excedió. La iniciativa de hospitales seguros impulsó a muchos más países a alcanzar este indicador. Los países previstos en la meta (BLZ, CHI y DOR) y cuatro más (BAR, DOM, GRA y SAL) lo cumplieron para fines del 2011. Otros seis (ABM, ANI, SAV, SCN, SUR y VEN) progresaron satisfactoriamente y están avanzando hacia su consecución para el 2013. Otros países, entre ellos BRA, GUY, HAI y URU, también prevén trabajar en relación con este indicador durante el próximo bienio.</p>
<p>5.1.3: Número de países que notifican tener un programa de salud contra los desastres dotado con personal a tiempo completo y presupuesto propio</p>	<p>13</p>	<p>14</p>	<p>15</p>	<p>15</p>	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, CAN, COL, ECU, FDA, FEP, HON, MEX, PAN, PER, TRT, USA, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> BLZ, BOL</p> <p>Este indicador se cumplió y se excedió. Se necesitaba un país más con un programa de salud contra los desastres con personal a tiempo completo y presupuesto propio para el 2011. BLZ y BOL dijeron que habían alcanzado este indicador, que habían excedido la meta para este período y que ya habían cumplido el indicador para el próximo bienio. El trabajo durante 2012-2013 se centrará en el mantenimiento de la línea de base y, si fuera posible, en la superación de la meta del indicador en uno o más países adicionales</p>

5.2: Apoyo oportuno y apropiado brindado a los Estados Miembros para asegurar una inmediata asistencia a las poblaciones afectadas por una crisis.					En curso
Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR.)					
<p>Al comienzo, este RPR correspondía a las actividades de respuesta (véase el título). A partir de este bienio (2010-2011), con la adopción de un nuevo RPR (5.7) que abarca la respuesta humanitaria y con financiamiento para la respuesta a brotes y crisis, este RPR refleja solamente el grado de preparación. La sede de la OMS planea suprimir este RPR para el próximo bienio. A pesar del alto nivel de las operaciones de respuesta en la Región de las Américas (en lo que se refiere tanto al número como a la magnitud), la Región siguió mejorando su grado de preparación. En octubre del 2011 se realizó en México una reunión regional de coordinadores de salud para desastres, en la cual los países solicitaron apoyo adicional de la OPS para sus actividades de preparación. Se proporcionó capacitación principalmente por medio del Grupo de Acción Sanitaria y el Equipo de Respuesta a los Desastres (y todas sus subcategorías), en particular sobre los preparativos y la respuesta para el cólera (no solo en Haití y la República Dominicana, sino también en el resto del Caribe y en Centroamérica). La limitación de los recursos humanos disponibles en un desastre está relacionada con el hecho de que los países se muestran renuentes a facilitar personal, especialmente durante la temporada de huracanes. Este RPR y sus indicadores están en curso y se alcanzarán para fines del 2013. Véase más sobre la respuesta en el RPR 5.7.</p>					
Indicador	Línea de base del 2009	Meta 2011	Logrado	Meta 2013	Observaciones
5.2.1: Número de programas regionales de capacitación sobre la respuesta frente a emergencias	6	7	7	7	Se cumplió este indicador. La OPS ofreció siete programas regionales de capacitación sobre operaciones de respuesta. En noviembre del 2011 tuvo lugar el curso regional de capacitación de equipos de respuesta a los desastres. Los otros seis programas de capacitación fueron el curso para coordinadores de grupos de acción sanitaria (el último se hizo en junio del 2011), un curso sobre preparativos y respuesta para un brote de cólera (en el cual se capacitó a más de 100 personas), un curso sobre el sistema de gestión de suministros y apoyo logístico (SUMA/LSS), un curso para el equipo de respuesta regional a epidemias, un curso regional sobre logística (plataforma logística) y un curso sobre WASH (agua, saneamiento e higiene) para el equipo de respuesta regional.

5.2.2: Porcentaje de las emergencias en que la respuesta específica se inicia en las 24 horas que siguen a la solicitud	100%	100%	100%	100%	Este indicador se cumplió. Durante el bienio, se inició la respuesta de acuerdo con los requisitos de este indicador en BAH, DOR y HAI (en relación tanto con el terremoto como con la epidemia de cólera), así como para las inundaciones en Centroamérica (GUT, HON, NIC y SAL). Otros países afectados por desastres en este bienio fueron BOL (inundaciones), CHI (terremoto), COL (inundaciones), y NIC y PAN (inundaciones). Además, se proporcionó apoyo técnico a los países después del maremoto en Japón (en colaboración con HSS, tras el accidente nuclear) y la erupción volcánica en ECU.
---	------	------	------	------	---

5.3: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para reducir los riesgos del sector salud en los desastres y lograr la recuperación más rápida de las poblaciones afectadas.

En curso

Evaluación del RPR
(Se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR.)

La participación de la OPS en la reconstrucción ha aumentado durante los últimos años. Durante este bienio, se obtuvieron fondos para la recuperación de la República Dominicana tras el huracán del 2008 y se firmó un acuerdo con el Banco Mundial en relación con fondos del Departamento del Reino Unido para el Desarrollo Internacional para incorporar medidas de mitigación en todos los hospitales nuevos de Haití. Con estos fondos, se asignó una persona a la Unidad de Infraestructura del Ministerio de Salud de Haití. Con la finalidad de aumentar el control y la prevención del cólera en la República Dominicana, se llevaron a cabo actividades centradas en las poblaciones más vulnerables, como los presos alojados en centros penitenciarios con problemas de hacinamiento. Después de este proyecto, no se notificaron más casos de cólera.

La OPS participó en la evaluación de las necesidades tras los desastres en Haití, para lo cual se contrató a un experto de alto nivel. Además, la evaluación tiene un componente operativo para la salud. Durante este bienio se hicieron dos llamamientos unificados para Haití, y en ambos el sector de la salud estuvo bien representado. El llamamiento unificado para el 2011 tuvo una buena acogida, pero la respuesta para el llamamiento unificado del 2012 no es clara, ya que los fondos se desvían en general a necesidades que requieren una respuesta inmediata.

Indicador	Línea de base del 2009	Meta 2011	Logrado	Meta 2013	Observaciones
5.3.1: Porcentaje de evaluaciones de necesidades realizadas con posterioridad a un conflicto o a un desastre, que tienen un	100%	100%	100%	100%	Se cumplió este indicador. Durante el bienio, las evaluaciones sanitarias realizadas por la OPS en respuesta a las inundaciones en Centroamérica y al huracán

componente sanitario que incluye aspectos de género					Irene en BAH tuvieron un componente de género. Todas las evaluaciones llevadas a cabo en este bienio tuvieron un componente de género, incluidas las realizadas por la OPS en respuesta a la epidemia de cólera en HAI y DOR. En la evaluación sanitaria tras la erupción volcánica en ARG y CHI se recopilaron datos desglosados por sexo, edad y grupo étnico.
5.3.2: Porcentaje de planes de acción humanitaria para emergencia complejas y de procesos de formulación de llamamientos unificados en los que se incluyen componentes sanitarios estratégicos y operacionales	100%	100%	100%	100%	Se cumplió este indicador. Todos los planes de acción humanitarios de las Naciones Unidas tuvieron un componente de salud. Durante este bienio, HAI hizo un llamamiento urgente y dos llamamientos unificados. Además, en las demás exhortaciones de las Naciones Unidas, el sector de la salud estuvo bien representado. Se preparó otro llamamiento urgente para ELS, con un componente de salud. Además, COL preparó un plan de acción humanitaria con un componente dedicado al sector de la salud.
5.4: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica coordinada para fortalecer los preparativos, la recuperación y la reducción de riesgos en áreas como las enfermedades transmisibles, la salud mental, los servicios de salud, la inocuidad de los alimentos y la radiación nuclear.					En curso
Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR.)					
El RPR está en curso y se alcanzará para fines del 2013. Este es el RPR que mejor refleja las actividades interprogramáticas de la Organización en el manejo de desastres. Desde la respuesta a la epidemia de gripe por H1N1 en el 2009 hasta las inundaciones recientes en Centroamérica, pasando por la respuesta al terremoto y el cólera en Haití, la colaboración entre diferentes áreas técnicas, especialmente entre PED, SDE y HSD, ha mejorado extraordinariamente. Algunos ejemplos de esta fuerte colaboración son el Sistema de Alerta y Respuesta creado en Haití después de la epidemia de cólera (HSD, SDE, PED y PROMESS), con el despliegue de equipos en el terreno, la coordinación del asesoramiento técnico a los países de la Región después del desastre de radiación ocurrido en Japón (HSS y PED) y la participación de diferentes áreas técnicas en el Grupo de Acción Sanitaria. También en coordinación con HSD, KMC y PED se elaboró una nueva estrategia de respuesta institucional, con tres niveles de la activación, que se espera que sea aprobada oportunamente por la Gerencia Ejecutiva.					

Indicador	Línea de base del 2009	Meta 2011	Logrado	Meta 2013	Observaciones
5.4.1: Porcentaje de países afectados por situaciones de emergencia en los que se ha realizado una evaluación integral de los riesgos relacionados con las enfermedades transmisibles, y en los que se ha elaborado y difundido a los organismos asociados un perfil epidemiológico y una carpeta de material	100%	100%	100%	100%	Junto con HSD, todos los países afectados por emergencias hicieron una evaluación de riesgos de enfermedades transmisibles en los casos en que fue necesario. Se hicieron evaluaciones de riesgos del resurgimiento del cólera en HAI y DOR, en el contexto de la temporada de lluvias y después de las inundaciones en Centroamérica. El Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) hizo evaluaciones semanales del riesgo basadas en los datos recibidos de los países. Se agregaron actividades en los casos en que se consideró necesario.
5.4.2: Porcentaje de emergencias en las que se brinda cooperación técnica coordinada (a través del grupo de trabajo específico de la Oficina), cuando es necesaria	100%	100%	100%	100%	Durante este semestre, se convocó el Grupo de Estudio de la OSP para coordinar la respuesta a las inundaciones en Centroamérica. En este bienio también se convocó el Grupo de Estudio de la OSP para coordinar la respuesta al terremoto y la epidemia de cólera en HAI, el terremoto en CHI y el derrame de petróleo en el Golfo de México.
5.5: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para fortalecer los preparativos nacionales y para establecer mecanismos de alerta y de respuesta para las emergencias relacionadas con la inocuidad de los alimentos y la salud ambiental.					En curso
Evaluación del RPR					
(Se alcanzó la meta de los tres indicadores, excediéndose en un caso la meta para el 2011.)					
De los siete RPR del OE 5, este es el que presenta los resultados más inciertos en lo que concierne a las metas para el 2013. Todos los países de la Región están participando activamente en la Red Global sobre las Infecciones Transmitidas por los Alimentos. Las tareas durante este período tuvieron como finalidad lograr una respuesta de urgencia adecuada a las enfermedades transmitidas por alimentos en los países. Las situaciones de emergencia relacionadas con la inocuidad de los alimentos fueron incluidas en el Sistema de Gestión de Eventos durante este bienio. Subsiste el reto de que más países nombren puntos focales formales para la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos (INFOSAN). La formulación de planes para la respuesta de urgencia del sector de la salud frente a los accidentes radiológicos y químicos en la República Dominicana, Jamaica y el Caribe septentrional garantiza la coordinación con otros actores en la reducción de los efectos sanitarios de estos tipos de					

emergencias. Dos de los indicadores de este RPR (5.5.1 y 5.5.2) fueron incluidos a petición de la OMS, pero la OMS ahora está suprimiéndolos. No obstante, la OPS tiene la intención de seguir trabajando en estos asuntos con los Países Miembros. Debido al financiamiento y otras prioridades, sin embargo, no podrán alcanzarse las metas para fines del 2013.

Indicador	Línea de base del 2009	Meta 2011	Logrado	Meta 2013	Observaciones
5.5.1: Número de países con capacidad para responder a emergencias relacionadas con la inocuidad de los alimentos	19	24	27	30	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, ECU, GUT, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, URU, USA, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> BAH, BLZ, DOR, ELS, TRT</p> <p>Este indicador se cumplió, ya que los cinco países previstos en la meta (BAH, BLZ, DOR, ELS y TRT) informan que lo han alcanzado. Además, FEP, NEA y PUR lograron este indicador. Aunque se excedió el indicador para este bienio, posiblemente haya cierta preocupación por su cumplimiento el próximo bienio. Este indicador se agregó a petición de la OMS, pero ahora la OMS está suprimiéndolo. No obstante, la OPS espera seguir colaborando con los países en este asunto.</p>
5.5.2: Número de países que cuentan con planes nacionales de preparación y actividades de alerta y respuesta para las situaciones de emergencia sanitaria de origen químico, radiológico y ambiental	24	26	26	28	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ABM, ARG, BAR, BOL, BRA, CAN, CHI, COR, CUB, ECU, ELS, FDA, FEP, GUT, HON, MEX, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, TRT, URU, USA</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> DOR, JAM</p> <p>Se cumplió el indicador, ya que los dos países previstos en la meta (DOR y JAM) informan que lo han alcanzado. Este indicador también fue incluido a solicitud de la OMS, aunque ahora se suprimirá de su plan de trabajo. Sin embargo, la Región está en curso para lograrlo.</p>
5.5.3: Número de países que cuentan con puntos focales para la Red Internacional de Autoridades en materia de	29	30	30	32	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ABM, ANI, ARG, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, FDA, FEP, GRA, GUT, JAM, MEX, NEA, NIC, PAR, PER, SCN, SAL, TRT, USA, URU, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> Mantenimiento</p>

Inocuidad de los Alimentos					Tal como se señala en las evaluaciones del bienio anterior, se suponía que un solo país nombrara un punto focal para la INFOSAN. Sin embargo, DOR y GUT lo hicieron para el 2009, tanto para ese bienio como para 2010-2011. El reto para el próximo bienio consiste en que dos países más tengan puntos focales de la INFOSAN.
5.6: Se habrán emitido comunicaciones eficaces, formado alianzas y estrechado los lazos de coordinación con organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, gobiernos, organizaciones no gubernamentales locales e internacionales, instituciones académicas y asociaciones profesionales a los niveles nacional, regional y mundial.					En curso
Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta de los tres indicadores.)					
Este RPR está en curso para lograrse para fines del 2013. Se prevé que la OMS no lo incluirá en el próximo bienio. Sin embargo, la OPS considera que, como este RPR refleja un trabajo importante que está llevando a cabo, debe seguir formando parte del Plan Estratégico de la OPS 2008-2012 al menos durante el próximo bienio. Es un RPR transversal, ya que establece fuertes relaciones de colaboración en el manejo de desastres desde el nivel mundial hasta el nivel local, lo cual influye en todo el programa de cooperación técnica (preparativos, mitigación y respuesta). Durante este bienio, la OPS mantuvo o forjó alianzas con organizaciones de manejo de desastres. Asimismo, publicó informes apropiados y oportunos después de todas las emergencias en la Región, y aun sobre los efectos en la salud del accidente radiológico acaecido en Japón. Además, se publicó un informe, que no se exigía en los acuerdos con los donantes, dos meses y nueve meses después del terremoto de Haití. La OPS sigue publicando el <i>Boletín del Grupo de Acción Sanitaria</i> de Haití y desempeñó un papel importante en el Grupo Mundial de Acción Sanitaria al facilitar un líder del Grupo para las operaciones en Pakistán.					
Indicador	Línea de base del 2009	Meta 2011	Logrado	Meta 2013	Observaciones
5.6.1: Porcentaje de emergencias en las cuales el grupo orgánico de salud (cluster), definido por la Reforma Humanitaria de Naciones Unidas, se encuentra operacional, en caso que sea necesario	100%	100%	100%	100%	El Grupo de Acción Sanitaria de las Naciones Unidas, definido por la Reforma Humanitaria de Naciones Unidas, funcionó en todas las situaciones de emergencia para las cuales fue convocado (COL, DOR y HAI).
5.6.2: Número de mecanismos interinstitucionales y grupos de trabajo regionales relacionados con	8	9	9	10	La OPS participa activamente en alianzas y grupos de trabajo: el Comité Andino para la Prevención y Atención de Desastres (CAPRADE), el Centro de coordinación para la prevención y reducción de desastres naturales en

<p>las emergencias en los que la OPS/OMS participa activamente</p>					<p>Centroamérica (CEPREDENAC), el Grupo Mundial de Acción Sanitaria, el Organismo de Manejo de Emergencias y Desastres del Caribe (CDEMA), el Grupo Asesor en Mitigación de Desastres (GAMiD) del Banco Mundial, el Centro Regional de Información sobre Desastres (CRID), la Red de Información Humanitaria para América Latina y el Caribe (REDHUM), el Grupo Regional de Riesgo, Emergencia y Desastre de América Latina y el Caribe (REDLAC), la Estrategia Internacional para la Reducción de los Desastres (EIRD) de las Naciones Unidas y, para obtener donaciones generosas, www.saberdonar.org (que abarca todo el sistema de las Naciones Unidas y una amplia gama de ONG).</p>
<p>5.6.3: Porcentaje de los desastres en los cuales los informes de las Naciones Unidas y los originados en los países incluyen información sanitaria</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>Los informes sobre desastres originados en las Naciones Unidas y en los países contenían información sanitaria. Los desastres de mayor magnitud que se produjeron durante el bienio sobre el cual se informa fueron los de HAI (terremoto y epidemia del cólera), CHI (terremoto), Centroamérica, BOL y COL (inundaciones), y BAH (huracán Irene). Se informó a los países de la Región sobre el accidente radiológico de Japón y se les proporcionó información técnica apropiada.</p>
<p>5.7: Se habrán ejecutado operaciones de emergencia, recuperación y rehabilitación en caso de que sea necesario.</p>					<p>En curso</p>
<p align="center">Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR.)</p>					
<p>El terremoto en Haití dio lugar a la mayor movilización humanitaria de la historia de la OPS y de las organizaciones de asistencia humanitaria en general. Se desplegó un número sin precedentes de personas y se movilizaron fondos. Se coordinó la acción a pesar de las dificultades: el reto principal fue el número abrumador de organizaciones que respondieron y sus diferentes grados de pericia y capacidad.</p>					
<p>A eso le siguió otro repunte de las actividades debido a la epidemia de cólera en octubre del 2010, con un enfoque descentralizado (basado en equipos de campo) que dio buenos resultados. La OPS proporcionó asistencia a Pakistán en forma de recursos humanos para funciones de liderazgo.</p>					
<p>Un reto importante es el interés de los donantes en prestar apoyo de gran envergadura y visibilidad en casos de desastre, pero no para los preparativos y el fortalecimiento institucional entre desastres. En consecuencia, muchas actividades cesan cuando se acaban los fondos. Con respecto a las inundaciones en Centroamérica, donde se calcula que las precipitaciones fueron mayores que las ocasionadas por el</p>					

huracán Mitch, la respuesta de la comunidad internacional fue limitada debido a diferentes factores, incluso de índole política.

Indicador	Línea de base del 2009	Meta 2011	Logrado	Meta 2013	Observaciones
5.7.1: Porcentaje de emergencias en las cuales la OPS/OMS moviliza recursos nacionales e internacionales para las operaciones, en caso de que sea necesario	100%	100%	100%	100%	En todas las situaciones de emergencia en las que se solicitó el apoyo de la OPS, se inició la respuesta en un plazo de 24 horas: HAI (terremoto y cólera); DOR, CHI, GUT, Centroamérica (inundaciones); BAH (huracán Irene), etc. La Región sufrió dos desastres de gran magnitud durante el primer semestre del 2010, que estuvieron seguidos de la epidemia de cólera durante el segundo semestre de ese mismo año.
5.7.2: Porcentaje de intervenciones de rehabilitación en las cuales se ejecutan operaciones de salud en caso de que sea necesario	100%	100%	100%	100%	Los llamamientos unificados de HAI del 2011 y el 2012 tienen un componente sanitario. Se formuló un proyecto para prestar apoyo y asesoramiento en lo que se refiere a la reconstrucción en HAI, en el marco de la iniciativa de la OPS, el Banco Mundial y el Departamento para el Desarrollo Internacional. La evaluación de las necesidades tras los desastres llevada a cabo en HAI tuvo un componente de salud, y la OPS participa en todas las conversaciones y reuniones en las cuales se trata el tema de la recuperación de HAI.

Informe de avance hacia la consecución del OE 6

OE 6: Promover la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir factores de riesgo tales como el consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, las dietas malsanas, la inactividad física y las prácticas sexuales de riesgo, que afectan las condiciones de salud				En curso	
Panorama del presupuesto					
Presupuesto aprobado (PP 2010-2011)	Fondos disponibles			Gasto (%)	Financiado (%)
	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Total		
\$15.962.000	\$7.290.000	\$6.269.697	\$13.559.697	91%	85%
Progreso realizado hacia la consecución del objetivo estratégico para el 2013					
<p>Progreso realizado hacia la consecución de las metas del indicador del objetivo estratégico en lo que se refiere a sus efectos, tal como se establece en el Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS</p> <p>El OE 6 está en curso y se prevé que se alcanzarán las metas para el 2013. Los seis RPR también están en curso.</p> <p>Indicador 1: Número de países que notifican una reducción de 10% de la tasa de prevalencia del consumo de tabaco <i>Línea de base:</i> 3 países en el 2007 <i>Meta:</i> 10 países para el 2013 (se aplica a los 20 países que tienen información en la Base de Datos de la OMS)</p> <p>La Región está en curso para alcanzar la meta de 10 países que notifiquen una reducción del 10% en la prevalencia del consumo de tabaco para el 2013. En siete países se redujo la prevalencia el 10% o más entre el 2007 y el 2009.</p> <p>Indicador 2: Número de países que han estabilizado o reducido la prevalencia de la obesidad en adultos de ambos sexos <i>Línea de base:</i> 0 países en el 2007 <i>Meta:</i> 5 países para el 2013 (este indicador se aplica a los 15 países con datos representativos nacionales actuales en la Base Mundial de Datos de la OMS sobre la Obesidad)</p> <p>Hasta la fecha, dos países han estabilizado o reducido la prevalencia de la obesidad en adultos en lo que se refiere a las mujeres. La meta para este indicador es que cinco países hayan estabilizado o reducido la prevalencia de la obesidad en hombres y mujeres adultos para el 2013.</p> <p>Indicador 3: Número de países que han reducido los resultados perjudiciales de las relaciones sexuales sin protección, medidos mediante una reducción de la tasa estimada de prevalencia de los casos de infección por el VIH en los jóvenes de 15 a 24 años de edad a 0,46/100 o menos para las mujeres y 0,79/100 o menos para los hombres en América Latina, y a 3,30/100 o menos para las mujeres y 2,51/100 o menos para los hombres en el Caribe <i>Línea de base para América Latina:</i> 11 países en el 2006 <i>Meta para América Latina:</i> 20 países para el 2013 <i>Línea de base para el Caribe:</i> 4 países en el 2006 <i>Meta para el Caribe:</i> 7 países para el 2013</p> <p>La meta para América Latina está en riesgo porque solo 12 países han reducido la tasa de prevalencia</p>					

estimada, pero la meta para el Caribe ya se ha excedido, con la reducción de la tasa de prevalencia estimada en nueve países.

Evaluación del objetivo estratégico en el bienio 2010-2011

Se considera que el OE 6 está en curso para 2010-2011, con los seis RPR en curso. Se ha alcanzado la meta para el 2011 de 12 de los 14 indicadores de los RPR.

Se avanzó mucho en la Región de las Américas en la promoción de la salud, con iniciativas de salud urbana, promoción de la actividad física y regímenes alimentarios saludables, y promoción de un comportamiento sexual más seguro. Hubo adelantos en la vigilancia de los factores de riesgo y en la reglamentación del tabaco y el alcohol. Aunque el OE 6 está en curso, su consecución para el 2013 dependerá de la disponibilidad de recursos humanos y económicos durante el próximo bienio para completar el trabajo.

Logros principales

- Durante este bienio, el Consejo Directivo de la OPS aprobó varias resoluciones relacionadas con el OE 6, entre ellas las siguientes:
 - una estrategia y plan de acción sobre la salud urbana;
 - un plan de acción sobre la seguridad vial;
 - una estrategia sobre el uso de sustancias y la salud pública;
 - una resolución sobre el fortalecimiento de la capacidad de los Estados Miembros para implementar las disposiciones y directrices del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco;
 - un plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública; y
 - un plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol.
- Otros logros importantes de este bienio son los siguientes:
 - Día Mundial de la Salud 2010: Urbanismo y vida saludable, y terminación de los cursos sobre el instrumento de evaluación y respuesta en materia de equidad sanitaria en los medios urbanos (Urban HEART) en 27 países.
 - El sistema mundial de vigilancia estandarizada en la escuela fue introducido en 11 países más y se terminó de implantar en cinco países. Desde fines del 2011, 22 países de la Región participan en la Encuesta Mundial de Salud a Escolares (GSHS). La Región de las Américas es también la Región de la OMS en la cual se está introduciendo esta encuesta con la mayor rapidez, habiéndose alcanzado una cobertura casi completa en América Latina y el Caribe.
 - Con respecto a los sistemas nacionales de vigilancia de factores de riesgo, los países han estado generando datos estandarizados, guiándose por instrumentos de la OPS.
 - En el área del control del tabaco, durante este bienio dos países más se convirtieron en partes del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Además, siete países promulgaron leyes sobre ambientes sin humo de tabaco, tres prohibieron la publicidad, la propaganda y el patrocinio del tabaco, y seis ahora tienen normas sobre el empaquetado y el etiquetado de productos de tabaco.
 - En cuanto al consumo de alcohol y sustancias, 23 países participaron en una reunión mundial de homólogos nacionales en el 2011 y ocho países introdujeron cambios legislativos o normativos para reducir el consumo nocivo de alcohol.
 - También se progresó en el área de la salud sexual, con un mayor interés en incorporar la agenda de promoción de la salud sexual en los planes nacionales de los países.

Retos principales

- Uno de los retos de este bienio fue organizar y mantener iniciativas de promoción de la salud.
- El enfoque de entornos saludables cobró impulso con la agenda renovada de promoción de la salud, centrado en los determinantes sociales y ambientales de la salud. Sin embargo, es necesario trabajar durante el próximo bienio para elaborar una estrategia renovada sobre escuelas saludables con el respaldo del Consejo Directivo de la OPS a solicitud de los países.
- Lograr la sostenibilidad de los sistemas de vigilancia de factores de riesgo, recopilando buena

información y usándola para las intervenciones en los países orientadas a reducir los riesgos, constituye otro reto. También se recomienda que la vigilancia de enfermedades no transmisibles se mantenga como prioridad en los sistemas de información sanitaria y que se le asignen recursos ordinarios.

- Para las iniciativas de control del tabaco, la interferencia de la industria tabacalera, incluidas las campañas de responsabilidad social de las empresas, sigue siendo un reto.
- En el área del consumo del alcohol, subsiste el reto del aumento del consumo de alcohol en la Región debido a las inversiones de la industria del alcohol para aumentar su participación en el mercado de los países de América Latina y el Caribe.

Enseñanzas

- El Día Mundial de la Salud puede usarse para promover conceptos innovadores, como se hizo con el lanzamiento de las iniciativas de salud urbana el Día Mundial de la Salud 2010.
- La consolidación de las redes escolares de promoción de la salud requiere tiempo y cooperación técnica. Las agendas mundiales que giran alrededor de los determinantes sociales de la salud y las ENT necesitan canales, como las redes actuales de promoción de la salud, para llegar a los lugares donde la gente trabaja, vive y aprende.
- Aunque los países han demostrado su capacidad para establecer la vigilancia de las ENT y sus factores de riesgo, la sostenibilidad sigue siendo un reto, ya que se requieren recursos humanos bien preparados y recursos financieros estables.
- Con recursos suficientes, pronto podrá alcanzarse la meta de un sistema de vigilancia escolar estandarizada de alcance regional en las Américas.
- En cuanto al control del tabaco, un elemento muy positivo fue el apoyo y la solidaridad brindados por otros países cuando la industria tabacalera atacó las leyes sobre el tabaco de un país.
- Con respecto al consumo de alcohol, hay que comprenderlo mejor como problema importante para la salud, incluso en el sector de la salud.
- En lo que se refiere a la promoción de la salud sexual, la cooperación técnica para la promoción de comportamientos sexuales de menor riesgo es un componente que requiere una articulación mayor con otros organismos de las Naciones Unidas, como el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), así como con otros interesados directos

Informe de avance sobre los RPR del OE 6

<p>6.1: Promover la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir factores de riesgo tales como el consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, las dietas malsanas, la inactividad física y las prácticas sexuales de riesgo, que afectan las condiciones de salud</p>	<p>En curso</p>
<p>Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta de los tres indicadores del RPR, excediéndose en dos casos la meta para el 2011 y para el 2013.)</p>	
<p>El RPR 6.1 está en curso. Se alcanzaron todas sus metas para el 2011 e incluso se excedió una de las metas para el 2013. Hubo un progreso notable en la adopción de la promoción de la salud como estrategia y de la salud urbana y las escuelas como campos de política y práctica. Los países todavía afrontan el reto del desarrollo institucional y la continuidad, pero la sinergia emanada de los mandatos recientes del 51.º Consejo Directivo de la OPS ayudará.</p> <p>Entre los principales logros regionales cabe señalar publicaciones sobre las tendencias de la promoción de la salud, foros sobre promoción de la salud y sobre salud urbana, la aprobación de la Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana y la difusión de instrumentos para procurar la equidad en la planificación urbana. Otros logros importantes fueron las contribuciones a la Reunión de alto nivel de la Asamblea</p>	

General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles, con el libro blanco sobre ENT, seguido de la aplicación eficaz de la iniciativa de la Semana del Bienestar en 23 ciudades de las Américas. El lanzamiento del curso en línea sobre promoción de la salud es un recurso que se incorporará en toda la Organización.					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
6.1.1: Número de países que tienen políticas y planes de promoción de la salud, con recursos asignados	18	18	26	20	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BAH, BAR, BLZ BOL, BRA, CAN, CHI, COR, DOR, FEP, GUY, HON, MEX, PER, SAV, TRT, USA</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> COL, CUB, ECU, ELS, JAM, PAN, PAR, URU</p> <p>Se excedieron las metas para el 2011 y el 2013. Todos los países de la línea de base mantuvieron el indicador, y siete de los ocho países previstos en la meta lo cumplieron durante el bienio (COL, ECU, ELS, JAM, PAN, PAR y URU). CUB no lo logró durante este bienio. Sin embargo, será uno de los países previstos en la meta para 2012-2013. Aunque NIC no era uno de los países previstos en la meta, cumplió el indicador durante el bienio 2010-2011.</p> <p>Los países avanzaron en la formulación de políticas y planes nacionales, habiendo llevado la teoría a la práctica con servicios de promoción de la salud, políticas intersectoriales sobre los determinantes sociales de la salud y sobre la salud ambiental, apoyo a la iniciativa de entornos saludables (incluido el apoyo a las iniciativas de municipios saludables y escuelas saludables). También apoyaron a más programas en las áreas de las enfermedades de transmisión vectorial, la violencia, el dengue, el VIH, la salud sexual y reproductiva y las ENT.</p>

6.1.2: Número de países con redes de escuelas saludables (o su equivalente)	10	13	13	15	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BAH, CAN, CHI, COL, CUB, ECU, ELS, FEP, MEX</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> BLZ, GUY, PER, URU</p> <p>Se alcanzó la meta para el 2011. Tres de los países previstos en la meta cumplieron el indicador (BLZ, GUY y PER). URU tiene probabilidades de alcanzar la meta el primer semestre del 2012.</p>
6.1.3: Número de países que adoptan el marco conceptual de salud urbana de la OPS/OMS	2	4	7	5	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BRA</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> CHI, FEP, MEX</p> <p>Se ha excedido la meta para el 2011. Los tres países previstos en la meta cumplieron el indicador durante este bienio.</p> <p>ARG tiene una red activa de municipios saludables y ha elaborado políticas en materia de salud urbana, contribuyendo al Foro de Salud Urbana. BRA ha implementado activamente la iniciativa de municipios saludables a nivel subnacional. En los países también hay ejemplos de la aplicación futura de la Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana. COL y SUR también cumplieron este indicador, aunque no estaban entre los países previstos en la meta. ELS trabajó en el ámbito de la salud urbana, teniéndola en cuenta en sus políticas y abordando la atención primaria, así como la gente que vive en barrios pobres.</p>
<p>6.2: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para fortalecer los sistemas nacionales de vigilancia de los principales factores de riesgo mediante la elaboración y validación de los marcos, las herramientas y los procedimientos operativos y su difusión.</p>					<p>En curso</p>
<p>Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta de dos de los tres indicadores del RPR, excediéndose en dos casos la meta para el 2011, y una no se alcanzó.)</p>					
<p>El RPR 6.2 está en curso. Tanto los gobiernos como los profesionales han reconocido su importancia, y la cooperación técnica de la OPS es bien recibida y apreciada. La evaluación de fin de bienio muestra que, a pesar de los recursos limitados, los países vinculados, entre otros, lograron generar datos que fueron recopilados y analizados con la metodología estandarizada recomendada. Para el próximo bienio, la atención debe centrarse en la sostenibilidad de la vigilancia de los factores de riesgo, continuando con el</p>					

establecimiento de un sistema de información fidedigna a fin de utilizarla para las intervenciones en los países encaminadas a reducir los factores de riesgo. El conocimiento de los distintos niveles de riesgo entre diferentes grupos de población es un punto de partida esencial para planificar intervenciones a fin de reducir y controlar los factores de riesgo.					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
6.2.1: Número de países que han establecido un sistema nacional de vigilancia que usa el método Pan Am STEPs (Método Panamericano Progresivo para la Vigilancia de los Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas) para presentar informes regulares sobre los principales factores de riesgo para la salud de los adultos	10	15	21	20	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BAH, BLZ, BRA, CHI, COR, GUT, NEA, PAR, URU</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> ABM, BAR, DOM, SCN, TRT</p> <p>Se excedió la meta para el 2011. Todos los países de la línea de base cumplieron el indicador y están avanzando en la implantación de <i>PanAm STEPS</i>. Los países previstos en la meta también cumplieron el indicador.</p> <p>JAM y PAN, países previstos en la meta para el 2013, cumplieron el indicador temprano. Por lo tanto, se los cuenta entre los países que lo lograron en el 2011. Además, varios países que no estaban previstos en la meta cumplieron el indicador en el curso de este bienio (BOL, GRA, NCA y NIC).</p>
6.2.2: Número de países que han establecido un sistema nacional de vigilancia que se basa en la encuesta de salud de los estudiantes realizada en las escuelas (Encuesta Mundial de Salud Escolar) y están produciendo informes regulares sobre los principales factores de riesgo para la salud de los jóvenes	11	23	16	30	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ABM, CHI, COL, GUT, GUY, ECU, SAV, SAL, TRT, URU, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> ARG, BLZ, COR, ECU, ELS, FDA, GRA, MEX, NCA, NIC, PER, SCN, SUR</p> <p>No se alcanzó la meta para el 2011 durante este bienio. Los cinco países siguientes previstos en la meta cumplieron el indicador: BLZ, COR, PER, SCN y SUR. ELS tiene probabilidades de alcanzar la meta a principios del 2012.</p>

6.2.3: Número de países que han ejecutado indicadores estandarizados para enfermedades crónicas y factores de riesgo en la Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud y Perfiles de País de la OPS/OMS	8	10	12	12	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BAH, BAR, BLZ, BRA, CAN, CHI, USA</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> ABM, DOM, JAM</p> <p>Se excedió la meta para el 2011. Los tres países previstos en la meta (ABM, DOM y JAM) la alcanzaron. PAR, uno de los países incluidos en la meta para el 2013, la alcanzó antes de lo previsto. El Programa Regional de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas tiene indicadores en dos de las publicaciones estadísticas de la OPS: <i>Datos básicos de salud</i> y <i>Datos básicos regionales de ENT</i>.</p>
---	---	----	----	----	---

6.3: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica en materia de políticas, estrategias, programas y guías éticas basadas en evidencias para prevenir y reducir el consumo de tabaco y los problemas relacionados.

En curso

Evaluación del RPR

(Se alcanzó la meta de tres de los cuatro indicadores del RPR, excediéndose en tres casos la meta para el 2011, y una no se alcanzó.)

El RPR 6.3 está en curso. Durante el bienio, el número de Partes del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco aumentó a 29. Dos países que no son Partes del Convenio (ARG y ELS) promulgaron leyes integrales sobre el control del tabaco. El Caribe sigue siendo la subregión que menos ha progresado en esta área. Sin embargo, además de las leyes sobre ambientes sin humo de tabaco promulgadas por Barbados y Trinidad y Tabago, otros dos países (Antigua y Guyana) han preparado proyectos de ley que serán presentados en el Parlamento, y en el Parlamento de Suriname se está debatiendo un proyecto de ley sobre el tema. Nuevamente, el mayor reto estriba en la interferencia de la industria tabacalera, que toma muchas formas diferentes, desde una presión sutil sobre los gobiernos hasta iniciativas de responsabilidad social de las empresas a nivel de país que hacen que los países dependan de dinero de la industria tabacalera. La meta relativa a la vigilancia del tabaco no se alcanzó porque el donante decidió revisar las encuestas y terminarlas el próximo bienio.

Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
6.3.1: Número de países que han adoptado una legislación de ambientes libres de humo de tabaco en todos los lugares públicos y de trabajo (públicos y privados) de acuerdo al Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco	5	5	14	7	<p><i>Línea de base del 2009:</i> CAN, COL, GUT, PAN, URU</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> BLZ, HON, PAR, PER, TRT, VEN</p> <p>Se excedieron las metas para el 2011 y el 2013. De los seis países previstos en la meta, cuatro la alcanzaron (HON, PER, TRT y VEN). BAR y ECU, que estaban previstos en la meta para el 2013, la alcanzaron antes de lo previsto y por lo tanto se los cuenta entre los países que cumplieron este indicador para el 2011.</p>

					BLZ y PAR estarán previstos en la meta para el 2013. Tres países que no estaban previstos en la meta también cumplieron el indicador durante este bienio (ARG, BRA y ELS).
6.3.2: Número de países que han prohibido la publicidad, la promoción y el patrocinio de los productos de tabaco de acuerdo al Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco	3	3	7	4	<p><i>Línea de base del 2009:</i> COL, PAN, URU</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> ECU</p> <p>Se excedió la meta para el 2011 y se logró la meta para el 2013. ECU promulgó una extensa prohibición de la publicidad, la propaganda y el patrocinio del tabaco. ARG, BRA y ELS también promulgaron una prohibición total, aunque no estaban previstos en la meta.</p>
6.3.3: Número de países con reglamentos para el envasado y la rotulación de los productos de tabaco de acuerdo al Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco	10	17	19	23	<p><i>Línea de base del 2009:</i> BRA, CAN, CHI, COL, CUB, JAM, MEX, PAN, URU, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> ARG, ECU, ELS, HON, NIC, PER, TRT</p> <p>Se logró la meta para el 2011. Los siete países previstos en la meta la alcanzaron durante este bienio, y todos los países de la línea de base mantuvieron el indicador. Dos países que no estaban previstos en la meta también cumplieron el indicador durante este período (BOL y USA).</p>
6.3.4: Numero de países que han actualizado por lo menos uno de los componentes del Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco	20	28	24	35	<p><i>Línea de base del 2009:</i> BAH, BAR, BLZ, BRA, CHI, COR, DOM, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HON, JAM, PAR, SAL, SUR, TRT, URU, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> ANI, ARG, BOL, COL, CUB, DOR, SCN</p> <p>No se alcanzó la meta para el 2011. Cuatro de los países previstos en la meta la alcanzaron este bienio (ARG, CUB, DOR y SCN). Los otros países previstos en la meta no la alcanzaron porque los CDC y la OMS pidieron que aplazaran sus encuestas y revisaran el cuestionario. A cambio, se hicieron tres talleres “de los datos a la acción” para difundir los datos de vigilancia.</p>

6.4: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para elaborar políticas, estrategias, programas y guías éticas basadas en evidencias para prevenir y reducir el consumo de bebidas alcohólicas, drogas y otras sustancias psicoactivas y los problemas relacionados.					En curso
Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta del indicador del RPR.)					
<p>El RPR 6.4 está en curso. Un logro importante durante este bienio fue la aprobación por el 51.º Consejo Directivo del Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública (CD51.R7) y el Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol (CD51.R14). Los países previstos en la meta cumplieron el indicador y muchos países más que no estaban previstos en la meta están trabajando para alcanzarla.</p>					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
6.4.1: Número de países que han ejecutado políticas, planes o programas para la prevención de problemas de salud pública causados por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas y otras sustancias psicoactivas	13	16	16	20	<p><i>Línea de base del 2009:</i> BLZ, BOL, BRA, CAN, COR, DOR, FEP, HON, NIC, PAN, PER, URU, USA</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> CHI, GUT, VEN</p> <p>Se alcanzó la meta para el 2011. CHI, GUT y VEN cumplieron el indicador. GUT ha estado recibiendo cooperación técnica durante tres años por medio del proyecto OPS-VALENCIA, que incluye apoyo a la investigación, la capacitación de profesionales en APS y un taller nacional sobre la formulación de políticas en materia de alcohol. También se trabajó con los siguientes países: ABM, BAR, ELS, GUY, PAR y TRT</p>
6.5: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para elaborar políticas, estrategias, programas y guías éticas basadas en evidencias para prevenir y reducir los regímenes alimentarios insalubres y la inactividad física y los problemas relacionados.					En curso
Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR, excediéndose en un caso la meta para el 2011.)					
<p>El RPR 6.5 está en curso. Se cumplieron los dos indicadores del RPR. Los países previstos en la meta ejecutaron políticas nacionales para promover un régimen alimentario saludable y la actividad física. Otro logro importante fue la contribución de los países a la Reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles, con la Consulta de Aruba. Además, se formularon directrices y se adoptaron medidas de vigilancia en relación con el régimen alimentario saludable y la actividad física, dimensiones que fueron fundamentales para la iniciativa de la Semana del Bienestar en 23 ciudades.</p>					

Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
6.5.1: Número de países que han ejecutado políticas nacionales para promover un régimen alimenticio saludable y actividad física de acuerdo con las directrices de la OPS/OMS	10	15	16	20	Línea de base del 2009: BAH, BRA, CAN, CHI, COL, COR, FEP, GUT, MEX, USA <i>Meta para el 2011:</i> ARG, BLZ, ECU, JAM, PER, TRT, URU, VEN Se excedió la meta para el 2011. De los ocho países previstos en la meta, seis la alcanzaron (ARG, BLZ, ECU, PER, TRT y URU). Los países se basaron en resoluciones de la OPS/OMS al formular sus estrategias municipales y nacionales. BLZ incluyó los temas del régimen alimentario saludable y la actividad física en la política nacional que estaba elaborando.
6.5.2: Número de países que han creado entornos propicios para los peatones y ciclistas y programas de promoción de la actividad física en al menos una de sus ciudades principales	5	13	13	18	<i>Línea de base del 2009:</i> CAN, COL, GUT, PAN, URU <i>Meta para el 2011:</i> ARG, BLZ, CHI, FEP, JAM, MEX, TRT, USA Se alcanzó la meta para el 2011. Tres países previstos en la meta (BLZ, JAM y TRT) la alcanzaron. Cinco países más que no estaban previstos en la meta (BOL, BRA, ELS, NEA y PAR) avanzaron en el cumplimiento de este indicador en virtud de su participación activa en la creación de ambientes propicios para peatones y ciclistas. ELS ha creado ambientes propicios para los peatones en San Salvador y Santa Tecla. NEA difundió material didáctico a través de los medios de comunicación.
6.6: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para elaborar políticas, estrategias, programas y guías éticas basadas en evidencias para promover la actividad sexual de menor riesgo.					En curso
Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta del indicador del RPR e incluso se alcanzó la meta para el 2013.)					
El RPR 6.6 está en curso. Además de las actividades programáticas, se llevaron a cabo varias actividades de cooperación técnica adicionales, entre ellas la formulación de un plan detallado para promover la salud sexual y los derechos de las niñas, la publicación de un documento acerca de la educación integral sobre la sexualidad (la Declaración de Madrid) y una consulta sobre la prestación de servicios de salud integrales para las poblaciones transgénero.					

Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
6.6.1: Número de países que han implantado intervenciones nuevas o mejoradas para promover los comportamientos sexuales de menor riesgo en los ámbitos individual, familiar y comunitario	9	10	11	11	<p><i>Línea de base del 2009:</i> BLZ, COL, COR, ELS, JAM, HON, MEX, NIC, PER</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> CHI, GUT</p> <p>Se excedió la meta para el 2011. Durante este bienio, los nueve países de la línea de base mantuvieron el indicador y los dos países previstos en la meta lo cumplieron. CHI y GUT están llevando a cabo intervenciones nuevas o mejores para promover comportamientos sexuales de menor riesgo. En el caso de GUT, se implementó un programa integral de estudios sobre la sexualidad. CHI ofreció capacitación en esta área para los proveedores de atención primaria de salud.</p>

Informe de avance hacia la consecución del OE 7

OE 7: Abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos				En curso	
Panorama del presupuesto					
Presupuesto aprobado (PP 2010-2011)	Fondos disponibles			Gasto (%)	Financiado (%)
	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Total		
\$20.960.000	\$7.970.000	\$9.052.789	\$17.022.789	87%	81%
Progreso realizado hacia la consecución del objetivo estratégico para el 2013					
<p>Progreso realizado hacia la consecución de las metas del indicador del objetivo estratégico en lo que se refiere a sus efectos, tal como se establece en el Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS</p> <p>El OE 7 está en curso para lograr sus metas para el 2013.</p> <p>Indicador 1: Número de países con indicadores de salud nacionales desglosados por sexo y edad y que incluyen el coeficiente de Gini y la curva de Lorenz <i>Línea de base:</i> 3 países en el 2007 <i>Meta:</i> 6 países para el 2013</p> <p>La Región está en curso para alcanzar su meta en seis países, con los indicadores nacionales de salud desglosados por sexo y edad y lista para incluir el coeficiente de Gini y la curva de Lorenz para el 2013.</p> <p>Indicador 2: Número de países que han elaborado políticas públicas para los sectores ajenos al sanitario que abordan las condiciones de salud <i>Línea de base:</i> 7 países en el 2007 <i>Meta:</i> 20 países para el 2013</p> <p>La meta de 20 países que han elaborado políticas públicas para sectores ajenos al sanitario que abordan las condiciones de salud está en curso.</p> <p>Indicador 3: Número de países que tienen planes nacionales de desarrollo y reducción de la pobreza que integran la salud, la nutrición y la educación <i>Línea de base:</i> 3 países en el 2007 <i>Meta:</i> 6 países para el 2013</p> <p>La meta de seis países que tienen planes nacionales de desarrollo y reducción de la pobreza que integran la salud, la nutrición y la educación está en curso para lograrse para el 2013.</p>					
Evaluación del objetivo estratégico en el bienio 2010-2011					
<p>El OE 7 está en curso, con cinco de sus seis RPR en curso y uno en riesgo. Se alcanzó la meta de 11 de los 12 indicadores de los RPR para el 2011.</p> <p>Se han hecho grandes avances en relación con los determinantes sociales de la salud, con una reunión regional de consulta sobre los determinantes sociales de la salud en Costa Rica y la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud en Brasil. El equipo interinstitucional encargado de trabajar con los ODM sigue abordando las inequidades en el ámbito de la salud, al igual que la iniciativa Rostros, Voces y Lugares. También hubo adelantos en lo que se refiere a la inclusión de los derechos humanos, una</p>					

perspectiva de género y enfoques interculturales de la salud. Aunque el OE 7 está en curso, su consecución para el 2013 dependerá de la disponibilidad de recursos humanos y económicos durante el próximo bienio para completar el trabajo.

Logros principales

- Se realizó una reunión regional de consulta sobre los determinantes sociales de la salud, en la cual se formularon y difundieron recomendaciones que sirvieron de base para la Declaración de Río, que fue negociada por los Estados Miembros en la Conferencia Mundial los sobre Determinantes Sociales de la Salud.
- Se creó el equipo interinstitucional sobre los ODM.
- La iniciativa Rostros, Voces y Lugares se extendió a 23 países, así como dentro de los países por medio de las redes nacionales.
- Hubo grandes mejoras en la adopción de enfoques axiomáticos, metodológicos e instrumentales para generar, analizar y vigilar las desigualdades socioeconómicas en el ámbito de la salud entre los Países Miembros, en particular con el desglose de los datos geográficos, demográficos, socioeconómicos y sanitarios.
- El 50.º Consejo Directivo de la OPS aprobó la Resolución CD50.R8, “La salud y los derechos humanos”.
- Se realizaron 38 consultas intersectoriales de país para contribuir al informe sobre el avance de la implementación del plan de acción para la política en materia de igualdad de género.
- Se convocó el Primer Grupo Consultivo Técnico (GCT) sobre diversidad cultural para validar el documento de exposición de conceptos y la estrategia de la OPS en relación con los pueblos indígenas, los afrodescendientes y otros grupos étnicos y raciales.

Retos principales

- La acción intersectorial sigue siendo un reto: tanto a la Reunión Regional de Consulta sobre los Determinantes Sociales de la Salud como a la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud asistieron principalmente representantes del sector de la salud, a pesar de los esfuerzos para incluir a otros sectores.
- La definición de la intervención sistematizada más importante para la iniciativa Rostros, Voces y Lugares sigue siendo un reto para el equipo interinstitucional sobre los ODM. ¿Qué se puede hacer para que la iniciativa Rostros, Voces y Lugares sea sostenible a nivel local?
- Se requiere un esfuerzo mucho mayor para institucionalizar la recopilación permanente de datos desglosados, con uniformidad interna, y la evaluación y el seguimiento periódicos, tanto cuantitativos como cualitativos, de las desigualdades socioeconómicas en el ámbito de la salud, en particular con respecto a la evaluación de posibles repercusiones de la acción política en los determinantes sociales de la salud.

Enseñanzas

- Los Estados Miembros están comprometidos con los determinantes sociales de la salud pero necesitan instrumentos concretos para avanzar con su agenda.
- Es importante que las diferentes áreas técnicas trabajen en colaboración para promover la consecución de los ODM y responder a los determinantes sociales de la salud.
- Es también importante ofrecer educación y capacitación continuas para los actores locales mediante el diploma en salud y desarrollo local. La existencia de una masa crítica de personal de salud pública en toda la Región que pueda emplear los métodos, las técnicas y los instrumentos más modernos para cuantificar, analizar y vigilar las desigualdades en materia de salud es fundamental para fomentar tanto la competencia profesional como la capacidad institucional para tomar medidas en

relación con los determinantes sociales de la salud.

- El apoyo a los países ha resultado eficaz para despertar su conciencia.
- Los documentos sobre tendencias son importantes para dar seguimiento a la contribución de los derechos humanos a la salud pública

Informe de avance sobre los RPR del OE 7

7.1: Se habrá reconocido en toda la Organización la importancia de los determinantes sociales y económicos de la salud y estos se habrán incorporado en el trabajo normativo y la colaboración técnica con los Estados Miembros y otros colaboradores.					En curso
Evaluación del RPR					
(Se alcanzó la meta del indicador del RPR e incluso se excedieron las metas para el 2011.)					
<p>El evento principal de este bienio fue la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, celebrada en Rio de Janeiro (Brasil) en octubre del 2011. En esta conferencia, los Estados Miembros llegaron a un acuerdo sobre la Declaración de Rio, que se ha traducido a los cuatro idiomas oficiales de la OPS y se ha difundido en toda la Región. En preparación para la Conferencia, se hicieron tres reuniones regionales de consulta sobre el tema a fin de abordar el progreso y los retos y formular un conjunto de recomendaciones regionales. Asimismo, se hicieron siete estudios de casos para la Conferencia Mundial, que se publicaron en el sitio web de la conferencia. El objetivo de estos estudios de casos era documentar la forma en que los países han abordado las inequidades con el enfoque de determinantes sociales de la salud.</p>					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
7.1.1: Número de países que han aplicado estrategias nacionales que abordan las recomendaciones de políticas esenciales de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud	4	10	11	12	<p><i>Línea de base del 2009:</i> CUB, ECU, GUT, PAR</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> ARG, BLZ, BRA, COL, COR, ELS, FEP, PER</p> <p>Se excedió la meta para el 2011. De los ocho países previstos en la meta, siete alcanzaron la meta para el 2011 (ARG, BRA, COL, COR, ELS, FEP y PER). Varios países aplicaron una estrategia nacional consonante con las recomendaciones de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Las estrategias nacionales varían de un país a otro: algunos países concentraron la acción en programas de transferencias en efectivo, otros establecieron comisiones nacionales sobre determinantes sociales de la salud a fin de promover la acción intersectorial y otros invirtieron en políticas sociales para reducir las inequidades.</p>

7.2: La OPS/OMS toma la iniciativa al brindar oportunidades y medios para la colaboración intersectorial a los niveles nacional e internacional para abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud e impulsar la reducción de la pobreza y el desarrollo sostenible.					En curso
Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta de los tres indicadores del RPR y en un caso se excedió la meta para el 2011.)					
<p>La Reunión Regional de Consulta sobre los Determinantes Sociales de la Salud tuvo lugar en Costa Rica en agosto del 2011. Ayudó a determinar las prioridades y las posiciones y a incluir la sociedad civil en los preparativos para la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud que tuvo lugar en Rio de Janeiro (Brasil) en octubre del 2011. La participación de 1.100 personas de más de 110 países, incluidos 60 ministros de salud, y la presencia multitudinaria de ONG de todo el mundo pusieron en evidencia la importancia de la equidad en el campo de la salud. Se observó un compromiso generalizado con el fortalecimiento de la Declaración de Rio y sus cinco ejes: la gobernanza, la participación social, la función del sector de la salud en la reducción de las desigualdades en el ámbito de la salud, la acción mundial, y el seguimiento y la evaluación. Para nuestra Región, donde la desigualdad es un reto, el enfoque de determinantes sociales de la salud pone de relieve la salud y el desarrollo local, con el trabajo en los municipios más vulnerables en el marco de la iniciativa Rostros, Voces y Lugares, la vinculación de la promoción social y la participación comunitaria para responder a los determinantes sociales de la salud y el fomento de la participación de los jóvenes en el proceso de concientización y de reducción de la desigualdad a nivel de la comunidad.</p>					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
7.2.1: Número de experiencias de los países publicadas que abordan los determinantes sociales de la equidad en materia de salud	8	10	11	12	<p><i>Línea de base del 2009:</i> BOL, COR, ECU, GUT, NIC, PAN, PER, URU</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> BRA, COL, FEP</p> <p>Se excedió la meta para el 2011. Dos países previstos en la meta la alcanzaron (BRA y COL). CHI, uno de los países comprendidos en la meta para el 2013, alcanzó la meta antes de lo previsto, con lo cual son tres los países que cumplieron este indicador en este bienio. Se hicieron siete estudios de casos en los países, en los cuales se documentó el progreso y los logros en relación con las inequidades mediante el enfoque de determinantes sociales de la salud. Estos estudios formaron parte de los documentos de antecedentes para la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud.</p>

<p>7.2.2: Número de países que ejecutan por lo menos una intervención sistemática para las comunidades más vulnerables, según lo ha definido el equipo transversal de la OSP para los ODM</p>	<p>N/C</p>	<p>6</p>	<p>6</p>	<p>12</p>	<p><i>Línea de base del 2009:</i> N/C</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> CHI, COL, FEP, MEX, PAN, PER</p> <p>Se alcanzó la meta para el 2011. Seis países llevaron a cabo intervenciones sistematizadas a nivel local para impulsar diferentes ODM (CHI, COL, FEP, MEX, PAN y PER). El logro principal fue la creación y el trabajo del equipo interinstitucional de la OPS sobre los ODM, que facilita la colaboración entre diferentes áreas técnicas y equipos de la OPS. Hace hincapié en la mejor manera de ayudar a los países a cumplir los ODM respondiendo a los determinantes sociales de la salud.</p>
<p>7.2.3: Número de países que han llevado a cabo la iniciativa Rostros, Voces y Lugares</p>	<p>15</p>	<p>13</p>	<p>18</p>	<p>15</p>	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BOL, BRA, CHI, COR, CUB, ECU, ELS, GUT, HON, NIC, PAN, PAR, PER, URU</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> BLZ, COL, JAM</p> <p>Se excedieron las metas para el 2011 y para el 2013. Los logros principales fueron la extensión de la iniciativa Rostros, Voces y Lugares no solo a 23 países, sino también dentro de esos países, donde se está estableciendo una red de municipios que trabajan con esta iniciativa. Proporcionar suficiente apoyo para la acción de los gobiernos locales orientada a impulsar los ODM que responden a los determinantes sociales de la salud será un reto para la OPS.</p>
<p>7.3: Los datos sociales y económicos pertinentes para la salud se habrán recogido, compilado y analizado en forma desglosada (por sexo, edad, grupo étnico, ingresos y problemas de salud, como enfermedades o discapacidades).</p>					<p>En curso</p>
<p align="center">Evaluación del RPR (Se excedió la meta del indicador del RPR.)</p>					
<p>Hubo grandes mejoras en la adopción de enfoques axiomáticos, metodológicos e instrumentales para generar, analizar y vigilar datos sobre las desigualdades socioeconómicas en el ámbito de la salud entre los Países Miembros. Se ha hecho hincapié en la necesidad de contar con datos desglosados a nivel geográfico, demográfico, socioeconómico y sanitario, así como en la sinergia con las actividades encaminadas a fortalecer la capacidad nacional de análisis de la situación sanitaria (RPR 11.3) en el marco de los determinantes sociales de la salud. Se necesita un esfuerzo mucho mayor para institucionalizar tanto la recopilación permanente de datos desglosados, internamente uniformes, y la evaluación y el seguimiento periódicos, tanto cuantitativos como cualitativos, de las desigualdades socioeconómicas en el ámbito de la salud, en particular con respecto a la evaluación de las posibles repercusiones de la acción política para</p>					

abordar determinantes sociales de la salud. Es necesario alcanzar a nivel regional una masa crítica de personal de salud pública para la aplicación de los métodos, las técnicas y los instrumentos más actuales para cuantificar, analizar y vigilar las desigualdades en materia de salud.

Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
7.3.1: Número de países que han publicado informes que incorporen datos de salud desagregados a nivel subnacional para analizar y hacer el seguimiento de la equidad en materia de salud	4	6	7	9	<p><i>Línea de base del 2009:</i> BOL, BRA, CHI, PER</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> NIC, PAR, VEN</p> <p>Se excedió la meta para el 2011. Los tres países previstos en la meta cumplieron el indicador (NIC, PAR y VEN). Además, nueve países que no estaban previstos en la meta también generaron y publicaron datos desglosados (geográficos, socioeconómicos, demográficos y sanitarios) apropiados para analizar las desigualdades en materia de salud.</p>

7.4: Los enfoques de la salud éticos y basados en los derechos humanos son promovidos dentro de la OPS/OMS y a los niveles nacional, regional y mundial.

En curso

Evaluación del RPR

(Se excedió la meta del indicador del RPR.)

Uno de los logros fue la colaboración entre el equipo de Derechos Humanos de la OPS (OPS/GDR/HR) con el grupo de trabajo de la Organización de los Estados Americanos (OEA) en la elaboración de una convención regional sobre los derechos de las personas mayores. Otro logro fue la colaboración con SDE y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en la formulación de una opinión técnica sobre el derecho de los pueblos indígenas al agua en zonas mineras (en Centroamérica). Asimismo, se presentó a la OEA, para su serie de tratados sobre derechos económicos, sociales y culturales, información actualizada sobre el establecimiento de indicadores regionales de progreso en relación con el derecho a la salud. La OPS/GDR también prestó apoyo para la reforma de las siguientes leyes y planes encaminados a introducir normas de derechos humanos en los países correspondientes: ley y plan nacional de acción sobre el VIH (El Salvador), actualización de la normativa de la ley de salud mental (Argentina), ley nacional de salud pública (Perú), proyecto de ley nacional de control del tabaco (Paraguay) y proyecto de ley de salud mental (Trinidad y Tabago, Belice). Junto con FCH, GDR hizo un análisis de las tendencias en el derecho a la salud sexual y reproductiva y otros derechos humanos conexos de los jóvenes. Además, FCH y GDR publicaron conjuntamente un análisis de la respuesta del sistema de salud materna (Bolivia), usando tratados de derechos humanos.

Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
7.4.1: Número de países que aplican: 1) normas y estándares de derechos humanos	9	11	16	18	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BLZ, CAN, CHI, COL, ELS, PAN, PER, USA</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> ABM, ECU, GUT</p>

regionales e internacionales; y 2) instrumentos y documentos de orientación técnica sobre derechos humanos producidos por la OPS/OMS para revisar y/o formular las leyes, las políticas y los planes que hacen avanzar la salud y reducen las brechas en la equidad de salud y la discriminación					Se excedió la meta para el 2011. Doce países están examinando o formulando planes, políticas o leyes nacionales de una manera compatible con los instrumentos internacionales de derechos humanos. Los tres países previstos en la meta para este bienio (ABM, GUT y ECU) cumplieron este indicador. Además, los siguientes países que no estaban previstos en la meta cumplieron este indicador: BOL, NIC, PAR y TRT.
7.5: Se habrá incorporado tanto el análisis de género como las medidas eficaces en la labor normativa de la OPS/OMS y se habrá proporcionado cooperación técnica a los Estados Miembros para la formulación de políticas y programas que tengan en cuenta las cuestiones de género.					En curso
Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta de los tres indicadores del RPR, excediéndose en dos casos la meta para el 2011 y la meta para el 2013.)					
Se terminó de preparar un informe sobre el avance de la implementación del plan de acción 2009-2014 para la política en materia de igualdad de género, con apreciaciones útiles sobre los logros y los retos de integrar una perspectiva de género en las políticas y programas. GDR aplicó una estrategia para integrar las prioridades transversales en los procesos institucionales de la OPS. El Curso Virtual de Género y Salud es otro instrumento que contribuirá a la integración de una perspectiva del género. El trabajo de GDR con las subregiones se puso de relieve en las dos cartas de acuerdo firmadas con el Consejo de Ministras de la Mujer de Centroamérica (COMMCA) para proporcionarles apoyo en la tarea de integración de una perspectiva de género en los procesos del Sistema de Integración Centroamericana (SICA). Uno de los retos fue que la semejanza de los indicadores 7.5.1 y 7.5.3 causó dificultades con el seguimiento y los informes sobre el progreso.					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
7.5.1: Número de países que han ejecutado planes para avanzar en la incorporación de las cuestiones de género en el sector salud	6	12	32	18	<p><i>Línea de base del 2009:</i> BOL, ECU, GUT, HON, PER, SUR</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> BAR, BLZ, COL, FEP, GUY, NIC, PAN, PAR, TRT</p> <p>Se excedió la meta para el 2011. El indicador se cumplió en un total de 32 países, muchos más que los previstos en la meta para este bienio que incluye BAR, BLZ, COL, FEP, GUY, NIC, PAN, PAR y TRT. Además alcanzaron el indicador: ABM, ANI, ARG, BRA, CHI, COR, CUB, DOM, DOR, ELS, GRA, JAM, SAL, SAV, SCN, URU y VEN.</p>

7.5.2: Número de herramientas y documentos de orientación elaborados o actualizados por la Oficina Sanitaria Panamericana para incluir la igualdad de género en el análisis, la programación, el monitoreo o la investigación en materia de salud	15	22	22	28	Se lanzó el perfil sanitario de los hombres y las mujeres de dos subregiones (centroamericana y andina), así como de otros países, por medio de las redes del Consejo de Ministras de la Mujer de Centroamérica (COMMCA) y la Red de Mecanismos de la Mujer Andina (REMMA), junto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y ONU Mujeres. También se ofreció el Curso Virtual de Género y Salud.
7.5.3: Número de entidades de la Oficina Sanitaria Panamericana que incluyen la perspectiva de género en sus análisis de situación, planes o mecanismos de monitoreo	6	15	23	20	<p><i>Línea de base del 2009:</i> CFS, FCH, HSD, HRM, PBR, SDE</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> BOL, CAM, ECU, GUT, GUY, HON, NIC, PAR, PED, SUR</p> <p>Este indicador se cumplió en un total de 23 entidades. Además de los 6 en la línea de base, 8 de las entidades meta para el 2011 alcanzaron el indicador: BOL, CAM, ECU, GUT, GUY, HON, PAR, and PED, y 9 más también lo alcanzaron: BLZ, COR, ERP, GBO, GDR, HSS, PAN, PER y URU</p>

<p>7.6: Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para elaborar políticas, planes y programas que apliquen un enfoque intercultural basado en la atención primaria de salud y que busquen establecer alianzas estratégicas con los interesados directos y los asociados pertinentes para mejorar la salud y el bienestar de los pueblos indígenas y poblaciones étnico/raciales.</p>	<p>En riesgo</p>
--	-------------------------

Evaluación del RPR
(Se alcanzó la meta de dos de los tres indicadores del RPR, excediéndose en un caso la meta para el 2013.)

GDR proporcionó apoyo técnico para políticas, planes y programas relacionados con los pueblos indígenas y poblaciones étnicas y raciales. Hubo grandes avances con el Primer Grupo Consultivo Técnico sobre Diversidad Cultural y Salud, la Primera Cumbre Mundial de Afrodescendientes, la Conferencia Regional sobre Afrodescendientes y Salud y el Primer Foro Regional de Recursos Humanos de la Salud para Pueblos Indígenas. En colaboración con el CELADE/CEPAL, el FNUAP, expertos en cuestiones de indígenas y afrodescendientes, ministerios de salud y representantes de la sociedad civil, GDR formuló directrices para la inclusión de variables étnicas y raciales en las estadísticas sanitarias regionales. Con el apoyo de GDR, los países de la subregión andina empezaron a elaborar planes, programas o políticas para proteger la salud de los afrodescendientes y otros grupos étnicos o raciales. Subsiste un reto con respecto a la superposición de los indicadores 7.6.1 y 7.6.1 del RPR, que ha dificultado el seguimiento y los informes de progreso de estos indicadores.

Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
7.6.1: Número de países que aplican políticas, planes o programas para mejorar la salud de los pueblos indígenas	9/21	12/21	20/21	19/21	<p>Línea de base del 2009: BRA, COL, ECU, BOL, CAN, COR, ELS, DOM, PAN</p> <p>Meta para el 2011: FEP, GUT, CHI, PER, VEN, BLZ</p> <p>Se excedió la meta para el 2011. 11 países cumplieron este indicador: ARG, CHI, FEP, GUT, GUY, HON, MEX, NIC, PAR, PER y VEN.</p>
7.6.2: Número de países que incluyen variables étnicas en sus sistemas de información sanitaria	8	13	16	15	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BOL, BRA, CAN, COL, GUT, PAR, USA</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> BLZ, CHI, COR</p> <p>Se excedió la meta para el 2011. Además de los 8 países en la línea de base, 8 más alcanzaron este indicador: BLZ, CHI, COR, ECU, GUY, HON, MEX y PER. Cuatro (CHI, ECU, GUT y PAR) están llevando a cabo un proyecto piloto de recopilación de datos sobre indígenas, afrodescendientes y otras poblaciones étnicas. El proyecto piloto de BOL está en la etapa de evaluación.</p>
7.6.3: Número de países que aplican políticas, planes o programas para mejorar la salud de grupos étnicos o raciales específicos	10	14	11	16	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BOL, BRA, CAN, COL, CHI, GUT, MEX, PAN, USA</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> BLZ, NIC</p> <p>No se alcanzó la meta de este indicador para el 2011. Se está avanzando en seis países de la subregión andina (BOL, CHI, COL, ECU, PER y VEN), donde se está haciendo un análisis minucioso de la situación sanitaria y sociodemográfica de sus poblaciones afrodescendientes. BOL, BRA, COL y ECU cumplieron este indicador, pero los dos países previstos en la meta no lo hicieron.</p>

Informe de avance hacia la consecución del OE 8

OE 8: Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud				En curso	
Panorama del presupuesto					
Presupuesto aprobado (PP 2010-2011)	Fondos disponibles			Gasto (%)	Financiado (%)
	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Total		
\$24.934.000	\$12.297.000	\$10.379.649	\$22.676.649	89%	91%
Progreso realizado hacia la consecución del objetivo estratégico para el 2013					
<p>Progreso realizado hacia la consecución de las metas del indicador del objetivo estratégico en lo que se refiere a sus efectos, tal como se establece en el Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS</p> <p>El OE 8 está en curso para alcanzar sus metas para el 2013.</p> <p>Indicador 1: Porcentaje de poblaciones urbanas y rurales con acceso a mejores fuentes de agua en la Región <i>Línea de base:</i> 95% de las poblaciones urbanas y 69% de las poblaciones rurales en el 2002 <i>Meta:</i> 96% de las poblaciones urbanas y 77% de las poblaciones rurales para el 2013 (de acuerdo con los ODM) La meta de que 96% de la población urbana y 77% de la población rural tenga acceso a mejores fuentes de agua en la Región para el 2013 (de acuerdo con los ODM) está en curso.</p> <p>Indicador 2: Porcentaje de poblaciones urbanas y rurales con acceso a saneamiento mejorado en la Región <i>Línea de base:</i> 84% de las poblaciones urbanas y 44% de las poblaciones rurales en el 2002 <i>Meta:</i> 90% de las poblaciones urbanas y 48% de las poblaciones rurales para el 2013 (de acuerdo con los ODM) La meta de que 90% de la población urbana y 48% de la población rural tenga acceso a mejor saneamiento en la Región para el 2013 (de acuerdo con los ODM) está en riesgo.</p> <p>Indicador 3: Número de países que ejecutan planes nacionales de salud de los trabajadores (basados en el Plan de Acción Mundial de la OMS - 2007: Salud de los Trabajadores) <i>Línea de base:</i> 10 países en el 2007 <i>Meta:</i> 20 países para el 2013 La meta de que 20 países ejecuten planes nacionales de salud de los trabajadores para el 2013 (basados en el Plan de Acción Mundial de la OMS - 2007: Salud de los Trabajadores) está en curso.</p> <p>Indicador 4: Número de países que tienen centros de información toxicológica <i>Línea de base:</i> 14 países en el 2006 (estimado) <i>Meta:</i> 24 países para el 2013 Actualmente, hay 19 países que tienen centros de información toxicológica.</p> <p>Indicador 5: Reducción del factor atribuible a causas ambientales de la carga de las enfermedades</p>					

diarreicas entre los niños y adolescentes de 0 a 19 años de edad

Línea de base: 94% en el 2002 (estimado)

Meta: 84% para el 2013 (método para evaluación de la carga de morbilidad ambiental elaborado por la OMS, medida por factores atribuibles expresados en AVAD)

Está en curso la meta para el 2013 de reducir al 84% los factores atribuibles a causas ambientales de la carga de las enfermedades diarreicas en niños y adolescentes de 0 a 19 años.

Indicador 6: Número de políticas de salud ambiental sobre sustancias químicas, calidad del aire y agua potable adoptadas por los países de la Región

Línea de base: 11, 7, 13, respectivamente, en el 2007

Meta: 20, 12, 20, respectivamente, para el 2013

Este indicador está en curso. Unos 24 países tienen leyes sobre plaguicidas, 10 tienen programas nacionales de calidad del aire y 15 países han incluido el derecho al agua en la legislación nacional.

Evaluación del objetivo estratégico en el bienio 2010-2011

El OE 8 está en curso: los seis RPR están en curso, en tanto que las metas de los 13 indicadores de los RPR para el 2011 se alcanzaron e incluso se excedieron en siete casos.

Se hicieron avances importantes en los preparativos para la próxima Conferencia de las Naciones Unidas sobre Desarrollo Sostenible Rio+20. Además, los siguientes factores ayudaron a abordar las causas fundamentales de las amenazas ambientales a la salud en la Región: la aprobación de una Estrategia y Plan de acción sobre el cambio climático, el trabajo regional en relación con los plaguicidas, el fortalecimiento de la red de centros colaboradores de la OPS/OMS sobre salud de los trabajadores y el progreso realizado en iniciativas de prevención primaria, así como la continuación del progreso en los campos del agua y el saneamiento. Aunque el OE 8 está en curso, su logro para el 2013 dependerá de la disponibilidad de recursos humanos y financieros durante el próximo bienio para completar el trabajo necesario.

Logros principales

- El 51.º Consejo Directivo de la OPS aprobó la Estrategia y Plan de acción sobre el cambio climático.
- Entre otros logros de este bienio cabe señalar las contribuciones efectuadas a *Salud en las Américas*, la terminación del capítulo sobre la salud de la publicación interinstitucional de la CEPAL para la Conferencia Rio+20, la realización de consultas con los países para el documento de la OPS para Rio+20 y la organización de una actividad paralela sobre el agua y los determinantes sociales de la salud en la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
- También se produjeron varias publicaciones durante este bienio, entre ellas el *Informe de la evaluación regional del manejo de residuos sólidos urbanos en América Latina y el Caribe 2010*, en colaboración con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS); *Agua y saneamiento: Evidencias para políticas públicas con enfoque en derechos humanos y resultados en salud pública*; y *Directrices para el análisis de la gestión de los plaguicidas de uso en salud pública*.
- Se estableció el Equipo Técnico Regional de Agua y Saneamiento, de la OPS.
- Se celebró en Guatemala una reunión regional sobre los plaguicidas con el Plan OMS de Evaluación de Plaguicidas (WHOPES) y el Área de Prevención y Control de Enfermedades (HSD) de la OPS.
- Ecuador y Guatemala terminaron el análisis de la situación y aprobaron un plan de acción nacional para el manejo racional de los plaguicidas de uso en salud pública.
- Se terminó un proyecto con el Fondo para el Medio Ambiente Mundial del Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA-FMMM), que incluyó el reenvasado de más de 130 toneladas de DDT y otros plaguicidas obsoletos en ocho países.

- En lo que se refiere a la salud ocupacional, 25 países participaron en programas nacionales para prevenir los pinchazos a fin de proteger la salud de los trabajadores de salud. En 20 países se proporcionó apoyo logístico y técnico para la mejora de los servicios de salud ocupacional y ambiental y de los sistemas de vigilancia.

Retos principales

- Subsiste el reto de llegar a los trabajadores de América Latina y el Caribe que necesitan servicios de salud integrales, a fin de protegerlos de los riesgos ocupacionales y ambientales. Se necesitan actividades y programas nuevos para abordar la situación de la población activa del sector informal y los cambios en las condiciones de vulnerabilidad en el trabajo en toda la Región.
- Algunos países todavía no están abordando el tema del cambio climático y la salud, que incluye el reto de la adopción de políticas de control de vectores ecológicamente racionales.

Enseñanzas

- Es necesario mejorar el nexo entre los programas para las enfermedades no transmisibles, el desarrollo sostenible y los determinantes sociales de la salud.
- El Equipo Interinstitucional sobre Determinantes de la Salud podría facilitar la consecución del OE 8.
- En cuanto a la salud ocupacional, es necesario proteger al personal de salud. Si se les da poder de decisión a los trabajadores, podrán participar en la solución de sus propios problemas del lugar de trabajo. Además, todavía hay que mejorar el registro y el seguimiento de los incidentes y accidentes del personal de salud, en particular en países en desarrollo de América Latina y el Caribe y en zonas rurales alejadas. La renovación de la Red de Centros Colaboradores sobre Salud Ocupacional muestra que los valores básicos de las redes de centros colaboradores y alianzas estratégicas para alcanzar las metas comunes siguen siendo la colaboración, la comunicación, la creación y la innovación con pensamiento crítico entre los miembros de la red.

Informe de avance sobre los RPR del OE 8

8.1: Se habrán difundido evaluaciones, normas y orientación basadas en evidencias sobre los riesgos prioritarios para la salud ambiental (por ejemplo, calidad del aire, sustancias químicas, campos electromagnéticos, radón, agua potable, reutilización de aguas residuales).					En curso
Evaluación del RPR					
(Se alcanzó la meta de los cuatro indicadores del RPR, excediéndose en un caso la meta para el 2011.)					
El RPR 8.1 está en curso. Los logros incluyen la publicación de una sinopsis de política sobre el agua y el saneamiento y un informe sobre la vulnerabilidad al cambio climático. En 12 países de la Región se realizó el Análisis Mundial y Evaluación del Agua Potable y el Saneamiento (GLAAS). Se promovió la cuarta edición de las <i>Guías de la OMS para la Calidad del Agua Potable</i> a fin de facilitar la consecución del ODM 7.					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
8.1.1: Número de evaluaciones nuevas o actualizadas de los riesgos	3	4	6	7	Se excedió la meta para el 2011. Se hicieron evaluaciones en COL, GUY y SUR.

ambientales o de la carga de enfermedad por causas ambientales realizadas anualmente					
8.1.2: Número de acuerdos ambientales internacionales cuya ejecución es apoyada por la OSP	5	5	8	6	Se excedieron las metas para el 2011 y para el 2013. Se ejecutaron acuerdos sobre el cambio climático, la seguridad de los productos químicos y el Programa 21, con el apoyo de la OSP.
8.1.3: Número de países que aplican normas, lineamientos o directrices de la OMS sobre salud ocupacional o ambiental	18	21	22	24	<i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, GUT, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, URU, VEN <i>Meta para el 2011:</i> ANI, ELS, GUY, JAM Se excedió la meta para el 2011. Todos los países de la línea de base mantuvieron sus logros, y los cuatro países previstos en la meta para el bienio 2010-2011 cumplieron el indicador (ANI, ELS, GUY y JAM). TRT realizó un proyecto para controlar los peligros biológicos y el bioterrorismo y planea continuarlo el próximo bienio.
8.1.4: Número de países que aplican las directrices de la OMS sobre el agua potable hacia el cumplimiento del ODM 7	10	11	12	14	<i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BLZ, BRA, CHI, COL, ECU, MEX, PAN, URU, VEN <i>Meta para el 2011:</i> GUT, TRT Se alcanzó y se excedió la meta para el 2011. Los dos países previstos en la meta (GUT y TRT) cumplieron el indicador durante este bienio. Otros 16 países que no estaban previstos en la meta trabajaron en relación con este indicador.
8.2: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para realizar intervenciones de prevención primaria que reduzcan los riesgos de salud ambiental, aumenten la seguridad y promuevan la salud pública, incluso en entornos específicos y en grupos vulnerables (por ejemplo, niños y adultos mayores).					En curso
Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta del indicador del RPR, excediéndose las metas para el 2011 y para el 2013.)					
El RPR 8.2 está en curso. Se hicieron adelantos importantes en diversas áreas clave, como vivienda saludable, seguridad del agua y saneamiento, salud y seguridad ocupacionales y participación comunitaria, principalmente en zonas rurales. Otro logro fue la participación de 25 países en iniciativas encaminadas a proteger la salud de los					

trabajadores de salud, incluidos los programas nacionales de prevención de pinchazos y el aumento de la cobertura de vacunación contra la hepatitis B.					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
8.2.1: Número de países que han puesto en marcha las intervenciones de prevención primaria para la reducción de los riesgos ambientales para la salud en el lugar de trabajo, el hogar o zonas urbanas	7	8	12	10	<p><i>Línea de base del 2009:</i> BRA, CHI, DOR, PER, TRT, URU, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> BLZ, ECU, GUT</p> <p>Se excedieron las metas para el 2011 y para el 2013. De los países previstos en la meta, tres la alcanzaron (BLZ, ECU y GUT) y dos de los países incluidos en la meta para el 2013 la alcanzaron antes de lo previsto (ARG y COL). Además, 18 países que no estaban previstos en la meta trabajaron para cumplir este indicador durante el bienio.</p>
8.3: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para fortalecer la formulación de políticas de salud ocupacional y ambiental, la planificación de intervenciones preventivas, la prestación de servicios y la vigilancia.					En curso
Evaluación del RPR					
(Se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR, excediéndose en un caso la meta para el 2011 y para el 2013.)					
El RPR 8.3 está en curso. Se proporcionó apoyo logístico y técnico para mejorar los servicios de salud ocupacional y ambiental y los sistemas de vigilancia en 20 países. Se renovó la Red de Centros Colaboradores de la OPS/OMS sobre Salud Ocupacional, a la cual se incorporaron varias instituciones nuevas, en particular de países latinoamericanos, lo cual demuestra que el reconocimiento de estos centros y el compromiso con su labor de ayuda y colaboración para mejorar la salud de los trabajadores valen la pena.					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
8.3.1: Número de países que reciben apoyo técnico y logístico para la elaboración y ejecución de políticas de fortalecimiento de los servicios de salud ocupacional y ambiental, y la vigilancia	8	17	17	20	<p><i>Línea de base del 2009:</i> BRA, CHI, DOR, ECU, PER, TRT, URU, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> ARG, BLZ, BOL, COL, FEP, GUT, GUY, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR</p> <p>Se alcanzó la meta para el 2011. De los 12 países previstos en la meta, nueve cumplieron este indicador durante el bienio (ARG, BLZ, BOL, FEP, GUT, GUY, NIC, PAN y PAR). Otros nueve países que no estaban previstos en la meta también trabajaron en relación con este</p>

					indicador durante el bienio (ANI, COR, CUB, DOM, ELS, HAI, HON, SAL y SUR). COL, MEX y JAM estarán incluidos en la meta durante el bienio 2012-2013.
8.3.2: Número de organizaciones nacionales o centros colaboradores o de referencia que ponen en práctica las iniciativas preconizadas por la OPS/OMS para reducir los riesgos ocupacionales	4	5	15	6	Se excedió la meta para el 2011. La Red de Centros Colaboradores sobre Salud Ocupacional se extendió a 15 centros durante este bienio. De estos 15 centros activos, 10 asistieron a la reunión regional de centros colaboradores convocada por SDE en Durham (Estados Unidos). La cobertura de la iniciativa del sector de la salud ha aumentado y ahora abarca 20 países, de los cuales nueve son del Caribe. En BRA, CHI, COL, COR y PER se está formulando la iniciativa para la eliminación de la silicosis, con la orientación del Instituto Nacional para la Seguridad y la Salud Ocupacionales (NIOSH) y la Red Mundial de Centros Colaboradores.

8.4: Se contará con guías, instrumentos e iniciativas para ayudar al sector salud a influir en las políticas de sectores prioritarios (por ejemplo, energía, transporte, agricultura y ganadería), evaluar el impacto en la salud, analizar los costos y beneficios de las alternativas de políticas en esos sectores y aprovechar las inversiones en otros sectores que no están relacionados con la salud para mejorar la salud.	En curso
---	-----------------

Evaluación del RPR
(Se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR, excediéndose en un caso la meta para el 2011.)

El RPR 8.4 está en curso. Se han formulado varias iniciativas y se han hecho consultas con otros sectores, como cursos sobre salud y turismo (para la elaboración de un manual de capacitación para instructores). Otro logro fue la traducción de *Reducción de la Vulnerabilidad de los Sistemas de Agua Potable y Saneamiento ante desastres en Centro América: Manual de Gestión de Riesgos*, con la colaboración de sectores ajenos al de la salud. Asimismo, se fortaleció la iniciativa de Vivienda Saludable y se efectuaron contribuciones al *Informe interinstitucional sobre las dimensiones sociales del cambio climático* para la Conferencia de las Partes sobre el Cambio Climático (COP 17).

Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
8.4.1: Número de iniciativas regionales, subregionales y nacionales ejecutadas en otros sectores que toman en cuenta la salud, con apoyo técnico y logístico de la	3	3	3	4	La meta para el 2011 se alcanzó el bienio pasado. Este bienio, la OPS llevó a cabo diversas iniciativas y eventos regionales y nacionales para promover las áreas del agua y el saneamiento, la salud y el turismo, y la vivienda saludable. Durante este bienio se llevó a cabo el Proyecto Regional para la Evaluación de la Gestión de Residuos Sólidos Urbanos

Oficina Sanitaria Panamericana					y se preparó el <i>Informe de la evaluación regional del manejo de residuos sólidos urbanos en América Latina y el Caribe 2010</i> .
8.4.2: Número de guías y herramientas de la OPS/OMS producidas intersectorialmente para la protección de la salud ambiental mundial	2	3	4	4	Se excedió la meta para el 2011. La OPS contribuyó al <i>Informe interinstitucional sobre las dimensiones sociales del cambio climático</i> para la Conferencia de las Partes sobre el Cambio Climático (COP 17). La OPS también produjo una versión actualizada de las <i>Directrices para el análisis de la gestión de los plaguicidas de uso en salud pública</i> .
8.5: Se habrá reforzado el liderazgo del sector salud para promover un entorno más sano y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud, respondiendo a los problemas emergentes y reemergentes de salud ambiental relacionados con el desarrollo, la evolución tecnológica, otros cambios ambientales mundiales y las pautas de producción y consumo.					En curso
Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR.)					
El RPR 8.5 está en curso. Se introdujo en los países un conjunto de instrumentos para cuantificar el desarrollo sostenible (Rio+20) y SDE organizó una Reunión Regional de Consulta en Brasil en la cual participaron 17 países. Se está preparando un informe regional como contribución a la Conferencia Rio+20.					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
8.5.1: Número de foros periódicos de alto nivel sobre salud y ambiente organizados para instancias normativas regionales e interesados directos que son apoyados por la Oficina Sanitaria Panamericana	1	3	3	4	Se alcanzó la meta para el 2011. a) Además, recibieron apoyo los siguientes foros: una reunión regional de alto nivel para Rio+20 organizada por la CEPAL; b) una reunión preparatoria regional de la OPS para Rio+20 orientada a los ministerios de salud; y c) la 16.ª Conferencia de las Partes del Convenio sobre el Cambio Climático (COP 16), organizada junto con el Gobierno de México y la OMS
8.5.2: Número de informes quinquenales corrientes sobre salud ambiental emitidos por la Oficina Sanitaria Panamericana, que	N/C	1	1	2	Se alcanzó la meta para el 2011. Se terminó de preparar un borrador de <i>Salud en las Américas</i> .

incluyen los factores impulsores y las tendencias clave de la salud y sus implicaciones					
8.6: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para el desarrollo de políticas, estrategias y recomendaciones basadas en datos probatorios para identificar, prevenir y abordar problemas de salud pública resultantes del cambio climático.					En curso
Evaluación del RPR					
(Se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR, excediéndose en un caso la meta para el 2011.)					
El RPR 8.6 está en curso. El 51.º Consejo Directivo de la OPS aprobó la Estrategia y Plan de acción sobre el cambio climático y la salud, así como una resolución sobre el tema, y se pondrán en marcha actividades de capacitación y la ejecución de este plan junto con los países (por ejemplo, en Uruguay se ofreció un curso con el MERCOSUR).					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
8.6.1: Número de estudios o informes sobre los efectos en la salud pública del cambio climático publicados o copublicados por la OPS/OMS, o publicaciones revisadas por pares de autores o instituciones de Latinoamérica y el Caribe	N/C	1	2	2	Se excedió la meta para el 2011. BRA y ECU cumplieron el indicador. Algunos países más (BAH, BOL y GUY) están realizando estudios sobre el cambio climático y la salud.
8.6.2: Número de países que han ejecutado planes que permiten al sector salud responder a los efectos en la salud del cambio climático	N/C	3	3	5	<i>Línea de base del 2009: N/C</i> <i>Meta para el 2011: BOL, BRA, COR, COL, PER</i> Se alcanzó la meta para el 2011. De los cinco países previstos en la meta, tres la alcanzaron durante este bienio (COL, COR y PER). Otros países y entidades trabajaron en este indicador, obteniendo buenos resultados (BAR, CHI, CRB, ECU, ELS, NIC, PAR, PED y SAM). BRA llevó a cabo actividades importantes en esta área y se lo incluirá entre los países meta para el 2013.

Informe de avance hacia la consecución del OE 9

OE 9: Mejorar la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de vida, y en apoyo de la salud pública y el desarrollo sostenible				En riesgo	
Panorama del presupuesto					
Presupuesto aprobado (PP 2010-2011)	Fondos disponibles			Gasto (%)	Financiado (%)
	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Total		
\$20.941.000	\$12.846.000	15.262.061	\$28.108.061	90%	134%
Progreso realizado hacia la consecución del objetivo estratégico para el 2013					
<p>Progreso realizado hacia la consecución de las metas del indicador del objetivo estratégico en lo que se refiere a sus efectos, tal como se establece en el Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS</p> <p>Indicador 1: Porcentaje de niños menores de 5 años de edad con peso bajo en América Latina y el Caribe <i>Línea de base:</i> 7,5% en el 2002 (medido en un período de 7 años, 1995-2002) <i>Meta:</i> 4,7% para el 2013</p> <p>Las actividades llevadas a cabo como parte de este objetivo estratégico han contribuido a reducir la malnutrición en todas sus formas; la información disponible muestra una reducción anual de -0,46 del bajo peso, al pasar de 7,5% en el 2002 a 3,3% en el 2010 (Lutter CK, Chaparro CM, Muñoz S. <i>Progress towards Millennium Development Goal 1 in Latin America and the Caribbean: the importance of the choice of indicator for undernutrition</i>. Bull World Health Organ. 1 de enero del 2011; 89(1):22-30).</p> <p>Indicador 2: Porcentaje de niños menores de 5 años con baja talla para su edad en América Latina y el Caribe <i>Línea de base:</i> 11,8% en el 2005 <i>Meta:</i> 8,8% para el 2013</p> <p>En la Región de las Américas, durante las dos últimas décadas se ha observado una reducción anual de la baja talla de -0,51, al pasar de 23,7% en 1990 a 13,5% en el 2010 (Lutter CK, Chaparro CM, Muñoz S. <i>Progress towards Millennium Development Goal 1 in Latin America and the Caribbean: the importance of the choice of indicator for undernutrition</i>. Bull World Health Organ. 1 de enero del 2011; 89(1):22-30).</p> <p>Indicador 3: Porcentaje de niños menores de 5 años de edad con anemia en América Latina y el Caribe <i>Línea de base:</i> 29,3% en el 2005 <i>Meta:</i> 25,3% para el 2013</p> <p>En los últimos 10 años, la Región ha mostrado una reducción en la prevalencia de la anemia en las embarazadas (43,2% a 28,1%); sin embargo, no se observaron cambios en los menores de 5 años (34,0% y 32,9%), ni en las mujeres en edad fértil (20,3% a 21,1%). Aunque no se dispone de datos recientes sobre la carencia de vitamina A, las últimas estimaciones de la OMS indican que puede considerarse que este problema es de leve a moderado en la Región, al igual que la carencia de yodo (OPS/FCH/HL/11.3.E <i>Anemia in Latin America and the Caribbean, 2009</i>).</p> <p>Indicador 4: Porcentaje de niños menores de 5 años de edad con sobrepeso y obesos en América Latina y el Caribe, en los países que cuentan con esta información <i>Línea de base:</i> 4% en el 2003 (medido en un período de 3 años, 2000-2003) <i>Meta:</i> 4% o menos para el 2013</p>					

Aunque podría haber un aumento de los casos de sobrepeso y de obesidad en todos los grupos de edad, las estimaciones disponibles no sugieren aumentos en la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en menores de 5 años entre 1990 y el 2010 (6,8% a 6,9%) (De Onis M, Lobstein T. *Defining obesity risk status in the general childhood population: which cut-offs should we use?*. Int J of Pediatric Obesity, 2010; 5:458-460).

Indicador 5: Reducción del número de casos de enfermedades diarreicas transmitidas por los alimentos por cada 100.000 habitantes en la Región

Línea de base: 4.467 en el 2006

Meta: 4.020 para el 2013

En la Región de las Américas se calcula que se producen en promedio 1,03 casos de gastroenteritis aguda por persona al año. De acuerdo con los datos notificados en estudios de Estados Unidos, Australia y Canadá, el 26%, 32% y 36% de las gastroenteritis, respectivamente, son atribuibles a la transmisión alimentaria. Extrapolando a partir de la proporción más elevada, de 36% (situación más conservadora), se obtendría una estimación de 3.347 casos por cada 100.000 habitantes de la Región, lo cual implicaría que ya se ha alcanzado la meta establecida para este indicador.

Evaluación del objetivo estratégico en el bienio 2010-2011

Este OE está en riesgo, ya que cuatro de sus seis RPR están en curso, uno está en riesgo y uno tiene problemas. De los 14 indicadores de los RPR, en 10 se alcanzó la meta para el 2011 y en cuatro no. Cabe señalar que, de los que alcanzaron la meta, tres la excedieron en el 2011.

Logros principales

- La mayoría de los países de la Región (26 en total) han elaborado o están en proceso de llevar a la práctica mecanismos de coordinación, políticas, planes o programas intersectoriales para prevenir la malnutrición, muchos de ellos con el enfoque de seguridad alimentaria y nutricional.
- Curvas de crecimiento de la OMS adoptadas en 19 países; numerosos documentos publicados y divulgados que ilustran la situación de la Región.
- Ampliación de la red de bancos de leche humana, del número de países que monitorean el Código y renovación del compromiso con la Iniciativa Hospitales Amigos del Niño.
- Adopción de lineamientos para la implantación de sistemas de monitoreo interno y externo de los programas de fortificación de alimentos; revisión de los programas de fortificación de la sal en Centroamérica y del azúcar en ECU y DOR; reconocimiento por los países de acuerdos mundiales, regionales y subregionales para la prevención de enfermedades crónicas relacionadas con el régimen alimentario

Retos principales

- Promover el acercamiento con las contrapartes del ministerio de salud y otros sectores para establecer las prioridades nacionales, establecer el vínculo con el RPR y el indicador del plan de trabajo y señalar actividades, productos y servicios que formen parte del plan de trabajo de nuestras contrapartes.
- Mantener varias actividades simultáneamente y asegurar un producto final de calidad. Lograr resultados positivos en términos de financiamiento de las numerosas propuestas redactadas. Es importante mejorar las bases de datos sobre procesos nutricionales de los niños más pequeños (línea de base de la iniciativa Hospitales Amigos de la Lactancia y otras políticas de alimentación infantil) para motivar a los países a seguir mejorando sus programas.
- Movilizar la voluntad política y procurar la asignación presupuestaria para incorporar indicadores del estado nutricional en los sistemas de vigilancia de la salud; movilizar recursos para promover y apoyar la investigación y la publicación de información basada en datos probatorios.

Enseñanzas

Aparte de prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH, tanto el tema de la infección por el VIH como el de las emergencias y la nutrición no son una prioridad para la mayoría de los países. Se ha hecho patente la necesidad de mejorar la coordinación con los servicios de salud, a fin de movilizar recursos nacionales y orientarlos a mejorar la calidad y la cobertura de los programas de nutrición. Cabe señalar que el número de indicadores nutricionales es muy elevado en relación con los recursos humanos disponibles para su recopilación.

Informe de avance sobre los RPR del OE 9

9.1: Se habrán establecido asociaciones y alianzas, formado líderes y coordinado y creado redes con todas las partes interesadas a nivel nacional, regional y mundial para fomentar las actividades de promoción y comunicación, estimular la acción intersectorial y aumentar las inversiones en nutrición, inocuidad de los alimentos y seguridad alimentaria.

En curso

Evaluación del RPR

(Se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR.)

Prácticamente la mayoría de los países de la Región han elaborado o están en proceso de aplicación de mecanismos de coordinación, políticas, planes o programas intersectoriales para prevenir la malnutrición, muchos de ellos con el enfoque de seguridad alimentaria y nutricional. La Estrategia regional y el plan de acción sobre la nutrición para la salud y el desarrollo 2006-2015, la Estrategia y plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica y la Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo han servido de marco de referencia para incorporar el enfoque de los determinantes sociales en las iniciativas de los países. Cada vez más se reconoce la necesidad de establecer estructuras de coordinación supraministeriales que incluyan, además del ministerio de salud, a los ministerios del ambiente, vivienda, educación, agricultura, comercio, economía, hacienda, trabajo y desarrollo. Asimismo, se constata la necesidad de compartir experiencias entre los países y de favorecer la cooperación entre ellos.

Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
9.1.1: Número de países que cuentan con mecanismos institucionalizados de coordinación para promover enfoques y medidas intersectoriales en las esferas de la inocuidad de los alimentos, seguridad alimentaria y nutrición	23	26	26	30	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GUT, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, URU, USA, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> BAH, BAR, GUY, TRT</p> <p>Además de los 23 países que alcanzaron la meta en el 2009, otros tres países la alcanzaron en el 2011, con notables avances en la ejecución de políticas o programas intersectoriales: GUY y TRT, inicialmente indicados como países previstos en la meta, y HAI. Aunque BAH y BAR no se vincularon al indicador, realizaron importantes avances en la formulación de políticas intersectoriales para abordar el sobrepeso y la obesidad.</p>

9.1.2: Número de países que han ejecutado intervenciones en materia de nutrición, inocuidad de los alimentos y seguridad alimentaria	15	20	23	25	<p>Línea de base del 2009: ARG, BLZ, BRA, CHI, COL, COR, ECU, ELS, FEP, GUT, GUY, HON, MEX, PAN, TRT</p> <p>Meta para el 2011: CUB, NIC, PER, URU, VEN</p> <p>Los cinco países (CUB, NIC, PER, URU, VEN) alcanzaron la meta y avanzaron en la ejecución de programas o intervenciones intersectoriales en materia de nutrición, inocuidad de los alimentos y seguridad alimentaria; BOL, DOR, PAR también alcanzaron la meta.</p>
--	----	----	----	----	---

9.2: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para aumentar su capacidad de evaluar y responder a todas las formas de desnutrición y las enfermedades zoonóticas y no zoonóticas transmitidas por los alimentos, y de promover hábitos alimentarios saludables.	En curso
--	-----------------

Evaluación del RPR
(Se alcanzó la meta del indicador del RPR, excediéndose en un caso la meta para el 2011.)

Tanto los países de la meta como los de la línea de base avanzaron en la adopción de guías y normas, especialmente las relacionadas con la inocuidad de los alimentos y los sistemas de vigilancia de las enfermedades transmitidas por alimentos. En términos generales, las guías o normas para evaluar y responder a las principales deficiencias nutricionales se abordan como parte de otros indicadores.

Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
9.2.1: Número de países que aplican normas y guías sobre nutrición e inocuidad de los alimentos, según los mandatos mundiales y regionales	19	25	26	30	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, DOR, ELS, GUT, HON, JAM, NIC, PAN, PAR, PER, SAL</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> CUB, ECU, GUY, HAI, MEX</p> <p>Dado que, además de cinco de los siete países incluidos inicialmente en la meta (CUB, ECU, GUY, HAI, MEX), DOM y SAV, países previstos en la meta para el 2013, también la alcanzaron, se considera que se cumplió el indicador. Asimismo, ANI realizó notables avances.</p>

9.3: Se habrá fortalecido el seguimiento y la vigilancia de las necesidades, así como la evaluación de las respuestas en la esfera de la seguridad alimentaria, la nutrición y las enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación, y se habrá mejorado la capacidad para determinar las mejores opciones en materia de políticas.					En riesgo
Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta de dos de los tres indicadores del RPR.)					
<p>La Región ha realizado un notable progreso en materia de información nutricional accesible, con lo cual un número creciente de países ya utilizan los patrones de crecimiento de la OMS y disponen de 1) encuestas nutricionales nacionales (BEL, COL, DOR, GUT, MEX); 2) actualizaciones de las encuestas de demografía y salud (ELS, GUT, PER); 3) datos provenientes de sistemas de vigilancia nutricional (ELS, GUT, PAN, PAR); y 4) información actualizada sobre los programas de prevención de las carencias de yodo (PAN).</p> <p>Sin embargo, el principal reto es movilizar la voluntad política para asegurar una asignación presupuestaria sostenible que permita, por un lado, incorporar indicadores del estado nutricional en los sistemas de vigilancia de la salud y, por el otro, respaldar la investigación y la publicación de información basada en datos probatorios. La insuficiencia de recursos financieros, asociada a la falta de capacidad de la contraparte nacional para movilizar recursos, ha retrasado la ejecución de las actividades programadas.</p>					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
9.3.1: Número de países que han adoptado y ejecutado las normas de la OMS relativas al crecimiento de los niños	16	20	19	25	<p>Línea de base del 2009: ARG, BOL, BRA, CHI, COL, COR, DOR, ECU, ELS, GUT, HON, NIC, PAN, PAR, URU, VEN</p> <p>Meta para el 2011: BLZ, GUY, HAI, PER</p> <p>Aun cuando los cuatro países están vinculados, sólo tres (BLZ, GUY, PER) alcanzaron la meta. HAI informó que no la había alcanzado pero que había hecho un progreso notable, como el diseño y la distribución de un nuevo carnet de salud que incorpora los nuevos estándares.</p>
9.3.2: Número de países que tienen datos de vigilancia representativos a nivel nacional acerca de una forma importante de desnutrición	15	20	21	22	<p>Línea de base del 2009: ARG, BOL, CAN, CHI, COR, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PER, SAL, URU, USA, VEN</p> <p>Meta para el 2011: BLZ, COR, CUB, ECU, ELS, GUT, HAI, PAR</p> <p>Se alcanzó la meta en 21 países: aunque de los 15 de la línea de base 2009, COR informó que no la había alcanzado, seis países previstos en la meta para el 2011 (BLZ, CUB, ELS, GUT, ECU, PAR) la alcanzaron y lo mismo hizo COL, que estaba incluida en la meta para el 2013. Es necesario redoblar el apoyo a HAI para que avance en el logro de este resultado.</p>

9.3.3: Número de países que producen información basada en pruebas científicas en materia de nutrición y seguridad alimentaria	15	20	20	22	<p>Línea de base del 2009: ARG, BAR, BLZ, CAN, CHI, COL, COR, DOR, ELS, GUT, JAM, MEX, NIC, PAN, USA</p> <p>Meta para el 2011: ECU, HON, PAR, PER, VEN</p> <p>Se alcanzó la meta en 20 países: 15 de la línea de base, cuatro que estaban incluidos en la meta para el 2011 (HON, PAR, PER, VEN) y uno que estaba incluido en la meta para el 2013 (BRA). ECU no se vinculó al indicador pero avanzó en la publicación sobre el estado nutricional del adulto mayor.</p>
--	----	----	----	----	--

9.4: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para la elaboración, el fortalecimiento y la ejecución de planes y programas de nutrición encaminados a mejorar la nutrición a lo largo de toda la vida, en situaciones tanto de estabilidad como de emergencia.	En problemas
---	---------------------

Evaluación del RPR

(Se alcanzó la meta de dos de los cinco indicadores del RPR, excediéndose incluso la meta para el 2011, pero no se alcanzó la meta de tres indicadores.)

En términos generales, la Región está progresando muy lentamente hacia políticas públicas que garanticen la existencia de programas nacionales de nutrición con un enfoque de ciclo de vida. Los obstáculos principales son la percepción de que este tema no es prioritario y su ausencia consiguiente de la agenda de política de muchos gobiernos.

No obstante, entre los logros más significativos cabe señalar los siguientes:

- la campaña para promover la lactancia materna que se llevó a cabo como parte de la Copa Mundial de Fútbol;
- el aumento del número de bancos de leche materna;
- la reactivación de la iniciativa en pro de los hospitales “amigos del lactante”;
- la adopción de directrices para la implantación de sistemas de vigilancia internos y externos para los programas de fortificación de alimentos;
- el examen de los programas de fortificación de la sal en los países centroamericanos y del azúcar en Ecuador y la República Dominicana; y
- el reconocimiento por los países de acuerdos mundiales, regionales y subregionales para la prevención de las enfermedades crónicas relacionadas con el régimen alimentario.

Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
9.4.1: Número de países que han ejecutado al menos tres medidas de alta prioridad recomendadas en la Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño.	12	17	19	20	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BLZ, BOL, COL, ELS, GUT, GUY, HON, NIC, PAR, PER, SAV</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> COR, DOR, ECU, PAN, TRT, VEN</p> <p>Los seis países (COR, DOR, ECU, PAN, TRT, VEN) alcanzaron la meta y avanzaron en el cumplimiento del indicador, al igual que lo hizo MEX. El</p>

					logro más importante es el aumento del número de bancos de leche que se han establecido y están funcionando, además de los informes de monitoreo del Código y la certificación de hospitales amigos del niño.
9.4.2: Número de países que han ejecutado estrategias para la prevención y el control de las carencias de micronutrientes	16	21	19	25	<p>Línea de base del 2009: ARG, BAH, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, DOR, ELS, GUT, HON, JAM, NIC, PAN, PER</p> <p>Meta para el 2011: ABM, DOM, ECU, GUY, PAR, VEN</p> <p>De 21 países necesarios, faltarían dos, ya que sólo tres de los cinco países previstos en la meta del 2011 (ECU, PAR, VEN) cumplieron el indicador. GUY no pudo avanzar porque el proyecto no fue aprobado. ABM y DOM no se vincularon. HAI avanzó en la revisión de los programas de fortificación, especialmente el de harina de trigo.</p>
9.4.3: Número de países que han elaborado programas nacionales para ejecutar estrategias de promoción de prácticas alimentarias saludables a fin de prevenir las enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación	16	19	21	25	<p>Línea de base del 2009: ARG, BAH, BLZ, BRA, CHI, COL, COR, ELS, GUT, HON, JAM, NIC, PAN, PER, URU, VEN</p> <p>Meta para el 2011: ABM, ANI, BOL, DOM, DOR, ECU, FEP</p> <p>En 20 países se alcanzó la meta. Lamentablemente, BLZ, en la línea de base, dijo que no la había alcanzado. Cinco de siete países previstos en la meta para el 2011 (ANI, BOL, DOM, DOR, ECU) la alcanzaron, al igual que SAL. Sin embargo, ABM y FEP no se vincularon. Cabe señalar que los países del Caribe avanzaron notablemente en el debate sobre políticas para prevenir las enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación.</p>

<p>9.4.4: Número de países que han incorporado intervenciones nutricionales en sus programas integrales de respuesta a la infección por el VIH/sida y otras epidemias</p>	<p>15</p>	<p>20</p>	<p>17</p>	<p>25</p>	<p>Línea de base del 2009: ARG, BAH, BLZ, BRA, CHI, COL, COR, ELS, GUT, JAM, NIC, PAN, PER, SCN, TRT</p> <p>Meta para el 2011: ANI, ECU, GRA, GUY, SAV, SUR</p> <p>Dos de seis países (GUY, SUR) alcanzaron la meta y avanzaron en el cumplimiento del indicador. ANI, ECU, GRA y SAV se vincularon pero no fue posible que los ministerios ejecutaran las actividades previstas. Sin embargo, los tres países (ANI, GRA, SAV) tienen programadas reuniones de capacitación en materia de nutrición y de infección por el VIH que se realizarán a fines de noviembre o principios de diciembre, con el propósito de alcanzar la meta.</p>
<p>9.4.5: Número de países que tienen programas nacionales de preparación y respuesta para emergencias alimentarias y nutricionales</p>	<p>16</p>	<p>20</p>	<p>17</p>	<p>25</p>	<p>Línea de base del 2009: BAH, BLZ, BRA, CHI, COL, COR, DOR, ELS, GUT, GUY, HON, JAM, NIC, PAN, PAR, PER</p> <p>Meta para el 2011: ANI, BAR, CUB, DOM, ECU</p> <p>De los países de la línea de base, BLZ informó que no cumplió el indicador. Con respecto a los cinco países previstos en la meta para el 2011, sólo dos (CUB, ECU) la alcanzaron. ANI, BAR y DOM no se han vinculado al indicador pero han iniciado la revisión del tema.</p>
<p>9.5: Se habrán fortalecido los sistemas de vigilancia, prevención y control de las enfermedades zoonóticas y no zoonóticas transmitidas por los alimentos y de la fiebre aftosa y se habrán establecido programas de vigilancia de los peligros alimentarios.</p>					<p>En curso</p>
<p align="center">Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR.)</p>					
<p>Durante el bienio 2010-2011, se consolidó en toda la Región la colaboración intersectorial entre el sector de la salud pública, incluidos los epidemiólogos y los laboratorios clínicos, con el sector agropecuario y sus laboratorios de análisis de los alimentos. Los talleres anuales de la OMS-GFN y PulseNet han sido decisivos para este avance. Asimismo, ocho países de América del Sur están ejecutando proyectos de vigilancia integrada de la resistencia antimicrobiana, mientras que en tres países de Centroamérica están en marcha proyectos de mejora del control de la salmonela. Ecuador está ejecutando un proyecto de fortalecimiento de la vigilancia integrada de las enfermedades transmitidas por los alimentos en ocho provincias; Jamaica y Granada están terminando un documento sobre la carga de las enfermedades transmitidas por los alimentos, que servirá la base para el fortalecimiento de la capacidad de vigilancia epidemiológica en estos países.</p>					

Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
9.5.1: Número de países que han establecido o fortalecido la colaboración intersectorial para la prevención, el control y la vigilancia de las enfermedades transmitidas por los alimentos	21	23	23	30	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ANI, ARG, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ELS, GUT, MEX, NIC, PAR, PER, TRT, URU, USA, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> ECU, GRA, JAM</p> <p>Veintitrés países cumplieron el indicador, pero solamente siete países del Caribe están enviando informes al SIRVETA (BAH, BAR, CUB, DOR, TRT. También hay que notar que seis estudios de la carga de morbilidad aún no están digitados en el SIRVETA (BAR, SAL, DOM, GUY, TRT, GRA), debido a la falta de recursos, porque no fueron aprobados por los CDC.</p> <p>Medios de verificación: http://ww3.panaftosa.org.br/sirveta/ artículo de Perez et al. <i>Int J Food Microbiol.</i> 2011 (en prensa).</p>
9.5.2: Número de países sudamericanos que han alcanzado al menos el 75% de los objetivos del plan de erradicación de la fiebre aftosa en el continente	6/11	9/11	9/11	11/11	<p><i>Línea de base del 2009:</i> CHI, COL, GUY, PAR, PER, URU</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> ARG, BOL, BRA</p> <p>Se considera que se cumplió el indicador, dado que los nueve países así lo han indicado. Sin embargo, cabe destacar que PAR declaró emergencia sanitaria en materia de fiebre aftosa el 19 de septiembre del 2011 y suspendió temporalmente su situación de país libre de la enfermedad.</p>
9.6: Cooperación técnica con los comités nacionales del Codex Alimentarius y la Comisión del Codex de América Latina y el Caribe.					En curso
Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta del indicador del RPR.)					
Todos los países continúan procesando su normativa relacionada con la inocuidad de los alimentos de acuerdo con el Codex.					

Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
9.6.1: Número de países que han adoptado las resoluciones de las reuniones del Codex Alimentarius	40	40	40	40	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, FDA, FEP, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, PUR, SAL, SAV, SCN, SUR, TRT, URU, USA, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> Mantenimiento</p> <p>Los 40 países indicados en la línea de base continúan rigiéndose en materia de inocuidad de los alimentos por la normativa del CODEX</p>

Informe de avance hacia la consecución del OE 10

OE 10: Mejorar la organización, gestión y prestación de los servicios de salud				En curso	
Panorama del presupuesto					
Presupuesto aprobado (PP 2010-2011)	Fondos disponibles			Gasto (%)	Financiado (%)
	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Total		
\$39.960.000	\$7.904.000	\$12.779.088	\$20.683.088	83%	52%
Progreso realizado hacia la consecución del objetivo estratégico para el 2013					
<p>Progreso realizado hacia la consecución de las metas del indicador del objetivo estratégico en lo que se refiere a sus efectos, tal como se establece en el Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS</p> <p>Indicador 1: Porcentaje de la población rural que vive a más de una hora de distancia de un centro de atención del primer nivel, en los seis países de la Región donde se hizo un estudio <i>Línea de base:</i> 10,6% en el 2004 <i>Meta:</i> 7% para el 2013</p> <p>Indicador 2: Porcentaje de la población cubierta por la red de atención de salud, en los seis países de la Región donde se hizo un estudio <i>Línea de base:</i> 30% en el 2004 <i>Meta:</i> 40% para el 2013</p> <p><i>Nota:</i> La red de atención de salud incluye todos los servicios de salud (públicos, seguridad social, comunitarios, privados, etc.) del país respectivo.</p> <p>Los 10 indicadores de los efectos de este objetivo estratégico se basaron en los estudios sobre la exclusión en el campo de la salud realizados en seis países de las Américas (Ecuador, Guatemala, Honduras, Paraguay, Perú y República Dominicana) entre el 2001 y el 2003 por equipos nacionales, usando un análisis econométrico de la exclusión basada en las variables sanitarias en los países. Dos de los indicadores usados en estos estudios fueron seleccionados como indicadores de los efectos del OE 10. Los datos para estos indicadores provinieron de una variedad de fuentes (encuestas demográficas, estadísticas de organizaciones internacionales e informes de país).</p> <p>Sin embargo, esos estudios no se han repetido y, por lo tanto, en este momento no es fácil obtener datos para informar sobre el progreso realizado en relación con estos indicadores. Un indicador que podría usarse para mostrar dónde se encuentra la Región en cuanto a la cobertura de servicios de salud es la "cobertura de poblaciones por proveedor del sector de la salud, países de las Américas, años seleccionados", compilado para <i>Salud en las Américas 2012</i>. Esa información se incluirá en la versión definitiva del informe que se presentará en septiembre del 2012 en la 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana.</p> <p>El progreso realizado en relación con el OE 10 también puede cuantificarse usando indicadores de los resultados en materia de salud que son sumamente sensibles a la accesibilidad y la cobertura de los servicios de salud, como la reducción de las tasas de mortalidad materna y neonatal, en relación con los cuales la Región progresó significativamente en 2010-2011, como se informa en relación con el OE 4.</p>					

Evaluación del objetivo estratégico en el bienio 2010-2011

Los tres RPR están en curso y se alcanzó la meta de seis de los siete indicadores. En términos generales, se avanzó mucho en la mejora de la organización, gestión y prestación de servicios de salud en la Región de las Américas. Los países han avanzado en la implementación de sistemas basados en la atención primaria de salud, la integración de redes de servicios de salud y la ejecución de programas de calidad de la atención y seguridad del paciente.

Logros principales

- Se han hecho grandes avances en la renovación de la APS, con la creación de una comunidad de práctica sobre APS (plataforma virtual), una evaluación regional de la APS, la elaboración de un marco y método analítico para evaluar el desempeño del sistema de salud a través de la lente de la APS y un curso virtual sobre APS en inglés por medio del Campus Virtual de Salud Pública.
- Se prepararon cinco manuales para facilitar la implementación de las redes integradas de prestación de servicios de salud. Se revitalizó la cooperación técnica en los hospitales en el marco de estas redes a nivel mundial, regional y nacional, incluida una propuesta de una agenda regional sobre los hospitales.
- En los países del Caribe de habla inglesa se están realizando avances importantes en relación con la iniciativa de las funciones esenciales de salud pública. Las evaluaciones de seguimiento realizadas en el bienio 2010-2011 muestran que se realizó un progreso sustancial en comparación con las evaluaciones anteriores.
- Los países están avanzando en la integración de programas verticales en sus sistemas de salud. En particular, se está trabajando para integrar programas de salud mental en la APS, especialmente en el Caribe de habla inglesa (Antigua y Barbuda, Barbados, Dominica, Granada, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas y Trinidad y Tabago).
- Se reactivó la estrategia para la calidad de la atención y la seguridad del paciente, llevándose a cabo varias actividades durante el bienio. Entre otras cosas, se hizo una compilación de las leyes de los países latinoamericanos sobre este tema, se ofreció un curso piloto virtual y se hizo una revisión sistemática de los efectos adversos en la atención primaria.

Retos principales

- Es necesario mejorar y continuar la integración de las ENT y sus factores de riesgo comunes, así como otros programas, a fin de introducir plataformas transversales y reducir las desventajas de los enfoques verticales. El equipo interinstitucional sobre el modelo de atención podría ayudar a afrontar este desafío.
- Es necesario movilizar más recursos para apoyar iniciativas regionales tales como las funciones esenciales de salud pública y la metodología de gestión productiva de los servicios de salud, entre otros temas que no atraen mucho financiamiento de donantes.
- Hay que integrar enfoques interculturales en las políticas y los sistemas de salud (no se alcanzó la meta del único indicador de RPR de este objetivo estratégico).
- Es necesario integrar la calidad de la atención y la seguridad del paciente en los programas de salud, y no considerarlas simplemente como otros componentes separados.
- Existen dificultades con respecto a la interpretación de los temas que deberían abordarse en diferentes indicadores de los RPR (en particular con respecto a los indicadores 10.1.1 y 10.1.4). Debería haber un diálogo permanente entre el nivel regional y las representaciones a fin de aclarar el alcance de cada indicador.

Enseñanzas

- La mayoría de los países siguen evaluando las funciones esenciales de salud pública sin elaborar planes específicos para fortalecer las funciones que es necesario abordar. El nivel regional puede desempeñar un papel importante al prestar apoyo a los países en la elaboración de programas para fortalecer las funciones esenciales de salud pública, basándose en las experiencias fructíferas (como la del Brasil).

- Los procesos de integración son difíciles y complejos, llevan tiempo y requieren extensos cambios sistémicos. La integración no significa que todos los componentes de la red deben integrarse en una única modalidad, ya que en un sistema pueden coexistir distintas modalidades y grados de integración. La enseñanza extraída es que los países requieren directrices operativas para la implementación de redes integradas de prestación de servicios de salud; un primer paso en esta dirección es la elaboración de cinco manuales para apoyar los procesos de integración.
- La experiencia hasta el momento indica que hay que instar a los países de la línea de base a vincularse a los indicadores y tomar medidas propias para mantener el progreso realizado. De lo contrario, quizá se produzcan retrocesos.

Informe de avance sobre los RPR del OE 10

10.1: Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para dar acceso equitativo a servicios de atención de salud de buena calidad, haciendo hincapié en los grupos vulnerables de la población.					En curso
Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta de tres de los cuatro indicadores del RPR, excediéndose en un caso la meta para el 2011.)					
<p>En términos generales, se ha avanzado mucho en la implantación de sistemas de salud basados en la APS en la Región de las Américas. A nivel de país, muchos países están promoviendo la renovación de la APS y adoptando la planificación y los informes en el ámbito de la salud, los sistemas de información sanitaria, la reorganización de los servicios de salud y la capacitación del personal de salud usando un enfoque de APS. También ha habido adelantos importantes en la evaluación de las funciones esenciales de salud pública y la integración de programas verticales en el sistema de salud. A nivel regional, se ha realizado un gran progreso en la formulación de opciones de política y de estrategias para realizar las cuatro reformas de la APS descritas en el <i>Informe sobre la salud en el mundo 2008</i>: establecimiento de un marco y una metodología para la evaluación del desempeño del sistema de salud a través de la lente de la APS, evaluación de la situación de la APS en las Américas, organización de una comunidad de práctica sobre APS y documentación de las enseñanzas de la integración de programas para combatir enfermedades específicas en los sistemas de salud. Se ha progresado moderadamente en la incorporación del enfoque intercultural en los sistemas de salud.</p>					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
10.1.1: Número de países que documentan el fortalecimiento de sus sistemas de salud basados en la atención primaria de salud, de acuerdo con la Declaración de Montevideo y el Documento de posición de la OPS/OMS	18	21	21	23	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ABM, UN NI, ARG, BAR, BRA, CHI, COR, CUB, DOM, ECU, GRA, GUT, NIC, SAL, SAV, SCN, URU, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> PAN, PAR, PER</p> <p>PAN, PAR y PER alcanzaron la meta para el 2011. También se avanzó en BAR, BRA y URU. Se está evaluando la aplicación de la estrategia de renovación de la APS, con la participación de 20 Países Miembros. Los resultados se publicarán en el 2012.</p>

10.1.2: Número de países que muestran avances en el desempeño de su función rectora medida por medio de la evaluación de las Funciones Esenciales de Salud Pública	8	11	11	14	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BAR, BRA, COL, GUY, MEX, NIC, PAR</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> ELS, PER, SCN</p> <p>ELS, PER y SCN alcanzaron la meta. Aunque SCN todavía no ha ejecutado su plan de mejoras, las funciones esenciales de salud pública han mejorado claramente en el país, como puede observarse en las cuantificaciones realizadas este año en la segunda evaluación, a diferencia de la evaluación anterior.</p>
10.1.3: Número de países que han integrado un enfoque intercultural en la elaboración de políticas y sistemas de salud basados en la atención primaria de salud	3	5	4	8	<p><i>Línea de base del 2009:</i> BOL, ECU, GUT</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> CUB, VEN</p> <p>CUB alcanzó la meta pero VEN no lo hizo.</p>
10.1.4: Número de países que usan la estrategia renovada de atención primaria de salud en sus programas de atención basados en la población y en las iniciativas de control de las enfermedades prioritarias	N/C	6	7	12	<p>Línea de base del 2009: N/C</p> <p>Meta para el 2011: BLZ, BRA, CHI, COR, CUB, ECU, PER</p> <p>BLZ, BRA, CHI, COR, CUB, ECU y PER cumplieron el indicador, excediendo la meta para el 2011. Unos 18 países más informan que avanzaron. Varios países han estado trabajando para aplicar la estrategia de APS a fin de fortalecer los servicios de salud mental.</p>

10.2: Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para la ejecución de estrategias de fortalecimiento de la gestión en los servicios de salud e integración de la prestación de servicios de salud, incluidos los proveedores públicos y no públicos.

En curso

Evaluación del RPR

(Se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR, excediéndose en un caso la meta para el 2011 y para el 2013.)

Con los logros combinados de las representaciones de la OPS en los países, el equipo regional y sus colaboradores externos, este ha sido un bienio de grandes progresos en el fortalecimiento de la organización y gestión de los servicios de salud en la Región. Los Estados Miembros han adoptado plenamente las redes integradas de prestación de servicios de salud como marco decisivo para los servicios de salud. Además, HSS/ES terminó de preparar un curso virtual de cinco módulos sobre la metodología de gestión productiva

<p>de los servicios de salud. Se hizo un análisis de la situación de los servicios médicos de urgencia en 14 países. Hay programas de intervención estratégica en dos hospitales (en Ecuador y El Salvador) que utilizan el marco y los instrumentos de la metodología de gestión productiva de los servicios de salud. Por último, se lanzó la iniciativa para la elaboración de una agenda regional para los hospitales en las redes integradas de prestación de servicios de salud. Los logros reflejados en este informe y el trabajo realizado por HSS/IS de promoción del marco de la OPS, a nivel tanto regional como mundial, están teniendo grandes repercusiones.</p>					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
10.2.1: Número de países que han ejecutado estrategias para fortalecer la gestión en los servicios de salud	14	17	17	20	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ABM, ANI, BAH, BLZ, CHI, COL, COR, ECU, ELS, GUT, NIC, PAN, PER, TRT</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> HON, MEX, SAL</p> <p>HON, MEX y SAL alcanzaron la meta. HON inició un proceso para fortalecer la gestión de los servicios de salud en uno de los hospitales del sistema de seguridad social del país. En SAL se realizó un taller sobre producción, eficiencia, recursos y costos.</p>
10.2.2: Número de países que han adoptado las recomendaciones de políticas de la OPS para integrar la redes de prestación de servicios de salud, incluidos los proveedores públicos y no públicos	9	10	15	13	<p><i>Línea de base del 2009:</i> BRA, CHI, COR, CUB, ECU, GUT, MEX, PER, URU</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> BLZ, COL, JAM, PAN, PAR, TRT</p> <p>Se excedió esta meta. Seis países cumplieron el indicador y realizaron un progreso considerable en la puesta en práctica de recomendaciones para integrar las redes de prestación de servicios de salud. A nivel regional, HSS/IS está por terminar cinco guías que facilitarán la implementación de redes integradas de prestación de servicios de salud y la documentación de las experiencias de los países y las enseñanzas de la implementación de las redes.</p>
<p>10.3: Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para fortalecer los programas de mejoramiento de la calidad de la atención, incluida la seguridad del paciente.</p>					<p>En curso</p>
<p>Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta del indicador del RPR.)</p>					
<p>Hubo adelantos significativos en este campo en la Región, con la realización de varias actividades durante el bienio. Se hizo una compilación de leyes de países latinoamericanos y de España, y se organizó un curso piloto virtual con expertos de Argentina, Colombia, Costa Rica y México. Cuando se ofreció el curso en el</p>					

Campus Virtual de Salud Pública, contó con 53 participantes de 17 países. Además, se preparó un documento sobre sistemas de notificación con la participación de ocho países de la Región. Se hizo una revisión sistemática de los efectos adversos en la atención primaria y se elaboró una propuesta de investigación de los efectos adversos en los consultorios para pacientes ambulatorios. Un reto importante es la integración de la calidad de la atención en todo el sistema de salud. Como primera medida, se celebró una reunión regional con la participación de ministerios de salud y directores de programas. El objetivo era señalar mecanismos para fortalecer la integración de la calidad de la atención en todos los sistemas de salud.

Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
10.3.1: Número de países que muestran avance en los programas de mejoramiento de la calidad de la atención, incluida la seguridad del paciente	19	22	22	24	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ABM, ANI, ARG, BAR, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOM, ECU, ELS, GRA, GUT, MEX, PER, TRT</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> DOR, PAN, SAL</p> <p>Los tres países previstos en la meta cumplieron el indicador. En DOR se hizo una evaluación de la bioseguridad en cinco hospitales prioritarios. En PAN, una red de hospitales está tomando medidas para velar por la seguridad del paciente, como el lavado de las manos, listas de verificación quirúrgica, etc. En SAL se crearon programas de atención de buena calidad para los servicios de salud regionales del país y los hospitales San Judas, Victoria y Tapion. En casi todos los países de la Región se ha avanzado con el programa de calidad de la atención y seguridad de los pacientes.</p>

Informe de avance hacia la consecución del OE 11

OE 11: Fortalecer el liderazgo, la gobernanza y la evidencia científica de los sistemas de salud				En curso	
Panorama del presupuesto					
Presupuesto aprobado (PP 2010-2011)	Fondos disponibles			Gasto (%)	Financiado (%)
	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Total		
\$42.482.000	\$30.227.000	\$9.545.179	\$39.772.179	93%	93%
Progreso realizado hacia la consecución del objetivo estratégico para el 2013					
<p>Progreso realizado hacia la consecución de las metas del indicador del objetivo estratégico en lo que se refiere a sus efectos, tal como se establece en el Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS</p> <p>Indicador 1: Número de países con legislación encaminada a aumentar el acceso a la salud (servicios no personales y de salud pública) y la atención de salud <i>Línea de base:</i> 5 países en el 2007 <i>Meta:</i> 15 países para el 2013</p> <p>Además de los países de la línea de base para el 2007 y el 2009 (Argentina, Belice, Brasil, Colombia, Cuba, los departamentos franceses en las Américas, Perú y Trinidad y Tabago), Ecuador, Honduras y la República Dominicana dijeron que habían revisado su legislación. Guyana, México y Paraguay también dijeron que habían avanzado en la revisión de su legislación. En consecuencia, no se prevé que surjan problemas con la consecución de la meta para el 2013 en 15 países.</p> <p>Indicador 2: Número de países que han establecido objetivos de salud nacionales para mejorar los resultados de salud <i>Línea de base:</i> 3 países en el 2007 <i>Meta:</i> 10 países para el 2013</p> <p>Se ha cumplido este indicador. Para el 2011, 29 países habían formulado políticas y planes de mitad de período y a largo plazo o habían definido objetivos nacionales en materia de salud. Será importante mantener y vigilar estas políticas, planes y objetivos y mantenerlos actualizados durante el próximo bienio.</p> <p>Indicador 3: Número de países que han ejecutado el seguimiento y la evaluación del desempeño de los sistemas de información sanitaria según las normas de la OPS/OMS y la Red de Sanimetría <i>Línea de base:</i> 3 países en el 2007 <i>Meta:</i> 15 países para el 2013</p> <p>En el 2011, 10 países realizaron el seguimiento y la evaluación del desempeño de los sistemas de información sanitaria. Por lo tanto, este indicador está en curso para alcanzar la meta para el 2013.</p> <p>Indicador 4: Número de países que incorporan la gestión de los conocimientos y las estrategias de salud basadas en la tecnología para fortalecer sus sistemas de salud <i>Línea de base:</i> 10 países en el 2007 <i>Meta:</i> 20 países para el 2013</p> <p>Este indicador está en curso para alcanzar la meta de que 20 países hayan incorporado la gestión de los conocimientos y estrategias de salud basadas en la tecnología para fortalecer sus sistemas de salud para fines del 2013 (indicador 4), considerando en particular que 12 países ya lo hicieron para el 2011.</p> <p>Indicador 5: Número de países que cumplen el compromiso contraído en la Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud de México de dedicar al menos 2% del presupuesto de salud pública a la</p>					

investigación

Línea de base: 0 países en el 2006

Meta: 10 países para el 2013

Canadá y Estados Unidos ya han alcanzado esta meta en las Américas. Para el 2005, Argentina, Chile, Cuba, México, Panamá y Venezuela estaban haciendo las mayores inversiones en investigaciones sanitarias para el desarrollo como porcentaje de su gasto nacional en salud (entre 0,65% y 1,35%, aproximadamente). Desde la Cumbre de México se ha observado una tendencia positiva en países como Argentina, Brasil y México. Los países están quedando peligrosamente a la zaga en la consecución de la meta para el 2013 y necesitarán no solo más apoyo para cumplir este indicador, sino también un mayor compromiso nacional con la consecución de esta meta.

Evaluación del objetivo estratégico en el bienio 2010-2011

El OE 11 está en curso, con sus cinco RPR en curso, habiéndose alcanzado las metas de sus 14 indicadores para el 2011. Hubo adelantos importantes en 2010-2011, al mismo tiempo que se mantuvo el progreso realizado con el fortalecimiento de los sistemas de información sanitaria, los análisis y las bases de datos, así como la creación o el mantenimiento de diferentes plataformas para facilitar el acceso a la información sanitaria y su intercambio en todos los niveles. No se prevén dificultades para alcanzar las metas para el próximo bienio, siempre que haya recursos suficientes para proporcionar la cooperación técnica necesaria, especialmente para las iniciativas que requieran un gran apoyo regional, y que los países sigan esforzándose para mantener y ampliar los avances realizados.

Logros principales

- Con respecto a los indicadores 11.1.1, 11.2.1, 11.2.2, 11.3.1, 11.3.4 y 11.5.3 de los RPR, entre los principales logros cabe señalar el examen de marcos legislativos, el mantenimiento de datos sanitarios básicos, la actualización y el aumento del uso de bases de datos sobre mortalidad y natalidad, la elaboración oportuna de análisis de la situación sanitaria por todos los países para publicarlos en *Salud en las Américas 2012*, el seguimiento de los indicadores de los ODM relacionados con la salud, el fortalecimiento de la Red Latinoamericana y del Caribe para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información de Salud (RELAC SIS) y el Observatorio Regional de Salud, y la cooperación técnica creciente con los países de habla inglesa del Caribe para mejorar los sistemas de información sanitaria.
- Se hicieron grandes avances en la ejecución de la Política de investigación para la salud, de la OPS, por medio de alianzas eficaces y la integración de la investigación en la cooperación técnica de la OPS. Se fortaleció la gestión de la investigación por lo menos en cinco países. Además, ahora hay datos mejor organizados y más accesibles para describir los sistemas nacionales de investigación sobre la salud en los Estados Miembros. La OPS está a la vanguardia del seguimiento y la mejora de los sistemas nacionales de investigación sanitaria, introduciendo medios para la utilización de conocimientos en la práctica y promoviendo el uso y la realización de investigaciones sobre sistemas de salud.
- Se crearon y examinaron marcos e instrumentos para el análisis de la legislación sanitaria. Algunos ejemplos son los siguientes: Uruguay aprobó una ley que contribuye a la consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud, en tanto que la República Dominicana y Honduras promulgaron leyes para fortalecer la rectoría de las autoridades sanitarias nacionales y fortalecer sus normas en materia de personal y dispositivos médicos.
- Se avanzó en la ejecución del *Programa Global de Aprendizaje: Políticas, estrategias y planes nacionales de salud* en la Región, y la OPS adaptó al contexto de la Región el material elaborado por la OMS.
- Se realizó un avance sostenido en lo que se refiere a proyectos, productos y servicios que fortalecen el papel de la Organización a nivel tanto regional como mundial como fuente autorizada de información y conocimientos relacionados con las ciencias de la salud. Cabe destacar tres iniciativas importantes emanadas de procesos colectivos, entre otras:

- 1) la estrategia de eSalud;
- 2) la estrategia de gestión del conocimiento y comunicación; y
- 3) la adopción de un modelo de redes de relaciones estratégicas.

Retos principales

- Seguir reduciendo la fragmentación de los sistemas de información sanitaria, a fin de aumentar la fiabilidad de los datos, así como su producción sistemática y regular a nivel nacional y subnacional, y de mejorar la capacidad analítica de los países. Ampliar y mejorar el acceso a la información sanitaria y su utilización para la adopción de decisiones.
- El financiamiento externo para la salud todavía está muy fragmentado o fuera del alcance de los presupuestos y planes nacionales. Por consiguiente, es necesario continuar la cooperación técnica continua para el *Programa Global de Aprendizaje: Políticas, estrategias y planes nacionales de salud en la Región*.
- Con la finalidad de ejecutar la Política de investigación para la salud, es necesario ampliar la escala de los recursos (incluido el financiamiento), las alianzas, la cooperación técnica y la integración de la investigación en la planificación y prestación de servicios de salud. Es necesario seguir prestando atención a la ejecución y el progreso de políticas, así como a los mecanismos de seguimiento y evaluación. Asimismo, hay que mejorar los indicadores y priorizar las estrategias según se establece en el plan de trabajo y en los documentos de política.
- El trabajo con las comisiones nacionales de bioética ha tropezado con dificultades políticas (en lo que se refiere tanto a su establecimiento como a su trabajo), lo cual podría obstaculizar el cumplimiento del indicador 11.4.2 (número de países con comisiones nacionales destinadas a vigilar el cumplimiento de las normas éticas en la investigación científica).

Enseñanzas

- Los países se han comprometido a mejorar la legislación sobre diferentes temas. Los talleres con grupos intersectoriales han sido un paso positivo. Sin embargo, como la revisión de leyes implica componentes técnicos y políticos, es indispensable que las representaciones de la OPS en los países den seguimiento permanentemente a este asunto a fin de lograr que se promulguen las leyes redactadas hasta el momento.
- Los robustos sistemas nacionales de investigación en salud permiten a los países aprovechar al máximo los beneficios de la investigación, y la Política de investigación para la salud, de la OPS, los fortalece con un enfoque de sistemas para su ejecución. Para eso es necesario proteger los logros, obtener recursos suficientes para la ejecución de políticas, fomentar la participación de los Estados Miembros y realizar una labor de seguimiento y evaluación. La coordinación regional y la disponibilidad de recursos estables y suficientes son esenciales para la ejecución adecuada de la Política de investigación para la salud, de la OPS, a fin de alcanzar sus objetivos.
- El papel de la OPS de fuente autorizada y centro de distribución de información y conocimientos sobre salud pública basados en datos probatorios está volviéndose cada vez más indispensable debido a la sobrecarga de información sanitaria y al mayor uso de redes sociales.
- La formación de alianzas con países y organismos desempeñó una función decisiva en el desarrollo y el lanzamiento de la Red Latinoamericana y del Caribe para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información de Salud (RELACISIS), que constituye la culminación del ciclo de cinco años de fortalecimiento y mejora de los sistemas de información sanitaria. Fue el producto de una alianza estratégica entre la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID), la OPS y MEASURE-Evaluation, con la participación activa de todos los países involucrados.

Informe de avance sobre los RPR del OE 11

11.1: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica con el fin de fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria nacional para desempeñar su función rectora; mejorar el análisis y la formulación de políticas, la regulación, la planificación estratégica y la ejecución de los cambios en los sistemas de salud; y aumentar la coordinación intersectorial e interinstitucional en los niveles nacional y local.					En curso
Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR, excediéndose en un caso la meta para el 2011.)					
<p>Se ha avanzado en tres países en el examen y la actualización de leyes en el marco de reformas constitucionales, así como en temas específicos. Se organizaron talleres y se hicieron análisis comparativos de la legislación sanitaria a fin de mejorar la formación de capacidad para la formulación de leyes sanitarias. Además, la iniciativa de políticas, estrategias y planes nacionales de salud en la Región de las Américas de la OMS ha estado avanzando de forma sostenida. Se realizaron en la Región dos talleres relacionados con la fase acelerada del <i>Programa Global de Aprendizaje: Políticas, estrategias y planes nacionales de salud</i>. Un logro importante ha sido la adaptación del material original preparado por la OMS en el marco de dicho programa a fin de que su contenido responda a las necesidades regionales. Además, se está organizando un curso virtual sobre la gestión de políticas públicas en materia de salud, que estará al alcance de los Estados Miembros en el 2012.</p>					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
11.1.1: Número de países que han actualizado la legislación y los marcos regulatorios	8	10	11	12	<p>Línea de base del 2009: ARG, BLZ, BRA, COL, CUB, FDA, PER, TRT</p> <p>Meta para el 2011: DOR, ECU</p> <p>Se ha excedido la meta. Además de los dos países previstos en la meta (DOR y ECU), un tercero (HON) cumplió el indicador. También se ha mantenido el progreso en BLZ, BRA, CUB, FDA, PER y TRT.</p>
11.1.2: Número de países que han formulado políticas, planes a mediano o largo plazo, o definido objetivos nacionales de salud	18	29	29	35	<p>Línea de base del 2009: BAR, CAN, COR, CUB, DOM, DOR, ELS, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAR, SAV, SUR, USA, VEN</p> <p>Meta para el 2011: ARG, BAH, BOL, BRA, CHI, COL, ECU, PAN, PER, TRT, URU</p> <p>La meta se alcanzó plenamente. Se avanzó en el aumento de la capacidad a nivel de las representaciones de la OPS en los países para brindar apoyo a la formulación de políticas, estrategias y planes nacionales de salud. Se realizaron dos talleres relacionados con la fase acelerada del Programa Global de Aprendizaje: Políticas, estrategias y planes nacionales de salud para AMRO.</p>

11.2: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para mejorar los sistemas de información sanitaria a los niveles regional y nacional.					En curso
Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR.)					
Se han fortalecido continuamente los sistemas de información sanitaria. Con la creación de RELACSYS fue posible ofrecer capacitación en los países y establecer directrices para un plan regional de formación de capacidad junto con los Centros Colaboradores para la Familia de Clasificaciones Internacionales. Prosiguió satisfactoriamente el trabajo con los indicadores básicos de salud en los países de habla hispana. Para el próximo bienio, uno de los retos estribará en la incorporación de los países de habla inglesa del Caribe. Una de las enseñanzas extraídas fue que el lanzamiento de RELACSYS constituyó la culminación de cinco años de esfuerzos orientados al ciclo de fortalecimiento y mejoras de los sistemas de información sanitaria, así como de una alianza estratégica entre la AID, la OPS y MEASURE-Evaluation, pero, lo que es más importante, de una alianza con todos los países interesados en este proceso.					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
11.2.1: Número de países que han ejecutado procesos para fortalecer la cobertura y calidad de sus sistemas de información de salud	7	10	10	15	Línea de base del 2009: DOR, GUT, HON, MEX, NIC, PAR, PER Meta para el 2011: BLZ, ECU, ELS La meta se alcanzó plenamente. La creación de RELACSYS permitió formar capacidad en los países que tenían las mayores lagunas y formular directrices para un plan regional de capacitación. Con el Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud se espera evaluar la cobertura y los indicadores de la calidad en el 2013, de acuerdo con la resolución respectiva. Cabe destacar las alianzas con CAREC, la AID, MEASURE-Evaluation, la ACIDI y la CEPAL a fin de administrar y financiar dicho plan.
11.2.2: Número de países que ejecutan la Iniciativa regional de datos básicos de salud	16	19	19	27	Línea de base del 2009: ARG, BLZ, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GUT, HON, MEX, NIC, PAN, PER Meta para el 2011: BOL, PAR PUR La meta se alcanzó plenamente. Prosigue satisfactoriamente el trabajo a nivel nacional con los indicadores básicos en los países de habla hispana. En las metas para el 2013, este trabajo se extenderá a los países de habla inglesa, lo cual posiblemente plantee retos con

					respecto al financiamiento, la comunicación continua con los países por medio de las representaciones de la OPS/OMS y la asignación de prioridad a este tema por los gobiernos nacionales.
11.3: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica a fin de aumentar el acceso equitativo, la difusión y la utilización de información, conocimientos y evidencias sobre la salud, destinados a la toma de decisiones.					En curso
Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta en cuatro de los cinco indicadores del RPR.)					
<p>La actualización de los capítulos sobre los países para <i>Salud en las Américas 2012</i> brindó una oportunidad excelente para vigilar el progreso realizado en la consecución de los ODM y actualizar el análisis de la situación sanitaria en todos los países de la Región. Con respecto a la Biblioteca Virtual en Salud, se alcanzó la meta. Una de las enseñanzas fue la necesidad de seguir colaborando estrechamente con las contrapartes técnicas, tanto en la Sede como en las representaciones de la OPS en los países, a fin de dar seguimiento a las metas.</p>					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
11.3.1: Número de países que actualizan el análisis de la situación sanitaria al menos cada dos años	7	9	9	10	<p><i>Línea de base del 2009:</i> BRA, CUB, ECU, FEP, MEX, NIC, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> ELS, GUY</p> <p>La meta se alcanzó plenamente. Asimismo, durante este bienio la preparación de capítulos sobre los países para <i>Salud en las Américas 2012</i> permitió que prácticamente todos los países actualizaran su análisis de la situación sanitaria.</p>
11.3.3: Número de países que tienen acceso a información y conocimientos científicos esenciales, medido por el acceso a la Biblioteca Virtual en Salud a nivel nacional y regional	15	21	23	25	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BOL, BLZ, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ELS, JAM, MEX, PER, USA</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> ECU, FEP, GUT, GUY, HON, PAR, NIC, URU</p> <p>Se excedió la meta. Además de los seis países previstos en la meta (FEP, GUT, GUY, HON, PAR, URU), ECU y NIC cumplieron el indicador. También se mantuvo el progreso en BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ELS, MEX y PER.</p>

<p>11.3.4: Número de países que monitorean los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud</p>	<p>25</p>	<p>34</p>	<p>33</p>	<p>36</p>	<p>Línea de base del 2009: ARG, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SUR, TRT, URU, VEN</p> <p>Meta para el 2011: ABM, ANI, BAH, BAR, GRA, SCN, SAL, SAV</p> <p>La meta se alcanzó plenamente en todos los países menos en uno. La actualización de los capítulos sobre los países para Salud en las Américas 2012 brindó una oportunidad excelente para dar seguimiento al progreso. A dos años del plazo para alcanzar las metas para el 2013, es probable que los países redoblen sus esfuerzos para cuantificar el progreso, aumentando la demanda de cooperación técnica para fortalecer su capacidad analítica. CAN y USA no deben contarse entre los países previstos en la meta, ya que no dan seguimiento a los ODM de la forma acordada.</p>
--	-----------	-----------	-----------	-----------	---

<p>11.4: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para facilitar la generación y transferencia de conocimientos en las áreas prioritarias, incluidas la salud pública y la investigación sobre sistemas de salud, y para velar por que los productos satisfagan las normas éticas de la OMS.</p>	<p>En curso</p>
---	------------------------

Evaluación del RPR
(Se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR, excediéndose en un caso la meta para el 2011.)

Se hicieron avances significativos en relación con este RPR, con llamados a la acción orientados a actividades concretas que condujeron a una mejora de la capacidad en las áreas de gestión y rectoría de las investigaciones, así como en la aplicación práctica de los resultados de las investigaciones a normas y procedimientos. Se formó capacidad para aprovechar la investigación sobre sistemas de salud y, por lo tanto, se cumplieron los dos indicadores para este bienio. Entre los principales logros se encuentran la organización de datos sobre la gestión y las políticas para más de 30 países y la OSP, la enumeración de las prioridades de la investigación en 26 Estados Miembros, la disponibilidad de datos sobre las normas de ética de 16 Estados Miembros y la OSP, y la existencia de más de 1.000 comités de ética, que permitieron establecer una meta relativa a la formación de capacidad a fin de mejorar las normas para la investigación. Se fortalecieron las normas para la investigación en la OSP. En actividades regionales se abordaron la calidad, la gestión, los recursos humanos, las normas y la utilización de los conocimientos en la práctica. Todo esto se hizo por medio de alianzas estratégicas (por ejemplo, conferencias sobre la investigación e innovación para la salud, la reunión regional de comisiones nacionales de bioética de las Américas, la Plataforma Internacional de Registros de Ensayos Clínicos, la red para la formulación de políticas basadas en datos probatorios en las Américas (EVIPNet Américas) y directrices para la formulación de recomendaciones técnicas con socios clave, como los centros colaboradores de la OPS/OMS.

Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
11.4.1: Número de países que cuentan con un sistema nacional de investigación en materia de salud con las características (indicadores) definidas por la OPS	2	4	5	5	Línea de base del 2009: BRA, COR Meta para el 2011: CUB, ECU, PAR Se excedió la meta. Se estableció una estructura para mejorar la gestión de las investigaciones. Hay más datos, que están mejor organizados y son más accesibles, para describir los sistemas nacionales de investigación en salud en los Estados Miembros. La OPS está a la vanguardia del seguimiento y la mejora de los sistemas nacionales de investigación en salud, introduciendo instrumentos para la utilización de conocimientos en la práctica y promoviendo el uso y el desarrollo de las investigaciones sobre sistemas de salud
11.4.2: Número de países con comisiones nacionales destinadas a vigilar el cumplimiento de las normas éticas en la investigación científica	15	18	18	20	Línea de base del 2009: ARG, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOM, ECU, MEX, PAN, PAR PER, URU, VEN Meta para el 2011: BLZ, JAM, TRT La meta se alcanzó plenamente. Se estableció la comisión de ética de BLZ, junto con las directrices. JAM tiene una Comisión Nacional de Bioética de larga data, que últimamente se ha convertido en una de las más activas de la Región. La Comisión de Bioética de TRT estará lista el año próximo. Hay dificultades para cuantificar este indicador, ya que el trabajo se hace entre la OMS (apoyo en asuntos técnicos) y la UNESCO (establecimiento de las comisiones).
11.5: La OPS será la fuente autorizada y la intermediaria en materia de información de salud pública basada en evidencia y conocimientos, suministrando conocimientos esenciales de salud y material de promoción de la causa a los Estados Miembros, a los socios en la esfera de la salud y a otros interesados directos.					En curso
Evaluación del RPR					
(Se alcanzó la meta de los tres indicadores del RPR, excediéndose en dos casos la meta para el 2011.)					
La OPS siguió avanzando con proyectos, productos y servicios que fortalecen su papel de fuente autorizada de información y conocimientos sobre ciencias de la salud a nivel tanto regional como mundial. Cabe destacar tres resultados importantes emanados de procesos colectivos, entre otros:					
<ol style="list-style-type: none"> 1) la estrategia sobre eSalud, aprobada recientemente por el 51.º Consejo Directivo de la OPS; 2) la estrategia de gestión de conocimientos y comunicación para todas las entidades de la OPS, 					

- aprobada por la Gerencia Ejecutiva; y
- 3) un modelo de redes de relaciones estratégicas, adoptado al cabo de las deliberaciones de la Reunión Anual de Gerentes en Punta Cana, que refuerza otras iniciativas, como aquellas relacionadas con la política de investigación, la formulación de una política editorial y diversas normas y procedimientos para trabajar como organización basada en conocimientos.

La plataforma regional de información sanitaria de la OPS (PHIP) está funcionando y se consolidó de la forma prevista. Un reto importante es lograr la interoperabilidad entre las principales iniciativas institucionales de la OPS, como el sitio web 2.0 de la OPS, el Campus Virtual de Salud Pública y la Biblioteca Virtual en Salud.

Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
11.5.1: Número de visitas a la página web de la OPS	30 millones	35 millones	65.1 million	40 millones	Aunque esta "meta" estaba mal definida, dado que la medición debería basarse en un análisis bibliométrico de la utilización de la información, y no solo en el número de visitas, la meta se excedió.
11.5.2: Mantener el número de países que tienen acceso a información sanitaria basada en evidencias y a material de promoción para el funcionamiento eficaz de los programas de salud, según se refleja en las estrategias de cooperación en los países	35	33	35	33	Línea de base del 2009: ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, SCN, SUR, TRT, URU, USA, VEN Meta para el 2011: Mantenimiento Se logró el mantenimiento en los 35 países.
11.5.3: Creación de la plataforma de información regional de la OPS, que integre todas las bases de datos de la OSP y la información de los asociados pertinentes en materia de salud y desarrollo	Integración de todas las bases de datos técnicos sobre la salud de la OSP	Integración de la información de los socios en el campo de la salud y el desarrollo	Sí	Plataforma creada y plenamente operativa	La plataforma regional de información sanitaria de la OPS (PHIP) está funcionando y se consolidó de la forma prevista. La plataforma integra datos de programas de salud de la OPS en toda la Organización, así como datos de socios en la labor de desarrollo tales como la División de Estadística de las Naciones Unidas, el Banco Mundial, la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), el Fondo de las Naciones Unidas

					<p>para la Infancia (UNICEF), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria (IHME). Los datos y los productos de Información de la plataforma están disponibles en el portal del Observatorio de Salud, en http://www.paho.org/rho. Véase más información en https://sites.paho.org/rho; o http://ais.paho.org.</p>
11.5.4: Número de comunidades de práctica establecidas y en uso en las entidades de la OSP	10	15	29	15	<p>La Organización ha seguido utilizando la metodología de comunidades de práctica. Cabe destacar la comunidad de práctica sobre atención primaria de salud, una de las mayores de la Organización, que se está formando actualmente.</p>

Informe de avance hacia la consecución del OE 12

OE 12: Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias					En curso
Panorama del presupuesto					
Presupuesto aprobado (PP 2010-2011)	Fondos disponibles			Gasto (%)	Financiado (%)
	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Total		
\$18.963.000	\$7.154.000	\$13.895.278	\$21.049.278	85%	111%
Progreso realizado hacia la consecución del objetivo estratégico para el 2013					
<p>Progreso realizado hacia la consecución de las metas del indicador del objetivo estratégico en lo que se refiere a sus efectos, tal como se establece en el Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS</p> <p>Indicador 1: Número de países de América Latina y el Caribe donde el acceso a los productos médicos y las tecnologías esenciales se reconoce en la Constitución o en las leyes nacionales <i>Línea de base:</i> 6 países en el 2006 <i>Meta:</i> 14 países para el 2013</p> <p>Se alcanzó la meta para el 2013 de este objetivo estratégico: en 19 países se reconoce el derecho a la salud (que consagra el acceso a los medicamentos) o el derecho al acceso a los medicamentos y las tecnologías sanitarias, lo cual se refleja en la constitución nacional. Además, en países como Argentina, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Panamá y Venezuela se han firmado tratados internacionales de importancia constitucional.</p> <p>Indicador 2: Número de países de América Latina y el Caribe donde la calidad de los productos médicos y las tecnologías sanitarias es vigilada por el organismo nacional de regulación <i>Línea de base:</i> 5 países en el 2006 <i>Meta:</i> 10 países para el 2013</p> <p>Se ha alcanzado la meta para el 2013 de este indicador: más de 12 países están vigilando eficazmente la calidad y la seguridad de los medicamentos y los productos médicos por medio de sus organismos nacionales de regulación. En el 2010, el 50.º Consejo Directivo de la OPS aprobó la resolución CD50.R9, "Fortalecimiento de las autoridades reguladoras nacionales de medicamentos y productos biológicos", en la cual exhortaba a los Estados Miembros a que fortalecieran su capacidad nacional y promovieran el intercambio entre autoridades reguladoras. Actualmente, la OPS considera que cuatro organismos nacionales de regulación están en condiciones de actuar en calidad de autoridades de referencia regional de la OPS (los de Argentina, Brasil, Colombia y Cuba). Además, tanto la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) como Salud Canadá son ahora centros colaboradores de la OPS/OMS sobre asuntos regulatorios, y se considera que Chile, la República Dominicana, México y Panamá han desempeñado eficazmente las funciones regulatorias por medio de sus organismos nacionales de regulación.</p> <p>Indicador 3: Número de países de América Latina y el Caribe donde los sistemas de adquisiciones del sector público comprenden la planificación, adquisición y distribución de productos médicos y tecnologías de calidad <i>Línea de base:</i> 6 países en el 2006 <i>Meta:</i> 16 países para el 2013</p> <p>Para fines del 2011, 21 países habían establecido o fortalecido sistemas de adquisiciones del sector público</p>					

(Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Perú, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago y Venezuela). Hubo un movimiento durante el último bienio para integrar los sistemas de adquisiciones, especialmente de medicamentos y tecnologías sanitarias relacionados con el VIH, la tuberculosis y la malaria, en los sistemas nacionales de gestión de compras y suministros. Algunos ejemplos son los de Brasil (Farmacia Popular), Chile (reorganización de la Central de Abastecimiento [CENABAST] para el Servicio Nacional de Salud) y Perú (Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas [DIGEMID]). Otro ejemplo es los importantes cambios institucionales que Argentina y Ecuador están haciendo en sus mecanismos nacionales de adquisiciones de medicamentos esenciales. Un ejemplo similar es la colaboración de los países centroamericanos en la armonización y simplificación de los procedimientos de precalificación para la selección de suministros y productos.

Indicador 4: Número de países de América Latina y el Caribe donde los organismos nacionales de regulación tienen la capacidad de desempeñar las siguientes funciones básicas, medidas de acuerdo con las normas internacionales: a) concesión de licencias; b) farmacovigilancia; c) sistema de liberación de lotes; d) acceso a un laboratorio de control de calidad; e) inspección de los fabricantes; y f) evaluación de los resultados clínicos.

Línea de base: 14 países con funciones regulatorias de nivel básico, 6 con funciones regulatorias de nivel intermedio, 2 con funciones regulatorias de alto nivel implantadas en el 2006

Meta: 10 países con funciones regulatorias de nivel básico, 7 con funciones regulatorias de nivel intermedio y 7 con funciones regulatorias de alto nivel implantadas para el 2013

Actualmente, seis países (Argentina, Brasil, Canadá, Colombia, Cuba y Estados Unidos) han instituido funciones regulatorias de alto nivel. Otros cuatro están formando rápidamente su capacidad (Chile, México, Panamá y la República Dominicana). El indicador también está en curso en lo que se refiere a su cumplimiento por los países con funciones regulatorias de nivel básico e intermedio.

Evaluación del objetivo estratégico en el bienio 2010-2011

Este objetivo estratégico está en curso, con sus tres RPR en curso, habiéndose alcanzado las metas de ocho de los nueve indicadores de los RPR para el 2011.

Continúa el progreso a ritmo acelerado hacia la consecución del OE 12, tal como se desprende de los adelantos notificados a fines del bienio 2010-2011. Los países están priorizando las áreas cubiertas por este objetivo estratégico y han alcanzado las metas que se fijaron, con el apoyo de la OSP/HSS. Las metas se han alcanzado en todos los casos, plenamente o en parte.

La Región sigue trabajando para fortalecer la política farmacéutica y en materia de tecnología sanitaria, así como la capacidad regulatoria, y promover el uso apropiado y racional de medicamentos en las tecnologías sanitarias, tendencia que prevemos que continuará en 2012-2013. Se avanzó mucho en relación con el RPR 12.1: en los países se dio prioridad a la formulación de políticas farmacéuticas, se fortalecieron los sistemas nacionales de adquisición y distribución de medicamentos y se está usando cada vez más el Fondo Estratégico de la OPS. Los países están priorizando las metodologías para la evaluación de tecnologías sanitarias vinculadas a estrategias orientadas a mejorar su uso. Los países han priorizado el RPR 12.2, encaminado a fortalecer la capacidad regulatoria, especialmente para los medicamentos y las vacunas, concentrándose en las funciones regulatorias fundamentales.

Además, los países han adoptado normas por medio de la Red Panamericana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica, así como normas internacionales para la seguridad radiológica. Hay un mayor grado de cooperación entre los países en esta área. Los retos para el futuro incluyen la reglamentación de dispositivos médicos y productos biotecnológicos.

Por último, con respecto al RPR 12.3, se han hecho adelantos importantes: para fines del 2011 se estaba

dando prioridad a las normas para incorporar tecnologías sanitarias vinculadas a la evaluación de tecnologías en 17 países (Argentina, Bahamas, Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, Costa Rica, Ecuador, Guyana, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Suriname, Trinidad y Tabago y Uruguay). Además, se están ejecutando estrategias para promover el uso racional de medicamentos en varios países y hay una mayor conciencia de los problemas relacionados con la resistencia a los antimicrobianos. Los retos siguen siendo alcanzar la meta para el 2013 del indicador 12.1.4; se considera que debe reevaluarse la meta teniendo en cuenta los resultados de la evaluación externa del Programa Regional para la Seguridad de las Transfusiones de Sangre y en el contexto de la formulación del plan futuro.

Logros principales

- El 50.º Consejo Directivo de la OPS aprobó la resolución CD50.R9, “Fortalecimiento de las autoridades reguladoras nacionales de medicamentos y productos biológicos” (2010). Esto fue el resultado de la evaluación de 12 organismos nacionales de regulación, cuatro de los cuales fueron designados como autoridades reguladoras de referencia regional. Además, se firmaron acuerdos de cooperación con tres organismos nacionales de regulación (Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria [ANVISA-Brasil], Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica [ANMAT-Argentina] y Administración de Alimentos y Medicamentos [FDA-Estados Unidos]). La OPS organizó la VI Conferencia Internacional de la Red Panamericana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica, con más de 300 participantes de la Región, en la cual se señalaron las áreas de trabajo prioritarias para la reglamentación y la calidad de los medicamentos y la tecnología sanitaria.
- Un grupo de evaluación externa evaluó el Plan Regional de Acción para la Seguridad de las Transfusiones 2006-2010 y los resultados fueron presentados al 51.º Consejo Directivo de la OPS como base para el plan regional futuro.
- En mayo del 2012 comenzó el trabajo para el lanzamiento de la Plataforma Regional de Innovación y Acceso para la Salud, que apoyará la aplicación de la Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual.
- Tuvo lugar el lanzamiento de la estrategia regional para el uso racional de los medicamentos, con la elaboración de propuestas en tres países (Bolivia, Chile y Nicaragua). Esto incluye un enfoque integral de la coordinación de las actividades de reglamentación, educación, gestión e investigación con un enfoque de APS.
- Se lanzó también la Red de Evaluación de Tecnologías Sanitarias para las Américas, con la firma de acuerdos de cooperación con la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) de Brasil y el Organismo Canadiense para Medicamentos y Tecnologías Sanitarias (CADTH).
- El número de países que participan en el Fondo Estratégico de la OPS aumentó de 21 a 24.
- Se ofreció educación y capacitación continua por medio de los cursos virtuales sobre servicios farmacéuticos y farmacovigilancia, entre otros temas.

Retos principales

- La OPS debe prepararse para responder a la demanda creciente de cooperación técnica de los países, en vista del mayor interés en el OE 12 y los adelantos de los Estados Miembros. La pérdida del financiamiento para el Caribe es motivo de especial preocupación, ya que se ha obtenido apoyo político para la elaboración de una estrategia regional que fue respaldada recientemente por el Cónclave de Ministros del Caribe. Se prevé que se requerirán mayores esfuerzos en 2012-2013 a fin de establecer alianzas estratégicas para la consecución del OE 12. Con el propósito de movilizar más recursos para los países, los países mismos tendrán que invertir más recursos para afianzar sus logros.
- A medida que se van definiendo nuevas prioridades en el ámbito de la salud pública, es necesario proporcionar un apoyo continuo y creciente a las publicaciones relacionadas con la política en materia de medicamentos y tecnologías sanitarias, su reglamentación y su uso. En las áreas de enfermedades y otras prioridades de salud pública (reducción de la mortalidad materna) se necesitará un apoyo mucho mayor en las áreas de trabajo mencionadas, usando un enfoque común basado en sistemas de salud.

La necesidad de integración de las áreas técnicas de la OPS en relación con este tema es sumamente importante. Eso se extiende a los ministerios de salud, a fin de vincular su trabajo de gestión de productos farmacéuticos con las áreas programáticas de enfermedades y los servicios de salud, así como en los organismos nacionales de regulación.

Enseñanzas

- Un enfoque integrado del fortalecimiento de la formulación de políticas y la reglamentación y el uso de medicamentos y tecnologías sanitarias ha conducido a adelantos importantes en los países.
- Hasta la fecha, la vinculación del plan de trabajo regional con mecanismos de integración subregional y necesidades nacionales ha sido una estrategia eficaz para la consecución de las metas.
- Para 2012-2013 se necesitarán nuevas alianzas estratégicas, combinadas con una estrategia de movilización de recursos, a fin de compensar la gran disminución del número de subvenciones que apoyaron el plan de trabajo en el área de los medicamentos y las tecnologías sanitarias.

Informe de avance sobre los RPR del OE 12

12.1: Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para promover y garantizar el acceso equitativo a los productos médicos y las tecnologías sanitarias y la innovación tecnológica correspondiente.					En curso
Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta de cuatro de los cinco indicadores del RPR.).					
<p>Los países hicieron grandes avances en relación con este RPR durante el bienio. Varios países adoptaron nuevas políticas farmacéuticas con objeto de mejorar el acceso a los medicamentos esenciales, mientras que otros terminaron el análisis del sector farmacéutico a fin de guiar el desarrollo futuro. Los países han hecho grandes esfuerzos para mejorar los sistemas nacionales de gestión de compras y suministros a fin de lograr una mejor integración. También se han hecho adelantos importantes en el área de la evaluación de tecnologías sanitarias: los países están estableciendo sistemas para fortalecer el proceso decisorio para la evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud. El Fondo Estratégico ha notificado una intensificación de la actividad en lo que se refiere tanto al número de países participantes como al volumen total de suministros estratégicos de salud pública. Una evaluación externa del plan de trabajo regional sobre sangre de los cinco últimos años mostró que se habían obtenido logros importantes en esta área, desde un aumento de las donaciones voluntarias de sangre hasta una mejora de la calidad y el análisis sistemático de la sangre y los productos sanguíneos, a pesar de que esta meta de gran alcance no se logró durante el bienio y es poco probable que se logre en 2012-2013.</p>					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
12.1.1: Número de países que han ejecutado políticas que promueven el acceso o la innovación tecnológica de los productos médicos	23/36	25/36	27/36	27/36	<p>Línea de base del 2009: ARG, BAR, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, GUT, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, TRT, URU, VEN</p> <p>Meta para el 2011: BAH, ELS, GRA, SUR</p> <p>Se excedió la meta. BAH, ELS, GRA y SUR cumplieron el indicador. BAH desarrolló un perfil farmacéutico y está trabajando en un plan para mejorar el</p>

					acceso a los medicamentos, incluso para 11 afecciones crónicas. ELS preparó un documento de política y elaboró el perfil farmacéutico del país. GRA también terminó y presentó el perfil farmacéutico del país. SUR formuló una política farmacéutica, elaboró el perfil y llevó a cabo un estudio sobre la situación farmacéutica.
12.1.2: Número de países que han establecido o fortalecido sus sistemas nacionales de compra, producción o distribución de productos médicos	18/36	21/36	21/36	24/36	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BAR, BLZ, BOL, BRA, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GUY, HAI, MEX, NIC, PER, SUR, TRT, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> BAH, HON, SAV</p> <p>Los países previstos en la meta (BAH, HON y SAV) cumplieron el indicador. BAH llevó a cabo un estudio sobre el precio de los medicamentos para mejorar las adquisiciones de sector público; HON elaboró una lista de los suministros médicos para facilitar las adquisiciones públicas. SAV organizó un curso de capacitación sobre métodos adecuados de almacenamiento de productos médicos.</p>
12.1.3: Número de países donde 100% de las donaciones de sangre son voluntarias y no remuneradas	5	12	6	17	<p><i>Línea de base del 2009:</i> CAN, CUB, NEA, SUR, USA</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> ANI, GUY, HAI, NIC, PAR</p> <p>No se alcanzó la meta. Aunque los países previstos en la meta hicieron grandes avances, solo NIC cumplió este indicador. En vista de esta situación, se considera que el indicador tiene un alcance excesivo y debe modificarse para reflejar mejor la realidad de los países y el progreso que es posible realizar durante el período en consideración.</p>
12.1.4: Número de países que cuentan con instrumentos para evaluar el acceso a las tecnologías sanitarias	10	15	15	20	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BRA, CHI, COL, COR, CUB, MEX, PER, TRT, URU</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> BLZ, BOL, HAI, NIC, VEN</p> <p>Se alcanzó la meta. VEN participó en la</p>

					adopción de una política subregional para la evaluación de tecnologías sanitarias y la formulación de directrices metodológicas. Hubo adelantos importantes en relación con este indicador durante el bienio, con nuevos convenios de cooperación con 14 países de la Región (la Red de Evaluación de Tecnologías Sanitarias para las Américas [RedETSA]) y otros acuerdos bilaterales (por ejemplo, con el Organismo Canadiense para Medicamentos y Tecnologías Sanitarias [CADTH]).
12.1.5: Número de países usando el Fondo Estratégico de Suministros Esenciales de Salud Pública de la OPS	11	15	15	18	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BOL, BRA, DOR, ECU, ELS, HON, NIC, PAN, PAR, PER</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> BLZ, GUT, HAI, VEN</p> <p>Los cuatro países previstos en la meta cumplieron el indicador. BLZ, GUT y VEN usaron activamente el Fondo Estratégico para obtener suministros estratégicos de salud pública. HAI y otros países de la Región, incluidos los países del Caribe, están usando los precios de las cotizaciones anuales como referencia. El Fondo Estratégico avanzó significativamente durante este bienio.</p>

12.2: Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para promover y garantizar la calidad, la seguridad y la eficacia de los productos médicos y las tecnologías sanitarias.

En curso

Evaluación del RPR

(Se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR.)

Con la adopción y el aval de la resolución CD50.R9, "Fortalecimiento de las autoridades reguladoras nacionales de medicamentos y productos biológicos", en el 50.º Consejo Directivo de la OPS en el 2010, hubo una gran actividad en los países en relación con este RPR. Varios países han estado trabajando para terminar de evaluar las funciones regulatorias básicas; entre ellos, Argentina, Brasil, Colombia y Cuba fueron designados organismos nacionales de regulación en condiciones de actuar como autoridades de referencia regional. Además, se están elaborando programas de desarrollo institucional para otros organismos nacionales de regulación con la finalidad de fortalecer la capacidad, que contarán con el apoyo de las autoridades de referencia regional. Los países han estado trabajando en la formulación de normas nuevas para medicamentos, dispositivos médicos y productos biológicos. Las últimas dos áreas siguen constituyendo un reto para los países, especialmente para los organismos nacionales de regulación que tienen menos recursos, y habrá que prestarles especial atención durante el próximo bienio. No obstante, los países obtuvieron el RPR.

Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
-----------	--------------------	-----------	--------------------------	-----------	---------------

12.2.1: Número de países evaluados en sus funciones reguladoras de los productos médicos	3	9	9	13	<p>Línea de base del 2009: CUB, COR, MEX Meta para el 2011: ARG, BOL, BRA, CHI, COL, PAN</p> <p>Se alcanzó la meta para el 2011. ARG y COL se consideran como autoridades reguladoras de referencia, de acuerdo con las evaluaciones realizadas junto con CUB (línea de base) y BRA. PAN y CHI también han estado trabajando para fortalecer su capacidad regulatoria.</p>
12.2.2: Número de países que han ejecutado normas, pautas o lineamientos internacionales sobre calidad, seguridad y eficacia de las tecnologías sanitarias	7	10	10	14	<p>Línea de base del 2009: ARG, BRA, CHI, COL, CUB, MEX, PER</p> <p>Meta para el 2011: BAR, COR, URU</p> <p>Los países previstos en la meta cumplieron el indicador. Los países adoptaron normas importantes sobre la calidad y la inocuidad de los medicamentos. BAR participó activamente en la Red Panamericana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica y respaldó nuevas normas internacionales por medio de la red para la reglamentación de medicamentos y productos biológicos.</p>
12.3: Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para promover y garantizar el uso racional y eficaz de los productos médicos y las tecnologías sanitarias que sean costo-efectivos y estén basados en las mejores evidencias disponibles.					En curso
Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR.)					
<p>Se ha avanzado en relación con este RPR en el área de las directrices para apoyar la incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud, así como en la promoción del uso de medicamentos esenciales. Los países de la línea de base siguen manteniendo su situación, y más países comprenden la importancia de definir métodos y normas para la evaluación y la incorporación sistemática de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud. Las Bahamas, Jamaica y Suriname cumplieron el indicador 12.3.1 del RPR, en tanto que Argentina, Guatemala y San Vicente y las Granadinas cumplieron el indicador 12.3.2. Muchos países vinculados al RPR están notificando adelantos importantes en la promoción del uso racional de medicamentos, que es fundamental para mejorar la calidad de la atención y la racionalización de los productos en los sistemas de salud.</p>					

Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
12.3.1: Número de países que cuentan con pautas para definir e incorporar tecnologías sanitarias	14/36	17/36	17/36	20/36	<p>Línea de base del 2009: ARG, BOL, BRA, COL, CHI, COR, CUB, ECU, GUY, MEX, NIC, PAN, TRT, URU</p> <p>Meta para el 2011: BAH, JAM, SUR</p> <p>BAH, JAM y SUR cumplieron el indicador. En BAH se hizo un análisis de la situación y se están formulando normas para incorporar equipo en el sistema de salud. En SUR se notificaron adelantos con la realización de evaluaciones y la formulación de directrices para la radioterapia y medios de diagnóstico.</p>
12.3.2: Número de países que realizan sus compras públicas sobre la base de una lista de medicamentos esenciales actualizada en los últimos 5 años	24	27	27	28	<p>Línea de base del 2009: BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GRA, GUY, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SUR, TRT, URU</p> <p>Meta para el 2011: ARG, HAI, SAV</p> <p>Se alcanzó plenamente la meta. Además, 12 países de la línea de base siguen consolidando la utilización de las listas de medicamentos esenciales para guiar las decisiones relativas a adquisiciones a nivel nacional (BLZ, BOL, BRA, CUB, ECU, GUY, HON, MEX, NIC, PAN, PAR y TRT).</p>

Informe de avance hacia la consecución del OE 13

OE 13: Asegurar la existencia de un personal de salud disponible, competente, productivo y capaz de responder a las necesidades, con miras a mejorar los resultados sanitarios				En riesgo	
Panorama del presupuesto					
Presupuesto aprobado (PP 2010-2011)	Fondos disponibles			Gasto (%)	Financiado (%)
	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Total		
\$19.954.000	\$8.832.000	\$6.347.033	\$15.179.035	92%	76%
Progreso realizado hacia la consecución del objetivo estratégico para el 2013					
Progreso realizado hacia la consecución de las metas del indicador del objetivo estratégico en lo que se refiere a sus efectos, tal como se establece en el Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS					
<p>Indicador: Número de países donde la densidad de la fuerza laboral de salud (desglosada según sea rural o urbana, por sexo y por categoría ocupacional, cuando sea posible) llega a 25 trabajadores de salud por 10.000 habitantes.</p> <p>Línea de base: 12 países en el 2006</p> <p>Meta: 35 países (100%) para el 2013</p> <p>Para fines del 2011, 22 países habían alcanzado la meta de una densidad de 25 trabajadores de salud (médicos, enfermeras y parteras) por cada 10.000 habitantes; otros tres tienen posibilidades de alcanzar la meta para el 2013 y en 10 países es poco probable que se alcance la meta para el 2013. En otras palabras, 25 países (71%) ya han cumplido el indicador o se prevé que lo cumplan para fines del 2013. En retrospectiva, la meta de una densidad mínima de trabajadores de salud de 25/10.000 en 100% de los países era excesiva, y a pesar de que proporciona una cuantificación importante, es algo restrictiva y no refleja otras variables importantes de los recursos humanos en el campo de la salud, como su competencia, capacidad de respuesta y calidad. Estas variables están mejor representadas por los indicadores de los RPR, que se habían cumplido a fines del 2011. Según la evaluación de fin del bienio de este objetivo estratégico, se había alcanzado la meta para el 2011 en relación con 12 de los 13 indicadores.</p> <p>Sin lugar a dudas, ha habido un progreso significativo y sostenido en la formulación de políticas, planes y estrategias de recursos humanos en la Región desde el bienio 2005-2006. Sin embargo, subsiste la preocupación por mantener en el próximo bienio (2012-2013) los logros alcanzados hasta ahora. Hay limitaciones estructurales de la aplicación eficaz de los recursos humanos de salud por razones políticas, institucionales y financieras. La dinámica y la ampliación de los recursos humanos de salud dependen en gran medida del sector de la educación y los mercados de trabajo, que tienden a ser resistentes al cambio.</p>					
Evaluación del objetivo estratégico en el bienio 2010-2011					
<p>Se considera que este objetivo estratégico ha experimentado un progreso significativo durante este bienio. De los cinco RPR, cuatro están en curso y uno en riesgo; y de los 13 indicadores de los RPR, solamente uno no se cumplió. Durante el bienio, el tema de los recursos humanos para la salud mantuvo un grado de visibilidad y de priorización satisfactorio en las políticas de salud de los países por su dimensión crítica para lograr una extensión de la cobertura a las poblaciones vulnerables o alejadas y para la ejecución de la estrategia renovada de atención primaria de salud. Este período se caracteriza, en términos generales, por la transición de las políticas hacia planes de recursos humanos de salud y, mediante este proceso, el reconocimiento y el establecimiento de mecanismos de coordinación entre el sector de la salud y el sector de la educación superior y, en menor grado, con los ministerios de finanzas y del trabajo.</p>					

Logros principales

- Se ha afianzado la capacidad rectora de las autoridades nacionales de salud en materia de recursos humanos de salud, incorporando funciones estratégicas, como planificación, concertación y negociación con otros sectores y actores sociales.
- Se instaló un proceso de convergencia de los programas de residencias médicas con la atención primaria de salud. Están en marcha los planes de ampliación de la cobertura con equipos de salud familiar y comunitaria. Se realizó el Primer Foro Regional de Recursos Humanos de Salud para Pueblos Indígenas. Hay progresos en el mejoramiento de las condiciones de trabajo.
- Existe un progreso sustantivo en el uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) y las redes de ciberaprendizaje. Se lanzó la Red Iberoamericana de Migración de Profesionales de la Salud. Se afianzó la nueva modalidad del Programa de Líderes de Salud Internacional (PLSI), en el que participaron 31 países en los primeros cuatro años.
- El Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) llevó a cabo una actividad intensa durante el bienio, suministrando materiales y equipo médico básico de buena calidad por medio de sus 530 puntos de servicio en la Región. En 2010-2011, el inventario creció con 58 ediciones nuevas y 93 títulos nuevos. El total de títulos del programa llegó a 739. El sitio electrónico de PALTEX fue rediseñado. Se inició una colaboración activa con la OMS y la Región de África (AFRO) para el desarrollo de una versión africana del programa (AFRITEX).

Retos principales

- La coordinación entre las instancias regional, subregional (incluida UNASUR) y nacional para la formulación de políticas de recursos humanos para la salud y la renovación de alianzas entre países líderes en este campo para la cooperación horizontal técnica y financiera, lo cual permitiría una expansión de la cooperación de Sur a Sur en temas de recursos humanos para la salud.
- La resistencia de los sectores de la educación sobre salud, principalmente el sector de la formación médica, hacia el enfoque de APS, y la desaparición del departamento de recursos humanos de salud de la OMS/Ginebra.
- La reducción del financiamiento regional, la búsqueda de nuevas fuentes de financiamiento y la movilización de recursos, la búsqueda de fondos para sostener el PLSI y apoyar su descentralización gradual hacia los países.

Enseñanzas

La estrategia de cooperación en redes, como el Observatorio de recursos humanos para la salud y el Campus Virtual de Salud Pública, y el mejoramiento de la gobernanza, del liderazgo y de la capacidad requerida para su funcionamiento eficiente son pasos acertados pero exigen un compromiso institucional a mediano y largo plazo para asegurar su sostenibilidad y su descentralización gradual. La estrategia de asesores subregionales sobre recursos humanos ha generado buenos resultados e importantes avances. Iniciativas como la Red Regional de Observatorios y el PLSI requieren un proceso regular de evaluación y renovación para dar cuenta de un entorno en evolución rápida.

Informe de avance sobre los RPR del OE 13

13.1: Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para elaborar planes y políticas en materia de recursos humanos a fin de mejorar el desempeño de los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud y el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.					En curso
Evaluación del RPR (Se excedió la meta para el 2011 de los dos indicadores del RPR.)					
Los indicadores muestran el cumplimiento de los objetivos establecidos. El principal desafío consiste en seguir avanzando en los procesos de cooperación horizontal que permitan compartir experiencias entre los países y, en especial, conocer e intercambiar experiencias exitosas en materia de formulación de políticas y planes.					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
13.1.1: Número de países con políticas nacionales para el fortalecimiento de la fuerza laboral de salud con la activa participación de los actores interesados y gobiernos.	16	19	21	28	Línea de base del 2009: BLZ, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GRA, JAM, PAR, PER, PUR, VEN Meta para el 2011: BOL, GUY, NIC, SAL, URU Se excedió la meta. Los tres países previstos en la meta (URU, BOL, NIC) cumplieron el indicador, además de SAL y GUY. Otros cinco países hicieron importantes avances con los planes de recursos humanos de salud que se encuentran en su primera versión o en proceso de aprobación definitiva (ABM, ARG, BAR, DOM, SAV).
13.1.2: Número de países con procesos de cooperación horizontal para el cumplimiento de las metas regionales relativas a los recursos humanos para la salud	3	4	5	6	Línea de base del 2009: BRA, CAN, USA Meta para el 2011: CUB, ECU Se excedió la meta. CUB muestra iniciativas visibles de cooperación horizontal. ECU estableció el Organismo Andino como ámbito de cooperación y cumplió el indicador.

13.2: Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para establecer un conjunto de indicadores básicos y sistemas de información en materia de recursos humanos para la salud.					En riesgo
Evaluación del RPR					
(Se alcanzó la meta de uno de los dos indicadores del RPR, excediéndose en un caso la meta para el 2011, pero una no se alcanzó.)					
En general, se observó un avance importante en el establecimiento de sistemas de información sobre recursos humanos para la salud con indicadores básicos. En el indicador 1 se alcanzó la meta, pero no en el indicador 2. Sin embargo, hubo avances importantes en países que estaban previstos en la meta, en especial México y Guyana. Lograr que 31 países de la Región formen parte de la red de observatorios es un objetivo de gran alcance. Si bien no se logró, se avanzó en ese sentido. Al respecto, es necesario considerar que la iniciativa del observatorio está en un proceso de redefinición, lo cual implica avanzar desde un espacio de promoción de la causa hacia una instancia de gestión e intercambio de información pertinente sobre recursos humanos de salud. Con todo, los indicadores muestran un proceso sostenido de Estados que establecen sistemas de información sobre recursos humanos de salud. El desafío estriba en avanzar en su perfeccionamiento y en los procesos de homologación de la información entre los países. También es necesario fortalecer la red regional de observatorios como mecanismo de cooperación e intercambio de información.					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
13.2.1: Número de países que disponen de una base de datos para vigilar la situación y las tendencias de la fuerza laboral de salud, actualizada cada dos años como mínimo	18	23	24	29	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BAR, BLZ, BRA, CAN, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, FEP, GRA, JAM, MEX, PAR, PER, URU</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> ABM, GUY, HON, NIC, SAL, TRT</p> <p>Se excedió la meta. Cinco países incluidos en la meta cumplieron el indicador (HON, NIC, SAL, ABM y TRT), además de GUY.</p>
13.2.2: Número de países que participan en la red de Observatorios de Recursos Humanos en Salud para la producción de información y pruebas científicas para la adopción de decisiones	26	31	26	36	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, CUB, DOR, COR, ECU, ELS, GRA, GUT, HON, JAM, NIC, PAR, PER, PUR, SAL, TRT, URU, USA, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> FEP, GUY, MEX</p> <p>MEX instalará su observatorio en los próximos meses. GUY también muestra progresos. Es necesario tener en cuenta que la iniciativa del observatorio está siendo redefinida.</p>

13.3: Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para formular y aplicar estrategias e incentivos destinados a contratar y retener al personal de salud en función de las necesidades de sistemas de salud basados en la atención primaria.					En curso
Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR.)					
Durante el bienio se debatieron las estrategias de mejoramiento de las condiciones y de los contratos de trabajo en casi todos los países que cuentan con direcciones de gestión estratégica de recursos humanos de salud. Las profesiones sanitarias son reconocidas como uno de los principales mecanismos para la estabilización de las relaciones laborales. Además de este mecanismo, se están utilizando otros tales como las convenciones colectivas. Uno de los aspectos cruciales para el desarrollo de las carreras sanitarias está relacionado con el proceso anterior de nacionalización de la matriz de cargos, puestos y salarios.					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
13.3.1: Número de países que han establecido una política de carrera del personal de salud	8	10	10	14	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BRA, CHI, DOR, ECU, NIC, PAR</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> COL, GUT, PER</p> <p>Dos países previstos en la meta (GUT, PER) más COR que se agregó a la línea de base cumplieron el indicador. GUT redactó y presentó en el Congreso Nacional un primer proyecto de ley de carrera sanitaria. PER formó una comisión encargada de la elaboración del proyecto. Aunque no alcanzaron la meta completamente, hicieron avances importantes. Se recomienda relanzar la iniciativa, siempre y cuando haya financiamiento para continuar con este trabajo.</p>
13.3.2: Número de países que han puesto en práctica políticas y sistemas de gestión de recursos humanos de salud, orientados a mejorar la calidad del empleo en el sector de la salud	8	13	13	17	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BRA, CHI, DOR, ECU, GUY, NIC, PER</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> BLZ, BOL, COR, ELS, PAR</p> <p>Se alcanzó la meta. El principal desafío es que un mayor número de países formulen políticas de retención y motivación vinculadas al establecimiento de metas y funcionamiento de las unidades de gestión estratégica de recursos humanos de salud. Las limitaciones financieras dificultan el proceso</p>

					sostenido de cooperación, por lo que se necesitan otros mecanismos de acción.
13.4: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para fortalecer los sistemas y las estrategias de educación a nivel nacional, con miras a desarrollar y mantener las competencias de los trabajadores de la salud centradas en la atención primaria de salud.					En curso
Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta de los cinco indicadores del RPR, excediéndose en dos casos la meta para el 2011.)					
<p>El mejoramiento de las competencias de los trabajadores de salud de los países muestra un avance y un logro importante con la participación activa de los mismos en cursos del Campus Virtual de Salud Pública, la demanda constante de un mayor número de alumnos por curso y la apertura de nodos de países. Hasta el momento, 31 países han participado en el PLSI, con un total de 185 participantes. Las competencias de salud pública establecidas con grupos de instituciones y expertos forman parte del logro de este RPR; estas servirán de guía a los países en sus nuevas políticas de reorientación de los programas de capacitación. PALTEX y el programa de becas continúan apoyando estos procesos de aprendizaje. Los países avanzaron en la reorientación de la formación hacia la APS y un conjunto de ellos, junto con las asociaciones profesionales, firmó el "Compromiso de Cartagena de Indias" para fortalecer esta orientación. También se observa un avance importante en la acreditación de programas de formación en medicina, y los ministerios de salud fomentaron la participación de las instituciones de enseñanza en decisiones conjuntas sobre el desarrollo de los recursos humanos de salud.</p>					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
13.4.1: Número de países con mecanismos conjuntos de planificación entre las instituciones de formación y los servicios de salud	9	15	15	23	<i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BRA, CAN, COL, CUB, ECU, GUT, MEX, PER <i>Meta para el 2011:</i> BLZ, FEP, GUY, HON, JAM, NIC Se alcanzó la meta. Los países de la Región, especialmente BRA y ARG (línea de base), hicieron importantes avances en los mecanismos de coordinación entre el ministerio de salud y el ministerio de educación.
13.4.2: Número de países con políticas para reorientar la educación en ciencias de la salud hacia la atención primaria de salud	7	10	10	13	<i>Línea de base del 2009:</i> CUB ARG, BOL, DE BRA, NIC, PER, VEN <i>Meta para el 2011:</i> BLZ, ECU, URU Se alcanzó la meta. URU hizo importantes avances en la transformación de la educación médica orientada hacia la APS en un proceso con el ministerio de educación.

<p>13.4.3: Número de países que han establecido redes de aprendizaje para mejorar las competencias en materia de salud pública del personal de salud</p>	<p>9</p>	<p>12</p>	<p>12</p>	<p>15</p>	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BRA, CHI, COL, COR, CUB, JAM, MEX, PER</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> ECU, PAR, URU</p> <p>Se alcanzó la meta. URU, PAR y ECU establecieron sus respectivos campus virtuales de salud pública. Todos los países de América Latina, además de algunos de los países del Caribe, están participando activamente en los cursos del Campus Virtual de Salud Pública. Se observan suficientes avances en los países de la Región, los cuales han establecido algún tipo de red virtual para la capacitación y el mejoramiento de las competencias de salud pública. PALTEX apoya estos procesos.</p>
<p>13.4.4: Número de países que participan en el programa de líderes en salud internacional de la OPS</p>	<p>20</p>	<p>25</p>	<p>31</p>	<p>25</p>	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, CUB, ECU, ELS, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PER, SAV, SCN, TRT</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> ABM, BAH, COR, DOM, FEP, GRA, PAN, PAR, SAL, URU, VEN</p> <p>Se excedió la meta. Los once países previstos en la meta cumplieron el indicador. Es imposible predecir cuáles serán los países previstos en la meta para este indicador, ya que la participación en el PLSI se realiza a través de un proceso competitivo de selección. Número total de países que han participado en el PLSI: 31. El principal desafío para el 2012 es contar con financiamiento adecuado para apoyar a los participantes.</p>
<p>13.4.5: Número de países con sistemas de acreditación de los programas de formación de las ciencias de la salud</p>	<p>13</p>	<p>16</p>	<p>22</p>	<p>20</p>	<p><i>Línea de base del 2009:</i> , ABM, ANI, BAR, BLZ, CAN, DOM, GRA, JAM, SAL, SAV, SCN, TRT, USA</p>

					<p><i>Meta para el 2011:</i> ARG, BRA, CHI, COL, COR, FEP, MEX, PAN, PAR Se excedió la meta. Los nueve países previstos en la meta la alcanzaron. Varios países están trabajando en la acreditación de sus programas educativos, particularmente de medicina. Durante el bienio, el proyecto de recursos humanos publicó un libro con información actualizada y relevante de cada uno de los países.</p>
--	--	--	--	--	--

13.5: Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para la gestión de la migración internacional de los trabajadores de la salud.

En curso

Evaluación del RPR

(Se alcanzó la meta en los dos indicadores del RPR.)

En América Latina, la Subregión Andina, partes del Caribe de habla inglesa y Estados Unidos se hicieron estudios de seguimiento y análisis de la migración del personal de salud. Se midieron las tres metas regionales sobre recursos humanos relacionadas con la migración para establecer la línea de base. Se publicaron dos estudios regionales sobre la migración de enfermeras. La mayoría de los países conocen el Código de prácticas de la OMS sobre la contratación internacional de personal sanitario y están comprometidos con su aplicación. Se ha creado la Red Iberoamericana de Migración de Profesionales de la Salud, integrada por todos los países de América Latina, España, Portugal y Andorra. Concluyó la compilación regional de la normativa sobre migración.

Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
13.5.1: Número de países que analizan y vigilan la dinámica de la migración de los trabajadores de la salud	11	15	16	20	<p>Línea de base del 2009: BLZ, BOL, CHI, COL, COR, ECU, ELS, JAM, PER, URU, VEN</p> <p>Meta para el 2011: DOR, ELS, NIC, TRT</p> <p>Se alcanzó la meta, en los tres países más CAN y USA. Hay avances sostenidos en diversos países como BLZ, BOL, CHI, ECU y PER. Además, CHI, COR, JAM, URU, COL y ELS están trabajando en el análisis de la migración de personal. Están en curso los procesos regionales relacionados con el Código de Prácticas de la OMS.</p>

<p>13.5.2: Número de países que participan en acuerdos bilaterales o multilaterales que abordan la migración de los trabajadores de la salud</p>	<p>7</p>	<p>10</p>	<p>10</p>	<p>16</p>	<p><i>Línea de base del 2009:</i> CAN, COL, JAM, PER, TRT, URU, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> BLZ, BOL, ECU</p> <p>ECU y BOL alcanzaron la meta más USA. URU participó activamente en la creación de la Red Iberoamericana de Migración de Profesionales de la Salud (RIMPS). La región andina definió líneas estratégicas de trabajo. Los logros regionales principales incluyen la creación de la RIMPS, que incluye a la mayoría de los países de América Latina, España, Portugal y Andorra, y el compromiso de la mayoría de los países con el Código de Práctica de la OMS. El principal desafío es lograr la participación activa de todos los países en ambas iniciativas.</p>
--	----------	-----------	-----------	-----------	---

Informe de avance hacia la consecución del OE 14

OE 14: Extender la protección social mediante una financiación equitativa, suficiente y sostenible					En riesgo
Panorama del presupuesto					
Presupuesto aprobado (PP 2010-2011)	Fondos disponibles			Gasto (%)	Financiado (%)
	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Total		
\$10.274.000	\$4.996.000	\$1.206.035	\$6.202.035	95%	60%
<i>Progreso realizado hacia la consecución del objetivo estratégico para el 2013</i>					
<p>Progreso realizado hacia la consecución de las metas del indicador del objetivo estratégico en lo que se refiere a sus efectos, tal como se establece en el Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS</p> <p>Indicador 1: Aumento del porcentaje de la población cubierta por algún tipo de plan de protección social en la Región <i>Línea de base:</i> 46% en el 2003 <i>Meta:</i> 60% para el 2013</p> <p>Los países están quedando a la zaga en este indicador. Según los datos de 2010-2011, se calcula que 47,8% de la población está cubierta por un plan de protección social en lo que se refiere a la salud. El progreso logrado desde el 2003 ha sido muy moderado; por consiguiente, lo más probable es que este indicador no se cumpla para el 2013.</p> <p>Indicador 2: Aumento del porcentaje del gasto público asignado a la salud, incluido el gasto en atención primaria de salud para los países que cuentan con esta información <i>Línea de base:</i> 3,1% en el 2006 <i>Meta:</i> 5% para el 2013</p> <p>Los países están quedando a la zaga en este indicador. En el 2010, el gasto público de los países en salud como porcentaje del producto interno bruto (PIB) fue de 4,1%. Será necesario intensificar la acción de los países y la cooperación técnica con objeto de alcanzar la meta de 5% para el 2013.</p> <p>Indicador 3: Disminución de los gastos de bolsillo en salud, expresada como porcentaje del gasto sanitario total para los países que cuentan con esta información <i>Línea de base:</i> 52% del gasto nacional en salud en el 2006 <i>Meta:</i> 40% para el 2013 (según la OCDE, el promedio para los países industrializados es de 20%)</p> <p>En el 2010, el gasto en efectivo como porcentaje del gasto total en salud fue de 47%. Será difícil que los países alcancen la meta para el 2013. Por lo tanto, será necesario intensificar la acción de los países y la cooperación técnica para cumplir este indicador.</p>					
Evaluación del objetivo estratégico en el bienio 2010-2011					
<p>Este objetivo estratégico está en riesgo, con cuatro de sus cinco RPR en curso y uno en riesgo. De un total de 10 indicadores de los RPR, se alcanzó la meta de ocho para el 2011. A pesar de que ocho de estos 10 indicadores se han cumplido, subsisten problemas importantes relacionados con la sostenibilidad y la calidad de los procesos, así como la capacidad para mantener el progreso en el próximo bienio. Surgieron dificultades con la consecución de este objetivo estratégico a lo largo del bienio, debidos en parte a la falta</p>					

de financiamiento sostenible y suficiente, la escasez de recursos humanos y la utilización insuficiente de la información sobre financiamiento sanitario para la adopción de decisiones.

Logros principales

- Hay un interés creciente en los temas del financiamiento sanitario, suscitado por el lanzamiento del *Informe sobre la salud en el mundo 2010*. Eso ha llevado a países tales como Colombia, El Salvador, Haití, México, Perú y Uruguay a colocar el tema de la cobertura universal y el financiamiento de los sistemas de salud en la agenda de los debates.
- Se han hecho siete estudios de país (Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Jamaica, México y Perú) sobre las desigualdades e inequidades en la accesibilidad y la utilización de los servicios de salud. Estos estudios son fundamentales para facilitar la evaluación y ejecución de las políticas orientadas a reducir las disparidades en materia de salud.
- El acceso a la salud materno-infantil en Haití se ha ampliado con los programas de atención infantil gratuita (SIG) y atención obstétrica gratuita (SOG), gracias al apoyo financiero sustancial de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI) en virtud de un acuerdo de \$20 millones.
- La mayoría de los países están produciendo información sobre el gasto sanitario y el financiamiento en forma sistemática, aunque subsisten retos con respecto a la utilización de esta información para la adopción de decisiones.
- Algunos países de la Región, como Guatemala, Panamá y Paraguay, informaron que habían progresado en el uso eficaz de la ayuda proporcionada, así como en la armonización y alineación, como se demuestra en un informe encargado por el Equipo Central de Evaluación de la Declaración de París.

Retos principales

- Se avanzó poco en la producción de los datos probatorios empíricos necesarios para aumentar la conciencia sobre el impacto de los gastos catastróficos en la atención de problemas de salud y el aumento consiguiente del riesgo financiero de que los hogares caigan en la pobreza. Será necesario ampliar los esfuerzos de los países y la cooperación técnica, incluido el financiamiento, para apoyar la producción de datos probatorios sobre este tema.
- Faltan datos para apoyar los estudios sobre la equidad en los países donde hay grandes disparidades en la utilización y la accesibilidad de los servicios de salud.
- Este objetivo estratégico fue objeto de una subfinanciación crónica durante todo el bienio y tropezó con varias dificultades relacionadas con el personal (reasignaciones, vacantes y escasez).

Enseñanzas

- La colaboración entre la representación de la OPS en Costa Rica y el nivel regional en la evaluación de la situación financiera del sistema de seguridad social costarricense dio resultados excelentes, proporcionando información crucial para los encargados de las decisiones en el país.
- Aunque se alcancen las metas cuantitativas de algunos indicadores, es posible que los adelantos cualitativos no sean suficientemente robustos. Por ejemplo, los países pueden elaborar planes de desarrollo institucional o formular políticas públicas para reducir el riesgo financiero relacionado con las enfermedades, pero la sostenibilidad, la eficiencia y la calidad de estos planes y políticas siguen siendo un problema.

Informe de avance sobre los RPR del OE 14

14.1: Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para crear la capacidad institucional necesaria para mejorar el financiamiento del sistema de salud.					En curso
Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta del indicador del RPR.)					
<p>Los principales logros fueron la incorporación de representantes de los países de habla inglesa en la Red de Unidades de Economía de la Salud, así como la primera Conferencia Iberoamericana de Unidades de Economía de la Salud. Como se señala a continuación en la evaluación del indicador del RPR, los dos países previstos en la meta para el 2010-2011 (Ecuador y El Salvador) cumplieron el indicador. Entre los factores que obstaculizaron el progreso cabe señalar los cambios de gobierno, que dieron lugar a la eliminación o pérdida del apoyo a las unidades de economía de la salud. La de Costa Rica fue eliminada; la de El Salvador permaneció cerrada durante un tiempo y fue reabierto en los últimos seis meses.</p>					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
14.1.1: Número de países con planes de desarrollo institucional para mejorar el desempeño de los mecanismos de financiamiento	10	12	12	15	<p><i>Línea de base del 2009:</i> BAH, BLZ, BRA, CHI, COL, COR, DOM, MEX, PAR, PER</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> ECU, ELS</p> <p>Esta meta se alcanzó plenamente. No hubo mayores problemas con este indicador. Se estableció una Dirección de Economía de la Salud en el Ministerio de Salud de ECU. En ELS, el grupo a cargo de las Cuentas en Salud del Ministerio de Salud produjo información actualizada sobre las cuentas nacionales de salud.</p>
14.2: Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para evaluar la relación entre los gastos catastróficos en materia de salud y la pobreza, y en el diseño de políticas públicas o planes de financiamiento en materia de salud a fin de reducir los riesgos financieros asociados con las enfermedades y los accidentes.					En riesgo
Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta de uno de los tres indicadores del RPR y dos no se alcanzaron.)					
<p>Era necesario terminar los estudios de país en relación con el marco de la OPS para evaluar el impacto de los gastos catastróficos en la atención de problemas de salud (indicador 14.2.1) a fin de sustentar la formulación de políticas públicas para eliminar o reducir los riesgos financieros relacionados con las enfermedades y los accidentes (indicador 14.2.3). Por lo tanto, el incumplimiento del indicador 14.2.1 afectó negativamente al indicador 14.2.3. Se progresó poco en la producción de los datos probatorios empíricos necesarios para aumentar la conciencia sobre el impacto de los gastos catastróficos en la atención de problemas de salud y el aumento consiguiente del riesgo financiero de que los hogares caigan en la pobreza. Un logro importante fue la producción y difusión de siete estudios de países (Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Jamaica, México y Perú) sobre las desigualdades e inequidades en la accesibilidad y la utilización de los servicios de salud. Hay que dedicar más recursos para apoyar las actividades relacionadas con este RPR.</p>					

Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
14.2.1: Número de estudios terminados sobre los países que aplican el marco de evaluación de la OPS para determinar la capacidad familiar para costear los gastos de salud	3	5	3	7	Las principales actividades relacionadas con este indicador no se llevaron a cabo por falta de financiamiento. CHI terminó un estudio usando el marco de la OPS para evaluar la naturaleza catastrófica de los gastos sanitarios. BOL comenzó el estudio pero todavía no lo terminó.
14.2.2: Número de países que cuentan con estudios sobre gastos catastróficos en materia de salud, la pobreza y las desigualdades	2	3	3	6	<i>Línea de base del 2009:</i> BRA, CHI <i>Meta para el 2011:</i> MEX La meta se alcanzó plenamente. México terminó su estudio sobre la equidad en la utilización de los servicios de salud y presentó los resultados en una reunión de funcionarios de alto nivel de la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la representación de la OPS/OMS en México.
14.2.3: Número de países con políticas públicas o planes de financiamiento para la reducción o eliminación del riesgo financiero asociado con las enfermedades y los accidentes	2	4	3	8	<i>Línea de base del 2009:</i> CHI, URU <i>Meta para el 2011:</i> DOR, ECU Uno de los países previstos en la meta (DOR) alcanzó la meta al crear mecanismos de seguro médico social para reducir los riesgos financieros; sin embargo, la eficiencia y la sostenibilidad siguen siendo un problema. ECU no alcanzó la meta; no obstante, se incluyó el tema en el debate de las políticas públicas como parte de las propuestas en curso para reestructurar el sistema de servicios públicos de salud.
14.3: Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para la generación y el uso de información sobre el gasto nacional en materia de salud y el financiamiento del sistema de salud.					En curso
Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta de los tres indicadores del RPR, excediéndose en dos casos la meta para el 2011 e incluso alcanzándose la meta para el 2013 en otro.)					
Se observó un gran progreso en relación con este RPR. Un logro importante fue que la mayoría de los países ahora están produciendo información sobre el gasto sanitario y el financiamiento en forma sistemática. Un reto importante consiste en aumentar la capacidad del país para usar los resultados de los					

estudios sobre los gastos con la finalidad de apoyar los cambios en el sistema de salud, así como en las políticas públicas para lograr la cobertura universal. En efecto, ahí es donde el apoyo adicional de la OPS puede ser crucial: en la utilización de los datos probatorios en la práctica. Una reducción de la escala de las actividades relacionadas con las cuentas de salud y las cuentas satélite como consecuencia del financiamiento limitado y los cambios en las prioridades durante 2012-2013 podría obstaculizar la sostenibilidad de estos logros.

Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
14.3.1: Número de países que presentan información actualizada sobre financiamiento y gasto en salud a la Iniciativa Regional de Datos Básicos de la OPS y al anexo estadístico del Informe sobre la salud en el mundo de la OMS	29/35	33/35	33/35	35/35	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ELS, GUT, GUY, HON, JAM, MEX, ONC, NEA, NIC, PAN, PAR, TRT, URU, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> ECU, PER, SAL, SCN</p> <p>Los 33 países cumplieron el indicador y presentaron información actualizada sobre el gasto sanitario en el proceso de consulta anual para actualizar los datos de <i>Estadísticas Sanitarias Mundiales</i> de la OMS.</p>
14.3.2: Número de países que han institucionalizado la producción periódica de Cuentas de Salud o Cuentas Nacionales de Salud armonizadas con el sistema estadístico de las Naciones Unidas	16	21	24	24	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ABM, ANI, BAR, BRA, CAN, CHI, COL, DOM, ECU, GRA, MEX, PAR, SAL, SAV, SCN, USA</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> BAH, BLZ, BOL, ELS, GUT, HON, NIC, TRT</p> <p>Se excedió la meta. Los 16 países de la línea de base más los ocho países meta alcanzaron el indicador.</p>
14.3.3: Número de países que cuentan con estudios sobre el gasto y el financiamiento de los sistemas públicos de salud o de seguridad social en relación con la salud	N/C	10	11	15	<p><i>Línea de base del 2009:</i> N/C</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> CAN, CHI, DOM, ECU, GRA, HON, PAR, SAL, SAV, SCN, VEN</p> <p>Se excedió la meta (11 países cumplieron el indicador).</p>

14.4: Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para reducir la exclusión social y ampliar la protección social en materia de salud, fortaleciendo los seguros públicos y sociales, y los programas y estrategias de ampliación de la cobertura.					En curso
Evaluación del RPR					
(Se alcanzó la meta de los dos indicadores del RPR, excediéndose en un caso la meta para el 2011 e incluso alcanzándose la meta para el 2013 en otro.)					
Durante este bienio se hicieron avances importantes en relación con este RPR en la Región. Los países siguen trabajando en el área de la protección social en la salud: Uruguay extendió la protección social a los grupos prioritarios por medio del Seguro Nacional de Salud, en tanto que Haití amplió el acceso a los servicios de salud maternoinfantil por medio de programas de atención gratuita (SIG y SOG). Un logro importante para Haití fue la aprobación de un proyecto de \$20 millones financiado por Canadá para ofrecer atención gratuita a las embarazadas y los niños menores de 5 años. La OPS sigue proporcionando un firme liderazgo en el campo de la protección social en la salud; sin embargo, se necesitan más recursos humanos para mantener el ritmo de las actividades a nivel regional, subregional y nacional.					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
14.4.1: Número de países con planes de seguro y otros mecanismos para ampliar la protección social en materia de salud	10	11	12	12	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BAR, BRA, CHI, COL, COR, ECU, MEX, NEA, PER</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> BLZ, HAI</p> <p>Se excedió la meta. HAI puso en marcha los programas SIG y SOG, de modo que cuenta con planes financieros para prestar servicios obstétricos y pediátricos gratuitos con un modelo de gestión de contratos.</p>
14.4.2: Número de países que cuentan con información actualizada para formular políticas de ampliación de la protección social en materia de salud	13	15	15	16	<p><i>Línea de base del 2009:</i> BOL, BRA, CHI, COL, DOR, ECU, GUT, HON, MEX, NIC, PAR, PER, VEN</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> COR, ELS</p> <p>La meta se alcanzó plenamente. COR y ELS mejoraron sustancialmente los modelos de información que pueden aplicarse a la formulación de políticas. En COR, un estudio reciente permitió actualizar la información sobre el financiamiento del sistema de seguridad social costarricense. ELS actualizó su estudio sobre la exclusión social en la salud.</p>

14.5: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para alinear y armonizar la cooperación internacional en salud.					En curso
Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta del indicador del RPR.)					
<p>En un informe encargado por el Equipo Central de Evaluación de la Declaración de París se señala que la eficacia de la ayuda ha mejorado solo hasta cierto punto y hay que tomar más medidas para mejorar la contribución general de la asistencia para el desarrollo en la Región. En Panamá, la percepción general es positiva: la asistencia ha sido más eficaz; ha mejorado la gestión de la asistencia; la cooperación con los donantes ha sido más inclusiva y eficaz. Panamá opina que la Declaración de París ha ayudado a fortalecer la capacidad institucional nacional, ha apoyado el fortalecimiento del capital social y ha ayudado a reducir la exclusión y promover la igualdad de género y la obtención de mejores resultados del desarrollo a nivel nacional. Guatemala también progresó en estos campos. En otros países, los entrevistados dicen que el progreso fue escaso o nulo en lo que se refiere a la mejora de la igualdad de género, el fortalecimiento institucional y la disminución de la exclusión, así como a la obtención de mejores resultados del desarrollo en general. En el caso de Honduras, por ejemplo, los entrevistados indican que la eficacia de la ayuda no mejoró en los últimos cinco años, y la mayoría de los entrevistados dicen que el contexto político adverso ha limitado la eficacia de ayuda. Lo mismo ocurre en Haití, donde la eficacia de la ayuda proporcionada mermó a raíz del terremoto y la dinámica compleja de la respuesta subsiguiente.</p>					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
14.5.1: Número de países que muestran mejoras en los niveles de armonización y alineación de la cooperación internacional en la esfera de la salud, medidos según normas e instrumentos acordados internacionalmente	5	7	7	8	<p><i>Línea de base del 2009:</i> BLZ, BOL, HAI, HON, NIC</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> GUT, PAN</p> <p>Los dos países previstos en la meta (GUT y PAN) cumplieron el indicador. También hubo avances sostenidos en BLZ, HON y NIC. HAI no logró mantenerse en la línea de base. ELS también notificó grandes contribuciones a este indicador.</p>

Informe de avance hacia la consecución del OE 15

OE 15: Ejercer liderazgo, fortalecer la gobernanza y fomentar las alianzas y la colaboración con los países, el sistema de las Naciones Unidas y otros actores para cumplir el mandato de la OPS/OMS de hacer avanzar el Programa de Acción Sanitaria Mundial, consignado en el Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS, y la Agenda de Salud para las Américas				En curso	
Panorama del presupuesto					
Presupuesto aprobado (PP 2010-2011)	Fondos disponibles			Gasto (%)	Financiado (%)
	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Total		
\$74.885.000	\$65555000	\$9.749.753	\$75.304.753	93%	101%
Progreso realizado hacia la consecución del objetivo estratégico para el 2013					
<p>Progreso realizado hacia la consecución de las metas del indicador del objetivo estratégico en lo que se refiere a sus efectos, tal como se establece en el Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS</p> <p>Indicador 1: Número de países que llevan a la práctica al menos 30% de las resoluciones relacionadas con políticas de salud aprobadas por la Conferencia Sanitaria Panamericana y el Consejo Directivo de la OPS en el período 2007-2011 <i>Línea de base:</i> 0 países en el 2007 <i>Meta:</i> 19 países para el 2013</p> <p>Se excedió la meta: casi todos los países de la Región pusieron en práctica las resoluciones aprobadas por los Cuerpos Directivos de la OPS, considerando que 60% de sus resoluciones están relacionadas con la política sanitaria.</p> <p>Indicador 2: Número de países que tienen una estrategia de cooperación en los países (ECP) acordada con el gobierno, con una evaluación cualitativa de la medida en que los recursos de la OPS/OMS se armonizan con los de los socios y se alinean con las estrategias nacionales de salud y desarrollo <i>Línea de base:</i> 0 países en el 2007 <i>Meta:</i> 30 países para el 2013</p> <p>La meta se excedió, ya que 34 países y territorios tenían una estrategia de cooperación en los países para fines del 2011. Durante 2010-2011, además de la elaboración de estrategias nuevas, nueve países actualizaron la suya.</p> <p>Indicador 3: Número de países en América Latina y el Caribe que cumplen las metas de la asistencia oficial para el desarrollo de la salud estipuladas en la Declaración de París sobre la armonización y la convergencia, según la adaptación hecha por la OMS y sus socios <i>Línea de base:</i> 0 países <i>Meta:</i> 5 países para el 2013</p> <p>Once países de América Latina y el Caribe prepararon informes sobre su progreso en la promoción de la agenda de la eficacia de la asistencia, utilizando las metas de la Declaración de París que se presentaron en el Foro de Alto Nivel sobre la Eficacia de la Ayuda, realizado en Busan (República de Corea) en el 2011.</p>					

Evaluación del objetivo estratégico en el bienio 2010-2011

Este objetivo estratégico está en curso, con los tres RPR en curso y 14 de las 15 metas de sus indicadores alcanzadas.

Este objetivo estratégico abarca las áreas de liderazgo y gobernanza, es decir, la presencia de la OPS en los países para proporcionar cooperación técnica y la relación de la Organización con el sistema de las Naciones Unidas y la comunidad internacional. El desempeño de la OPS en relación con este objetivo estratégico fue positivo y se alcanzaron las metas durante el bienio 2010-2011, pero la OPS tendrá que seguir trabajando durante el próximo bienio para aumentar los logros. Algunos logros importantes son los siguientes: la presencia de la OPS en reuniones internacionales de alto nivel mejoró como consecuencia de la participación técnica en reuniones preparatorias, que se reflejó en las declaraciones o resoluciones que abordaban temas de salud; se fortaleció la relación de la OPS con los principales socios (Canadá, España y Estados Unidos); y la OPS progresó significativamente en el establecimiento y mantenimiento de una buena colaboración con una amplia gama de socios de la sociedad civil. La participación de la OPS en el proceso de reforma de las Naciones Unidas mejoró durante este bienio con la participación activa de la Organización en la preparación del nuevo Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD) en la Región

Logros principales

- El liderazgo de la OPS como parte del sistema de Naciones Unidas ha sido eficaz a nivel tanto regional como de país en asuntos relacionados con los grupos de acción sanitaria, la alineación y la armonización.
- Todos los equipos de país cuentan al menos con dos técnicos internacionales. En la subregión del Caribe se logró una mayor descentralización y fortalecimiento de la presencia de la OPS en los países.
- La región de América Latina y el Caribe participó plenamente en la Reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, lo cual refleja la prioridad de las ENT en la agenda a nivel nacional, subregional y regional.
- Entre los recursos técnicos y financieros movilizados por socios tradicionales y no tradicionales cabe destacar los de tres colaboradores estratégicos bilaterales decisivos (AECID, ACDI y AID), que ascienden a más de \$70 millones en un período de tres años (2011-2013).

Retos principales

- No hay suficiente financiamiento para garantizar una presencia básica en los países a fin de que haya recursos humanos apropiados para ejecutar los programas de cooperación técnica en el marco de la estrategia de cooperación en los países.
- Tampoco hay una estrategia adecuada de movilización de recursos dirigida tanto a la comunidad internacional como a recursos nacionales.
- El trabajo con las empresas del sector privado que se consideran perjudiciales para la salud pública es débil; hay que hacer un mayor esfuerzo para convencerlas de que mejoren su modelo empresarial.
- Otro punto débil es la alineación de la Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF) con la misión de la OPS.
- La OPS tiene que participar más en el Fondo Fiduciario de Donantes Múltiples del PNUD, al cual la Región ahora tiene acceso.
- La capacidad de la OPS para apoyar actividades en América Latina y el Caribe en el marco de la cooperación triangular y de Sur a Sur es débil.

<p>Enseñanzas</p> <ul style="list-style-type: none"> Las reiteraciones de los procesos de las estrategias de cooperación en los países han conducido a una agenda estratégica mucho mejor, que brinda oportunidades para contribuir a una mejor formulación del próximo Plan Estratégico de la OPS. El mantenimiento de un diálogo estratégico con nuestros socios abarca mucho más que reuniones públicas bien organizadas y preparadas de antemano. La estrategia de cooperación en los países puede hacer aportes valiosos al Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD), especialmente para incluir asuntos de salud en la agenda de las Naciones Unidas a nivel de país.
--

Informe de avance sobre los RPR del OE 15

<p>15.1: El liderazgo y la dirección eficaces de la Organización se habrán ejercido mediante el mejoramiento de la gobernanza, la coherencia, la rendición de cuentas y la sinergia de la labor de la OPS/OMS para cumplir su mandato de impulsar las agendas de salud a nivel mundial, regional y subregional.</p>					<p>En curso</p>
<p>Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta de cuatro de los cinco indicadores del RPR.)</p>					
<p>El desempeño general de la OSP en relación con este RPR fue bueno, considerando el progreso realizado por sus diversas entidades: Cuerpos Directivos (GBO); Relaciones Externas y Asociaciones (ERP); Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación (IES); Género, Diversidad y Derechos Humanos (GDR); y Oficina de Asuntos Jurídicos (LEG). La meta del indicador 15.1.5 no se alcanzó (como ocurrió en la evaluación anterior) porque 26 entidades tienen que vincularse a este indicador. No obstante, las 17 entidades que están vinculadas a este indicador alcanzaron sus metas. En consecuencia, la OSP está en curso para lograr este resultado previsto para fines del período comprendido en el Plan Estratégico de la OPS 2008-2012.</p>					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
15.1.1: Porcentaje de resoluciones aprobadas por los Cuerpos Directivos de la OPS/OMS que se centran en políticas y estrategias	45%	50%	60%	55%	De las resoluciones aprobadas por el Consejo Directivo de la OPS, 60% están directamente relacionadas con la política y las estrategias de salud pública.
15.1.2: Porcentaje de los proyectos de supervisión terminados que evalúan y mejoran los procesos para la gestión y el control de riesgos y la gobernanza	35%	70%	70%	90%	El número de asignaciones de supervisión está en curso durante el segundo de tres bienios. Con su nivel actual de recursos, la OSP espera continuar alcanzando plenamente esta meta.

<p>15.1.3: Número de entidades de la Oficina que ejecutan iniciativas de liderazgo y de gestión (incluida la coordinación y negociación de cooperación técnica con los socios, cooperación técnica entre países, promoción de la causa para la misión de la OPS/OMS y planes de trabajo bienales, e informes) a tiempo y dentro del presupuesto</p>	<p>57/69</p>	<p>61/69</p>	<p>61/69</p>	<p>69/69</p>	<p>La meta fue alcanzada por 80% de estas entidades para fines del bienio.</p>
<p>15.1.4: Porcentaje de consultas legales solicitadas por los Cuerpos Directivos y los Estados Miembros, examinadas en un plazo de 10 días hábiles</p>	<p>90%</p>	<p>95%</p>	<p>95%</p>	<p>100%</p>	<p>La OSP ha trabajado para que los reglamentos de la OPS se apliquen correctamente. Cabe destacar los siguientes logros de la OSP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • apoyó la labor de la Gerencia Ejecutiva de examen, evaluación y fortalecimiento de los centros panamericanos regionales de la OPS; • apoyó a las unidades técnicas de la OPS, las representaciones de la OPS/OMS y los Estados Miembros en el desarrollo del derecho sanitario internacional; • facilitó las relaciones con entidades subregionales; • amplió y promovió el Fondo Rotatorio y el Fondo Estratégico de la OPS; y • negoció condiciones nuevas favorables en los convenios con los países.
<p>15.1.5: Número de entidades de la OSP en las cuales cada prioridad transversal de la OPS ha sido vinculada a por lo menos el 30% de sus productos o servicios en sus Planes de Trabajo Bienales</p>	<p>N/C</p>	<p>40/54</p>	<p>18/54</p>	<p>54/54</p>	<p>La OSP realizó un esfuerzo considerable en relación con este indicador. No obstante, se necesita más apoyo.</p>

15.2: Se habrá establecido la presencia efectiva de la OPS/OMS en el país para ejecutar la Estrategia de Cooperación en los Países que esté 1) en concordancia con los programas nacionales de salud y desarrollo de los Estados Miembros, y 2) coordinada con el equipo de país de las Naciones Unidas y otros socios en el desarrollo.					En curso
Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta de los seis indicadores del RPR.)					
La OSP ha seguido guiando a las representaciones en los países por medio de un marco integral que garantizará la presencia eficaz y eficiente de la OPS en los países. En términos generales, la Gerencia Ejecutiva ha vigilado y apoyado la presencia estratégica de la Organización en los países. Esto ha dado lugar a una mayor disponibilidad de recursos humanos apropiados, la prestación de cooperación técnica y un mayor apoyo a las funciones a nivel de país, compatibles con la política de cooperación centrada en los países.					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
15.2.1: Número de países que aplican la estrategia de cooperación en los países como base para la definición de la presencia de la Organización en el país, y su plan de trabajo bienal respectivo	30	32	34	35	<i>Línea de base del 2009:</i> ABM, ANI, ARG, BAR, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ELS, GRA, GUT, GUY, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, SCN, TRT, URU, VEN <i>Meta para el 2011:</i> BAH, CAN, ECU, SUR La meta se excedió, con dos países adicionales que la alcanzaron. Además de la formulación de las nuevas ECP, nueve países actualizaron las suyas.
15.2.2: Número de países donde la estrategia de cooperación en los países se utiliza como referencia para la armonización de la cooperación en materia de salud con los equipos de coordinación de las Naciones Unidas y otros asociados en pro del desarrollo	30	32	34	35	<i>Línea de base del 2009:</i> ABM, ANI, ARG, BAR, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ELS, GRA, GUT, GUY, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, SCN, TRT, URU, VEN <i>Meta para el 2011:</i> BAH, CAN, ECU, SUR Ha habido una alineación creciente entre las ECP y el MANUD.

<p>15.2.3: Número de países donde se evalúa conjuntamente con el gobierno y los asociados pertinentes el plan de trabajo bienal</p>	<p>20</p>	<p>30</p>	<p>31</p>	<p>35</p>	<p><i>Línea de base del 2009:</i> ARG, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, HON, GUT, GUY, JAM, NIC, PAN, PAR, PER, TRT, URU</p> <p><i>Meta para el 2011:</i> ABM, ANI, BAH, BAR, DOM, GRA, MEX, NEA, SAV, SAL, SCN</p> <p>La evaluación conjunta con las contrapartes se lleva a cabo con una regularidad precisa en todas las representaciones de la OPS en los países. Según su área de competencia, las entidades de la OSP seguirán uniendo todos estos procesos de evaluación selectivamente, ya sea por medios virtuales o físicos.</p>
<p>15.2.4: Número de subregiones de la OSP que tienen una estrategia de cooperación subregional</p>	<p>1/5</p>	<p>3/5</p>	<p>3/5</p>	<p>4/5</p>	<p>Sigue en pie la Agenda de Salud de Centroamérica y se está llevando a cabo el plan estratégico conexo. También se está implementando el memorando de entendimiento con el MERCOSUR. Se ha puesto en marcha la Estrategia de Cooperación Subregional para el Caribe, que sirve de marco para los programas de cooperación técnica en el Caribe. Hay una estrategia de cooperación subregional tanto para la subregión andina como para el Caribe.</p>
<p>15.2.5: Número de entidades subregionales y de país de la OSP que han mejorado su apoyo administrativo, infraestructura física, transporte, equipo de oficina, mobiliario y equipo de informática, de acuerdo con sus planes de trabajo bienales</p>	<p>25/29</p>	<p>27/29</p>	<p>27/29</p>	<p>29/29</p>	<p>La OSP dedica una cantidad considerable de fondos a la mejora de edificios y a la mejora y el mantenimiento de la infraestructura de tecnología de la información, así como a otras actividades operativas que facilitan la cooperación técnica.</p>

15.2.6: Número de entidades subregionales y de país de la OSP que han ejecutado políticas y planes para mejorar la salud y seguridad del personal en el lugar de trabajo, incluyendo el cumplimiento de las normas mínimas de seguridad operacional (MOSS)	25/29	27/29	27/29	29/29	Este indicador abarca no solo la seguridad, sino también diversos procedimientos y prácticas que no son físicos para mejorar las condiciones del personal. Desde la Sede, la OSP ha proporcionado fondos a 13 representaciones de la OPS/OMS, y una más está pendiente.
--	-------	-------	-------	-------	---

15.3: Se habrán establecido mecanismos regionales en materia de salud y desarrollo, entre ellos alianzas en el ámbito de la salud internacional y la labor de promoción, con el fin de proporcionar recursos técnicos y financieros más sostenidos y predecibles para la salud, en apoyo de la Agenda de Salud para las Américas.	En curso
--	-----------------

Evaluación del RPR
(Se alcanzó la meta de los cuatro indicadores del RPR.)

El desempeño de las entidades de la OSP en relación con este RPR permanente siguió siendo positivo durante 2010-2011. En el 2011, se firmaron documentos del MANUD en la República Dominicana, El Salvador, Honduras, Jamaica y Perú, con la participación activa de la OPS como parte del Equipo de Naciones Unidas a nivel de país (UNCT). En estos documentos del MANUD, que constituyen el marco para el trabajo de las Naciones Unidas a nivel de país, se abordan temas relacionados con la salud. Belice, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Cuba, México y Nicaragua están al día para terminar su MANUD dentro del plazo previsto y han comenzado la planificación para la nueva dotación de fondos del MANUD en el 2013.

Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
15.3.1: Número de países donde la OPS/OMS mantiene su liderazgo o participación activa en alianzas para la salud y el desarrollo (formal e informal), incluyendo aquellas en el contexto de la reforma del sistema de las Naciones Unidas	27/27	27/27	27/27	27/27	La OSP alcanzó esta meta para fines del bienio en las 27 representaciones.
15.3.2: Número de convenios con organizaciones bilaterales y multilaterales y otros socios, entre ellos organismos de las Naciones Unidas, que	10	17	17	25	La OSP firmó acuerdos con tres colaboradores estratégicos bilaterales clave de la OPS (AECID, ACDI y AID) en relación con financiamiento extrapresupuestario que ascenderá a más de \$50 millones en un período de tres años (2011-2013). La OSP ha progresado mucho en el

apoyan la Agenda de Salud para las Américas					establecimiento y el mantenimiento de una buena colaboración con una amplia gama de socios de la sociedad civil; por ejemplo, el Organismo de Salud Pública Estadounidense (APHA), organizaciones confesionales tales como Hermanos de la Caridad, la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días y la Iglesia Adventista del Séptimo Día, así como con el Consejo Mundial de la Salud y diversos centros de estudios.
15.3.3: Porcentaje de declaraciones de cumbres que reflejan el compromiso de impulsar la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017	50%	70%	70%	75%	Durante el último bienio, las cumbres subregionales, regionales y mundiales han reflejado un compromiso con la salud. Una muestra pertinente de esto fue la Reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, que se celebró en Nueva York. La OPS y los países de América Latina y el Caribe estuvieron bien representados en este evento, en el cual participaron activamente.
15.3.4: Porcentaje de solicitudes de país que la OPS ha cumplido para la movilización de recursos procedentes de socios externos	85%	90%	90%	95%	Las solicitudes de apoyo de los países para la elaboración de propuestas siguieron el trámite normal para mantener la continuidad de los servicios. Cabe destacar que el tiempo necesario para terminar el examen disminuyó el 30% durante los últimos años.

Informe de avance hacia la consecución del OE 16

OE 16: Desarrollar y mantener a la OPS/OMS como una organización flexible y discente, facilitándole los medios necesarios para cumplir su mandato de manera más eficiente y eficaz					En curso
Panorama del presupuesto					
Presupuesto aprobado (PP 2010-2011)	Fondos disponibles			Gasto (%)	Financiado (%)
	Presupuesto ordinario	Otras fuentes	Total		
\$86.275.000	\$63.373.000	\$38.337.817	\$101.710.817	96%	118%
Progreso realizado hacia la consecución del objetivo estratégico para el 2013					
<p>Progreso realizado hacia la consecución de las metas del indicador del objetivo estratégico en lo que se refiere a sus efectos, tal como se establece en el Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS</p> <p>Indicador 1: Porcentaje de resultados previstos a nivel regional (RPR) logrados en los objetivos estratégicos del 1 al 15, medido a través de los indicadores de los RPR <i>Línea de base:</i> no corresponde <i>Meta:</i> 80% de RPR logrados para el 2013</p> <p>El número de RPR en curso aumentó de 76% en 2008-2009 a 87% en 2010-2011. Con respecto a las metas de los indicadores de los RPR, 88% se alcanzaron para fines del 2009 y 90% para fines del 2011. A este ritmo, se prevé que la Organización alcanzará la meta para el 2013. Sin embargo, es importante señalar la necesidad de mantener los avances de bienios anteriores. En 2012-2013 también es necesario abordar los retos para el progreso en los RPR en riesgo y en problemas.</p> <p>Indicador 2: Costo-efectividad de las funciones que hacen posible el quehacer de la Organización, medida por el porcentaje asignado a este objetivo estratégico en relación con el presupuesto total de la OPS <i>Línea de base:</i> 17% en el bienio 2006-2007 <i>Meta:</i> 15% para el 2013</p> <p>En 2010-2011, para el OE 16 se disponía de 17,5% del total de los fondos para el bienio (\$599,1 millones). Eso representó una disminución de 20,2% en comparación con 2008-2009, a pesar de que había proyectos importantes (como el sistema de información gerencial de la OSP) con considerable financiamiento programado en relación con este objetivo estratégico.</p>					
Evaluación del objetivo estratégico en el bienio 2010-2011					
<p>Este objetivo estratégico está en curso, con los seis RPR en curso, y se alcanzó la meta de 29 de los 30 indicadores de los RPR durante el bienio. En términos generales, se han alcanzado las metas del OE 16 para este bienio, como se puede ver más adelante en la sección sobre los logros principales. Sin embargo, subsisten importantes retos para la preparación, la migración y la ejecución del sistema de información gerencial de la OSP, así como la mejora simultánea de todos los procesos pertinentes. Además, en un período de presupuestos ajustados, el énfasis continuo en la gestión basada en los resultados, con la introducción de la gestión de riesgos empresariales, conduce a un uso más eficaz de los recursos para obtener los resultados previstos, enunciados en el Plan Estratégico de la OPS 2008-2012.</p>					

Informe de avance sobre los RPR del OE 16

16.1: La OSP es una institución orientada a la consecución de resultados cuyo trabajo se rige por planes estratégicos y operativos fundamentados en las lecciones aprendidas, que reflejan las necesidades de los países y las subregiones, se formulan conjuntamente en toda la Organización y se utilizan eficazmente para dar seguimiento al desempeño y evaluar los resultados.	En curso
--	-----------------

Evaluación del RPR

(Se alcanzó la meta de los cinco indicadores del RPR, excediéndose en dos casos la meta para el 2011.)

Se ofreció capacitación en línea para el marco de gestión basada en los resultados de la OPS, que está a disposición del personal de la OSP. El 51.º Consejo Directivo aprobó el nuevo Programa y Presupuesto 2012-2013 de la OPS, con un aumento de 3,2% en las contribuciones señaladas. Se alcanzó la meta de un progreso del 100% hacia las metas relacionadas con la reasignación de recursos entre los tres niveles de la OSP de acuerdo con la Política del Presupuesto Regional por Programas de la OPS. Alrededor de 90% de las entidades de la OSP obtuvieron más de 75% de sus RPEO. Todos los informes de seguimiento y evaluación del desempeño fueron presentados a tiempo a la Gerencia Ejecutiva de la OSP. Se cumplió plenamente el indicador 16.1, puesto que se alcanzaron todas las metas de los indicadores de los RPR, como se muestra a continuación. Pensamos que este RPR se logrará plenamente para fines del 2013 si el desempeño se mantiene en el nivel actual.

Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
16.1.1: El marco de gestión basada en los resultados se ha ejecutado	Marco de gestión basada en los resultados aprobado por la Gerencia Ejecutiva	Capacitación del personal de la OSP en la gestión basada en los resultados concluida	Capacitación concluida	Marco de gestión basada en los resultados implementado	Desde junio del 2011 se ofrece capacitación en línea para la gestión basada en los resultados. Además, se ofrecieron otros cursos por diversos medios durante el último bienio, como cursos presenciales sobre la preparación de planes de trabajo bienales y el proceso de seguimiento y evaluación del desempeño, así como varias sesiones virtuales de capacitación por medio de Elluminate.
16.1.2: El Plan Estratégico de la OPS y los documentos de Programa y Presupuesto (elaborados en el contexto de la gestión basada en	Programa y Presupuesto 2010-2011 aprobado por los Cuerpos Directivos de la OPS	Programa y Presupuesto 2012-2013 aprobado por los Cuerpos Directivos de la OPS	Sí	Plan Estratégico 2013-2017 aprobado por los Cuerpos Directivos de la OPS	El Programa y Presupuesto 2012-2013 (elaborado en el marco de gestión basada en los resultados, teniendo en cuenta la política de cooperación centrada en los países

<p>los resultados, considerando la política de cooperación centrada en los países y las enseñanzas extraídas, y con la participación de todos los niveles de la OPS) son aprobados por los Cuerpos Directivos</p>					<p>y las enseñanzas extraídas, con la participación de todos los niveles de la OPS) fue aprobado por el 51.º Consejo Directivo de la OPS.</p>
<p>16.1.3: Porcentaje de progreso hacia las metas de reasignaciones de recursos entre los tres niveles de la OSP de acuerdo a la Política del Presupuesto Regional por Programas de la OPS</p>	<p>67%</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>Se aplicó plenamente la política del presupuesto regional por programas para el presupuesto ordinario. Aunque la política se aplicó solo al presupuesto ordinario, también se usó para guiar la asignación de fondos de contribuciones voluntarias en la mayor medida de lo posible.</p>
<p>16.1.4: Porcentaje de las entidades de la Oficina Sanitaria Panamericana que logran más del 75% del Resultado Previsto Específico de cada Oficina</p>	<p>50%</p>	<p>75%</p>	<p>90%</p>	<p>90%</p>	<p>Unas 62 entidades (90%) alcanzaron al menos 75% de las metas de los RPEO.</p>
<p>16.1.5: Porcentaje de informes de seguimiento y evaluación del desempeño sobre los resultados previstos en el Plan Estratégico y los documentos de Programa y Presupuesto presentados de manera oportuna a</p>	<p>80%</p>	<p>90%</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>Todos los informes de seguimiento y evaluación del desempeño se presentaron oportunamente.</p>

la Gerencia Ejecutiva de la OSP, luego de ser sometidos a revisión por pares					
--	--	--	--	--	--

16.2: Se habrán fortalecido la vigilancia y la movilización de recursos financieros para velar por la ejecución del Programas y Presupuesto, incluyendo la mejora de las prácticas financieras solventes y la gestión eficiente de los recursos financieros.					En curso
Evaluación del RPR					
(Se alcanzó la meta de los seis indicadores del RPR, excediéndose en tres casos las metas para el 2011.)					
Durante el bienio 2010-2011, hubo avances significativos en la consecución de las metas de los indicadores del RPR 16.2. Algunos logros son lo siguientes:					
<ul style="list-style-type: none"> • Terminación de los primeros estados financieros compatibles con las IPSAS, con ingresos de \$932 millones y un dictamen de auditoría sin reservas. • Logro de la meta de que 75% de los objetivos estratégicos hayan recibido más de 75% de la cantidad presupuestada. • Finalización de los acuerdos sobre contribuciones voluntarias con tres socios bilaterales clave de la OPS (AECID, ACDI y AID). • Reducción de las contribuciones voluntarias devueltas a los socios de 0,8% en 2008-2009 a 0,5% (\$1,5 millones) en 2010-2011, excediendo de esta forma la meta para el 2011 de 0,70%. • Ejecución de 89% del presupuesto por más de 80% de las entidades (56 de 69) durante 2010-2011, con una ejecución general del presupuesto de la Organización para este bienio de 89%. 					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
16.2.1: Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público (IPSAS) aplicadas en la OPS/OMS	IPSAS aprobadas por los Estados Miembros	IPSAS implementadas	Sí	IPSAS implementadas	La OPS efectuó la transición de las Normas de Contabilidad del Sistema de las Naciones Unidas (UNSAS) a las IPSAS a partir del 1 de enero del 2010. Por primera vez, los estados correspondientes al ejercicio financiero 2010 se prepararon en conformidad con las IPSAS.
16.2.2: Porcentaje de objetivos estratégicos que cubren por lo menos el 75% de su brecha no financiada al final del bienio	50%	60%	75%	70%	En 75% de los objetivos estratégicos, se excedió el 75% de la cantidad presupuestada. Los OE 2 (39%), 10 (45%), 13 (65%) y 14 (60%) no recibieron este nivel de financiamiento.
16.2.3: Porcentaje de contribuciones voluntarias no específicas (fondos flexibles cuyas restricciones llegan solo hasta el nivel de OE)	10%	13%	44%	15%	La OPS concluyó convenios sobre contribuciones voluntarias con nuestros tres socios bilaterales clave (AECID, ACDI y AID), utilizando un enfoque programático que representa más de \$78 millones en un período

					de tres años (2011-2013). El porcentaje real de contribuciones voluntarias que no se destinan a fines particulares es de 44% para 2010-2011, cifra que excedió la meta.
16.2.4: Porcentaje de los fondos provenientes de contribuciones voluntarias a la OPS/OMS (específicas y no específicas) que son devueltos a los socios	0,80%	0,7%	0,5%	0,5%	Los fondos devueltos a socios durante 2010-2011 (es decir, hasta 31 de diciembre del 2011) ascendieron a \$1,5 millones. Por lo tanto, la cantidad devuelta a los socios representa 0,5% de los fondos disponibles.
16.2.5: Prácticas financieras solventes, certificadas por una opinión de auditoría "sin reservas"	Dictamen de auditoría sin reservas	Dictamen de auditoría sin reservas	Sí	Dictamen de auditoría sin reservas	La OPS recibió un dictamen de auditoría sin reservas para los estados financieros compatibles con las IPSAS del 2010. Los estados financieros del 2010 fueron presentados a los Cuerpos Directivos en el 51.º Consejo Directivo de la OPS.
16.2.6: Porcentaje de entidades de la Oficina Sanitaria Panamericana que han ejecutado por lo menos 90% de los fondos programados en sus planes de trabajo bienales	75%	80%	80%	90%	Más de 80% (56 entidades) ejecutaron al menos 90% de su presupuesto por programas en 2010-2011.
16.3: Las políticas y prácticas de recursos humanos promueven a) la contratación y retención de personas idóneas con las competencias requeridas por la Organización, b) un desempeño y una gestión de los recursos humanos eficaces y equitativos, c) fomentar el desarrollo del personal, y d) velar por el comportamiento ético.					En curso
Evaluación del RPR					
(Se alcanzó la meta de los cinco indicadores del RPR, excediéndose en dos casos la meta para el 2011.)					
A pesar de la partida del gerente de recursos humanos en febrero del 2011, sumada al gran volumen de trabajo de esa área, se cumplieron todos los indicadores del RPR 16.3. Se hicieron grandes cambios en la formulación e implementación de políticas y flujos de trabajo importantes (por ejemplo, planes de recursos humanos), que tuvieron repercusiones importantes y positivas en la Organización. El gran reto que enfrentará el departamento en el próximo bienio estriba en la implementación del módulo de recursos humanos en el sistema de información gerencial de la OSP. HRM seguirá concentrándose en su función de socio estratégico dentro de la Organización, formando personal gerencial mediante una sucesión de prácticas de planificación.					

Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
16.3.1: Porcentaje de entidades de la Oficina Sanitaria Panamericana con planes de recursos humanos aprobados por la Gestión Ejecutiva	75%	98%	98%	100%	El proceso de planificación ha mejorado considerablemente, con la participación activa de las áreas técnicas de la OPS y las representaciones. Esto se debe en gran medida a la nueva herramienta de planificación. Los planes de recursos humanos que todavía no están listos serán objeto de conversaciones ulteriores con la Gerencia Ejecutiva debido a los cambios estructurales en curso.
16.3.2: Porcentaje del personal que ha asumido un nuevo cargo (con una descripción del puesto basada en competencias) o se ha trasladado a otro lugar en un bienio, de acuerdo con la estrategia de recursos humanos	50%	70%	100%	75%	Se excedió esta meta, ya que el porcentaje logrado fue 100%. Todo el personal que asumió cargos nuevos fue seleccionado sobre la base de su competencia y contratado de acuerdo con planes individuales y la estrategia de recursos humanos aprobada.
16.3.3: Porcentaje de comités de selección que trabajan con el nuevo marco de referencia aprobado por la Gestión Ejecutiva, el cual incluye una evaluación psicométrica para los puestos clave	100%	100%	100%	100%	Se alcanzó la meta en relación con todos los cargos gerenciales abiertos a concurso de nivel P-5 o más alto.
16.3.4: Porcentaje de la fuerza laboral que ha presentado una queja formal o ha sido objeto de una acción disciplinaria formal	<1%	<1%	<1%	<1%	Se alcanzó la meta. A fines del 2011, la Junta de Apelación de la OPS tenía cinco casos pendientes, que ya están listos para ser considerados, y una recomendación, lo cual representa menos del 1%. Con la adopción de nuevos procedimientos para la Junta de Apelación, prevemos que estos cinco casos se resolverán rápidamente y todo caso nuevo que se presente avanzará con rapidez.

16.3.5: Número de consultas recibidas por año que plantean temas éticos y reflejan un nivel de concientización más alto con respecto al comportamiento ético	80	120	160	150	En el 2011, la Oficina de Ética de la OPS recibió 95 consultas, y en el 2010, 65, con un total de 160 consultas durante el bienio 2010-2011.
16.4: Se habrán adoptado estrategias, normas y métodos de gestión para los sistemas de información que permitan lograr soluciones fiables, seguras y costo-efectivas, a la vez que satisfacen las necesidades en constante cambio de la OSP.					En curso
Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta de los tres indicadores del RPR.)					
Continuó el proceso de consolidación de dominios y el lanzamiento de las redes privadas de la OPS, tareas que se prevé que concluirán el primero y tercer trimestres del 2012, respectivamente. Se han gastado considerables recursos en el lanzamiento de la nueva Intranet. Estos proyectos han facilitado la consecución de las metas de los indicadores de este RPR. ITS también ha anunciado el primer paso de un plan de mejora de los servicios de TIC, con una herramienta nueva para solicitar servicios que podrán utilizar las representaciones y los centros panamericanos y con mejores instrumentos para la gestión de proyectos. Estas iniciativas facilitarán aun más el progreso en relación con estos indicadores, así como la consecución de sus metas.					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
16.4.1: Porcentaje de propuestas, proyectos y aplicaciones importantes relacionados con tecnología de la información administrados en forma sistemática mediante procesos de gestión de la cartera	40%	60%	60%	80%	Se alcanzó esta meta; BIREME fue la única entidad que no la alcanzó.
16.4.2: Grado de cumplimiento de las metas de servicio establecidas para los servicios de Tecnología de la Información	50%	60%	60%	75%	La mayoría de los países alcanzaron las metas relativas al nivel de servicio, con la ayuda de las mejoras en la infraestructura y las telecomunicaciones introducidas por ITS.
16.4.3: Número de entidades subregionales y de país y de centros panamericanos que utilizan información sistemática y actualizada (casi en tiempo real)	35/35	35/35	35/35	35/35	Todas las oficinas siguen contando con información gerencial uniforme casi en tiempo real. Eso también se está fortaleciendo continuamente con las mejoras en la infraestructura de teleco-

					unicaciones que se están introduciendo en todas las representaciones y los centros panamericanos.
16.5: Se habrán fortalecido los servicios de apoyo gerencial y administrativo, incluidas las adquisiciones, para permitir el funcionamiento eficaz y eficiente de la Organización.					En curso
Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta de los cinco indicadores del RPR, excediéndose en dos casos las metas para el 2011.)					
Todas las entidades de servicios comprendidas en este RPR midieron su progreso sobre la base de la retroalimentación de los clientes, que se obtuvo por medio de encuestas, transacciones y el uso de las políticas establecidas. Con esta variedad de retroalimentación, se alcanzaron las metas de los indicadores del RPR para 2011. Sin embargo, en el futuro se promoverá una retroalimentación más directa de los clientes por medio de encuestas o sistemas automatizados que recaben respuestas de una forma más eficiente y objetiva. Se hicieron cambios importantes en el área de adquisiciones para responder a la evolución de las necesidades de la Organización en lo que se refiere a las adquisiciones y las contrataciones.					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
16.5.1: Grado de satisfacción de los usuarios con ciertos servicios administrativos y de gestión (entre ellos, seguridad, viajes, transporte, servicios de correo, limpieza y servicios de alimentación) medido mediante encuestas bienales	Mediana (50%-75% de satisfacción)	Alta (satisfacción superior al 75%)	75%	Alta (satisfacción superior al 75%)	Se alcanzó la meta al menos en un 75% en algunos servicios (comedor, limpieza, viajes, correo) en la Sede de la OPS, de acuerdo con los resultados de encuestas periódicas de todo el personal de la Sede.
16.5.2: Porcentaje de procedimientos de trabajo normalizados que utiliza el personal de la Oficina Sanitaria Panamericana durante emergencias regionales	50%	75%	100%	100%	Todos los países que declararon una situación de desastre, que activaron los procedimientos especiales de urgencia y que solicitaron prórrogas lo hicieron de conformidad con el capítulo X.11, sobre operaciones durante crisis, del Manual electrónico de la OPS/OMS.
16.5.3: Porcentaje de los parámetros internos alcanzados o superados por los servicios de traducción	70%	75%	100%	80%	Todas las solicitudes de traducción se tramitaron oportunamente. Sin embargo, el control de calidad no es adecuado. Las herramientas de traducción asistida por computadora

					no se mantienen adecuadamente debido al desgaste del personal.
16.5.4: Un nuevo sistema de gestión de compras en funcionamiento, para medir y vigilar el cumplimiento de las prácticas óptimas de compras, incluida la capacitación personalizada, los informes estadísticos mejorados, listas de licitadores ampliadas, acuerdos sobre niveles de servicio y mejora de los procedimientos, ejecutado	Principios orientadores elaborados	Reglas institucionales elaboradas	Sí	Sistema de gestión de adquisiciones implantado	Se elaboraron los principios orientadores y las reglas institucionales. Se revisaron las normas, los procedimientos y los sistemas de adquisiciones y se adoptaron herramientas para la rendición de cuentas. El paso siguiente es la ejecución y difusión de las normas y los procedimientos nuevos. En lo que se refiere a sistemas, se hicieron varias mejoras en el sistema actual (ADPICS) para evaluar el desempeño e implantar el sistema de licitaciones electrónicas a fin de ceñirnos a las mejores prácticas de adquisiciones. También se ofreció capacitación.
16.5.5: Porcentaje de solicitudes internas de asesoramiento y servicios legales presentadas en la Oficina Sanitaria Panamericana y tramitadas en un plazo de 10 días hábiles después de recibidas	90%	95%	95%	100%	LEG recibe y responde más de 1.000 averiguaciones por año. Actualmente está estableciendo un nuevo procedimiento electrónico para las consultas. Este sistema automatizado le permitirá responder con más prontitud, al mejorar el seguimiento y la asignación de las averiguaciones. La interacción directa y constante con clientes internos ayudarán a LEG a ofrecer un servicio mucho mejor a los clientes.
16.6: Se habrá fortalecido la OSP mediante reformas de desarrollo institucional y se habrá logrado un ambiente físico de trabajo propicio para el bienestar y la seguridad del personal.					En curso
Evaluación del RPR (Se alcanzó la meta de cinco de los seis indicadores del RPR, excediéndose en un caso la meta para el 2011.)					
Este RPR ha tenido mucho éxito en todo lo referente al ambiente físico de trabajo, la infraestructura y la salud de los empleados. Como el nuevo sistema de información gerencial de la OSP incorporará la evaluación de					

competencias y los módulos de aprendizaje individuales, se decidió esperar hasta que esté listo el nuevo sistema de recursos humanos, que permitirá integrar estas funcionalidades en el sistema de planificación y evaluación del desempeño (SPED) de los empleados. Por esta razón, el indicador 16.6.6 está incompleto.					
Indicador	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones
16.6.1: Sistema de rendimiento corporativo ejecutado	Hoja de puntuación elaborada	Hoja de puntuación implementada	Sí	Hoja de puntuación implementada	La hoja de puntuación del desempeño institucional se implementó durante el 2010.
16.6.2: Porcentaje de obras aprobadas, de acuerdo con el plan de capital para la infraestructura de la Oficina Sanitaria Panamericana, que concluyen a tiempo	100%	100%	100%	100%	Esta meta se alcanzó completamente (100%), lo cual significa que se llevaron a cabo ocho proyectos oportunamente. Se mostraron fotos a los Estados Miembros en el 51.º Consejo Directivo de la OPS, en septiembre del 2011 (BLZ, CHI, ELS, GUY, HAI, NIC, PAN, TRT).
16.6.3: Porcentaje de instalaciones físicas de la Sede y de los centros panamericanos que han ejecutado políticas y planes para mejorar la salud y la seguridad del personal en el lugar de trabajo, incluyendo el cumplimiento de las normas mínimas de seguridad operacional (MOSS)	75%	80%	80%	100%	De acuerdo con el informe reciente presentado por el Departamento de Seguridad de Naciones Unidas en Nueva York, la Sede de la OPS y los centros panamericanos han aplicado políticas y planes para mejorar la seguridad y la prevención de accidentes en el lugar de trabajo.
16.6.4: Porcentaje de entidades regionales de la OSP y Centros Panamericanos de la OPS que mejoran y mantienen su infraestructura física, equipo de oficina, mobiliario, equipo de informática y transporte de acuerdo	90%	95%	100%	100%	Se ha dedicado tiempo y dinero del personal para mejorar el entorno operativo de la Sede de la OPS en todos los departamentos de la Oficina de Administración y en todas las representaciones de la OPS en los países. ITS proporcionó compu-

<p>a sus planes de trabajo bienales</p>					<p>tadoras y software nuevos para todas las representaciones y para la Sede. El Fondo Maestro de Inversiones de Capital y la Cuenta Especial se concentraron en proyectos importantes de los edificios, desde el Centro de Operaciones de Emergencia recién construido en la Sede hasta la renovación de representaciones de la OPS/OMS recién trasladadas o la reparación de las existentes. Con fondos de la Cuenta Especial, en el marco de las normas mínimas de seguridad operacional se proporcionaron radios y teléfonos satelitales y se mejoró la seguridad en varias representaciones.</p>
<p>16.6.5: Número de políticas y prácticas de recursos humanos que abordan el balance entre el trabajo y la vida personal, salud y seguridad de la fuerza de trabajo de la Organización desarrolladas y ejecutadas</p>	<p>6</p>	<p>10</p>	<p>10</p>	<p>14</p>	<p>Se llevaron a cabo los 10 programas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) clases de yoga gratuitas 2) jornada de puertas abiertas del club deportivo 3) descuentos en el gimnasio 4) sesiones sobre la forma de afrontar dificultades y prosperar 5) sesiones sobre la forma de afrontar dificultades y prosperar 6) sesiones sobre la forma de afrontar dificultades y prosperar 7) el cólera en Haití

					<p>8) folleto sobre la vacuna antigripal</p> <p>9) evento de concientización sobre la violencia doméstica</p> <p>10) la gripe pandémica</p>
<p>16.6.6: Nuevo sistema de planificación y evaluación de los recursos humanos que permite el desempeño eficaz de la gestión integrado con la implementación del Plan Estratégico de la OPS</p>	<p>Software adquirido y plan para la implementación listo</p>	<p>Implementación en todas las entidades de la OPS vinculadas a planes de desarrollo del personal</p>	<p>No</p>	<p>Evaluaciones de 360 grados realizadas</p>	<p>En vista de que el nuevo sistema de información gerencial de la OPS incorporará la evaluación de competencias y módulos de aprendizaje individuales, se decidió esperar hasta que estuviera listo el nuevo sistema de recursos humanos, que permitirá integrar estas funcionalidades con el SPED.</p>

ANEXO II

Metas de los indicadores de RPR que no se alcanzaron en 2010-2011

Indicador de RPR	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones⁶
1.1.2: Porcentaje de municipios con una cobertura de vacunación de menos de 95% en América Latina y el Caribe (DPT3 como marcador con línea de base de 15.076 municipios en el 2005)	44%	34%	42%	32%	Aunque se observó una disminución de 2% entre el 2009 y el 2011, se prevé que los datos revisados a mediados del 2012 mostrarán una disminución del número de municipios con baja cobertura.
1.3.1: Número de países que han eliminado la lepra a nivel nacional y subnacional como un problema de salud pública	17/24	19/24	18/24	24/24	A este indicador le faltó un país para alcanzar la meta para el 2011. A pesar de que dos países más alcanzaron la meta del indicador, un país presentó una disminución respecto de la línea de base.
1.3.4: Número de países con índice de infestación domiciliar de sus vectores triatomínicos principales inferior a 1%	11/21	15/21	12/21	18/21	A este indicador le faltaron tres países para alcanzar la meta para el 2011. A pesar de que tres países adicionales alcanzaron la meta del indicador, dos presentaron una disminución respecto de la línea de base. Se observa una brecha para alcanzar la meta para el 2013.

⁶ Véanse más detalles sobre cada indicador en el anexo I, *Informes de avance hacia la consecución de los objetivos estratégicos*.

Indicador de RPR	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones ⁶
1.6.1: Número de países que han adquirido las capacidades básicas de vigilancia y respuesta de conformidad con las obligaciones del Reglamento Sanitario Internacional (2005)	0	17	0	25	Debido a la falta de una herramienta mundial de evaluación, no se pudo hacer una medición integral del progreso realizado en relación con todos los requisitos del RSI. Los países están considerando la posibilidad de solicitar una prórroga del plazo de mayo del 2012 para reunir las capacidades básicas. Este indicador se modificó en el 2009 en la versión enmendada del Plan Estratégico, para que sea más específico y para medir el logro de las capacidades básicas, en vez de evaluarlas, lo cual es más difícil. Como ningún país alcanzó la meta de este indicador de RPR para fines del 2011, y en vista de las prórrogas que están solicitando los países para cumplir los requisitos del RSI, es improbable que esta meta de indicador se alcance para el 2013.
2.1.2: Número de países que proveen tratamiento antirretrovírico por lo menos a 80% de la población que se estima lo necesita, de acuerdo con las	7	12	9	15	Además de los nueve países con una cobertura de 80%, cinco lograron una cobertura del 70% al 79%. El cambio en las directrices de la OMS llevó a un aumento del

Indicador de RPR	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones ⁶
directrices de la OPS/OMS					número de personas que requieren tratamiento en una etapa anterior, con lo cual la meta de este indicador es más difícil de lograr. La brecha para alcanzar la meta para el 2013 se duplicó, pasando de tres países a seis.
2.1.5: Número de países con una tasa de éxito del tratamiento de 85% en la cohorte de pacientes con tuberculosis	11/27	16/27	9/27	23/27	A pesar de que tres países más alcanzaron la meta del indicador, cinco cayeron de la línea de base. En consecuencia, la brecha para alcanzar la meta para el 2013 se duplicó.
2.1.6: Número de países que han alcanzado la meta regional para la eliminación de la sífilis congénita	7	15	8	26	Se mantuvo la línea de base, pero solo un país adicional alcanzó la meta de indicador. Otros siete países notificaron un progreso importante. La brecha para alcanzar la meta para el 2013 se triplicó.
3.2.7: Número de países que están ejecutando planes nacionales multisectoriales para la prevención de los traumatismos causados por el tráfico en la vía pública, en consonancia con las directrices de la OPS/OMS	17	20	18	23	Solo un país más que no estaba en la línea de base alcanzó la meta del indicador.

Indicador de RPR	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones ⁶
6.2.2: Número de países que han establecido un sistema nacional de vigilancia que se basa en la encuesta de salud de los estudiantes realizada en las escuelas (Encuesta Mundial de Salud Escolar) y están produciendo informes regulares sobre los principales factores de riesgo para la salud de los jóvenes	11	23	16	30	La brecha para alcanzar la meta se duplicó porque no se alcanzó la meta para el 2011.
6.3.4: Numero de países que han actualizado por lo menos uno de los componentes del Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco	20	28	24	35	El retraso en la realización de la encuesta afectó al logro y aumentó la brecha para alcanzar la meta para el 2013 a 11 países.
7.6.3: Número de países que aplican políticas, planes o programas para mejorar la salud de grupos étnicos/raciales específicos	10	14	11	16	Aunque se informa que se progresó en tres países más que no estaban en la línea de base, solo uno alcanzó la meta del indicador. Eso duplicó la brecha para alcanzar la meta para el 2013.
9.3.1: Número de países que han adoptado y ejecutado las normas de la OMS relativas al crecimiento de los niños	16	20	19	25	A este indicador le faltó un solo país para alcanzar la meta para el 2011. No obstante, se notificó un gran progreso en el país que no alcanzó la meta.

Indicador de RPR	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones ⁶
9.4.2: Número de países que han ejecutado estrategias para la prevención y el control de las deficiencias de micronutrientes	16	21	19	25	Como no se alcanzó la meta para el 2011, se duplicó la brecha para alcanzarla para el 2013.
9.4.4: Número de países que han incorporado intervenciones nutricionales en sus programas integrales de respuesta a la infección por el VIH/sida y otras epidemias	15	20	17	25	El retraso en la ejecución de las actividades planeadas en los cuatro países previstos en la meta para 2010-2011 afectó la consecución de la meta. En consecuencia, la brecha para alcanzar la meta para el 2013 aumentó a ocho países.
9.4.5: Número de países que tienen programas nacionales de preparación y respuesta para emergencias alimentarias y nutricionales	16	20	17	25	Aunque dos países más alcanzaron la meta del indicador, uno presentó una disminución respecto de la línea de base. En consecuencia, la brecha para alcanzar la meta para el 2013 aumentó a ocho países.
10.1.3: Número de países que han integrado un enfoque intercultural en la elaboración de políticas y sistemas de salud basados en la atención primaria de salud	3	5	4	8	A este indicador le faltó un país para alcanzar la meta.
11.3.4: Número de países que monitorean los Objetivos de	25	34	33	36	A este indicador le faltó un país para alcanzar la meta para el 2011.

Indicador de RPR	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones ⁶
Desarrollo del Milenio relacionados con la salud					
12.1.3: Número de países donde 100% de las donaciones de sangre son voluntarias y no remuneradas	5	12	6	17	Aunque hubo grandes avances en los países previstos en la meta durante 2010-2011, solo un país más alcanzó la meta. Se señala que este indicador tiene un alcance demasiado grande y no es probable que se cumpla para el 2013, ya que no refleja la realidad en los países.
13.2.2: Número de países que participan en la red de Observatorios de Recursos Humanos en Salud para la producción de información y pruebas científicas para la adopción de decisiones	27	31	28	36	Se lograron avances en dos países más, pero solo uno alcanzó la meta. Se señala que la red de Observatorios de Recursos Humanos en Salud está en evaluación.
14.2.1: Número de estudios terminados sobre los países que aplican el marco de evaluación de la OPS para determinar la capacidad familiar para costear los gastos de salud	3	5	3	7	Los retos relacionados con el financiamiento afectaron la finalización de todos los estudios planificados.
14.2.3: Número de países con políticas públicas o planes de financiamiento para la reducción o eliminación del riesgo financiero	2	4	3	8	A este indicador le faltó un país para alcanzar la meta para el 2011. Sin embargo, se lograron avances en el país que no alcanzó la meta.

Indicador de RPR	Línea de base 2009	Meta 2011	Logrado a fines del 2011	Meta 2013	Observaciones ⁶
asociado con las enfermedades y los accidentes					
15.1.5: Número de entidades de la OSP en las cuales cada prioridad transversal de la OPS ha sido vinculada a por lo menos el 30 % de sus productos/servicios, en sus Planes de Trabajo Bienales	N/C	40/54	18/54	54/54	Aunque se progresó, se necesita un mayor apoyo y orientación para reflejar adecuadamente las cuestiones transversales en los planes de trabajo bienales a todos los niveles.
16.6.6: Nuevo sistema de planificación y evaluación de los recursos humanos que permite el desempeño eficaz de la gestión integrado con la implementación del Plan Estratégico de la OPS	Software adquirido y plan de implementación elaborado	Implementación en todas las entidades de la OSP vinculadas a planes de desarrollo del personal	No se alcanzó	Evaluaciones de 360 grados realizadas	Se retrasó la ejecución debido al desarrollo del nuevo sistema de información gerencial de la OSP.

Países y territorios

ABM	Anguila, Islas Vírgenes Británicas y Montserrat (Territorios de Ultramar del Reino Unido en el Caribe)
ANI	Antigua y Barbuda
ANU	Anguilla
ARG	Argentina
BAH	Bahamas
BAR	Barbados
BLZ	Belice
BOL	Bolivia (Estado Plurinacional de)
BRA	Brasil
CAN	Canadá
CHI	Chile
COL	Colombia
COR	Costa Rica
CUB	Cuba
DOM	Dominica
DOR	República Dominicana
ECU	Ecuador
ELS	El Salvador
FDA	Departamentos franceses en las Américas
FEP	Oficina de Campo en la Frontera México-Estados Unidos (El Paso, Texas)
GRA	Granada
GUT	Guatemala
GUY	Guyana
HAI	Haití
HON	Honduras
JAM	Jamaica
MEX	México
NCA	Caribe septentrional (Bermudas e Islas Caimán)
NEA	Antillas Neerlandesas
NIC	Nicaragua
PAN	Panamá
PAR	Paraguay
PER	Perú
PUR	Puerto Rico
SAL	Santa Lucía
SAV	San Vicente y las Granadinas
SCN	Saint Kitts y Nevis
SUR	Suriname
TCA	Islas Turcas y Caicos
TRT	Trinidad y Tabago
URU	Uruguay
USA	Estados Unidos de América
VEN	Venezuela (República Bolivariana de)

Siglas

AECI	Agencia Española de Cooperación Internacional
AID	Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
AMRO	Oficina Regional de la OMS para la Región de las Américas
APS	Atención primaria de salud
ASDI	Organismo de Desarrollo Internacional de Suecia
CARMEN	Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No Transmisibles
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Estados Unidos)
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CLADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CMCT	Convenio Marco para el Control del Tabaco
DTP	Difteria, tétanos y tos ferina
ECNT	Enfermedades crónicas no transmisibles
ECP	Estrategia de cooperación en los países
ENT	Enfermedades no transmisibles
FDA	Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos
FNUAP	Fondo de Población de las Naciones Unidas
GBO	Oficina de Cuerpos Directivos (en la OPS)
IPSAS	Normas Contables Internacionales para el Sector Público
MANUD	Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo
MEASURE	Seguimiento y evaluación para evaluar y usar resultados (usado en MEASURE-Evaluation)
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OE	Objetivo estratégico
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSP	Oficina Sanitaria Panamericana
PAHEF	Fundación Panamericana de la Salud y Educación
PAI	Programa Ampliado de Inmunización
PALTEX	Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción
PP	Programa y Presupuesto
RELAC SIS	Red Latinoamericana y del Caribe para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información de Salud
RPR	Resultados previstos a nivel regional
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana