



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

56.º CONSEJO DIRECTIVO

70.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, del 23 al 27 de septiembre del 2018

Punto 8.1 del orden del día provisional

CD56/INF/1
10 de agosto del 2018
Original: inglés

EVALUACIÓN FINAL DE LA AGENDA DE SALUD PARA LAS AMÉRICAS 2008-2017

Informe final

ÍNDICE

I.	RESUMEN EJECUTIVO	3
II.	ANTECEDENTES EN ORDEN CRONOLÓGICO.....	5
III.	PROCEDIMIENTO Y METODOLOGÍA.....	9
IV.	RESULTADOS	11
	Componente A: Uso que se ha dado a la Agenda en los países.....	11
	Componente B: Progreso en las ocho áreas de acción.....	11
	Componente C: Implementación de la Agenda por la Oficina Sanitaria Panamericana	29
V.	COMENTARIOS GENERALES SOBRE LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN.....	34
VI.	CONCLUSIONES.....	35
VII.	ANEXOS.....	37
	Anexo A. Evaluación detallada de los indicadores por área de acción	37
	Anexo B. Relación entre las áreas de acción de la Agenda y los documentos de política, las estrategias y los planes de acción (2008-2017).....	46

I. RESUMEN EJECUTIVO

1. En este informe se presenta la evaluación final de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 (ASA2008-2017), en la cual se usó una metodología similar a la utilizada en la evaluación de mitad de período realizada en el 2012. En este documento se presenta una evaluación final de la forma en que los países y la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) implementaron las ocho áreas de acción de la Agenda por medio de: *a)* el uso de la Agenda por parte de los países; *b)* el progreso en las ocho áreas de acción de la Agenda medido a través de indicadores indirectos; y *c)* la evaluación de las contribuciones de la Oficina en la implementación de la Agenda. De acuerdo con la orientación de los Estados Miembros, se utilizó información ya existente para informar sobre la evaluación de los indicadores.

2. La ASA2008-2017 fue aprobada por los ministros y secretarios de salud de la Región de las Américas en una reunión celebrada en Ciudad de Panamá el 3 de junio del 2007. Su finalidad era guiar el trabajo de todos los interesados en mejorar la salud de los pueblos de la Región y, en calidad de instrumento político de alto nivel, guiar la elaboración de futuros planes regionales y nacionales de salud.

3. Los resultados de esta evaluación final muestran los logros alcanzados por los países en todas las áreas de acción de la Agenda, medidos sobre la base de indicadores relacionados con: *a)* reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil y de los menores de 5 años; *b)* reducción de la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón y cerebrovasculares; *c)* existencia de programas de promoción de la salud, de atención de los adolescentes y los adultos mayores, así como de prevención de la violencia, y *d)* elaboración de políticas y legislación sobre protección social y cobertura de salud, entre otras cosas. Sin embargo, los resultados también muestran los siguientes elementos negativos: *a)* incremento en la mortalidad por la diabetes y por traumatismos causados por el tránsito; *b)* incremento en el sobrepeso y la obesidad en los adultos; *c)* incremento en el número de casos de dengue; *d)* progreso mínimo de la reducción de la prevalencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); *e)* aumento de la incidencia de la transmisión maternoinfantil de la sífilis congénita; *f)* políticas para el acceso, calidad y uso de medicamentos y otras tecnologías en salud, y *g)* progreso mínimo en la cobertura de vacunación con DPT3.

4. En cuanto al uso de la Agenda, los resultados de la evaluación final muestran una pérdida de su visibilidad como referente para la planificación en los países en los últimos años. Esto se podría explicar por el tiempo transcurrido desde su aprobación en el 2007 y la importancia cada vez mayor de otros marcos de referencia, como los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas, los programas generales de trabajo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los propios planes estratégicos de la OPS. Sin embargo, se puede apreciar que la Agenda sirvió como instrumento político a nivel regional, que aportó a una visión política en torno a la salud para la Región y que reafirmó los compromisos de los países con la salud de las personas.

5. Durante el proceso de formulación, implementación y evaluación de la Agenda se extrajeron enseñanzas relacionadas con la concertación de una visión compartida para la Región, la búsqueda de la equidad en las políticas, y la participación y el liderazgo de los países en los procesos de formulación y evaluación de las políticas y estrategias. Estas enseñanzas sirvieron para la elaboración de la nueva Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (ASSA2030). Los resultados de esta evaluación también servirán para guiar en parte la ejecución de la ASSA2030.

6. Esta evaluación pone de relieve la importancia de la Agenda como guía regional para el desarrollo sanitario. Es importante señalar que se incluyó un informe preliminar sobre la evaluación final de esta Agenda en la ASSA2030, aprobada por la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana.

7. Esta evaluación final abarca los 35 Estados Miembros, los 17 territorios y la Oficina misma. Debido al tiempo transcurrido (10 años) desde la publicación de la Agenda, a los cambios regionales y mundiales que se produjeron en ese período, así como a la rotación de los equipos directivos de los organismos subregionales e internacionales en el sector de la salud, se consideró que no era oportuno evaluar la influencia de la Agenda en los ámbitos de las subregiones y de los organismos internacionales, que sí habían estado presentes en la evaluación de mitad de período.

8. En la ASA2008-2017 no se establecieron objetivos, metas ni indicadores para evaluar de manera directa el impacto y los resultados en materia de salud. En su enunciado de intención, se señala explícitamente que: “la Agenda orientará la elaboración de los futuros planes nacionales de salud, según sea pertinente, y los planes estratégicos de todas las organizaciones interesadas en la cooperación en salud con los países de las Américas, incluyendo el de la Oficina Sanitaria Panamericana. La evaluación del progreso de las áreas de acción definidas en esta Agenda se hará a través de la evaluación del cumplimiento de las metas establecidas en dichos planes”.

II. ANTECEDENTES EN ORDEN CRONOLÓGICO

9. **Junio y octubre del 2007.** La ASA2008-2017 se elaboró “a raíz de una recomendación de la Dependencia Común de Inspección de las Naciones Unidas, la cual había señalado que la planificación en las organizaciones internacionales debía basarse en una visión común de sus Estados Miembros, formulada independientemente de la secretaría y de los órganos directivos de las organizaciones”.¹ Además, en ella se abordaron los mandatos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y del Undécimo Programa General de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud, aprobado en el 2006. La Agenda, en la cual se proponían ocho áreas de acción,² se presentó y se aprobó en Ciudad de Panamá en junio del 2007, y fue reconocida como el instrumento de planificación de más alto nivel para la salud en la Región de las Américas. En el informe final de la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana (documento CSP27/FR) de octubre del 2007 se dio cuenta de su presentación a los Estados Miembros.

10. **Septiembre-octubre del 2008.** El Plan Estratégico de la OPS 2008-2012 (*Documento Oficial 328*), que se aprobó en el 48.º Consejo Directivo de la OPS (2008), se elaboró tomando en cuenta las áreas de acción de la ASA2008-2017. En él “se define la contribución de la Oficina al llamamiento a la acción expresado por los países en la Agenda de Salud”, como se señala en el propio documento. En el Plan Estratégico se definieron 16 objetivos estratégicos a nivel regional, los cuales se armonizaron explícitamente con las ocho áreas de acción de la Agenda.³

11. **Septiembre del 2012.** La *Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas* (documento CSP28/6), presentada a la 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre del 2012, proporcionó un informe preliminar de los resultados del uso de la Agenda en los países, las subregiones y los organismos internacionales (componente A); el progreso en las ocho áreas de acción de la Agenda en los países (componente B), y la contribución de la Oficina a su implementación (componente C). En ella se proponían recomendaciones específicas para mejorar el uso de la Agenda de una manera acorde con su enunciado de intención.

- a) En lo que respecta al componente A, en la evaluación se observó que, de los 30 países que tenían planes nacionales de salud vigentes en el período 2008-2011, 20 habían tenido en cuenta la Agenda en la formulación de dichos planes, en particular incorporando las áreas de acción A, B, C, E, F y G y, en menor medida, las áreas D

¹ Organización Panamericana de la Salud. Informe final [Internet]. 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 59.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 1 al 5 de octubre del 2007; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2007 (documento CSP27/FR) [consultado el 18 de mayo del 2017]. Se encuentra en <http://www1.paho.org/spanish/gov/csp/csp27-fr-s.pdf?ua=1>.

² En la Agenda de Salud para las Américas se establecieron ocho áreas de acción: *a*) fortalecer la autoridad sanitaria nacional; *b*) abordar los determinantes de la salud; *c*) aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad; *d*) disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de ellos; *e*) reducir los riesgos y la carga de enfermedad; *f*) fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud; *g*) aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología; y *h*) fortalecer la seguridad sanitaria.

³ Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS Modificado, p. 17, párrafo 59.

- y H. Además, dos de las cinco subregiones formularon una agenda subregional usando la Agenda como referencia y tres formularon un plan que la tenía en cuenta. Por último, 3 de las 10 organizaciones internacionales que respondieron a una encuesta dijeron que usaban la Agenda.
- b) En relación con el componente B, en la evaluación de mitad de período se resaltaron los importantes avances en todas las áreas de acción de la Agenda (especialmente, los esfuerzos para fortalecer la autoridad sanitaria, aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud, reducir la carga de enfermedades, fortalecer la gestión y el desarrollo de los recursos humanos del ámbito de la salud y aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología), medidos por medio de indicadores indirectos.⁴ Sin embargo, se expresaba la preocupación sobre la situación de algunos indicadores, como los siguientes: *a)* la razón de mortalidad materna, que no había descendido en los últimos años como se esperaba; *b)* el incremento en el número de casos de dengue; *c)* el incremento de la incidencia de la tuberculosis y de la infección por el VIH/sida; *d)* el incremento de la obesidad; *e)* el estancamiento del gasto público nacional en materia de salud como porcentaje del producto interno bruto; y *f)* la poca reducción del gasto de bolsillo en la Región. Cabe señalar que en siete indicadores no se obtuvieron datos que permitieran analizar los cambios en el período de evaluación y, además, en tres indicadores solo se utilizaron cálculos estimativos o proyecciones para analizar la situación de la salud.
- c) En relación con el componente C, los resultados de la evaluación mostraron que, en respuesta a la Agenda, la Oficina había avanzado en las siguientes líneas de trabajo: *a)* había promovido el avance en todas las áreas de acción y respaldado sus principios y valores en la Región; *b)* había apoyado el multilateralismo en sus acciones; *c)* había proporcionado una visión estratégica común a fin de guiar sus operaciones; *d)* había promovido cambios institucionales internos para que sus operaciones estuvieran en consonancia con los objetivos de la Agenda; y *e)* había aplicado la Agenda en la preparación de los documentos estratégicos, incluidos los planes nacionales y regionales de salud y las agendas subregionales, al igual que la capacitación del personal. Adicionalmente, la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación (IES) y la entonces Área de Planificación, Presupuesto y Coordinación de Recursos (PBR) llevaron a cabo un estudio en el que se trazó un mapa detallado de los vínculos entre los resultados previstos a nivel regional (RPR, la piedra angular de la arquitectura del Plan Estratégico) y las áreas de acción de la Agenda, así como con los planes de trabajo bienales y la estrategia de cooperación en los países. Este análisis confirmó los siguientes aspectos: *a)* que el Plan Estratégico y la Agenda estaban estrechamente vinculados y que los objetivos estratégicos del primero abordaban todas las áreas de acción de la segunda, aunque se otorgaba distinto énfasis a las diversas áreas; *b)* que los objetivos estratégicos de la OPS también contribuyeron a la armonización de la Agenda con los objetivos estratégicos de la OMS y el trabajo de otros organismos internacionales en la Región; y *c)* que el estudio de los vínculos entre los resultados previstos a nivel

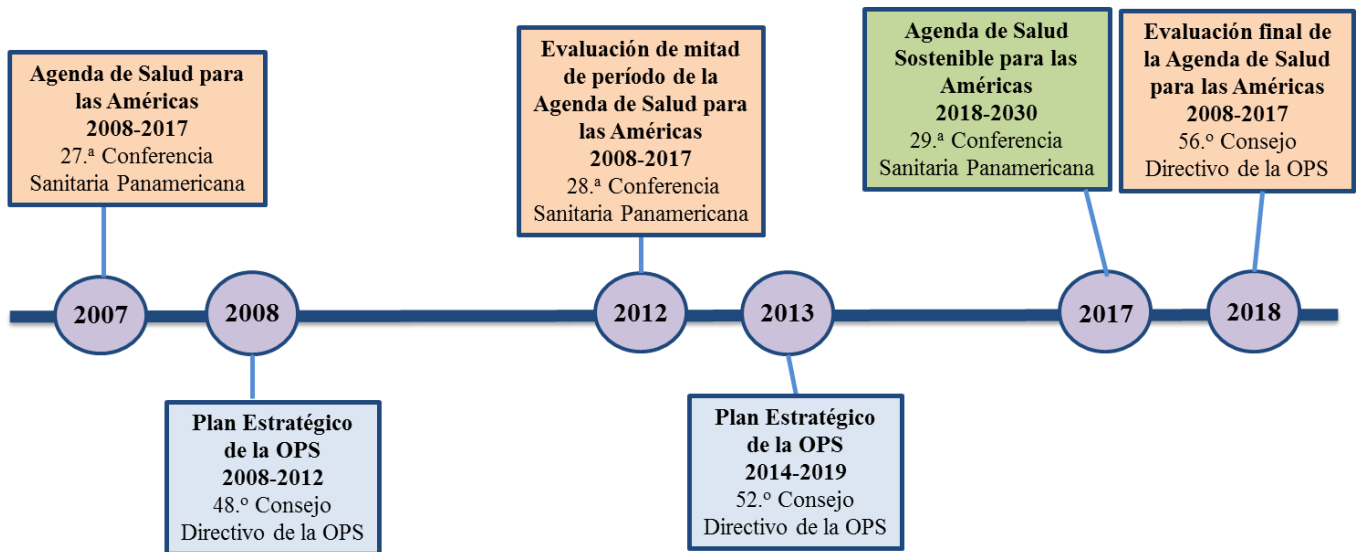
⁴ Los indicadores indirectos (o indicadores proxi) fueron definidos por el grupo de trabajo de los países para la evaluación de mitad de período de la ASA2008-2017.

regional y las áreas de acción podía servir de plataforma para continuar con el análisis gerencial de estos vínculos. Se propusieron como recomendaciones las siguientes: *a)* promover la Agenda entre todos los asociados en el ámbito del financiamiento externo y su inclusión en los acuerdos de colaboración; *b)* en vista de los adelantos en torno al Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (en elaboración en ese momento), garantizar una herramienta sistemática de seguimiento y una consonancia clara con las áreas de acción de la Agenda; *c)* procurar que los resultados previstos a nivel regional o cualquier otro instrumento de medición que se utilizase en el seguimiento del avance del Plan Estratégico no duplicase el contenido y estuviese en consonancia directa con las áreas de acción de la Agenda; *d)* establecer criterios y crear un glosario con prácticas comunes para desarrollar la estrategia de cooperación con los países, vinculándola con la Agenda y el Plan Estratégico de la OPS a fin de facilitar la elaboración y, por consiguiente, el seguimiento y la evaluación; y *e)* complementar la nueva estrategia para la movilización de recursos con un plan de acción para abordar el déficit de financiamiento en el bienio 2012-2013 en curso en ese momento.

12. **Septiembre-octubre del 2013.** El Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (*Documento Oficial 345*), aprobado por el 52.º Consejo Directivo de la OPS (2013), declaraba que su formulación respondía a los mandatos tanto regionales como mundiales, precisando que la agenda estratégica del Plan representaba un equilibrio entre la respuesta de la OPS a las prioridades regionales definidas en la ASA2008-2017, otros mandatos regionales establecidos por Estados Miembros de la OPS, las prioridades nacionales colectivas determinadas en las estrategias de cooperación en los países de la OPS, además de la convergencia programática con el Programa General de Trabajo de la OMS. En este nuevo Plan Estratégico de la OPS se definieron 9 metas de impacto y 6 categorías programáticas (con 30 áreas programáticas), en las que se incorporaban las ocho áreas de acción de la Agenda, que lo convirtieron en el principal instrumento para la ejecución de dicha Agenda.

13. **Septiembre del 2017.** La *Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030: Un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la Región* (documento CSP29/6, Rev. 3.), aprobada por la 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana (2017), contenía un informe preliminar sobre la evaluación final de la ASA2008-2017.

Figura 1. Cronología de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017



III. PROCEDIMIENTO Y METODOLOGÍA

Procedimiento

14. En esta evaluación se tomaron en cuenta tanto las recomendaciones formuladas en el 2012 por la 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana con respecto al informe de evaluación de mitad de período como las recomendaciones formuladas por los representantes de los Estados Miembros que participaron en el grupo de trabajo de los países encargado de elaborar la ASSA2030 en el 2017. A fin de centrar la evaluación en los aspectos prioritarios y relevantes de la Agenda, se realizó un ordenamiento, después de una depuración, de 70 de los 75 indicadores indirectos utilizados durante la evaluación de mitad de período de la ASA2008-2017, que se organizaron de la siguiente manera: *a)* 18 indicadores sobre el estado de salud; *b)* 5 indicadores sobre los factores de riesgo; *c)* 4 indicadores sobre la cobertura de servicios; y *d)* 43 indicadores sobre los sistemas de salud.⁵

15. Para obtener información sobre los componentes A y B se utilizó un cuestionario de preguntas enviado en mayo del 2017 a funcionarios de los ministerios y secretarías de salud en los países, así como otra serie de fuentes, como se indica en el siguiente párrafo. Esta información sirvió para construir los cuadros con los indicadores indirectos, similares a los utilizados en la evaluación de mitad de período. Para la evaluación del componente C, en marzo del 2018 se realizó una revisión de los documentos aprobados por los Cuerpos Directivos de la OPS a partir del 2008, junto con una revisión de las estrategias de cooperación con los países de la OPS. La recopilación, organización, revisión y adición de comentarios sobre la información disponible y la elaboración del informe se realizó bajo la responsabilidad de la Oficina para presentarlo al Comité Ejecutivo en su 162.^a sesión en junio del 2018.

16. Respecto de las fuentes, la evaluación final tuvo como importantes referentes los siguientes documentos aprobados por los Cuerpos Directivos de la Organización: la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, el Plan Estratégico de la OPS 2008-2012, la evaluación de mitad de período de la ASA2008-2017, la evaluación de fin del bienio 2010-2011, las ediciones del 2012 y 2017 de Salud en las Américas, el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, el informe final sobre el Plan Estratégico de la OPS 2008-2013 y la evaluación de fin del bienio 2012-2013, las evaluaciones de fin de los bienios 2014-2015

⁵ Siguiendo las recomendaciones del grupo de trabajo de los países, los siguientes indicadores de la evaluación de mitad de período no se consideraron en esta evaluación:

- a) Número de países que han incorporado un mecanismo liderado por la autoridad sanitaria nacional para planificar, gestionar y coordinar el uso de todos los recursos de la cooperación externa en el ámbito de la salud.
 - b) Número de países que tienen un plan nacional de desarrollo.
 - c) Porcentaje de organismos internacionales del sistema interamericano y de las Naciones Unidas que han armonizado su ayuda con las áreas de acción de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017.
 - d) Número de países que han creado entornos propicios para la promoción de la actividad física.
 - e) Número de organismos internacionales que han colaborado con las autoridades nacionales para responder ante situaciones que amenazan la seguridad sanitaria.
-

y 2016-2017⁶ y la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030. Adicionalmente, se han utilizado los datos de los *Indicadores básicos de salud 2017*, sobre todo en relación con los indicadores sobre estado de salud, factores de riesgo y cobertura de salud; y, donde fue necesario recurrir a información complementaria, se usó la Plataforma de Información en Salud de las Américas (PLISA), entre otras fuentes.

Metodología

Componente A: Uso de la Agenda en los países

17. Se revisaron las respuestas a la encuesta enviada a los 35 Estados Miembros y se registraron en un cuadro. A continuación, se realizó una evaluación y se elaboraron comentarios sobre los resultados.

Componente B: Progreso en las áreas de acción

18. En cada una de las áreas de acción se ordenaron los indicadores de acuerdo con la clasificación establecida. Los datos del 2017 se compararon con los registrados por la misma fuente el año 2011 (durante la evaluación de mitad de período de la Agenda) y se calificaron como “con progreso” y “sin progreso”, en función de los cambios registrados entre los dos momentos de corte. En el caso de los indicadores de los sistemas de salud, se homologaron los indicadores indirectos (*proxy*) con los indicadores de la evaluación de fin del bienio 2016-2017. Los resultados se evaluaron en función de las metas para el 2017 y se calificaron como “excedidos”, “alcanzados”, “con progreso” o “sin progreso”.

Componente C: Contribución de la Oficina Sanitaria Panamericana en la implementación de la Agenda

19. Se revisó la información documental relacionada con las contribuciones de la Oficina y los Cuerpos Directivos de la OPS, en seguimiento a las recomendaciones de la evaluación de mitad de período de la ASA2008-2017.

⁶ Es importante señalar que en el caso de los indicadores del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, específicamente los correspondientes a los resultados intermedios (RIT) y resultados inmediatos (RIM), la medición se hizo al 2015. Estos datos se actualizarán en la versión final de este informe con los resultados de la evaluación de fin del bienio 2016-2017, actualmente en curso con los Estados Miembros. En el uso de esta fuente se hizo el máximo esfuerzo por homologar sus indicadores con los de la evaluación de la Agenda.

IV. RESULTADOS

Componente A: Uso que se ha dado a la Agenda en los países

20. En el cuadro 1 se muestra la respuesta de los países a dos de las seis preguntas de la encuesta sobre la evaluación final de la Agenda.⁷ Siendo la planificación una función de los sistemas de salud, es de esperar que todos los Estados Miembros cuenten con planes sectoriales, con las particularidades que correspondan a las estructuras político-administrativas de sus países. La respuesta a la primera pregunta solo constata este hecho genérico.

Cuadro 1. Uso de la Agenda en los países

Preguntas	Número de países (2017)
a. Países que han elaborado planes nacionales en el sector de la salud	19 de los 20 que respondieron
b. Utilización de la ASA2008-2017 en el diseño de los planes nacionales en el sector de la salud por los países	13 de los 20 que respondieron

Componente B: Progreso en las ocho áreas de acción

21. Como se muestra en la figura 2, de los 70 indicadores evaluados, 61 (88%) mostraron progreso o excedieron las metas durante el período abarcado por la Agenda, mientras que 8 (12%) no mostraron progreso alguno. Un indicador no se tuvo en cuenta en este informe debido a la falta de datos comparables. Las áreas en las que no hubo ningún progreso fueron: *a)* ampliación de la cobertura de vacunación con DPT3; *b)* políticas para el acceso, calidad y uso de medicamentos y otras tecnologías en salud; *c)* reducción de la prevalencia de la infección por el VIH; *d)* reducción de la incidencia de la transmisión maternoinfantil de la sífilis congénita; *e)* reducción de la mortalidad por diabetes; *f)* reducción de la mortalidad debida a traumatismos causados por el tránsito; *g)* casos de dengue, y *h)* reducción de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en los adultos.

22. En la figura 3 se muestra el progreso realizado en cada área de acción. No obstante, el área de acción E, “reducir los riesgos y la carga de enfermedad”, es la que más indicadores tenía sin progreso alguno. En el análisis que se presenta a continuación se examina la situación de los 70 indicadores; en el anexo A se proporcionan más detalles.

⁷ Veinte de los 35 Estados Miembros respondieron a la encuesta.

Figura 2. Panorama de la situación de los indicadores, 2017 (o año más reciente)

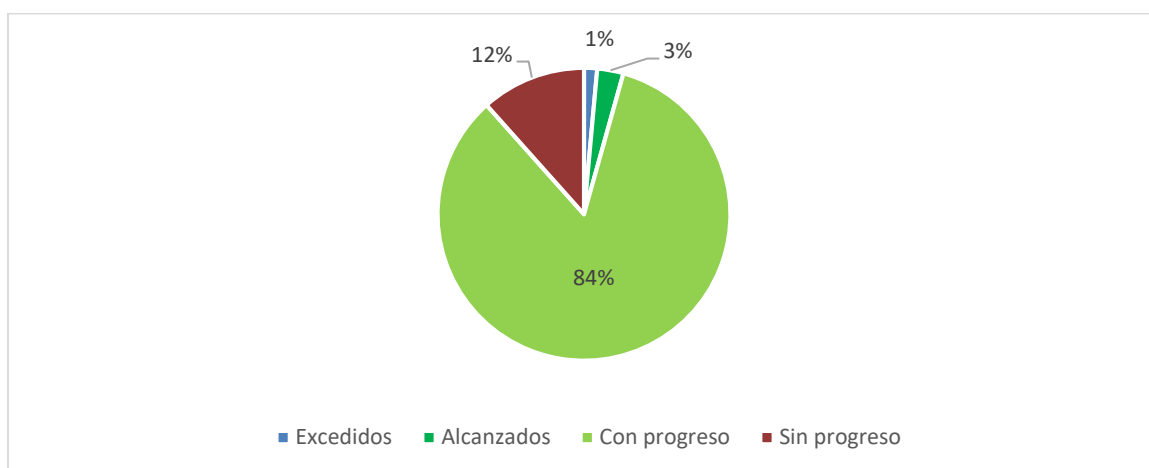
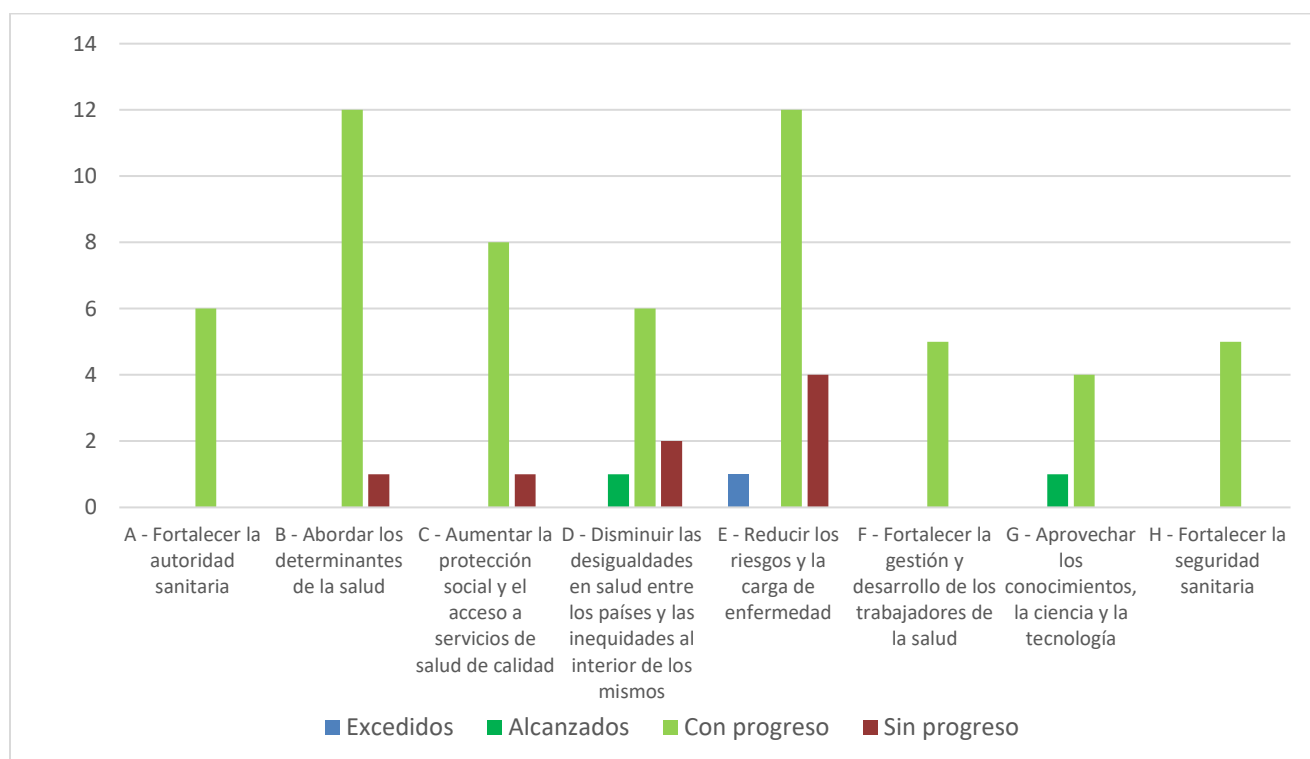


Figura 3. Situación de los indicadores por área de acción, 2017 (o año más reciente sobre el cual hay datos)



Área de acción A: Fortalecer la autoridad sanitaria nacional

23. En la ASA2008-2017, los Estados Miembros reconocieron la capacidad institucional del sector de la salud como uno de los elementos fundamentales de la respuesta a los retos para la salud que enfrentan los países. Los seis indicadores indirectos

mostraron progreso, lo cual significa que la Región ha avanzado notablemente en el fortalecimiento de la autoridad sanitaria nacional y el establecimiento de mecanismos de gobernanza, liderazgo y rendición de cuentas para alcanzar un mayor grado de salud y bienestar. Las áreas de trabajo futuras para esta prioridad de los Estados Miembros se indican en el objetivo 2 de la ASSA2030.

24. Al 2017, 27 países habían avanzado en la formulación de políticas, estrategias o planes nacionales integrales en materia de salud y 22 países avanzaron en establecer con marcos legislativos o normativos para apoyar la salud universal.⁸ Entre estos avances se destaca la aprobación de leyes sobre el tabaco en México (2008), Colombia (2009), El Salvador (2011), Jamaica (2013); leyes sobre salud mental en Guatemala; la Ley para la Promoción y Protección del Derecho a la Igualdad de las Personas con VIH o Sida y sus Familiares en Venezuela; la actualización del código penal de la República Dominicana en el contexto de la salud materna y los derechos reproductivos, y la reforma del Código Civil de Argentina en lo que respecta a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad. Además, 13 países tenían mecanismos para analizar o notificar el progreso hacia la salud universal usando un marco de seguimiento y evaluación.⁹

25. De los 20 países que respondieron el cuestionario para esta evaluación, 19 dijeron que habían establecido mecanismos de coordinación intersectorial encabezados por la autoridad sanitaria nacional. Algunos ejemplos de coordinación intersectorial son los consejos, las comisiones y otros procesos consultivos intersectoriales, incluso para la coordinación con jurisdicciones subnacionales. Algunos países tienen entidades coordinadoras para temas específicos, como nutrición, deportes, vacunación, cáncer, inocuidad de los alimentos, radiación, agua y saneamiento. También es importante señalar las políticas intersectoriales relacionadas con grupos marginados, como los pueblos indígenas, los afrodescendientes, las mujeres y las personas mayores. Además, 19 países dijeron que tenían mecanismos para promover la participación social; algunos ejemplos son los foros nacionales de salud, consejos de salud y diálogos sobre temas o propuestas específicos.

26. Los Estados Miembros y la Oficina también han abogado por la inclusión de la salud como prioridad en foros regionales. En la Séptima Cumbre de las Américas que tuvo lugar en Panamá en el 2015, tras negociaciones exitosas de la OPS, los líderes de la Región acordaron abordar las prioridades de salud pública. Estas incluyeron compromisos para trabajar a fin de avanzar en el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, en consonancia con la estrategia aprobada en el 2014; prevenir, detectar y responder a los brotes de enfermedades infecciosas emergentes y otras emergencias de salud pública; y avanzar en las áreas de las enfermedades no transmisibles (ENT), el agua y el saneamiento, los alimentos y la nutrición, y la reducción de la mortalidad materna e infantil. En seguimiento a los compromisos establecidos en la Quinta Cumbre de las Américas en el

⁸ OPS, *Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2016-2017/Segundo informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (documento CD56/5)*.

⁹ *Ibíd.*

2009, los líderes también solicitaron la creación de un grupo de trabajo interamericano sobre las enfermedades no transmisibles.

Área de acción B: Abordar los determinantes de la salud

27. La Región de las Américas ha sido una pionera en el reconocimiento del papel de los determinantes sociales y ambientales de la salud en los resultados en materia de salud, en particular en los grupos en condiciones de vulnerabilidad. Todos menos uno de los 13 indicadores en esta área mostraron progreso en años recientes. Al 2017, la mayoría de los países habían avanzado en la aplicación de las recomendaciones generales de la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud. El avance realizado entre el 2011 y el 2017 incluye la elaboración de perfiles de equidad, la acción en cuanto a la salud en todas las políticas y la medición de las desigualdades en la salud.

28. De cara al futuro, al incluir los determinantes de la salud en uno de los once objetivos de la ASSA2030, los Estados Miembros han transmitido un mensaje claro de que abordar los determinantes de la salud por medio de “enfoques intersectoriales, multisectoriales, regionales y subregionales” es fundamental para reducir las desigualdades e inequidades en materia de salud y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible relativos a la salud. Al 2017, 22 países habían comenzado a aplicar estrategias de promoción de la salud para reducir las inequidades en la salud y aumentar la participación comunitaria por medio de redes de promoción de la salud, mientras que 32 países habían mejorado la respuesta institucional a las inequidades en la salud, reflejada en su trabajo en los ámbitos del género, la equidad, los derechos humanos y la etnicidad. Recientemente, 15 países participaron en la Comisión sobre Equidad y Desigualdades en Salud de las Américas.¹⁰

29. Al 2015, la Región había realizado grandes avances en la reducción de la mortalidad materna (estimada en 52 por 100.000 nacidos vivos), infantil (menores de 1 año) (13 por 1.000 nacidos vivos), neonatal (8 por 1.000 nacidos vivos) y de menores de 5 años (15,8 por 1.000 nacidos vivos).¹¹ Aun cuando la reducción de la mortalidad materna fue significativa, la Región no pudo alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) en esta materia (objetivo 5, “Mejorar la salud materna”). Sin embargo, la Región sí alcanzó el ODM 4, referido a la reducción de la mortalidad de menores de 5 años. Al 2017, 10 países estaban ejecutando un plan integrado para la mortalidad materna y perinatal en consonancia con los planes regionales de acción sobre la mortalidad materna y la salud neonatal, y ocho habían progresado en el logro de este indicador.¹² Los países han intensificado los esfuerzos por mejorar y ampliar los servicios orientados a la madre y al niño, con un incremento de la cobertura de atención prenatal y del parto atendido por personal calificado.

¹⁰ *Ibíd.*

¹¹ OPS, *Indicadores básicos 2017*.

¹² OPS, *Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2016-2017/Segundo informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (documento CD56/5)*.

30. En relación con los datos notificados a nivel de la Región, es importante hacer notar que hay grandes variaciones en las distintas subregiones.

- a) En el caso de la mortalidad materna, América del Norte¹³ registró 13 muertes por 100.000 nacidos vivos; el Área Andina,¹⁴ 87; Brasil, 44; el Caribe latino,¹⁵ 187; el Caribe no latino,¹⁶ 107; el Cono Sur,¹⁷ 54; el Istmo Centroamericano,¹⁸ 95; y México, 38.
- b) En el caso de la mortalidad de menores de 5 años, América del Norte registró 6,7 muertes por 1.000 nacidos vivos; el Área Andina, 22,1; Brasil, 17,0; el Caribe latino, 48,7; el Caribe no latino, 20,8; el Cono Sur, 11,1; el Istmo Centroamericano, 23; y México, 15,1.

31. Al 2017, la Región presentaba una leve disminución en la prevalencia de sobrepeso en menores de 5 años, que era de 7,2%, frente a 7,6% en el 2011.¹⁹ Los registros por subregiones permiten observar un panorama desigual: América del Norte registró 6%; Área Andina 6,6%; Caribe latino 7,9%; Caribe no latino, 7%; Istmo Centroamericano, 5,3%; y México, 9,0% (sobre Brasil y el Cono Sur no se dispone de datos). De manera general, se señala que el incremento en este indicador es atribuible a la alimentación inadecuada y la escasa actividad física, y factores del contexto económico y social, particularmente de las políticas desplegadas en el campo de la agricultura y ganadería, el transporte, la planificación urbana, el medioambiente, la educación, y el procesamiento, distribución y comercialización de los alimentos.²⁰

32. Al 2017, la Región registraba una disminución de la prevalencia de talla baja para la edad en menores de 5 años, informada como desnutrición crónica en los menores de 5 años (6,3%), respecto de la medición al 2011 (8,2%).²¹ Los registros por subregiones permiten observar un panorama desigual: América del Norte registró 2,1%; Área Andina, 15,5%; Caribe latino, 12,9%; Caribe no latino, 7,4%; Istmo Centroamericano, 30,1%; y México, 13,6% (sobre Brasil y el Cono Sur no se dispone de datos). La prevalencia de la desnutrición infantil está considerada como una de las expresiones de la inequidad en los

¹³ Bermuda, Canadá y Estados Unidos de América.

¹⁴ Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela.

¹⁵ Cuba, Guadalupe, Guayana Francesa, Haití, Martinica, Puerto Rico y República Dominicana.

¹⁶ Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Curaçao, Dominica, Granada, Guyana, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes (EUA), Islas Vírgenes (RU), Jamaica, Montserrat, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, San Martín (Países Bajos), Suriname y Trinidad y Tabago.

¹⁷ Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay.

¹⁸ Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.

¹⁹ United Nations Children's Fund (UNICEF), World Health Organization, International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. *Levels and trends in child malnutrition: Joint Child Malnutrition Estimates*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 y 2018. Conclusiones principales de las ediciones del 2012 y el 2018. Se encuentra en <http://www.who.int/nutgrowthdb/estimates/en/>.

²⁰ OMS, *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Se encuentra en http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_why/es/.

²¹ UNICEF/WHO/World Bank, *ibíd.*

países en desarrollo, con graves consecuencias para la población de menores en estos países. Es importante recordar que la Región notificó como alcanzado el ODM 1, “Erradicar la pobreza extrema y el hambre”, que tenía como meta 1.C “Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre”, y como indicador 1.8 “Número de niños menores de 5 años de peso inferior al normal”. Se señalan como causas inmediatas de la desnutrición crónica la alimentación insuficiente, la atención inadecuada y las enfermedades; subyace a ellas la falta de acceso a alimentos, la falta de atención de salud, y el déficit de agua y saneamiento básico, dentro de un contexto más amplio de factores sociales, económicos y políticos, entre ellos la pobreza, la desigualdad y la escasa escolaridad de las madres.²²

33. Al 2016, la Región registraba una disminución en la cobertura de vacunación a nivel nacional (usando la tercera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina [DTP3] como marcador), que se situó en 91% (media ponderada de todos los países), frente a 93% en la medición del 2010.²³ Los registros por subregiones permiten también observar un panorama diverso; por ejemplo, América del Norte registró una cobertura de 95%, mientras que en América Latina y el Caribe fue de 89%.

34. Al 2017, 35 países y territorios habían alcanzado la meta del resultado intermedio de haber introducido una o varias vacunas nuevas en sus calendarios de vacunación de rutina, y seis estaban en progreso.²⁴ Con apoyo de la OPS, se introdujeron las siguientes vacunas: la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH), la vacuna antineumocócica conjugada, la vacuna contra rotavirus y la vacuna antipoliomielítica de virus inactivados (IPV). El Fondo Rotatorio realizó negociaciones con fabricantes para reducir significativamente el precio de las vacunas contra el VPH. Los países trabajaron en colaboración con la OPS para introducir vacunas nuevas en los planes nacionales de vacunación.

35. Al 2017, tres países habían alcanzado la meta de usar una perspectiva de salud pública como parte de un enfoque integrado de prevención de la violencia.²⁵ Los países han adoptado o están adoptando medidas en relación con este indicador. Por ejemplo, El Salvador ha elaborado el plan “El Salvador Seguro”, que refleja una perspectiva de salud pública. Ecuador está ejecutando un plan de prevención de la violencia, usando una estrategia de salud pública integrada, como componente de su Plan Nacional para el Buen Vivir.

²² UNICEF. *La desnutrición infantil: Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento*. Madrid: UNICEF España; 2011.

²³ OPS, *Indicadores básicos 2017 e Indicadores básicos 2010*.

²⁴ OPS, *Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2016-2017/Segundo informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (documento CD56/5)*.

²⁵ *Ibíd.*

Área de acción C: Aumentar la protección social y el acceso a servicios de salud de calidad

36. La finalidad de esta área era aumentar el financiamiento y la protección social por medio de la cobertura de seguro, y aumentar el acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias con un enfoque de atención primaria de salud. En vista de que todos los indicadores indirectos muestran progreso en esta evaluación final, se puede afirmar que la Región ha hecho importantes avances en el aumento de la protección y el acceso, de conformidad con las resoluciones sobre la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (CD53.R14) y *El acceso y uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias estratégicos y de alto costo* (CD55.R12). De acuerdo con la ASSA2030, se prevé que los países seguirán progresando en esta área, específicamente en la ampliación del acceso a servicios de salud (objetivo 1), el financiamiento adecuado y sostenible de la salud (objetivo 4) y el acceso a medicamentos esenciales y vacunas, al igual que a otras tecnologías sanitarias prioritarias (objetivo 5).

37. Al 2017, se había progresado en cuanto al número de países y territorios que habían ejecutado políticas públicas para mejorar la protección social (19 países de los 20 que respondieron a la encuesta informaron progreso). Los países informaron que tenían políticas para abordar temas como el envejecimiento de la población, la atención de personas con discapacidad, la atención de salud y la nutrición orientadas al desarrollo infantil, la reducción de barreras al acceso y programas de atención móvil para llegar a grupos marginados. Muchas políticas están a cargo de la autoridad sanitaria nacional en colaboración con otros ministerios, como el de desarrollo social. Adicionalmente, es importante señalar que, en el marco de estas políticas, los países de la Región lograron avances en la superación de los obstáculos económicos y sociales, ampliando el acceso al aseguramiento público en la salud, la provisión de servicios de salud de calidad y la extensión de los servicios a los pueblos indígenas marginados.

38. En esta área de acción se reconocía que el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud “queda[n] determinad[os] por la disponibilidad de financiamiento”. Al 2017, 16 países y territorios habían alcanzado la meta de contar con estrategias financieras para la salud universal, y tres la habían alcanzado parcialmente.²⁶ Los estudios del financiamiento en el ámbito de la salud realizados con el apoyo de la Oficina y la colaboración entre ministerios de salud, ministerios de finanzas e instituciones financieras han proporcionado evidencia que respalda la conclusión de que es necesario aumentar el financiamiento para la salud.

39. En el 2015, el gasto público actual en salud como porcentaje del producto interno bruto en América Latina y el Caribe había aumentado a 3,5% en comparación con 3,2% en el 2011.²⁷ En el 2014, los datos por subregiones y las diferencias por países fueron los siguientes: América del Norte, 8,2%; Área Andina, 3,9%; Brasil, 3,8%; Caribe latino,

²⁶ OPS, *Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2016-2017/Segundo informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019* (documento CD56/5).

²⁷ OMS.

5,1%; Caribe no latino, 3,1%; Cono Sur, 3,3%; Istmo Centroamericano, 4,1%; y México, 3,3%. A pesar del progreso realizado, alcanzar la meta de un gasto público en salud superior al 6% del PIB²⁸ será difícil para muchos países de la Región, ya que solo 6 de los 20 países comprendidos en la meta alcanzaron la meta en el 2017 y 10 más se encuentran en la gama del 4% al 5%.²⁹ La Región se ha visto afectada por la contracción económica registrada en América Latina y el Caribe durante dos años consecutivos (2015 y 2016), con una contracción estimada del producto interno bruto de 1% en el 2016. Sin embargo, se ha proyectado una perspectiva de recuperación para el 2017 y el 2018, con una expansión del producto interno bruto de 1,1% en el 2017 y 2,5% en el 2018. Se espera que esta modesta recuperación se sostenga gracias una mayor demanda externa, un aumento en los precios de las materias primas y una cierta relajación monetaria en América del Sur en un contexto de menor inflación.³⁰

40. Al 2015, se había progresado en cuanto al gasto de bolsillo en salud expresado como porcentaje del gasto total en salud para América Latina y el Caribe, ya que fue de 31,5% en el 2014 frente a 33,3% informado en el 2010. En el 2015 los datos por subregiones y las diferencias por país fueron los siguientes: América del Norte, 11,3%; Área Andina, 34,0%; Brasil, 25,5%; Caribe latino, 19,9%; Caribe no latino, 31,3%; Cono Sur, 31,9%; Istmo Centroamericano, 40,0%; y México, 44,0%. Aun con estos avances, se considera que este porcentaje sigue siendo muy alto. El gasto de bolsillo en salud es el gasto en salud que más impacto tiene en el presupuesto del hogar y podría tornarse un evento catastrófico para las familias. Por otra parte, juega un gran papel en la decisión de buscar atención de salud y es la fuente de financiamiento más inequitativa y menos eficiente.³¹

41. Al 2017, diez países y territorios habían alcanzado la meta de implementar una política de acceso a los medicamentos y otros dos lo habían hecho parcialmente.³² La mayoría de los países ejecutaron políticas nacionales para asegurar el acceso a medicamentos esenciales y otras tecnologías sanitarias prioritarias, y los mecanismos subregionales realizaron avances importantes en el acceso a medicamentos de alto costo. El Mercosur, por ejemplo, realizó negociaciones conjuntas en relación con la adquisición de antirretrovirales y medicamentos para la hepatitis C.

42. Al 2017, se había progresado en cuanto al número de países que incorporaron medidas específicas para la atención de los pueblos indígenas: 17 sobre la meta de 20

²⁸ Esta meta está en consonancia con la meta 4.1 de la ASSA2030 y con el indicador de resultado intermedio 4.1.2 del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Un gasto público en salud equivalente al 6% del PIB es un punto de referencia útil en la mayoría de los casos y es una condición necesaria, aunque no suficiente, para reducir las inequidades y aumentar la protección financiera.

²⁹ OPS, *Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2016-2017/Segundo informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (documento CD56/5)*.

³⁰ Naciones Unidas. *Situación y perspectivas de la economía mundial a mediados de 2017*. Se encuentra en <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N17/130/55/pdf/N1713055.pdf>.

³¹ C. Cid y L. Prieto, "Gasto de bolsillo en salud de los hogares: el caso de Chile, 1997 y 2007". *Rev Panam Salud Pública*, 2012, 31 (4): 310-316.

³² OPS, *Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2016-2017/Segundo informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (documento CD56/5)*.

(85%), según la encuesta respondida por los países. Por ejemplo, entre otras medidas, Guatemala creó una unidad de atención de salud para pueblos indígenas que utiliza un enfoque intercultural y otros países crearon programas o direcciones especiales. Además, 23 países y territorios alcanzaron el indicador de ejecutar planes, políticas o leyes de salud para abordar la etnicidad.³³ Se han llevado a cabo consultas técnicas regionales con los ministerios de salud, con amplia participación de los países de la Región. Algunos países han hecho avances importantes en el reconocimiento de la medicina tradicional. Los países andinos han progresado en la ejecución del Plan Andino de Salud para Afrodescendientes 2017-2021. Estas iniciativas han sido decisivas para colocar a la etnicidad en un lugar más prominente en los programas de salud, tanto nacionales como regionales. Sin embargo, siguen existiendo retos, dada la complejidad de los temas incluidos.

43. Al 2017, nueve países y territorios habían alcanzado la meta de ejecutar estrategias o planes para mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente, y diez países y territorios lo habían hecho parcialmente.³⁴ Además, según un examen del cumplimiento de los mandatos de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*, 25 países tienen un modelo de atención basado en la atención primaria de salud o han establecido redes integradas de prestación de servicios de salud.

44. En la actualidad, 33 países tienen un acuerdo para utilizar los servicios que brinda el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública. El volumen de compras fue de \$40,4 millones³⁵ en el 2012 y de \$90,4 millones en el 2017.

Área de acción D: Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos

45. La equidad en la salud fue uno de los principios fundamentales de la ASA2008-2017 y sigue siendo uno de los principios de la ASSA2030. La finalidad de esta área de acción era mejorar la salud de los grupos más marginados, incluso mediante el reconocimiento de la importancia de promover la salud a lo largo del curso de la vida y la salud sexual y reproductiva como prioridades para la Región. Persisten brechas en cuanto a la equidad en toda la Región, tanto dentro de los países como entre ellos. En el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, cuyo lema es “En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad”, se ha tratado de abordar esas brechas. Sin embargo, los resultados preliminares y las proyecciones que se presentan en el informe de evaluación de fin del bienio 2016-2017, que también se someten a la consideración del 56.º Consejo Directivo, muestran que el progreso puede ser lento. Según esa evaluación, varias metas relativas a la reducción de las brechas en la equidad podrían estar “en riesgo” de no alcanzarse para el 2019.³⁶

³³ *Ibíd.*

³⁴ *Ibíd.*

³⁵ A menos que se indique otra cosa, todas las cifras monetarias en este documento se expresan en dólares de los Estados Unidos.

³⁶ OPS, *Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2016-2017/Segundo informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (documento CD56/5)*.

46. Esta evaluación ha mostrado resultados similares: si bien hubo progreso en siete de los nueve indicadores indirectos, dos no mostraron progreso alguno (prevalencia de la infección por el VIH e incidencia de la transmisión maternoinfantil de la sífilis congénita). Las dificultades persistentes que enfrentan los países para reducir las desigualdades e inequidades en el ámbito de la salud parecen indicar que la Organización tendrá que acelerar la acción de aquí al 2030.

47. En relación con la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita es importante tomar en cuenta lo informado por la OPS, la OMS y UNICEF:³⁷

- a) En el 2015, 22 países de la Región de las Américas notificaron datos compatibles con el logro de las metas de eliminación de la transmisión del VIH de madre a hijo. La tasa de transmisión en América Latina y el Caribe disminuyó 55% entre el 2010 y el 2015, de 15% a 8%.
- b) En los niños de 0 a 14 años, el número de infecciones nuevas por el VIH en América Latina descendió 29% entre el 2010 y el 2015, pasando de 2.440 a 1.730, y 83% en el Caribe, de 2.280 a 400. En consecuencia, entre el 2010 y el 2015 se evitaron unas 28.000 infecciones por el VIH en América Latina y el Caribe gracias a intervenciones de prevención de la transmisión maternoinfantil.
- c) En el 2015, hubo un aumento en la tasa de incidencia de la transmisión maternoinfantil de la sífilis congénita de hasta 1,7 casos por 1.000 nacidos vivos, frente a 1,0 caso por 1.000 nacidos vivos registrado en el 2011. Ese año, 20 países habían informado datos compatibles con la eliminación de la sífilis congénita (dos países más que el año anterior).
- d) En el 2015, 18 países de la Región de las Américas comunicaron datos compatibles con la eliminación de ambas enfermedades.

48. Al 2016, la Región registraba un leve incremento de la prevalencia de la infección por el VIH (por sexo y grupo etario) en el grupo de 15 a 49 años en América Latina; así, pasó de 0,4 en el 2011 a 0,5% en el 2016. La prevalencia en la Región se mantuvo en 0.5% desde el 2011 al 2016. El mismo caso se informó en el Caribe en donde la tasa de prevalencia se mantuvo en 1,2% durante los cinco años. Se estima que en el 2015 había 2 millones de personas con infección por el VIH en América Latina y el Caribe, de los cuales 98% tenían 15 años o más. En América Latina, la epidemia ha afectado principalmente a los hombres, que representan 68% de las personas con infección por el VIH, mientras que en el Caribe 52% de las personas con esta infección son mujeres.³⁸ Al respecto, es importante tener en cuenta lo informado por el ONUSIDA en el 2017:³⁹

³⁷ OPS, *Eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis en las Américas: Actualización 2016*.

³⁸ OPS, *Salud en las Américas+. Edición del 2017. Resumen: Panorama regional y perfiles de país*, p. 21.

³⁹ ONUSIDA, *Hoja informativa - Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida*. Se encuentra en <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>.

- a) América Latina: En el 2016, había 1,8 millones (1,4-2,1 millones)⁴⁰ de personas con infección por el VIH. En el 2016, se produjeron aproximadamente 97.000 (79.000-120.000) nuevas infecciones por el VIH (el número de nuevas infecciones por el VIH no varió del 2010 al 2016). En el 2016 murieron 36.000 (28.000-45.000) personas a causa de enfermedades relacionadas con el sida (entre el 2010 y el 2016, el número de muertes relacionadas con el sida experimentó un descenso del 12%). La cobertura del tratamiento en el 2016 llegó a 58% (42-72%) de todas las personas con infección por el VIH. En el 2016, se produjeron 1.800 (1.300-2.400) nuevas infecciones por el VIH en niños.
- b) Caribe: En el 2016, había 310.000 (280.000-350.000) personas con infección por el VIH. En el 2016, se produjeron aproximadamente 18.000 (15.000-22.000) nuevas infecciones por el VIH. Ese mismo año, 9.400 (7.300-12.000) personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida (entre el 2010 y el 2016, el número de muertes relacionadas con el sida experimentó un descenso de 28%). La cobertura del tratamiento en el 2016 llegó a 52% (41-60%) de todas las personas con infección por el VIH. En el 2016, se produjeron menos de 1.000 nuevas infecciones por el VIH en niños.

49. Al 2016, la Región había avanzado en cuanto a la proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer (< 2.500 g): 8%, frente a 8,2% registrado en el 2011.⁴¹ Los datos al nivel de las subregiones son los siguientes: América del Norte, 7,9%; Área Andina, 8,5%; Brasil, 8,4%; Caribe latino, 10,1%; Caribe no latino, 10,1%; Cono Sur, 6,9%; Istmo Centroamericano, 10,5%; y México, 5,8%. Al respecto, es importante tener en cuenta lo señalado por la OMS: “La tasa de neonatos con bajo peso al nacer en una población, constituye un buen indicador de un problema de salud pública que incluye la malnutrición materna a largo plazo, una mala salud y una atención de salud deficitaria. Individualmente, el peso al nacer representa un importante mecanismo de predicción de la salud del recién nacido y su supervivencia”.⁴²

50. Al 2016, el porcentaje de partos en hospitales en la Región había aumentado a 94,8% frente a 94,1% en el 2015.⁴³ Los datos por subregiones para el 2016 son los siguientes: América del Norte, 98,1%; Área Andina, 93,2%; Brasil, 98,4%; Caribe latino, 79,2%; Caribe no latino, 96,4%; Cono Sur, 99,4%; Istmo Centroamericano, 79,7%; y México, 94,2%. La institucionalización de la atención del embarazo y el parto y el aumento de las intervenciones obstétricas influyen de manera significativa en la reducción de la mortalidad materna.

51. Al 2017, la Región había avanzado en lo que respecta a la prevalencia del uso de anticonceptivos modernos: 69% frente a 63% en el 2011.⁴⁴ Los datos por subregiones para

⁴⁰ Los intervalos indicados entre paréntesis muestran los intervalos de confianza en las estimaciones del ONUSIDA.

⁴¹ OPS, *Indicadores básicos 2017 e Indicadores básicos 2011*.

⁴² OMS, *Estadísticas sanitarias mundiales 2005*. Ginebra: OMS; 2005.

⁴³ OPS, *Indicadores básicos 2017, 2016 e Indicadores básicos 2011*.

⁴⁴ *Ibíd.*

el 2017 son los siguientes: América del Norte, 69%; Área Andina, 63%; Brasil, 75%; Caribe Latino, 59%; Caribe no latino, 58%; Cono Sur, 68%; Istmo Centroamericano, 61%; y México, 70%. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) informa una prevalencia de 70% para América Latina y el Caribe en el 2017, junto a otros indicadores, como la prevalencia de 10% de necesidades insatisfechas de planificación familiar en mujeres de 15 a 49 años, y 83% de demanda satisfecha con métodos modernos de planificación familiar en mujeres de 15 a 49 años.

52. Con respecto a la reducción de las desigualdades a lo largo del curso de la vida, al 2017 se había registrado progreso en 21 países en cuanto a la formulación o actualización de políticas o planes nacionales de salud del adolescente. Además, 15 países habían avanzado hacia la adopción de planes que incluyan explícitamente medidas para abordar las necesidades de salud de las personas mayores de conformidad con la *Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud*, de la OMS.⁴⁵ Por ejemplo, México desarrolló un plan nacional para promover el envejecimiento saludable, el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Por otro lado, Argentina desempeñó una función importante de liderazgo en el proceso que tuvo lugar en torno a la nueva Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores y en la consulta mundial sobre la *Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud*.

53. A fin de mejorar la formulación de políticas, la adopción de decisiones y la focalización de las intervenciones para abordar las brechas en cuanto a la equidad es importante fortalecer los sistemas de información sobre la salud. La Región intensificó las actividades de formación de capacidad sobre la gestión de datos y el seguimiento de las tendencias de la situación de salud en los sistemas de información de salud. Al 2017, seis países habían alcanzado el indicador puesto que habían hecho una evaluación completa de la situación y las tendencias durante el bienio 2016-2017, y otros 29 estaban en progreso. Eso llevó a que se pudiera concluir exitosamente el proyecto de la publicación emblemática de la Organización *Salud en las Américas+*, edición 2017.⁴⁶ Sin embargo, aún persisten desafíos para implementar sistemas de información más sólidos que puedan producir datos oportunos y de calidad para medir el progreso en la salud.

Área de acción E: Reducir los riesgos y la carga de enfermedad

54. La finalidad de esta área era abordar el desafío cada vez mayor de prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles y de combatir las enfermedades transmisibles que siguen siendo un problema para la Región. Durante el período abarcado por la Agenda, hubo muchos logros importantes en esta área, entre ellos la declaración de la eliminación de la transmisión endémica de la rubéola, el síndrome de rubéola congénita y el sarampión en la Región de las Américas; la certificación por la OMS de siete países y territorios que habían alcanzado las metas de la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis congénita; la verificación de la eliminación de la oncocercosis en Colombia,

⁴⁵ OPS, *Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2016-2017/Segundo informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (documento CD56/5)*.

⁴⁶ *Ibíd.*

Ecuador, Guatemala y México; la verificación de la eliminación del tracoma como problema de salud pública en México; avances hacia la eliminación de la malaria, la lepra y la rabia transmitida por perros; y la reducción de la mortalidad prematura y del consumo de tabaco.

55. En cuanto a los indicadores indirectos, hubo avances tanto con las enfermedades transmisibles como con las no transmisibles, ya que 13 indicadores indirectos muestran progreso; sin embargo, cuatro no mostraron progreso alguno. Un indicador no se pudo evaluar. La Organización continuará trabajando durante el período abarcado por la ASSA2030, en la cual, a fin de centrarse mejor en estos temas, se establecen objetivos separados para las enfermedades transmisibles y para las no transmisibles.

56. Al 2015, se había producido un incremento en la tasa de mortalidad por diabetes por 100.000 habitantes (ajustada por edad y sexo), que llegaba a 33,6, frente a 32,8 en el 2011.⁴⁷ En la Región, más de 15% de la población mayor de 18 años padece diabetes, un valor tres veces más alto que el que se registraba hace diez años, mientras que la prevalencia de glucosa elevada en sangre se incrementó de 5% en 1980 a 8,5% en el 2014. En el 2014, la tasa de mortalidad ajustada por la edad para la diabetes de tipo 2 en la Región mostró una ligera diferencia entre hombres y mujeres: 35,6 frente a 31,6 por 100.000 habitantes, respectivamente.⁴⁸ La tasa de obesidad (índice de masa corporal [IMC] igual o mayor a 30 kg/m²) en la Región, de 26,8%, es más de dos veces el promedio mundial (12,9%), con una mayor prevalencia en las mujeres (29,6%) que en los hombres (24%).

57. Al 2016, la Región había avanzado en cuanto a la reducción de la tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón por 100.000 habitantes (ajustada por edad y sexo): 62,8, frente a 76,4 en el 2011.⁴⁹ Aunque la mortalidad por esta causa viene disminuyendo de manera constante en la mayor parte de los países de la Región, con una reducción general de 19% entre el 2000 y el 2010, sigue siendo la principal causa de muerte.⁵⁰ Al 2016, la Región había avanzado en cuanto a la reducción de la tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares por 100.000 habitantes (ajustada por edad y sexo): 34,8, frente a 43,1 en el 2011.⁵¹ En la Región, la mortalidad por todos los tipos de cáncer ha disminuido en ambos sexos desde el año 2000 y se estima que disminuyó 7,9% entre el 2008 (114,3 por 100.000 habitantes) y el 2015 (105,3 por 100.000 habitantes).

58. Al 2013, la Región había notificado una tasa de mortalidad por traumatismos causados por el tránsito por 100.000 habitantes de 15,9, frente a la medición del 2011 de 14,1.⁵² Las tasas varían significativamente de un país a otro, desde 6 muertes por 100.000 habitantes en Canadá hasta 29,3 en República Dominicana.⁵³ Los traumatismos causados

⁴⁷ OPS, *Indicadores básicos*.

⁴⁸ OPS, *Salud en las Américas+*. Edición del 2017. Resumen: *Panorama regional y perfiles de país*.

⁴⁹ OPS, *Indicadores básicos*.

⁵⁰ OPS, *Salud en las Américas+*. Edición del 2017. Resumen: *Panorama regional y perfiles de país*.

⁵¹ OPS, *Indicadores básicos*.

⁵² *Ibíd.*

⁵³ OPS, *Salud en las Américas+*. Edición del 2017. Resumen: *Panorama regional y perfiles de país*.

por el tránsito cobraron la vida de 154.089 personas en el 2013 y representaron 12% de todas las muertes por esta causa en el mundo; esta cifra constituye un aumento de 3% en comparación con las 149.357 defunciones registradas en el 2010. Las defunciones por esta causa son más frecuentes en los países de ingresos medianos (73% del total de muertes por esta causa) en comparación con los países de ingresos altos (26%).⁵⁴ Ajustada por edad y sexo, en el 2015 la tasa fue de 25,4 muertes en los hombres y 6,6 en las mujeres.⁵⁵

59. Al 2016, la Región presentaba un aumento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad ($IMC > 25\text{kg/m}^2$) en los adultos (mayores de 18 años), que se estima que llegaba a 62,5% (60,5-64,5) en comparación con 59,8% (58,3-61,3) en el 2011.⁵⁶ La Región de las Américas es la región de la OMS con la prevalencia más alta de sobrepeso y obesidad.⁵⁷

60. La Región ha progresado en la reducción de la prevalencia del tabaquismo (16,3% en los adultos y 13% en los adolescentes) desde el 2011 (22% en los adultos).⁵⁸ En el 2013, la prevalencia del consumo estimado actual de tabaco, normalizada según la edad, en las personas de 15 años o más en la Región era de 17,5%; en los estudiantes de 13 a 15 años, era de 13,5% (14,7% en los hombres y 12,3% en las mujeres).⁵⁹

61. Al 2017, 21 países habían elaborado planes nacionales de acción multisectoriales para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo, con el objetivo de reducir la mortalidad prematura por ENT, mientras que otros cinco estaban en progreso.⁶⁰ Sin embargo, la acción multisectorial para abordar las causas fundamentales de las ENT con un enfoque de la salud en todas las políticas sigue siendo difícil en todos los países. Además, 18 países y territorios han elaborado planes nacionales de acción compatibles con el *Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño*, de la OMS. El área con el avance más lento es la asignación de los recursos humanos y económicos necesarios para efectuar intervenciones nutricionales.

62. Al 2017, la Región mostraba avances en la implementación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT). Cuatro de los siete países incluidos en la meta habían alcanzado el indicador, mientras que otros tres lo habían alcanzado parcialmente. La 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó la *Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022* con el objetivo de acelerar la aplicación del CMCT. Además, cinco países alcanzaron el indicador de contar con una política nacional en materia de consumo de alcohol, mientras que otros seis lo habían alcanzado parcialmente. Sin embargo, la Región enfrenta dificultades con la aplicación de políticas en materia de consumo de alcohol basadas en la salud. Entre esas

⁵⁴ OPS, *Salud en las Américas+*. Edición del 2017. Resumen: Panorama regional y perfiles de país.

⁵⁵ OPS, *Indicadores básicos de salud 2017*.

⁵⁶ OMS, *Datos del Observatorio mundial de la salud*. Se encuentra en <http://www.who.int/gho/es/>.

⁵⁷ OPS, *Salud en las Américas+*. Edición del 2017. Sobrepeso y obesidad. Estado de salud de la población.

⁵⁸ OPS, *Indicadores básicos 2017*.

⁵⁹ OPS, *Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030*.

⁶⁰ OPS, *Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2016-2017/Segundo informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (documento CD56/5)*.

dificultades cabe señalar la aceptación social del consumo de alcohol, el desconocimiento de sus efectos nocivos y un compromiso político débil con la reducción del consumo nocivo de alcohol. La colaboración multisectorial es fundamental para extender la labor fuera del sector de la salud a fin de abordar las ENT y los factores de riesgo, y requiere un compromiso político sostenido.⁶¹

63. En cuanto a la salud mental, 32 países y territorios cuentan con una política o un plan aprobado en el cual se pone de relieve el desarrollo de la atención de salud mental en la comunidad. Se está integrando la salud mental en la atención primaria de salud por medio del Programa Mundial de Acción en Salud Mental (mhGAP) de la OMS.⁶²

64. Al 2016, la incidencia de la infección por el VIH en la Región era de 13,7 por 100.000 habitantes.⁶³ En el 2009, la tasa de incidencia del sida (la medición usada en la evaluación de mitad de período de la ASA2008-2017) fue de 10,7 por 100.000 habitantes (no hay datos actualizados sobre este indicador). Al 2016, en América Latina había 1,8 millones (1,4-2,1 millones) de personas con infección por el VIH, y se estima que hubo 97.000 (79.000-120.000) nuevas infecciones por el virus, 1.800 (1.300-2.400) de ellas en niños (el número de nuevas infecciones no varió entre los años 2010 y 2016). Alrededor de 36.000 (28.000-45.000) personas murieron por enfermedades relacionadas con el sida en el 2016, 12% menos que en el 2010. La cobertura del tratamiento en el 2016 fue de 58% (42-72%). En lo que respecta al Caribe, en el 2016 había 310.000 (280.000-350.000) personas con infección por el VIH, con una estimación de 18.000 (15.000-22.000) nuevas infecciones ese año (menos de 1.000 nuevas infecciones en niños). Cerca de 9.400 (7.300-12.000) personas murieron de enfermedades relacionadas con el sida, 28% menos que las muertes registradas en el 2010. La cobertura de tratamiento en el 2016 fue de 52% (41-60%).⁶⁴

65. La tasa de incidencia notificada de la tuberculosis ha disminuido lentamente en los últimos años. Eso parece indicar que, a pesar de las medidas de prevención y control por parte de los países, la enfermedad sigue transmitiéndose y se siguen detectando y diagnosticando casos nuevos. La lenta disminución también podría reflejar el efecto en el diagnóstico de la introducción y el uso cada vez mayor de nuevas pruebas de diagnóstico molecular rápido, con las cuales se están detectando con mayor exactitud casos que antes no se detectaban con la baciloscopia. La dificultad actual para alcanzar los hitos y las metas establecidos en la *Estrategia fin de la tuberculosis* y en los ODS relativos a la tuberculosis consiste en acelerar la tasa de disminución.

66. Al 2015, la Región había progresado en la disminución en el número de casos de malaria notificados anualmente. Entre el 2000 y el 2015, el número de casos de malaria en

⁶¹ *Ibíd.*

⁶² OPS, *Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2016-2017/Segundo informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (documento CD56/5).*

⁶³ OPS, *Indicadores básicos 2017.*

⁶⁴ UNAIDS, *Fact Sheet. World Aids Day 2017.*

la Región disminuyó en 62% (de 1.181.095 a 454.311 casos).⁶⁵ Durante el mismo período, las muertes relacionadas con la malaria disminuyeron en 76%, de 410 muertes a 98. Del número total de casos, 77% fueron notificados por Brasil, Perú y Venezuela. A fines del 2015, la malaria se encontraba en forma endémica en 21 países de la Región. Todos los países endémicos, con excepción de Haití y Venezuela, han reducido su morbilidad desde el año 2000. Sin embargo, en los últimos años (2016-2017) ha aumentado la mortalidad y la morbilidad de la malaria.⁶⁶

67. Al 2016, la Región registraba un incremento en el número de casos de dengue notificados: 2.276.803 frente a 1.699.072 en el 2011.⁶⁷ Entre el 2011 y el 2015 se notificó un total acumulado de 8.207.797 casos de dengue, lo que representa un incremento de 58% respecto del período 2006-2010; de ellos, 118.837 (1,4%) fueron casos de dengue grave y hubo 5.028 muertes (0,06%) con un incremento del 93% respecto del período anterior.⁶⁸

68. Al 2016, la Región había avanzado en cuanto al número de países con certificación de la interrupción de la transmisión de la enfermedad de Chagas por vectores: 17 países sobre 21 países endémicos, tres más que los 14 del 2012. Es importante recordar que la eliminación de la transmisión de la enfermedad de Chagas es la meta de impacto 8.3 del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Además, el *Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022* (documento CD55/15) tiene como objetivo 1.2 el de “acelerar las medidas para interrumpir la transmisión domiciliar de la enfermedad de Chagas por los principales vectores”.

69. Al 2016, el número de países donde la oncocercosis era endémica y que habían certificado su eliminación había aumentado a cuatro, tres más que en el 2011. Estos países fueron Colombia, Ecuador, Guatemala y México. La eliminación de la oncocercosis es la meta de impacto 8.2 del Plan Estratégico 2014-2019. El *Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022* (documento CD55/15) tiene como objetivo 2.2 el de “eliminar las enfermedades infecciosas desatendidas objeto de la quimioterapia preventiva, incluida la recopilación de datos para brindar apoyo a la eliminación”, y eleva a seis países la meta para el 2022.

Área de acción F: Fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud

70. La Región de las Américas ha encabezado los esfuerzos mundiales para contar con personal de salud adecuado, lo que se ha incluido como prioridad en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Esta evaluación muestra que el compromiso de los países para abordar esta área está dando resultado: los cinco indicadores muestran progreso. De cara al futuro, los Estados Miembros demostraron su apoyo y entusiasmo con el área incluyéndola en el objetivo 3 de la ASSA2030. La *Estrategia de recursos humanos para el acceso universal*

⁶⁵ OPS, *Indicadores básicos 2017*.

⁶⁶ OPS, *Salud en las Américas+. Edición del 2017. Resumen: Panorama regional y perfiles de país*.

⁶⁷ OPS, *Indicadores básicos 2017*.

⁶⁸ OPS, *Salud en las Américas+. Edición del 2017. Resumen: Panorama regional y perfiles de país*.

a la salud y la cobertura universal de salud (resolución CSP29.R15) y el proyecto de plan de acción (documento CD56/10) procuran acelerar la acción en ese sentido.

71. En el 54.º Consejo Directivo de la OPS, en el 2015, se presentó el informe final sobre las metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015 (documento CD54/INF/1), para el cual se recopiló información entre el 2013 y el 2015, con la participación de 20 países. En la 28.ª Conferencia Sanitaria Panamericana se había presentado un informe de progreso (documento CSP28/INF/3), para el cual se había recopilado información entre el 2009 y el 2010 con la participación de 24 países. Al 2017, ocho países y territorios habían alcanzado el indicador de contar con un plan de acción o una estrategia en materia de recursos humanos para la salud en consonancia con las políticas de salud universal y cinco países más lo habían alcanzado parcialmente.⁶⁹

72. Al 2017, 26 países habían alcanzado la meta de tener una densidad de trabajadores de salud (médicos, enfermeras, parteras) de 25 profesionales por 10.000 habitantes, mientras que dos países habían avanzado en ese sentido. La Oficina está trabajando con los países que corren el riesgo de no alcanzar este indicador para el 2019.⁷⁰ El reto principal es la distribución de la fuerza laboral sanitaria. El porcentaje de médicos es de hasta 80 puntos porcentuales más alto en las zonas urbanas que en las zonas rurales (o no metropolitanas). En promedio, en el 2015 había 48,7 enfermeras por 10.000 habitantes. América del Norte tenía, con mucho, la mayor densidad de enfermeras, más de siete veces superior a la de América Latina y el Caribe (110,9 frente a 13,6 por 10.000 habitantes).⁷¹

73. Al 2017, había aumentado el número de países que tienen programas de educación continua para el personal, ya sea por medio de un nodo en el Campus Virtual de Salud Pública de la OPS o por medio de una red de ciberaprendizaje equivalente. Trece países y territorios habían alcanzado la meta y otros cinco lo habían hecho parcialmente. Cada año, alrededor de 100.000 profesionales toman cursos autodidácticos en el Campus Virtual.⁷²

74. Al 2017, había aumentado el número de países que participaban en acuerdos bilaterales o multilaterales que abordan la migración de los trabajadores de la salud: 13 de 20 países, frente a los 11 notificados en el 2011, según la respuesta de los países a la encuesta. Por ejemplo, Argentina cuenta con procedimientos para validar títulos con varios países latinoamericanos. También se está trabajando por medio del MERCOSUR a fin de armonizar las normas para el reconocimiento de títulos de profesionales de la salud en diversos campos. Ecuador participa en un programa de capacitación con Cuba y tiene el programa “Yo retorno”, que ofrece a los profesionales de salud ecuatorianos que viven en el exterior la opción de regresar al país.

⁶⁹ OPS, *Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2016-2017/Segundo informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (documento CD56/5)*.

⁷⁰ OPS, *Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2016-2017/Segundo informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (documento CD56/5)*.

⁷¹ OPS, *Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030*.

⁷² OPS, *Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2016-2017/Segundo informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (documento CD56/5)*.

Área de acción G: Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología

75. Esta área se centraba en el uso de conocimientos y evidencia en la adopción de decisiones, el fortalecimiento de la capacidad de investigación y vigilancia en todos los niveles, la aplicación de las prácticas óptimas en el campo de la bioética y el ejercicio del papel regulador de la autoridad sanitaria nacional. Se ha hecho un gran progreso: las metas para el 2015 de tres indicadores conexos se han excedido y las otras dos se han alcanzado. El trabajo en esta área de acción continuará con la consecución de los objetivos 5, 6 y 7 de la ASSA2030.

76. Al 2017, siete países y territorios tenían un sistema o mecanismo para facilitar la toma de decisiones basada en la evidencia, mientras que otros cuatro habían alcanzado la meta parcialmente. La Oficina desempeñó un papel activo en la generación de evidencia en 12 países con el fin de fortalecer la orientación y las medidas esenciales de salud pública para prevenir y limitar el impacto de la enfermedad por el virus del Zika y sus complicaciones. También se había avanzado en cuanto al número de países que implementaban una política nacional o un plan de investigación sobre la salud. Nueve países y territorios alcanzaron la meta, mientras que otros nueve lo habían hecho parcialmente. Además, 11 países y territorios tenían mecanismos de rendición de cuentas para examinar las investigaciones o incorporar la ética en la salud pública.⁷³

77. En lo que respecta a medicamentos, 12 países y territorios estaban estableciendo mecanismos para la evaluación de tecnologías sanitarias y el uso de la evidencia como base para la incorporación, la selección, la administración y el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias, excediendo de esa forma la meta; otros cinco países alcanzaron parcialmente el indicador. Asimismo, los países avanzaron en la evaluación de las funciones regulatorias 16 países alcanzaron el indicador y cuatro más lo alcanzaron parcialmente. En el 2016, el 55.º Consejo Directivo aprobó un documento de política sobre el acceso y el uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias estratégicos y de alto costo, en el cual se hacía un llamamiento a los Estados Miembros para que fortalecieran los sistemas regulatorios a fin de asegurar la calidad de los medicamentos.⁷⁴

Área de acción H: Fortalecer la seguridad sanitaria

78. Durante el período abarcado por la Agenda, la Región respondió a numerosos brotes (gripe pandémica por H1N1, enfermedad por el virus del Zika y chikunguña), así como a varias emergencias y desastres que incidieron en la salud. Con la colaboración de la Oficina, los países también intensificaron la acción para aumentar los preparativos y la capacidad para hacer frente a los desastres, y los cinco indicadores indirectos mostraron un avance importante. En el 2016 se estableció en la Región de las Américas el nuevo Programa de Emergencias de Salud de la OPS, en consonancia con la decisión WHA69(9) y el documento A69/30 de la Asamblea Mundial de la Salud.

⁷³ *Ibíd.*

⁷⁴ Documento CD55/10, Rev.1, y resolución CD55.R12 (2016).

79. Al 2017, se había avanzado en cuanto al número de países que ejecutaban planes o programas nacionales de preparación del sector de la salud para casos de emergencias o desastres. Veintisiete países y territorios alcanzaron la meta, y uno más la alcanzó parcialmente. También se había avanzado en cuanto al número de Estados Miembros que habían incorporado las capacidades básicas para la vigilancia y respuesta de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005): 22 de 35 Estados Miembros cumplían los criterios. En el bienio 2016-2017, la información se puso a disposición de los Centros Nacionales de Enlace del RSI dentro de las primeras 48 horas de terminada la evaluación del riesgo en 109 de 181 (60%) de las emergencias de salud pública de posible importancia internacional.⁷⁵

80. A lo largo del último decenio, los países de la Región han hecho grandes avances en la vigilancia y los preparativos para hacer frente a zoonosis emergentes y reemergentes. Se han fortalecido las redes de laboratorios y los sistemas integrados de información sobre la salud y se les ha proporcionado apoyo, lo cual ayudó en gran medida a prevenir la introducción o propagación de zoonosis emergentes de importancia para la salud pública, como la gripe aviar, y a responder oportunamente a amenazas reemergentes, como las arbozoonosis y la rabia transmitida por murciélagos hematófagos. A pesar de estos avances, Haití, entre otros países, necesita más apoyo a fin de estar preparado para los retos de las zoonosis emergentes y reemergentes. La difusión de prácticas óptimas y experiencias entre los países de la Región es un medio importante para mantener y mejorar los preparativos para hacer frente a las zoonosis.

Componente C: Implementación de la Agenda por la Oficina Sanitaria Panamericana

81. Las recomendaciones formuladas durante la evaluación de mitad de período en relación con la responsabilidad de la Oficina en la implementación de la Agenda pueden resumirse en las siguientes: *a)* evaluar en qué medida el Plan Estratégico 2014-2019 y sus instrumentos de seguimiento y evaluación se encuentran en consonancia con las áreas de acción de la Agenda; *b)* evaluar en qué medida la Agenda y el Plan Estratégico 2014-2019 promovieron la elaboración de documentos oficiales que estuvieran en consonancia con la visión y las áreas de acción de la Agenda; y *c)* evaluar en qué medida las estrategias de cooperación con los países estuvieron en consonancia con la Agenda y el Plan Estratégico 2014-2019.

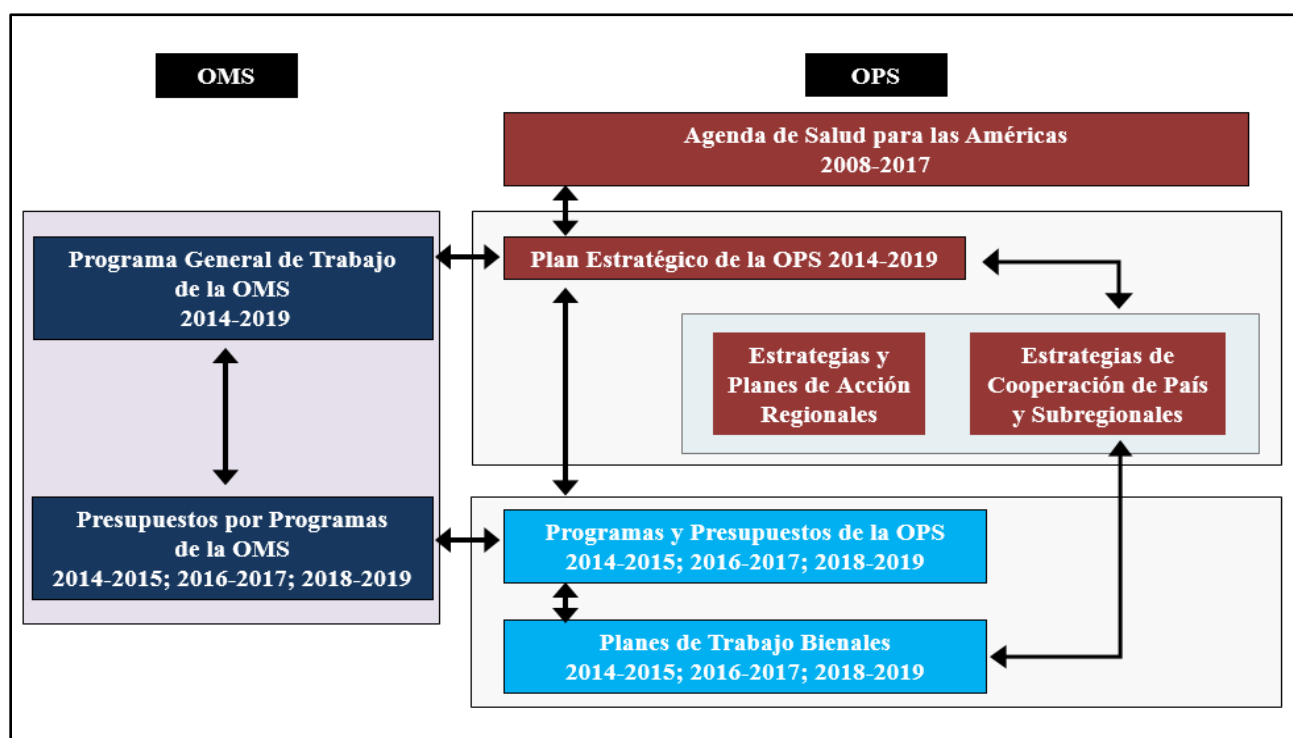
Recomendación a: Evaluar en qué medida el Plan Estratégico 2014-2019 y sus instrumentos de seguimiento y evaluación se encuentran en consonancia con las áreas de acción de la Agenda.

82. El Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (*Documento Oficial 345*) aprobado originalmente por el 52.º Consejo Directivo de la OPS, realizado del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013, se formuló tomando en cuenta las prioridades regionales definidas en

⁷⁵ OPS, *Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2016-2017/Segundo informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (documento CD56/5)*.

la Agenda, considerada como máximo referente en el marco de la planificación de la OPS (Figura 2). Las nueve metas de impacto y las seis categorías (con las 30 áreas programáticas) incorporan las ocho áreas de acción de la Agenda, como ya se había hecho en el Plan Estratégico de la OPS 2008-2013 (véanse los cuadros 2 y 3).

Figura 4. Marcos de planificación de la OPS/OMS



Cuadro 2. Relación entre las áreas de acción de la Agenda y las metas de impacto del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019

Áreas de acción de la Agenda	Metas de impacto del Plan Estratégico
b) Abordar los determinantes de la salud	Meta 1: Mejorar la salud y el bienestar con equidad
d) Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos	Meta 2: Asegurar que los recién nacidos y los menores de 1 año inicien su vida de una manera saludable Meta 3: Garantizar una maternidad segura Meta 4: Reducir la mortalidad debida a la baja calidad de la atención de salud
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Meta 5: Mejorar la salud de la población adulta haciendo hincapié en las enfermedades no transmisibles y los factores de riesgo. Meta 6: Reducir la mortalidad por enfermedades transmisibles. Meta 7: Contener la mortalidad debida a la violencia, los suicidios y los accidentes entre adolescentes y adultos jóvenes (15 a 24 años de edad)

Áreas de acción de la Agenda	Metas de impacto del Plan Estratégico
	Meta 8: Eliminar las enfermedades transmisibles prioritarias en la Región
h) Fortalecer la seguridad sanitaria	Meta 9: Evitar las muertes, las enfermedades y las discapacidades resultantes de situaciones de emergencia

Cuadro 3. Relación entre las áreas de acción de la Agenda y las categorías y áreas programáticas del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019

Áreas de acción de la Agenda	Categorías y áreas programáticas del Plan Estratégico
a) Fortalecer la autoridad sanitaria nacional	Categoría 4. Sistemas de salud 4.1 Gobernanza y financiamiento en el ámbito de la salud; políticas, estrategias y planes nacionales de salud.
b) Abordar los determinantes de la salud	Categoría 3. Determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida 3.3 Género, equidad, derechos humanos y etnicidad 3.4 Determinantes sociales de la salud 3.5 Salud y medioambiente
c) Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad	Categoría 4. Sistemas de salud 4.2 Servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad 4.3 Acceso a productos médicos y fortalecimiento de la capacidad regulatoria
d) Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos	Categoría 3. Determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida 3.1 Salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto, y salud sexual y reproductiva 3.2 Envejecimiento y salud
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Categoría 1. Enfermedades transmisibles 1.1 Infecciones por el VIH/sida e infecciones de transmisión sexual 1.2 Tuberculosis 1.3 Malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores (incluidos el dengue y la enfermedad de Chagas) 1.4 Enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas 1.5 Enfermedades prevenibles mediante vacunación (incluido el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis).
	Categoría 2. Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo 2.1 Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo 2.2 Salud mental y trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas 2.3 Violencia y traumatismos 2.4 Discapacidad y rehabilitación 2.5 Nutrición
f) Fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud	Categoría 4. Sistemas de salud 4.5 Recursos humanos para la salud

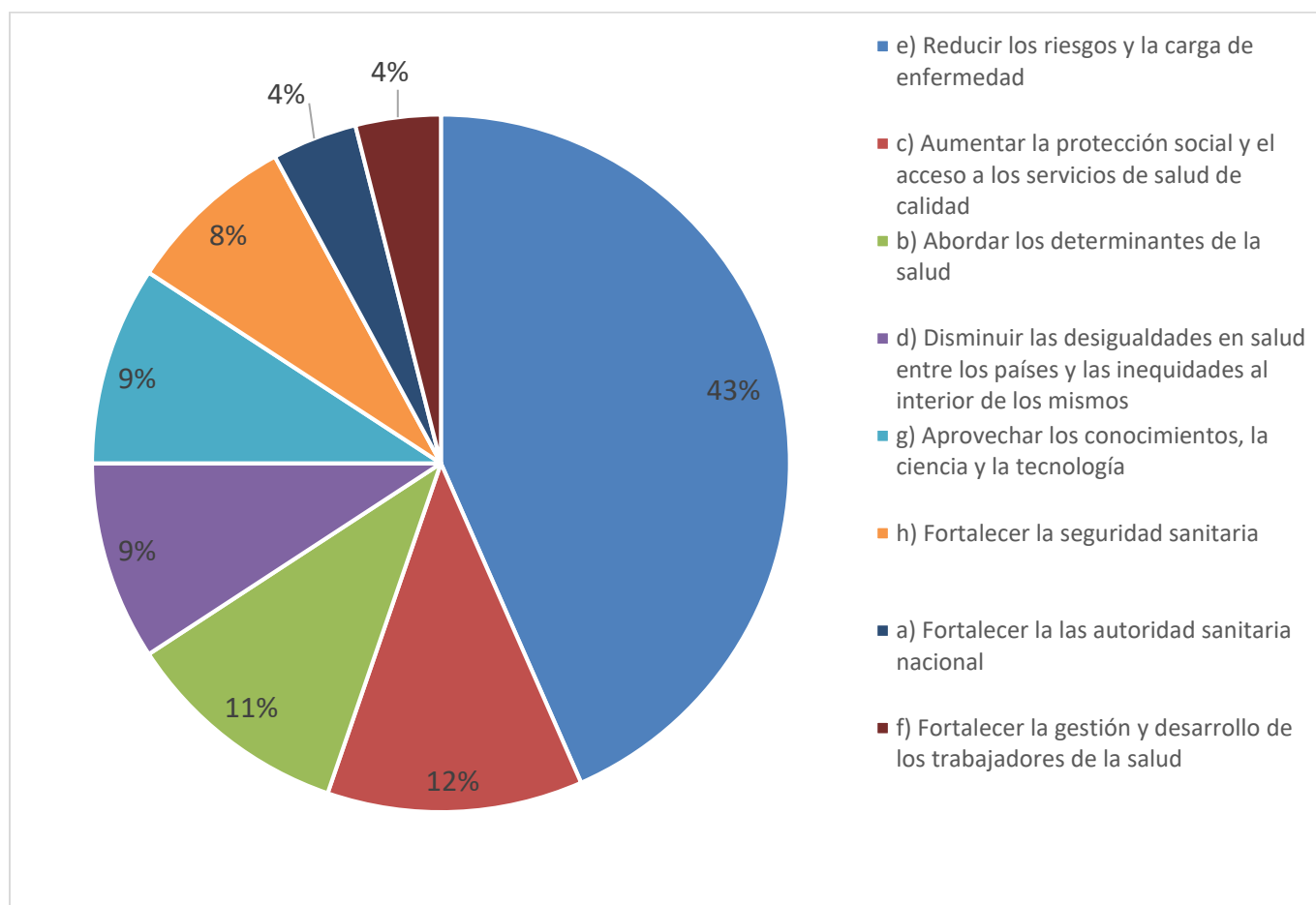
Áreas de acción de la Agenda	Categorías y áreas programáticas del Plan Estratégico
g) Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología	Categoría 4. Sistemas de salud 4.4 Información y evidencia en apoyo de los sistemas de salud
h) Fortalecer la seguridad sanitaria	Categoría 5. Preparación vigilancia y respuesta 5.1 Capacidad de alerta y respuesta (para el RSI) 5.2 Enfermedades epidémicas y pandémicas 5.3 Gestión de emergencias, riesgos y crisis 5.4 Inocuidad de los alimentos 5.5 Respuesta a brotes y crisis

83. En el *Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2014-2015*, presentado en septiembre del 2016, se informó sobre los resultados de la implementación del Plan Estratégico y se dio cuenta del progreso constante hacia el logro de las metas previstas para el 2019, así como de los avances en 90% de los indicadores de los resultados intermedios que estaban en curso y el logro completo o parcial de 114 de los indicadores de resultados inmediatos, todos ellos vinculados a las áreas de acción de la Agenda.

Recomendación b: Evaluar en qué medida la Agenda y el Plan Estratégico 2014-2019 promovieron la elaboración de documentos oficiales que estuvieran en consonancia con la visión y las áreas de acción de la Agenda.

84. En el período 2014-2017, los Cuerpos Directivos de la OPS aprobaron un número significativo de documentos relacionados con las áreas de acción previstas en la ASA2008-2017 (véase el anexo B). La interrelación de las áreas de acción y los temas de los documentos de la OPS se resumen en la figura 3. Cabe destacar que la mayoría de los 76 documentos revisados (33-43%) están relacionados con el área de acción E, seguido por las áreas C (9-12%), B (8-11%) y D y G (7-9% cada una). Es necesario precisar que los documentos de la Organización tienen temas que cubren diferentes áreas de acción.

Figura 5. Resumen de la relación de las áreas de acción y los documentos de política, las estrategias y los planes de acción (período 2008-2017, en orden de frecuencia)



Recomendación c: Evaluar en qué medida las estrategias de cooperación con los países están vinculadas a la Agenda y al Plan Estratégico de la OPS

85. Las estrategias de cooperación con los países, antes y después de la evaluación de mitad de período de la Agenda, mostraron su consonancia con ella, como se puede ver en el caso de las estrategias de cooperación de Argentina ([2012-2016](#)), Aruba (propuesta 2014-2017), Bolivia ([2011-2015](#)), Brasil ([2008-2012](#)), Chile ([2011-2014](#)), Colombia ([2011-2014](#)), Costa Rica ([2010-2014](#)), Cuba ([2012-2015](#)), Ecuador ([2010-2014](#)), El Salvador ([2012-2015](#)), Guatemala (2013-2017), Guyana (2010-2015), Jamaica (2010-2015), México ([2015-2018](#)), Panamá ([2014-2017](#)), Paraguay (2010-2014), Perú (2014-2019), Puerto Rico (2013-2016), República Dominicana ([2013-2017](#)), Suriname (2012-2016) y Uruguay ([2012-2015](#)), entre otros.⁷⁶

⁷⁶ OPS, La Estrategia de Cooperación con el País (ECP). Se encuentra en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2126%3A2009-country-cooperation-strategy-ccs&catid=1762%3Aabout&Itemid=1849&lang=es.

V. COMENTARIOS GENERALES SOBRE LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

Componente A

86. La evaluación de este componente muestra que la ASA2008-2017 no estuvo presente como referente para la planificación en la mayoría de los equipos técnicos de los ministerios y secretarías de salud encuestados. Una explicación de esta situación, que también se esbozó en la evaluación de mitad de período, sería en el tiempo transcurrido desde que la Agenda fuera publicada, su implementación a través de otros instrumentos (planes estratégicos, documentos de política, estrategias y planes de acción sobre temas específicos contenidos en la Agenda), y la rotación de los equipos técnicos y de conducción de los ministerios y secretarías de salud.

Componente B

87. Los datos sobre los 70 indicadores evaluados en este componente permiten observar, con pocas excepciones, un progreso importante de los países y territorios de la Región en las ocho áreas de acción de la Agenda en el período 2011-2017, continuando el progreso similar informado con respecto al período 2007-2011. La evaluación de este componente se informó de manera preliminar en el documento de la ASSA2030, en el que se brindó información actualizada sobre los avances y los desafíos en áreas críticas sobre las que se había informado en la evaluación de mitad de período en el 2012: *a)* mortalidad materna; *b)* dengue; *c)* tuberculosis; *d)* infección por el VIH/sida; *e)* obesidad; *f)* gasto nacional público destinado a la salud, como porcentaje del producto interno bruto; y *g)* gasto de bolsillo, como porcentaje del gasto total destinado a la salud.

Componente C

88. La evaluación de este componente se centró en tres recomendaciones formuladas durante la evaluación de mitad de período de la Agenda. Se destacó la consonancia de los planes estratégicos de la Organización, los documentos de política, las estrategias y los planes de acción, y las estrategias de cooperación con los países que se examinaron con las áreas de acción de la Agenda.

VI. CONCLUSIONES

89. La evaluación final de la ASA2008-2017 permitió verificar el papel que tuvo como instrumento político regional que aportó una visión estratégica para la salud en la Región, reafirmó el compromiso de los países y territorios con la salud de la población y proporcionó orientación para los procesos de planificación estratégica de los Estados Miembros y de la Oficina. Como un llamamiento a la acción, la ASA2008-2017 promovió asuntos críticos para la salud en la Región, como los determinantes sociales y de las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de ellos, la protección social y el acceso a servicios de salud, y el fortalecimiento de la autoridad sanitaria nacional.

90. La ASA2008-2017 orientó la formulación del Plan Estratégico de la OPS 2008-2013 y del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, los cuales incorporaron las áreas de acción de la Agenda. De esa manera se viabilizó su implementación y evaluación dentro de los marcos institucionales de la Organización, como se proponía en el enunciado de intención de la Agenda. Del mismo modo, orientó las estrategias de cooperación con los países, otorgándoles una mayor direccionalidad. La Agenda también sirvió de referente para la elaboración de políticas, estrategias y planes nacionales de salud, aunque su importancia disminuyó con el transcurso del decenio al introducirse otros marcos de política y agendas tanto regionales como mundiales. La falta de un marco de gestión basada en los resultados, con metas e indicadores, obstaculizó sin embargo la ejecución de la Agenda y el seguimiento y la evaluación de su impacto.

91. La ASA2008-2017 impulsó y dinamizó la participación de los Estados Miembros en los procesos de formulación programática y de políticas de la Organización realizados tanto en la Sede como en los países, a través de la presencia activa de grupos de trabajo y grupos asesores conformados por representantes de los países, y acompañados por la Oficina en su función de secretaría.

92. Las enseñanzas extraídas del proceso de formulación, implementación y evaluación de la ASA2008-2017 pueden resumirse en las siguientes recomendaciones:

- a) Desplegar mayores esfuerzos para concertar una visión compartida para la Región, articulada en torno a los mandatos regionales y mundiales, que promueva las intervenciones en la salud en los países, tomando en cuenta la evidencia disponible.
- b) Proporcionar el mayor grado posible de direccionalidad a las políticas de salud para la Región, incorporando el enfoque de la equidad, y reflejándolas en objetivos y metas que sean medibles.
- c) Promover la participación activa de las autoridades más altas y los equipos técnicos de los ministerios y las secretarías de salud de los países en los procesos de formulación y evaluación de las políticas y estrategias de la Organización, fomentando el compromiso y el empoderamiento, por medio de grupos de trabajo conformados con representantes de los países, acompañados de la Oficina en su

función de secretaría, y a través de la realización de eventos paralelos en las reuniones de los Cuerpos Directivos de la OPS.

- d) Establecer niveles adecuados de articulación entre los mecanismos de formulación de las políticas y los de implementación y evaluación en el nivel regional, utilizando el potencial institucional de la Organización (gobernanza, capacidad técnica, recursos y logística) para alcanzar los objetivos y las metas acordados.
- e) Proveer un mecanismo de gobernanza y un plan de comunicación para la coordinación y el seguimiento de acciones en estos marcos con todos los actores clave.
- f) Reconocer el valor de establecer objetivos claros y metas para poder medir el impacto de la Agenda.

93. Las enseñanzas extraídas del proceso de formulación, implementación y evaluación de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 fueron incorporadas en la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 durante su proceso de formulación. Se deben realizar esfuerzos para aplicarlas en su implementación y evaluación.

Anexos

VII. ANEXOS

Anexo A. Evaluación detallada de los indicadores por área de acción

Área de acción A: Fortalecer la autoridad sanitaria nacional

Cuadro 1. Indicadores para el área de acción A (sistemas de salud)

Indicador	Calificación
1. Número de países y territorios que tienen un plan o una estrategia nacional del sector de la salud con metas y objetivos definidos, revisados en los últimos cinco años (RIM 4.1.1)	Progreso Alcanzado en 22 y progreso en 5 (2017) ^a
2. Número de países que han ejecutado mecanismos de coordinación para el trabajo intersectorial liderados por la autoridad sanitaria nacional	Progreso 19 de los 20 que respondieron (2017) ^b
3. Número de países que han implementado mecanismos para promover la participación social	Progreso 19 de los 20 que respondieron (2017) ^b
4. Número de países y territorios que tienen marcos legislativos o normativos que apoyan el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (RIM 4.1.3)	Progreso Alcanzado en 17 y progreso en 5 (2017) ^a
5. Número de países y territorios que han analizado o informado progreso hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud usando el marco de seguimiento y evaluación ⁷⁷	Progreso 13 (2017) ^c
6. Proporción de mandatos en declaraciones de las Cumbres de las Américas que reflejan los temas de salud	Progreso 8/48 (2015) ^a

Fuentes:

a) OPS, informes de las evaluaciones de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2014-2015 y 2016-2017.

b) Encuesta de los países para la evaluación final, 2017.

c) *Salud en las Américas*, 2017.Área de acción B: Abordar los determinantes de la salud

Cuadro 2. Indicadores para el área de acción B (estado de salud)

Indicador	2011	2017	Calificación
1. Razón de mortalidad materna (RMM) por 100.000 nacidos vivos	65,7 (2010) ^a	52 (2015, estimada) ^c	Progreso
2. Tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año) por 1.000 nacidos vivos	14,8 (2010) ^b	13 (2017) ^c	Progreso
3. Tasa de mortalidad neonatal por 1.000 nacidos vivos	9 (2010) ^b	8 (2017) ^c	Progreso

⁷⁷ No se cuenta con información actual con respecto al indicador utilizado en la evaluación de mitad de período: “Número de países que han incorporado un sistema de rendición de cuentas en el sistema de gestión del sector de la salud”. Este indicador se ha utilizado como una medición indirecta de él.

Indicador	2011	2017	Calificación
4. Tasa de mortalidad de menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos	18 (2010) ^b	15,8 (2017) ^c	Progreso

Fuentes:

- a) OPS, *Salud en las Américas*, 2012.
- b) OPS, *Indicadores básicos 2010*.
- c) OPS, *Indicadores básicos 2017*.

Cuadro 3. Indicadores para el área de acción B (factores de riesgos)

Indicador	2011	2017	Calificación
1. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en menores de 5 años ⁷⁸	7,6% (2011) ^a	7,2% (2017) ^b	Progreso
2. Prevalencia de talla baja para la edad en menores de 5 años	8,2% (2011) ^a	6,3% (2017) ^b	Progreso

Fuentes:

- a) UNICEF/OMS/Banco Mundial, *Joint Child Malnutrition Estimates. Levels and Trends in Child Malnutrition. Key findings of the 2012 edition*.
- b) UNICEF/OMS/Banco Mundial, *Joint Child Malnutrition Estimates. Levels and Trends in Child Malnutrition. Key findings of the 2018 edition*.

Cuadro 4. Indicadores para el área de acción B (cobertura de servicios)

Indicador	2011	2017	Calificación
1. Cobertura de vacunación a nivel nacional (usando la tercera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina [DTP3] como marcador)	93% (2010) ^a	91% (2016) ^c	Sin progreso
2. Número de países que han introducido una o varias vacunas nuevas (RIT 1.5.3)	22 (2011) ^b	Alcanzado en 35 y progreso en 6 (2017) ^d	Progreso

Fuentes:

- a) OPS, *Indicadores básicos 2010*.
- b) Encuesta de países, evaluación de mitad de período ASA2008-2017, 2011.
- c) OPS, *Indicadores básicos 2017*.
- d) OPS, *Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2016-2017/Segundo informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (documento CD56/5)*.

Cuadro 5. Indicadores para el área de acción B (sistemas de salud)

Indicador	Calificación
1. Número de países y territorios que aplican estrategias de promoción de la salud para reducir las desigualdades en materia de salud y aumentar la participación comunitaria de redes que fomentan la salud (RIM 3.4.3)	Progreso Alcanzado en 15 y progreso en 5 (2017) ^a
2. Número de países y territorios con una respuesta institucional que aborda las inequidades en salud: género, equidad, derechos humanos y etnicidad (RIT 3.3.1)	Progreso Alcanzado en 19 y progreso en 13 (2017) ^a

⁷⁸ En los *Indicadores básicos 2017*, este indicador se define como “sobrepeso en los menores de 5 años”.

Indicador	Calificación
3. Número de países y territorios que usan una perspectiva de salud pública como parte de un enfoque integrado de la prevención de la violencia (RIT 2.3.2)	Progreso Alcanzado en 3 (2017) ^a
4. Número de países y territorios que están ejecutando un plan integrado sobre la mortalidad materna y perinatal en consonancia con los planes de acción regionales sobre la mortalidad materna y la salud neonatal (RIM 3.1.1)	Progreso Alcanzado en 10 y progreso en 8 (2017) ^a
5. Número de países que han ejecutado intervenciones para abordar las recomendaciones de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud ⁷⁸	Progreso 35 países (2017)

Fuentes:

- a) OPS, *Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2016-2017/Segundo informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (documento CD56/5)*.
 b) Información de la Oficina.

Área de acción C: Aumentar la protección social y el acceso a servicios de salud de calidad

Cuadro 6. Indicadores para el área de acción C (sistemas de salud)

Indicador	Calificación
1. Número de países que han ejecutado políticas públicas para mejorar la protección social	Progreso 19 de 20 que respondieron (2017) ^a
2. Número de países y territorios que tienen estrategias financieras para lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal en salud (RIM 4.1.2)	Progreso Alcanzado en 16 y progreso en 3 (2017) ^b
3. Gasto público actual en salud como porcentaje del producto interno bruto	Progreso América Latina y el Caribe: 3,5% (2015) ^c
4. Gasto de bolsillo en salud expresado como porcentaje del gasto total en salud	Progreso América Latina y el Caribe: 31,5% (2015) ^c
5. Número de países y territorios con políticas nacionales sobre el acceso, la calidad y el uso de medicamentos y otras tecnologías sanitarias actualizadas en los últimos cinco años (RIM 4.3.1)	Sin progreso Alcanzado en 10 y progreso en 2 (2017) ^b
6. Número de países que han incorporado medidas específicas para la atención de los pueblos indígenas	Progreso 17 de 20 que respondieron (2017) ^a
7. Número de países y territorios que están aplicando estrategias o planes nacionales sobre la calidad de la atención y la seguridad del paciente (RIM 4.2.2)	Progreso Alcanzado en 9 y progreso en 10 (2017) ^b

⁷⁸ Este indicador hace referencia a la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud y, por lo tanto, es importante tener presente que en mayo del 2016 se estableció la Comisión de Equidad y Desigualdades en la Salud en las Américas. Esta comisión emitirá sus recomendaciones en el 2018.

Indicador	Calificación
8. Número de países que han utilizado el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública	Progreso 33 países (2017) ^d
9. Número de países que han usado la estrategia renovada de atención primaria de salud en su modelo de atención	Progreso 25 (2017) ^d

Fuentes:

- Encuesta de países para la evaluación final, 2017.
- OPS, *Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2016-2017/Segundo informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (documento CD56/5)*.
- OMS, *Datos del Observatorio mundial de la salud*.
- Información de la Oficina.

Área de acción D: Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos

Cuadro 7. Indicadores para el área de acción D (estado de salud)

Indicador	2011	2017	Calificación
1. Número de nuevos casos de transmisión materno-infantil del VIH	Américas: 4.300 ALC: 4.100 (2011) ^a	Américas: 2.700 ALC: 2.600 (2016) ^a	Progreso
2. Incidencia de la transmisión materno-infantil de la sífilis congénita	9.828 casos notificados por 26 países y territorios (2011) ^b	23.609 casos notificados por 37 países y territorios (2016) ^c	Sin progreso
3. Prevalencia de la infección por el VIH (por sexo y grupo de edad)	15-49 años: Américas: 0,5% Caribe: 1,2% América Latina: 0,4% (2011) ^a	15-49 años: Américas: 0,5% Caribe: 1,2% América Latina: 0,5% (2016) ^a	Sin progreso

Fuentes:

- UNAIDS, *Spectrum Estimates*, 2017.
- Informe de ONUSIDA, 2011, 2012, 2016.
- UNAIDS/WHO, *2017 Global AIDS monitoring, country reports*.

Cuadro 8. Indicadores para el área de acción D (factores de riesgo)

Indicador	2011	2017	Calificación
1. Proporción de peso bajo al nacer (<2.500 g)	8,2% (2011) ^a	8% (2016) ^b	Progreso

Fuentes:

- OPS, *Indicadores básicos 2011*.
- OPS, *Indicadores básicos 2017*.

Cuadro 9. Indicadores para el área de acción D (cobertura de servicios)

Indicador	2011	2017	Calificación
1. Porcentaje de partos en hospitales ⁸⁰	94,1% (2015) ^a	94,8% (2016) ^a	Progreso
2. Prevalencia del uso de anticonceptivos	63% (2011) ^a	69% (2017) ^a	Progreso

Fuentes:

a) OPS, *Indicadores básicos 2011, 2016, 2017*.**Cuadro 10. Indicadores para el área de acción D (sistemas de salud)**

Indicador	Calificación
1. Número de países y territorios que realizan una evaluación integral de la situación sanitaria y de sus tendencias durante el período 2016-2017 (RIM 4.4.1)	Progreso Alcanzado en 6 y progreso en 29 (2017) ^a
2. Número de países y territorios que están ejecutando políticas y planes sanitarios nacionales con respecto a la salud integral del adolescente (RIM 3.1.5)	Progreso Alcanzado en 15 y progreso en 6 (2015) ^a
3. Número de países con planes, políticas o estrategias nacionales de salud que incluyen explícitamente medidas para abordar las necesidades de salud de las personas mayores (RIM 3.2.1a)	Alcanzado Alcanzado en 12 y progreso en 3 (2017) ^a

Fuentes:

a) OPS, *Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2016-2017/Segundo informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (documento CD56/5)*.**Área de acción E: Reducir los riesgos y la carga de enfermedad****Cuadro 11. Indicadores para el área de acción E (estado de salud)**

Indicador	2011	2017	Calificación
1. Tasa de mortalidad por diabetes por 100.000 habitantes (ajustada por edad y sexo)	32,8 (2011) ^a	Total: 33,6 Mujeres: 31,4 Hombres: 36,3 (2015) ^b	Sin progreso
2. Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón por 100.000 habitantes (ajustada por edad y sexo)	76,4 (2011) ^a	62,8 (2015) ^b	Progreso
3. Tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares por 100.000 habitantes (ajustada por edad y sexo)	43,1 (2011) ^a	34,8 (2015) ^b	Progreso

⁸⁰ Desde el 2015, la OPS ha utilizado los partos en hospitales como indicador indirecto de los partos atendidos por personal capacitado, ya que se supone que los partos en hospitales son atendidos por personal de salud capacitado. La OPS publicó por primera vez los datos notificados por los países sobre partos en hospitales en el 2016 como parte de los indicadores básicos. Por esta razón, se ha reemplazado el indicador anterior, que se denominaba “Porcentaje de partos atendidos por personal capacitado”.

Indicador	2011	2017	Calificación
4. Tasa de mortalidad por traumatismos causados en el tránsito por 100.000 habitantes (ajustada por edad y sexo)	14,1 (2011) ^a	15,9 (2013) ^a	Sin progreso
5. Tasa de incidencia de tuberculosis por 100.000 habitantes	23,5 (2009) ^a	22,4 (2016)	Progreso
6. Tasa de incidencia del sida por 100.000 habitantes	10,7 (2009) ^a	Tasa de diagnóstico de la infección por el VIH: 13,7 (2016) ^a [1]	N/D
7. Número de casos de malaria notificados anualmente en la Región	680.174 (124,1 por 100.000 habitantes) (2010) ^a	454.311 (2015) ^a [2]	Progreso
8. Número de casos de dengue notificados	1.699.072 (2011) ^b	2.276.803 (2016) ^b	Sin progreso
9. Número de países con interrupción de la transmisión de la enfermedad de Chagas por vectores de los 21 países endémicos de la Región	14/21 (2012) ^c	17/21 (2016) ^d	Progreso
10. Número de países de la Región en los que la oncocercosis es endémica que han certificado su eliminación	1 en proceso de obtener la certificación (2012) ^c	4 (2016) ^d	Progreso
11. Tasa de mortalidad por neoplasias malignas por 100.000 habitantes (ajustada por edad y sexo)	119,6 (2011) ^a	105,3 (2015) ^a	Progreso

Fuentes:

a) OPS, *Indicadores básicos, 2009, 2010, 2011, 2012 y 2017*.

b) OPS, *Salud en las Américas, 2012 y 2017*.

c) OPS, *Segundo informe de avance del Plan Estratégico de la OPS 2008-2012*.

d) OPS, *Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las acciones posteriores a la eliminación 2016-2022* (documento CD55/15)

Nota 1: La metodología para calcular la tasa de incidencia del sida por 100.000 habitantes cambió después del 2012. En consecuencia, la actualización que se proporciona aquí es con respecto a una medición distinta, que está en consonancia con los Indicadores Básicos de la OPS.

Nota 2: Incluye tanto los casos autóctonos como los importados notificados por 21 países con endemidad y los casos importados notificados por 15 países y territorios sin endemidad para el año 2015. Además, se utilizaron datos de 12 países y territorios sin endemidad para distintos años: datos correspondientes al 2014 para Estados Unidos y Canadá; datos correspondientes al 2013 para Antigua y Barbuda, Anguila, Islas Vírgenes (EUA), Jamaica, Montserrat y San Kitts y Nevis; y datos correspondientes al 2012 para Bermuda, Islas Caimán, Dominica, San Martín y San Vicente y las Granadinas. En el caso de Chile y Cuba se utilizaron datos correspondientes al 2016.

Cuadro 12. Indicadores para el área de acción E (factores de riesgo)

Indicador	2011	2017	Calificación
1. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en personas de 18 o más años de edad (definidos como IMC \geq 25 kg/m ²) (cálculo estimativo) ⁸¹	59,8 (58,3-61,3) (2011) ^a	62,5 (60,5-64,5) (2016) ^a	Sin progreso
2. Prevalencia del tabaquismo	22% en adultos (2012) ^b	Adultos: 16,3% Adolescentes: 13% (2014) ^c	Progreso

Fuentes:

a) OMS, *Datos del Observatorio mundial de la salud*. Se encuentra en <http://www.who.int/gho/es/>.b) OPS, *Segundo informe de avance del Plan Estratégico de la OPS 2008-2012*.c) OPS, *Indicadores básicos de salud 2017*.**Cuadro 13. Indicadores para el área de acción E (sistemas de salud)**

Indicadores	Calificación
1. Número de países y territorios que han ejecutado planes de acción nacionales multisectoriales para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo (RIM 2.1.1a)	Progreso Alcanzado en 21 y progreso en 5 (2017) ^a
2. Número de países y territorios que tienen una política o plan nacional sobre salud mental en consonancia con la estrategia regional sobre salud mental (RIM 2.2.1)	Excedido Alcanzado en 32 (2017) ^a
3. Número de países que han puesto en marcha políticas, estrategias o leyes de acuerdo con el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) (RIM 2.1.2e)	Progreso Alcanzado en 4 y progreso en 3 (2017) ^a
4. Número de países con una política nacional en materia de alcohol que incluye al menos una medida basada en la población de acuerdo con el plan de acción regional y la estrategia mundial para reducir el consumo nocivo de alcohol (RIM 2.1.2a)	Progreso Alcanzado en 5 y progreso en 6 (2017) ^a
5. Número de países y territorios que ejecutan planes nacionales de acción acordes con el plan de ejecución integral sobre la nutrición de la madre, el recién nacido y el niño pequeño (RIM 2.5.1)	Progreso Alcanzado en 18 (2017) ^a

Fuentes:

a) OPS, *Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2016-2017/Segundo informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (documento CD56/5)*.

⁸¹ En la evaluación de mitad de período se usó incorrectamente el indicador “Prevalencia de obesidad (IMC $>$ 25) en adultos (mayores de 15 años), por sexo (cálculo estimativo)”. Para que haya obesidad, el IMC debe ser superior a 30. En esta evaluación se definen el sobrepeso y la obesidad con el mismo parámetro utilizado en el Plan Estratégico 2014-2019.

Área de acción F: Fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud**Cuadro 14. Indicadores para el área de acción F (sistemas de salud)**

Indicador	Calificación
1. Número de países y territorios con un plan de acción sobre los recursos humanos para la salud en consonancia con las políticas de acceso universal a la salud y cobertura universal de salud (RIM 4.5.1)	Progreso Alcanzado en 8 y progreso en 5 (2017) ^a
2. Número de países y territorios con por lo menos 25 trabajadores de salud (médicos, enfermeras y parteras) por 10.000 habitantes (RIT 4.5.1)	Progreso Alcanzado en 26 y progreso en 2 (2015) ^a
3. Número de países y territorios que tienen programas de educación continua para el personal por medio de un nodo del Campus Virtual de Salud Pública o una red de ciberaprendizaje equivalente (RIM 4.5.4)	Progreso Alcanzado en 13 y progreso en 5 (2017) ^a
4. Número de países que han participado en acuerdos bilaterales o multilaterales que abordan la migración de trabajadores de la salud	Progreso 13 de los 20 que respondieron (2017) ^b
5. Número de países que informan seguimiento de las 20 metas regionales sobre los recursos humanos para la salud	Progreso 20 países (2013-2015) ^c

Fuente:

a) OPS, *Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2016-2017/Segundo informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (documento CD56/5)*.

b) Encuesta de países para la evaluación final, 2017.

c) OPS, *Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015: Informe final*.**Área de acción G: Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología****Cuadro 15. Indicadores para el área de acción G (sistemas de salud)**

Indicador	Calificación
1. Número de países y territorios que integran la evidencia científica en las prácticas, en los programas o en las políticas utilizando metodologías normalizadas (RIM 4.4.6).	Progreso Alcanzado en 7 y progreso en 4 (2017) ^a
2. Número de países y territorios que están aplicando la política regional de investigación para la salud (RIM 4.4.5).	Progreso Alcanzado en 9 y progreso en 9 (2017) ^a
3. Número de países y territorios con mecanismos de rendición de cuentas para revisar la investigación o incorporar la ética en el ámbito de la salud pública (RIM 4.4.4).	Alcanzado Alcanzado en 11 (2017) ^a
4. Número de países y territorios que han realizado una evaluación de sus funciones de reglamentación para al menos tres de los siguiente: medicamentos, dispositivos médicos, seguridad radiológica, seguridad de la sangre y trasplantes de órganos (RIM 4.3.3) ⁸²	Progreso Alcanzado en 16 y progreso en 4 (2017) ^a

⁸² Este indicador se usa como indicador indirecto para notificar el siguiente indicador de la evaluación de mitad de período: Número de países que han establecido normas de conformidad con las normas internacionales para la calidad, la seguridad y la eficacia de los insumos para la salud.

Indicador	Calificación
5. Número de países y territorios con mecanismos para la evaluación de tecnologías sanitarias y la incorporación, la selección, la gestión y el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias sobre la base de la evidencia (RIM 4.3.4).	Progreso Alcanzado en 12 y progreso en 5 (2017) ^a

Fuente:

a) OPS, *Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2016-2017/Segundo informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (documento CD56/5)*.

Área de acción H: Fortalecer la seguridad sanitaria

Cuadro 16. Indicadores para el área de acción H (sistemas de salud)

Indicador	Calificación
1. Número de países y territorios que ejecutan un plan nacional de preparación para epidemias y pandemias graves	Progreso Alcanzado en 27 y en progreso en 1 (2017) ^a
2. Número de países que han adquirido las capacidades básicas para la vigilancia y respuesta de conformidad con las obligaciones del Reglamento Sanitario Internacional (2005)	Progreso 22 (2017) ^b
3. Proporción de emergencias de salud pública de importancia internacional en las cuales la información se pone a disposición de los Centros Nacionales de Enlace del Reglamento Sanitario Internacional de la Región en las primeras 48 horas de finalizada la evaluación de riesgos (RIM 5.1.2)	Progreso 60% (2017) ^b
4. Número de países que han formado equipos de alerta y respuesta para brotes y epidemias.	Progreso 35 (2017) ^a
5. Número de países que han mantenido la vigilancia y los preparativos para hacer frente a las enfermedades zoonóticas emergentes y reemergentes.	Progreso 34 (2017) ^a

Fuente:

a) Información de la Oficina.

b) OPS, *Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2016-2017/Segundo informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (documento CD56/5)*.

c) Cooperación técnica de la Oficina con los países y Maxwell MJ, Freire de Carvalho MH, Hoet AE, Vigilato MAN, Pompei JC, Cosivi O, et al. (2017). *Building the road to a regional zoonoses strategy: A survey of zoonoses programmes in the Americas*. PLoS ONE 12(3): e0174175.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174175>.

Anexo B. Relación entre las áreas de acción de la Agenda y los documentos de política, las estrategias y los planes de acción (2008-2017)

Área de acción ASA2008-2017	29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana (del 25 al 29 de septiembre del 2017)
b) Abordar los determinantes de la salud	Política sobre etnicidad y salud (documento CSP29/7, Rev. 1)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2030 (documento CSP29/8)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022 (documento CSP29/11)
f) Fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud	Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (documento CSP29/10)
g) Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología	Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales 2017-2022 (documento CSP29/9)
Transversal	Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (documento CSP29/6, Rev.3)
Área de acción ASA2008-2017	55.º Consejo Directivo (del 26 al 30 septiembre del 2016)
b) Abordar los determinantes de la salud	La salud de los migrantes (documento CD55/11, Rev. 1)
c) Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad	El acceso y uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias estratégicos y de alto costo (documento CD55/10, Rev. 1)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016-2020 (documento CD55/13)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021 (documento CD55/14)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022 (documento CD55/15)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales (documento CD55/16)
h) Fortalecer la seguridad sanitaria	Los sistemas de salud resilientes (documento CD55/9)
h) Fortalecer la seguridad sanitaria	Plan de acción para reducción del riesgo de desastres 2016-2021 (documento CD55/17, Rev. 1)
Área de acción ASA2008-2017	54.º Consejo Directivo (del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015)
a) Fortalecer la autoridad sanitaria nacional	Estrategia sobre legislación relacionada con la salud (documento CD54/14, Rev. 1)
b) Abordar los determinantes de la salud	Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer (documento CD54/9, Rev. 2)
b) Abordar los determinantes de la salud	Plan de acción sobre la salud de los trabajadores (documento CD54/10, Rev. 1)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Plan de acción sobre inmunización (documento CD54/7, Rev. 2)

e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Estrategia y plan de acción sobre demencias en las personas mayores (documento CD54/8, Rev. 1)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Plan de acción para la prevención y el control de la tuberculosis (documento CD54/11, Rev. 1)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Plan de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos (documento CD54/12, Rev. 1)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales (documento CD54/13, Rev. 1)
Área de acción ASA2008-2017	53.º Consejo Directivo (del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014)
a) Fortalecer la autoridad sanitaria nacional	Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (documento CD53/5, Rev. 2)
a) Fortalecer la autoridad sanitaria nacional	Plan de acción sobre la salud en todas las políticas (documento CD53/10, Rev. 1)
c) Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad	Plan de acción para el acceso universal a sangre segura (documento CD53/6)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación (documento CD53/7, Rev. 1)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Plan de acción sobre salud mental (documento CD53/8, Rev. 1)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia (documento CD53/9, Rev. 2)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Plan de acción para la prevención de la ceguera y las deficiencias visuales (documento CD53/11)
h) Fortalecer la seguridad sanitaria	Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria (documento CD53/12)
Área de acción ASA2008-2017	52.º Consejo Directivo (del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013)
c) Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad	Protección social en salud (documento CD52/5)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (documento CD52/7, Rev.1)
f) Fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud	Recursos humanos para la salud (documento CD52/6)
Área de acción ASA2008-2017	28.ª Conferencia Sanitaria Panamericana (del 23 al 27 de septiembre del 2012)
c) Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad	Protección radiológica y seguridad de las fuentes de radiación: Normas Básicas Internacionales de Seguridad (documento CSP28/17, Rev. 1)
d) Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos	Estrategia y plan de acción para la salud integral en la niñez (documento CSP28/10)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Estrategia para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles (documento CSP28/9, Rev. 1)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Plan de acción para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de la rubéola congénita en la Región de las Américas (documento CSP28/16)
g) Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología	Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud (documento CSP28/11)

g) Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología	Estrategia y plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones (documento CSP28/12, Rev. 1)
g) Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología	Bioética: hacia la integración de la ética en el ámbito de la salud (documento CSP28/14, Rev. 1)
h) Fortalecer la seguridad sanitaria	Coordinación de la asistencia humanitaria internacional en salud en caso de desastres (documento CSP28/13)
Área de acción ASA2008-2017	51.º Consejo Directivo (del 26 al 30 de septiembre del 2011)
d) Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos	Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana (documento CD51/5)
d) Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos	Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave (documento CD51/12)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Plan de acción sobre seguridad vial (documento CD51/7, Rev. 1)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol (documento CD51/8, Rev. 1)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública (documento CD51/9)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Estrategia y plan de acción sobre la epilepsia (documento CD51/10, Rev. 1)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Estrategia y plan de acción sobre la malaria (documento CD51/11)
g) Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología	Estrategia y plan de acción sobre <i>eSalud</i> (documento CD51/13)
h) Fortalecer la seguridad sanitaria	Estrategia y plan de acción sobre el cambio climático (documento CD51/6, Rev. 1)
Área de acción ASA2008-2017	50.º Consejo Directivo (del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010)
b) Abordar los determinantes de la salud	La salud y los derechos humanos (documento CD50/12)
b) Abordar los determinantes de la salud	Estrategia y plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica (documento CD50/13)
b) Abordar los determinantes de la salud	Salud, seguridad humana y bienestar (documento CD50/17)
d) Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos	Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita (documento CD50/15)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Estrategia y plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas (documento CD50/16)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Estrategia sobre el uso de sustancias psicoactivas y la salud pública (documento CD50/18, Rev. 1)
f) Fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud	Estrategia para el desarrollo de competencias del personal de salud en los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud (documento CD50/11)
h) Fortalecer la seguridad sanitaria	Plan de acción de hospitales seguros (documento CD50/10)
Área de acción ASA2008-2017	49.º Consejo Directivo (del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009)
b) Abordar los determinantes de la salud	Plan de acción para la ejecución de la política en materia de igualdad de género (documento CD49/13)
c) Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad	Marco de política para la donación y el trasplante de órganos humanos (documento CD49/14)

c) Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad	Salud y turismo (documento CD49/15)
c) Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad	Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud (documento CD49/16)
c) Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad	Salud familiar y comunitaria (documento CD49/20)
d) Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos	Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes (documento CD49/12)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza (documento CD49/9)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Estrategia y plan de acción sobre salud mental (documento CD49/11)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales evitables (documento CD49/19)
g) Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología	Política de investigación para la salud (documento CD49/10)
Área de acción ASA2008-2017	48.º Consejo Directivo (del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008)
c) Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad	Mejoramiento de la disponibilidad de sangre y la seguridad de las transfusiones en las Américas (documento CD48/11)
d) Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos	Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño (documento CD48/7)
d) Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos	Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes (documento CD48/8)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Métodos poblacionales e individuales para la prevención y el tratamiento de la diabetes y la obesidad (documento CD48/5)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino (documento CD48/6)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	Hacia la eliminación de la oncocercosis (ceguera de los ríos) en las Américas (documento CD48/10)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: oportunidades y retos para su implementación en la Región de las Américas (documento CD48/12)
e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad	El control integrado de vectores, una respuesta integral a las enfermedades de transmisión vectorial (documento CD48/13)
g) Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología	Plan de acción regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud (documento CD48/9)
