



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



140.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 25-29 de junio de 2007

Punto 4.1 del orden del día provisional

OD-328 (Esp.)

17 mayo 2007

ORIGINAL: INGLÉS

PROYECTO DE PLAN ESTRATÉGICO 2008-2012

Presentación

Este Proyecto de plan estratégico (OD328) se presenta al Comité Ejecutivo como una nueva versión del proyecto presentado al Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración en su primera sesión, celebrada a comienzos de este año.

Con respecto a esta versión, la Oficina señala lo siguiente:

- En este documento están reflejadas las observaciones formuladas por los Estados Miembros en el Subcomité.
- El trabajo para mejorar y perfeccionar el documento ha continuado y por consiguiente se le han hecho cambios importantes.
- El proceso de formulación de este Plan estratégico sigue siendo sumamente participativo, y se han recibido contribuciones del personal de la OSP de los niveles regional, subregional y de país.
- Hasta seis semanas antes de la Conferencia Sanitaria Panamericana, se seguirá perfeccionando el documento para completar y mejorar los indicadores que figuran en el Plan; de igual manera, se actualizará y mejorará el análisis de la situación para reflejar los últimos datos y sucesos.
- Se concluyó la primera fase de un ejercicio de asignación de prioridades programáticas y esto se refleja en los niveles del presupuesto para cada objetivo estratégico que se presenta en este plan. Sin embargo, en la próxima fase del ejercicio se perfeccionarán aun más los criterios adoptados para la asignación de prioridades, lo que también puede repercutir en las asignaciones presupuestarias por objetivo estratégico.
- Podrán hacerse otros cambios para reflejar el resultado del ejercicio del Plan de Trabajo bienal (PTB) que se lleva a cabo en junio, en particular con respecto a los indicadores a nivel de las subregiones, así como cualquier ajuste que se haga al Presupuesto por Programas 2008-2009.

Con la incorporación de las mejoras indicadas en los tres últimos puntos, además de cualquier cambio necesario para reflejar las observaciones formuladas por los Estados Miembros en el Comité Ejecutivo, este documento quedará listo para su presentación a la Conferencia Sanitaria Panamericana en octubre de este año.

La Oficina recibirá con agrado las observaciones de los Estados Miembros para mejorar aun más este documento que guiará el trabajo de la Organización durante los próximos cinco años.

DOCUMENTO OFICIAL 328

PROYECTO DE PLAN ESTRATÉGICO 2008-2012

PREFACIO DE LA DIRECTORA

Este es el segundo plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana en el siglo XXI. Este año, 2007, la Organización cumple 105 años de edad. Estos dos hechos yuxtaponen en forma clara los retos que enfrenta la Oficina actualmente, mientras por un lado construimos sobre los logros del pasado y trabajamos dentro de las estructuras de las Naciones Unidas y el Sistema Interamericano, al mismo tiempo efectuamos los cambios necesarios para aumentar nuestro valor agregado para los Estados Miembros y mantenemos nuestra posición como líder internacional de la salud pública en la Región de las Américas.

Por primera vez en muchos años, los países de la Región han preparado una Agenda de Salud para las Américas de largo plazo; se trata de un llamamiento colectivo a la acción y un instrumento para "orientar la acción colectiva de los socios, nacionales e internacionales, interesados en contribuir a mejorar la salud de los pueblos de esta región". Este plan estratégico es la respuesta de la Oficina a ese llamamiento.

Los retos que debe afrontar la Región en el terreno de la salud pública son muchos: desde las inquietudes constantes por las enfermedades transmisibles y no transmisibles existentes, las amenazas para el medio ambiente, los desastres naturales y los provocados por el hombre, entre otras, hasta las amenazas nuevas y emergentes de agentes patógenos conocidos y desconocidos. El continente también está experimentando una transición epidemiológica, ya que las enfermedades tradicionales no han desaparecido completamente, sino que coexisten con las enfermedades emergentes y las relacionadas con el modo de vida, lo que representa un nuevo reto para la salud pública. Por lo tanto, si bien hemos marcado muchos hitos en el mejoramiento de la situación de salud de los pueblos de las Américas, logros que son motivos legítimos para enorgullecernos, todavía queda mucho por hacer. Entre otras prioridades, debemos seguir mejorando el liderazgo en salud pública, el acceso equitativo a los servicios de salud y la capacidad en los Estados Miembros. También debemos permanecer atentos para proteger y mantener los avances del pasado al tiempo que nos enfrentamos a los retos del futuro.

Este documento es necesariamente complejo ya que refleja el panorama amplio de nuestro trabajo y expone en detalle cómo nos proponemos responder a cada reto de salud pública que la Oficina pueda abordar. El documento también presenta nuestras iniciativas para que la Organización sea más eficaz y responsable en sus operaciones al institucionalizar los métodos de gestión basada en los resultados en los procesos de planificación, ejecución y evaluación.

Aunque este plan nos guiará durante los próximos años, el diálogo estratégico no debe terminar aquí. Es cada vez más evidente que los temas de la salud pública sólo pueden abordarse eficazmente mediante enfoques multisectoriales y alianzas estratégicas. Por consiguiente, les insto a mantener un diálogo constante con los numerosos socios de la OPS —desde los gobiernos de los Estados Miembros hasta los socios internacionales y nacionales, y la sociedad civil— acerca de cómo podemos servir mejor a los habitantes de las Américas.

El Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana, 2008-2012 es una declaración importante de nuestro compromiso de trabajar para el mejoramiento de la salud de nuestros pueblos y de rendir cuentas a nuestros Cuerpos Directivos y socios. Por consiguiente, es motivo de gran satisfacción presentarles este Plan estratégico.

Directora

ÍNDICE

Página

(Favor hacer clic en los hiperenlaces)

Prefacio de la Directora	iii
Resumen	vii
Introducción	1
Un proceso nuevo de planificación.....	2
Cinco años, tres bienios.....	3
Análisis de la situación en la Región	5
Tendencias económicas y sociales.....	5
Tendencias en los problemas y daños a la salud y sus factores de riesgo.....	6
Tendencias en la respuesta de los sistemas de salud	9
Otros retos para el futuro	11
Enseñanzas extraídas de planes anteriores	12
Integración entre todos los niveles de planificación, desde el estratégico al operativo.....	12
Un plan completo e integrado	12
Alianzas y Asociaciones Estratégicas.....	12
Los países clave y los grupos vulnerables.....	13
Cálculo de los recursos.....	13
El marco para la cooperación técnica.....	13
Orientación estratégica	14
La Agenda de Salud para las Américas 2008-2017	14
Undécimo Programa General de Trabajo (2006-2015) de la OMS	16
El marco estratégico para la cooperación	17
Las funciones básicas.....	18
Los Objetivos de Desarrollo del Milenio	20
Los objetivos estratégicos y los resultados previstos a nivel regional	22
OE1 Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles.....	24
OE2 Combatir el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria.....	38
OE3 Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos..	53
OE4 Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el período neonatal, la infancia y la adolescencia, y mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas	63
OE5 Reducir las consecuencias sanitarias de las emergencias, desastres, crisis y conflictos, y minimizar su impacto social y económico	75
OE6 Promover la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir los factores de riesgo relacionados con las afecciones asociadas al consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, las dietas malsanas, la inactividad física y las prácticas sexuales de riesgo.....	82
OE7 Abordar los determinantes sociales y económicos subyacentes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad sanitaria e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos	93

OE8	Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud	101
OE9	Mejorar la nutrición, la salubridad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de vida y en apoyo de la salud pública y el desarrollo sostenible.....	109
OE10	Mejorar la organización, gestión y prestación de servicios de salud	119
OE11	Fortalecer el liderazgo, la gobernanza y la base científica de los sistemas de salud	125
OE12	Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias	132
OE13	Asegurar la existencia de un personal de salud disponible, competente, capaz de responder a las necesidades y productivo, con miras a mejorar los resultados sanitarios	139
OE14	Extender la protección social mediante una financiación equitativa, suficiente y sostenible.....	146
OE15	Proporcionar liderazgo, fortalecer la gobernanza y fomentar las alianzas y la colaboración con los países, el sistema de las Naciones Unidas y otros actores para cumplir el mandato de la OMS de hacer avanzar el programa de acción sanitaria mundial consignado en el Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS y la Agenda de Salud para las Américas	154
OE16	Desarrollar y sostener a la OPS/OMS como una organización flexible y discente, facilitándole los medios necesarios para cumplir su mandato de manera más eficiente y eficaz.....	161
Una ejecución eficiente y eficaz		168
	Los objetivos de cambio institucional y los equipos de la Hoja de ruta	168
	Las estrategias de cooperación en los países.....	168
	La gestión basada en los resultados	169
	Evaluación estratégica y alineación de los recursos.....	171
	Una Oficina Sanitaria Panamericana más fuerte para el 2008 y los años siguientes.....	171
Financiamiento del plan estratégico		173
Seguimiento, examen previo y evaluación posterior		177

RESUMEN

1. Este Proyecto de plan estratégico, 2008-2012 (PE 2008-2012, o “el plan”, para abreviar), es el instrumento de planificación de más alto nivel de la Oficina, aprobado cada cinco años por la Conferencia Sanitaria Panamericana. En él se estipulan los objetivos estratégicos y los resultados previstos de la Oficina para el período mencionado. Es el resultado del trabajo de las oficinas de país, los centros panamericanos, así como de las áreas técnicas y administrativas de toda la Organización. El personal de todos los niveles ha tenido la oportunidad de participar en la elaboración del plan y de formular observaciones sobre su contenido.
2. El plan pretende ser un instrumento transparente que permita a los Estados Miembros comprender qué resultados programáticos se alcanzarán utilizando los recursos —tanto asignados como voluntarios— que ellos y otras entidades puedan proporcionar a la Oficina para el período de planificación. También sirve de base para toda la planificación y programación subsiguiente en la Organización en el periodo 2008- 2012. El documento no solo guiará el trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana, sino que es la suma integral del trabajo que ésta llevará a cabo durante dicho período.
3. Este ciclo de planificación se ha rediseñado incorporando el marco de gestión basada en los resultados que permitirá la agregación de los resultados alcanzados en toda la Organización, con una integración vertical sin precedentes entre todos los niveles. Los resultados e indicadores comunes establecidos a nivel mundial, regional y de país permitirán que la planificación, el seguimiento y la presentación de informes relacionados con el trabajo de la Oficina se hagan de manera más simplificada y transparente. Este es un elemento clave en la aplicación cabal de la gestión basada en los resultados.
4. Aquí se establece la dirección estratégica de la Oficina, basada en la Agenda de Salud para las Américas, 2008-2017 y en el Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS. La Oficina procura mantener un equilibrio entre la convergencia programática con la OMS y la especificidad regional exigida por los Estados Miembros de la OPS en la Agenda de Salud. La Oficina ha adoptado las seis funciones básicas de la OMS, lo que permitirá el análisis de los gastos desde una perspectiva nueva y útil para la gestión.
5. Los 16 objetivos estratégicos, basados en los de la OMS, constituyen el núcleo programático de este plan y son objetivos comunes para los Estados Miembros de la OPS y para la Oficina. Cada objetivo estratégico incorpora varios resultados previstos a nivel regional (RPR) cuyo logro es responsabilidad de la Oficina. Los objetivos estratégicos y los RPR son una respuesta a las prioridades de salud pública conocidas de la Región —según se estudian en el análisis de la situación— pero son lo suficientemente flexibles para que la Oficina pueda responder ante los problemas y las amenazas emergentes a medida que surgen.
6. La última sección del plan expone la estrategia de ejecución de la Oficina y los medios para el seguimiento y la presentación de informes sobre el desempeño a los Estados Miembros.

INTRODUCCIÓN

7. Entre 1986 y 2002, la Organización adoptó documentos marco de cuatro años que contenían orientaciones de política para guiar la cooperación técnica con los Estados Miembros; en 2002, el nombre de ese instrumento se cambió por el de plan estratégico y el período abarcado se amplió a cinco años: 2003-2007. El plan 2008-2012 tiene como base esta experiencia enriquecedora, y en él se ponen en práctica varias innovaciones clave que tienen por finalidad:

- a) aumentar la rendición de cuentas de la Oficina a sus Estados Miembros, así como la transparencia de sus operaciones;
- b) impulsar la aplicación de la gestión basada en los resultados en la Oficina mediante la planificación correspondiente de una manera completa e integrada;
- c) aumentar al máximo la participación de los Estados Miembros, las organizaciones asociadas y el personal de la Oficina en la elaboración de los instrumentos de planificación;
- d) seguir armonizando el funcionamiento de la Oficina con el de la OMS; hacer hincapié en la estrategia de atención centrada en los países que ha adoptado la Organización; e
- e) integrar y simplificar la planificación para reducir la carga de la planificación, el seguimiento y la preparación de informes que sobrellevan las oficinas de país y las áreas técnicas de la Oficina.

8. Si bien es cierto que la innovación es esencial, ella se basa en nuestra visión, misión y valores. Estos se incluyen aquí como un recordatorio de la naturaleza fundamental de la Organización mientras avanza.

Visión

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

Misión

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

Valores

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

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

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

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

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

UN PROCESO NUEVO DE PLANIFICACIÓN

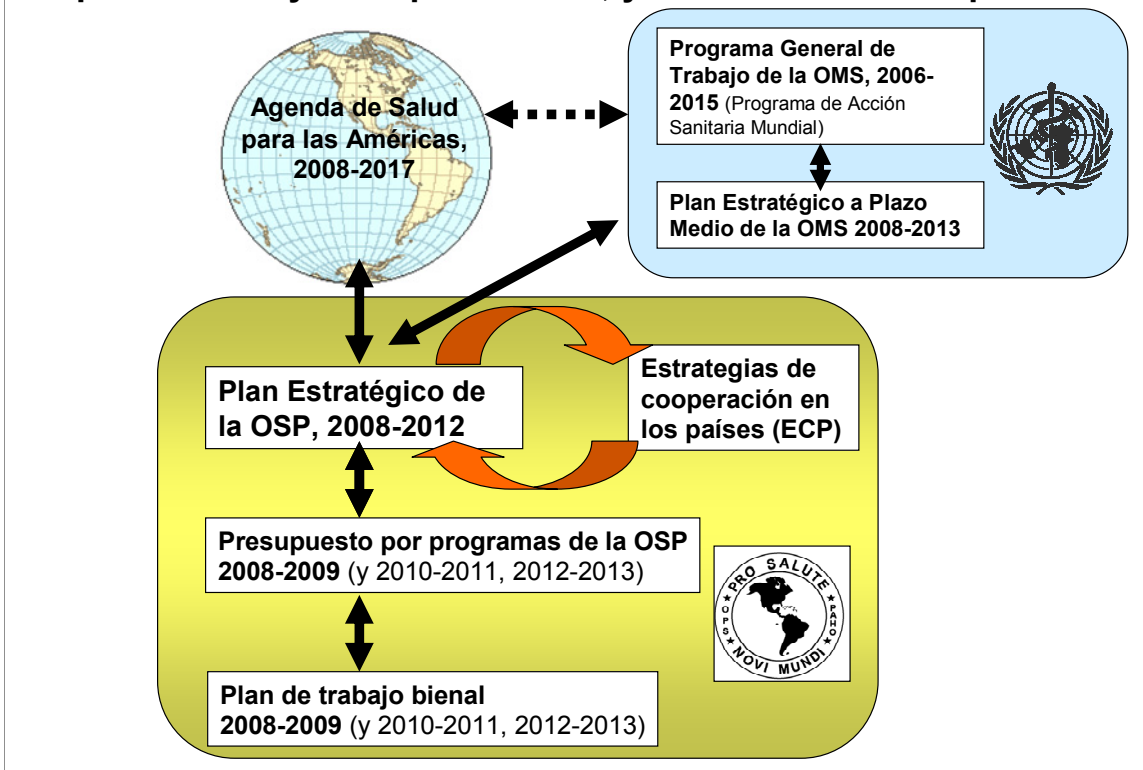
9. Por primera vez, el plan estratégico de la Oficina contiene objetivos estratégicos que convergen directamente con los de la OMS. El plan estratégico abarcará tres bienios y, por primera vez, define los resultados previstos a nivel regional (RPR) y los indicadores de la Oficina. Los presupuestos por programas para el período abarcado (bienios 2008-2009, 2010-2011 y 2012-2013) determinarán dónde se gastarán los recursos para lograr los resultados definidos en el plan estratégico. Estos presupuestos por programas se acortarán y se simplificarán, ya que sus RPR y su justificación serán idénticos a los de este plan. Por lo tanto, disminuirá considerablemente la necesidad de una planificación programática extensa cada dos años. Al mismo tiempo, las evaluaciones de final del bienio de los presupuestos por programas servirán como informes sobre los progresos realizados en la ejecución del PE 2008-2012, ya que los RPR y los indicadores que figuran en estos documentos serán idénticos. Este concepto se explica con pormenores más adelante en la sección sobre *Seguimiento, examen previo y evaluación posterior*.

10. Si bien los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) no examinan los planes de trabajo bienales de cada unidad orgánica, los Estados Miembros tal vez quieran tomar nota de que la planificación operativa a este nivel también se ha reformulado para permitir la integración total con el plan estratégico y el presupuesto por programas mediante el uso de RPR e indicadores comunes. Los planes de trabajo bienales son el punto de partida del presupuesto por programas; ello representa el aspecto ascendente o "de abajo arriba" del proceso de planificación. Los planes de trabajo se están preparando con arreglo al presupuesto por programas 2008-2009, para que en este se recojan con exactitud los programas que se ejecutarán a nivel de país.

11. La integración vertical del proceso de planificación a todos los niveles es un paso decisivo para la ejecución cabal de la gestión basada en los resultados, según la cual los indicadores de resultados previstos de todos los componentes orgánicos —oficinas de país, centros panamericanos y la sede regional— se fusionan con los indicadores de resultados previstos a nivel regional, y a su vez, con respecto a la OMS, se fusionan con los indicadores de resultados previstos a nivel de toda la Organización, a nivel mundial.

12. El diagrama siguiente ilustra los elementos clave en el proceso de planificación de la Oficina Sanitaria Panamericana para 2008 y años siguientes, su convergencia con la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y con los instrumentos de planificación de alto nivel de la OMS.

DIAGRAMA 1: Los instrumentos de planificación de la OSP para el 2008 y años posteriores, y sus relaciones recíprocas

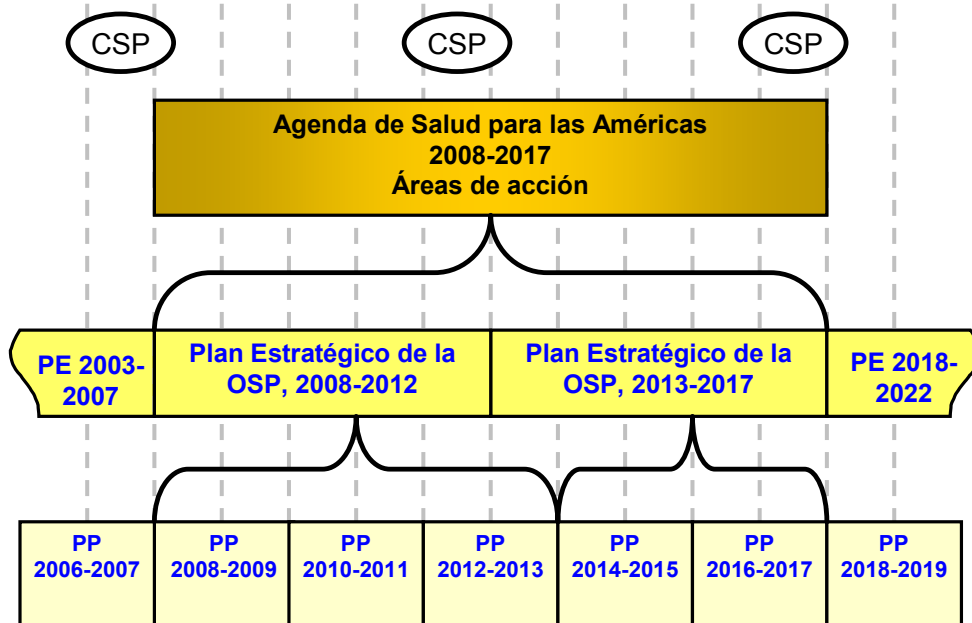


CINCO AÑOS, TRES BIENIOS

13. En vista de que la Oficina elabora su presupuesto para períodos bienales y de que la Conferencia Sanitaria Panamericana (el máximo órgano rector de la OPS, que aprueba los planes estratégicos) se reúne cada cinco años, hay un conflicto de sincronización intrínseco en los instrumentos de planificación y presupuestación. La solución, como se propone en el documento CD47/9, *Método para formular el Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana, 2008-2012*, examinado por el 47.º Consejo Directivo, es que el plan estratégico quinquenal de 2008 a 2012 abarque programáticamente tres bienios (un período de seis años) como se ilustra en el diagrama siguiente.

DIAGRAMA 2: Instrumentos de planificación de la OSP: Cronograma

2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019



CSP = Conferencia Sanitaria Panamericana
PP = Presupuesto por programas

14. Por lo tanto, los resultados programáticos previstos contenidos en cada presupuesto por programas se vinculan claramente a un solo plan estratégico, lo que es esencial para el seguimiento y la presentación de informes de manera coherente. La consecuencia de esta propuesta es que, desde una perspectiva programática, los planes estratégicos abarcarán de hecho períodos alternos de seis y de cuatro años. Este sistema también permite la convergencia programática con la OMS. La presentación de los resultados en conjunto se hará mediante las evaluaciones de los presupuestos por programas, que se realizarán cada dos años. Esto se ilustra más adelante en el diagrama 3, en la sección donde se aborda la convergencia con la OMS.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EN LA REGIÓN

TENDENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES

15. En el último decenio, la Región de las Américas ha experimentado una serie de cambios económicos, sociales y demográficos con posibles repercusiones en la salud.

16. Después de años de estancamiento retornó el crecimiento económico; cerca de una tercera parte de los países lograron una tasa de crecimiento superior al 6%. El ingreso nacional bruto per cápita (INB)¹ en la Región en 2004 la ubicó entre las de mayores ingresos en el mundo. Mientras que el ingreso promedio en los países de América Latina y el Caribe (ALC) es de US\$ 7.811, en algunas de sus subregiones —principalmente en el Caribe latino, el Área Andina y Centroamérica— los valores son 20, 40 y 65% menores, respectivamente. Los países más pobres y más ricos difieren hasta 23 veces en el ingreso nacional bruto. Las crisis económicas tuvieron graves repercusiones en 2002, especialmente en Argentina, Uruguay y Venezuela, una situación que se revirtió en la mayoría de países hacia 2005. A pesar del crecimiento económico, ha aumentado la desigualdad en la distribución de los ingresos. La distribución de los ingresos en la región (medida por el coeficiente de Gini) es una de las más desiguales en el mundo y no mejoró entre 1990 (índice de Gini de 0,383) y 2000 (índice de Gini de 0,403). Las desigualdades dan lugar a pobreza y manifiestan su intensidad en diversos segmentos de la población, como ser en los hogares encabezados por mujeres, en ciertos grupos étnicos o en las poblaciones rurales. Se calcula que el 41% de la población de ALC es pobre y el 17% vive en la indigencia.

17. La recuperación económica generó mejoras en las condiciones del mercado laboral, lo que contribuyó a mitigar la difícil situación social de América Latina y el Caribe. Aun así, el desempleo urbano se mantuvo en casi un 10% entre 2001 y 2004.² Sin embargo, en 2004 variaba entre los países desde un mínimo de un 2,0% hasta un máximo de 18,4%. Aunque ha aumentado el número de mujeres que trabajan, ellas tienen peores condiciones de empleo y menos oportunidades para progresar que los hombres. A pesar de los reglamentos vigentes, el trabajo de los niños sigue siendo motivo de preocupación, en particular debido a sus condiciones inseguras y peligrosas.

18. Los desastres naturales y los provocados por el hombre han tenido una repercusión devastadora en las economías de los países. Solamente en 2005, los huracanes ocasionaron más de US\$ 205.000 millones en pérdidas y 7 millones de personas damnificadas.³ Los daños en las economías de los países pequeños de Centroamérica y el Caribe se calcularon en más de US\$ 2.220 millones, lo que indica su vulnerabilidad y la necesidad de contar con planes y medidas de prevención y de mitigación.

19. Se ha desacelerado el crecimiento de la población, aunque varía del 0,4% en el Caribe de habla inglesa hasta el 2,1% en Centroamérica. El desarrollo socioeconómico desigual hace que la población se traslade a las zonas urbanas en busca de trabajo y una vida mejor. La proporción urbana de la población en América Latina y el Caribe pasó de 65 a 78% entre 1980 y 2005, con una tasa menor en Centroamérica (53,2%), así como en el Caribe de habla hispana y Haití (59,7%). La urbanización plantea retos para la salud en cuanto a la disponibilidad de recursos y servicios básicos, manejo de desechos y residuos, transporte y prevención de la violencia. Las

¹ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2006. Washington DC: OPS, 2006.

² Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *Panorama Social de América Latina 2005. Anexo Estadístico*. CEPAL: Santiago, 2006.

³ Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe*. CEPAL: Santiago de Chile, 2005.

zonas rurales, por otra parte, padecen de problemas constantes de pobreza, recursos limitados y falta de acceso a los servicios de salud. Otros factores, como el crecimiento no planificado de las ciudades, el desarrollo industrial no controlado y la emigración del campo a las zonas urbanas repercuten negativamente en el medio ambiente, la salud y la calidad de vida de la población, lo que contribuye a la marginación, caracterizada por la vivienda precaria, pobreza, contaminación ambiental y niveles más altos de enfermedad y violencia. El problema de la vivienda precaria en las zonas urbanas aumentó en 14% entre 1990 y 2001, y afecta a 127 millones de personas. En respuesta a esta tendencia, se han emprendido iniciativas para abordar los factores determinantes de la salud, mediante la formulación de políticas públicas sostenibles y favorables para la salud, creación de espacios saludables y forja de alianzas entre el sector público y el privado; consolidación de las redes de apoyo; movilización de los medios de comunicación; y motivación de los gobiernos locales a fin de que tomen medidas para la promoción y el desarrollo de la salud.

TENDENCIAS EN LOS PROBLEMAS DE LA SALUD Y SUS FACTORES DE RIESGO

20. Gracias a las mejoras en las condiciones de vida, entre ellas el acceso al agua y al saneamiento y a los servicios de atención primaria de salud materno-infantil, la esperanza de vida promedio en los países de la Región aumentó a 74,6 años en 2005. La población está envejeciendo y exige nuevos servicios al tiempo que manifiesta una mayor dependencia económica en la población activa. Otros cambios importantes se relacionan con el deterioro y la contaminación del medio ambiente, con modos de vida y comportamientos nuevos, con la difusión de información y con la erosión de las estructuras sociales y de apoyo en la población, todo lo cual contribuye al surgimiento de factores de riesgo tales como obesidad, hipertensión, aumento de los accidentes y la violencia, problemas relacionados con tabaquismo, alcoholismo, consumo de drogas y exposición a diversas sustancias químicas.

21. El perfil de la Región está cambiando, ya que las enfermedades crónicas están reemplazando a las enfermedades transmisibles como causas principales de morbi-mortalidad, fenómeno que puede atribuirse a los adelantos tecnológicos y al envejecimiento de la población. Las enfermedades transmisibles siguen siendo una causa importante de mortalidad, con 58 defunciones por 100.000 habitantes en 2000-2004,⁴ y representan una carga fuerte en los países más pobres: por ejemplo, en Haití la incidencia de la tuberculosis es siete veces mayor que en toda la Región en conjunto. A esto se suman otros problemas como la coinfección de tuberculosis y el VIH y la resistencia múltiple y extrema a los medicamentos antituberculosos. En 2006 el 50% de los casos de dengue ocurrieron en el Brasil⁵; mientras que la malaria es endémica en 21 países. Las enfermedades desatendidas⁶ causan anemia, desnutrición, deterioro de la memoria y el coeficiente intelectual, estigma y discriminación, discapacidad permanente y muerte prematura. Varias de estas enfermedades coexisten, con lo cual multiplican su repercusión en la salud y las condiciones socioeconómicas de las personas y poblaciones. La amenaza de enfermedades potencialmente epidémicas y pandémicas, como la gripe pandémica, constituye un reto adicional ya que es complejo mantener el compromiso de los gobiernos para abordar un problema que todavía no se ha materializado.

22. Un sesenta por ciento de las enfermedades que afectaron a los seres humanos en los diez últimos años fueron causadas por agentes patógenos procedentes de los animales o sus productos, de manera que se necesitan medidas de prevención y control. La rabia humana transmitida por los perros disminuyó en 95% en los 25 últimos años gracias a la aplicación de

⁴ Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos. Organización Panamericana de la Salud—Organización Mundial de la Salud. 2006.

⁵ Número de casos notificados de dengue y dengue hemorrágico, Región de las Américas (por país y subregión), 2006.

⁶ Programa Regional de Enfermedades Parasitarias y Desatendidas, OPS.

programas de control activos; sin embargo, se han implantado pocas medidas de control para otras zoonosis. La erradicación de la fiebre aftosa es importante para la seguridad alimentaria y el desarrollo socioeconómico; la Región avanza hacia esa meta. Los viajes y el comercio permiten la propagación de los agentes infecciosos más allá de sus focos naturales. La inocuidad de los alimentos es otro problema tanto de salud pública como económico. La modernización de los servicios de inspección, el fortalecimiento de los servicios de referencia, la armonización de la legislación y el apoyo al *Codex Alimentarius*, son los medios de que se dispone para abordar la inocuidad de los alimentos.

23. Las enfermedades crónicas son causa principal de muerte y discapacidad en la Región; a ellas se atribuyen más de 60% de las defunciones y la mayoría de los costos sanitarios. Sus causas son la hipertensión arterial, la obesidad, la hiperglucemia y la hiperlipidemia, afecciones ocasionadas a su vez por factores del modo de vida y el comportamiento. Se prevé un aumento al doble o más de las cardiopatías isquémicas, los accidentes cerebrovasculares y la diabetes sacarina en América Latina y el Caribe; también está aumentando la mortalidad por cánceres del pulmón, la mama y la próstata. Las enfermedades crónicas afectan de distinta manera a los hombres y a las mujeres; los grupos raciales o étnicos minoritarios y los pobres suelen verse afectados con mayor frecuencia. Los costos anuales de las enfermedades crónicas son enormes; por lo que se refiere a la diabetes, se calcula que en 2000, en América Latina y el Caribe, sus costos fueron de US\$ 65.000 millones.

24. En 2006, más de 50 millones de personas en la subregión tenían 60 años o más de edad; es decir, este grupo aumentó su tamaño 2,5 veces más rápido que la población en general. Los estudios revelan que más de 50% de las personas de este grupo de edad dicen tener mala salud; 20% de ellas informan que tienen limitaciones para realizar las actividades de la vida cotidiana, mientras que 60% sufren una enfermedad crónica grave. Su acceso a los servicios de salud también es limitado y más de 30% indicaron que sus necesidades de salud no son atendidas. A pesar de esta situación, son pocos los países de América Latina y el Caribe que tienen metas de promoción de la salud para las personas mayores. Los cambios en la orientación del financiamiento pueden tener grandes repercusiones, ya que existen soluciones de promoción, prevención y tratamiento de las enfermedades que son costoeficaces; pero habrá que sensibilizar a los actores de diferentes sectores.

25. La prevalencia del consumo de tabaco en las Américas es variable, pero la exposición al humo de tabaco ajeno no sólo es universal sino también elevada en la mayoría de los países. El Convenio Marco de Control del Tabaco (CMCT) ratificado por el 60% de los países surge como respuesta. En los últimos años ha habido progresos, y son dignos de mención los logros importantes alcanzados en Brasil y Uruguay y partes de los Estados Unidos, Canadá y Argentina. El futuro presenta desafíos para poner en práctica las medidas estipuladas en el CMCT: advertencias sanitarias enérgicas en los paquetes de productos de tabaco; creación de ambientes libres de humo de tabaco; y, prohibición amplia de publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco. Cabe señalar que las tabacaleras tienen más éxito cuando ejercen presión política para que prevalezcan las legislaciones débiles.

26. En América Latina y el Caribe, se necesitan medidas completas e integradas para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud para 2015, en particular con respecto a los grupos vulnerables. En los lugares donde no llegan los gobiernos ni los sistemas sociales de protección, las familias y las comunidades suelen desempeñar funciones sanitarias estratégicas, y son una fuente de apoyo y protección de la salud y el bienestar de los ciudadanos; tales mecanismos locales tienen que ser empoderados, apoyados y fortalecidos. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio 1, 4, 5 y 6 procuran la reducción del número de niños cuyo peso es inferior al normal; la disminución de la tasa de mortalidad de menores de 5 años y de la

razón de mortalidad materna, y detener y disminuir la propagación de la infección por el VIH/sida. En América Latina y el Caribe, la nutrición deficiente, causa subyacente del 42 al 57% de las defunciones de niños, empeora el efecto de las enfermedades. El retraso del crecimiento y la anemia, los problemas más prevalentes que influyen en el crecimiento y la nutrición; afectan, respectivamente, al 25% de los lactantes y al 70% de los niños pequeños. Al mismo tiempo, el sobrepeso y la obesidad afectan al 25% de los niños en algunos países.

28. En 2005, la tasa de mortalidad de menores de 5 años en América Latina y el Caribe resultó en la muerte de 450.000 niños. Una tercera parte de los países tenían tasas de 30 por 1000 nacidos vivos. En estos países ocurrieron el 60% de las defunciones y las enfermedades perinatales e infecciosas ocasionaron, respectivamente, más de un 60 y un 25% de dichas defunciones. La mitad de la reducción de la mortalidad entre 1990 y 2000 se atribuye a la vacunación infantil; por lo tanto, el uso de vacunas nuevas puede ampliar dichos beneficios, pero para ello es preciso mantener la cobertura de vacunación. El riesgo de mortalidad materna a lo largo de la vida es de 1 en 160, lo que equivale a 22.000 defunciones anuales, de las cuales entre 10 y 50% corresponden a mujeres jóvenes. Se calcula que a las mujeres jóvenes menores de 20 años corresponden 20 de cada 100 nacimientos en la Región y que el 34% de ellos no fueron planificados. Las tasas de fecundidad entre las adolescentes son mayores de 100 por 1.000 nacidos vivos en Honduras, Nicaragua, Guatemala, El Salvador y la República Dominicana. La mayor parte de la mortalidad materna es resultado de causas evitables, pero en algunos países los servicios esenciales obstétricos y neonatales son de mala calidad, no se han implantado o están subutilizados debido a las barreras de acceso o a la carencia de personal capacitado. Son notables las disparidades entre las zonas urbanas y las rurales: en las zonas rurales menos mujeres asisten a cuatro o más consultas prenatales, y una gran proporción de ellas no tienen acceso a asistencia calificada del parto.

29. Las cifras de prevalencia de la infección por el VIH en los adultos indican que la epidemia es de tipo concentrado en América del Norte (0,8%) y América Latina (0,5%) y de tipo generalizado en el Caribe (1,2%), donde es la principal causa de muerte entre los adultos jóvenes. En la Región, 1,6% de las mujeres y 0,7% de los hombres entre las edades de 15 a 24 años están infectados con el VIH. En 2006, en América Latina y el Caribe se observaron 167.000 infecciones nuevas por el VIH y 84.000 personas murieron de sida. Las personas más afectadas por la enfermedad fueron mujeres. Esas personas siguen viviendo en ambientes de estigma y discriminación.

30. La carga de los trastornos mentales es considerable en las Américas, y se calcula que en 2002 ocasionaron el 25% del total de años de vida perdidos ajustados en función de la discapacidad de todas las enfermedades, siendo el principal trastorno mental la depresión unipolar. Sólo una minoría de las personas enfermas recibe tratamiento, a pesar del impacto del problema. En el 80% de los países la mayoría de las camas se encuentran en hospitales psiquiátricos —no en los generales— y el 25% de los países todavía no cuentan con servicios comunitarios. No obstante, la salud mental figura en los programas de salud de los países; hay experiencias locales y nacionales exitosas, surgen asociaciones de usuarios y familiares y aumenta la defensa de la causa. Hay intervenciones costoeficaces que pueden ponerse en práctica, lo que permitirá que la limitada respuesta sea satisfactoria con el tiempo.

31. Los accidentes de tránsito en las Américas ocasionan más de 130.000 defunciones y más de 1.200.000 traumatismos por año. Sus principales causas son conducir bajo los efectos del alcohol, el exceso de velocidad, el mantenimiento inadecuado de las carreteras y de los vehículos, y la poca utilización del cinturón de seguridad y de los cascos. La sociedad exige que los gobiernos consideren este tema como una prioridad y países como Chile, Costa Rica, Colombia y Cuba han logrado disminuir las tasas de mortalidad por esta causa. Se han

conformado redes de personas y organizaciones para impulsar planes y programas, mejorar los sistemas de información, profundizar el conocimiento de las causas y evaluar las intervenciones.

32. La violencia sigue afectando gravemente a las poblaciones de algunos países de la Región, a pesar del interés de los gobiernos y la sociedad por hacerle frente; hay leyes aprobadas, pero su cumplimiento varía tanto que es imposible afirmar que hayan tenido un efecto positivo. Medir y evaluar el efecto de las leyes constituye un reto, pero algunos mecanismos como los observatorios de violencia y las salas de urgencias de los hospitales permiten mejorar la información. Los homicidios aumentaron en algunos países, siendo los hombres menores de 35 años los más afectados; sin embargo, en Colombia esta cifra disminuyó en 50% entre 2001 y 2005. Varias encuestas revelan que la prevalencia de la violencia intrafamiliar se encuentra entre 10 y 60%. La violencia juvenil causada por las pandillas se extendió en la Región, y afecta en especial a El Salvador, México, Estados Unidos, Honduras, Guatemala, Jamaica, Brasil y Colombia. Se requiere mejorar la respuesta del sector a las víctimas, lo que comprende el financiamiento para planes y programas.

33. La exposición a sustancias químicas tóxicas representa un grave problema de salud pública en la Región. Su utilización en diversas fases de los procesos productivos, tanto industriales como agropecuarios, expone a toda la población a un riesgo permanente, pero en especial a los grupos vulnerables: niños, embarazadas, trabajadores, adultos mayores y la población con pocos conocimientos y acceso limitado a la información sobre la toxicidad de ciertos productos. El volumen de estas sustancias ha aumentado y la exposición per cápita a algunas de ellas, como los plaguicidas, es tres veces más alta que el promedio mundial calculado por la OMS. Aunque está mejorando, la notificación sobre morbilidad y mortalidad por intoxicaciones agudas y crónicas todavía no refleja la magnitud del problema. Es necesario centrar los esfuerzos en la toxicovigilancia; fortalecimiento de la legislación, rigurosidad en el registro de los productos químicos y prevención del tráfico ilícito de productos tóxicos y peligrosos; participación de la sociedad civil en los mecanismos de vigilancia y control de sustancias químicas; adopción de la seguridad química como parte de las políticas de desarrollo sostenible; y ampliación de las opciones al uso de los plaguicidas, como el manejo integrado de las plagas y la agricultura orgánica.

34. En 2004, la población económicamente activa se calculaba en 414 millones de trabajadores, es decir, 46% de la población de la Región, lo que representa un aumento de 13% con respecto al año 2000. Según la OMS (2005), 60% de los trabajadores están expuestos a condiciones de trabajo inseguras e insalubres, que comportan diversos riesgos para la salud. Se estima que los accidentes laborales, 8% de los accidentes a nivel mundial, ocasionan 312.000 defunciones y pérdida de 10 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad. Ciertas actividades como la agricultura, la ganadería, la construcción y la minería son las más peligrosas. El empleo informal está asociado con mayores riesgos ocupacionales, condiciones de trabajo inestables, ausencia de protección legal, de compensación y de prestaciones de salud; las mujeres, los niños y los adultos mayores son los grupos menos protegidos de todos los que trabajan en este sector.

TENDENCIAS EN LA RESPUESTA DE LOS SISTEMAS DE SALUD

35. El gasto en salud pública es un instrumento básico de política pública para mejorar el estado de salud, reducir las desigualdades en el acceso de la población a los servicios de salud y proteger a las personas de los efectos adversos de las enfermedades. El gasto en salud pública expresado como porcentaje del producto interno bruto en América Latina y el Caribe pasó de un 2,6% en los años ochenta al 3,6% en 2005-2006, cifras inferiores a las de los países desarrollados, que fueron de 7,3 y 8,6%, respectivamente; pero esta cifra varía de 1,3% en los

países pobres a 4,5% en los que tienen altos niveles de cobertura de los servicios de salud pública, y de 7,5% a 10% en los países con sistemas de salud de cobertura universal. Parte del crecimiento del gasto público en salud ha ocurrido en los sistemas de seguro, pero los aumentos en la cobertura han sido moderados. Los gastos públicos en salud a través de los planes de seguro social de salud aumentaron en términos reales de US\$ 14.700 millones en 1990 a US\$ 27.700 millones en 2004-2005, en dólares constantes del año 2000. El gasto promedio por beneficiario (potencial) de los programas de seguro social de salud pasó de US\$ 29 en 1990 a US\$ 209 en 2004-2005 (en dólares constantes del año 2000). La población total cubierta por los planes de seguro social de salud aumentó de 114,7 millones de personas en 1990 a 132,7 millones en 2004-2005; sin embargo, como porcentaje de la población total, los beneficiarios potenciales de los planes de seguro social de salud disminuyeron del 26% en 1990 al 24% en 2004-2005. Entre las medidas fundamentales para mejorar el estado de salud y reducir las desigualdades en el acceso a los servicios de salud se encuentran: aumento del gasto público en salud, salud pública y atención de salud; mejoras en la repercusión distributiva de ese gasto; y una ampliación de la cobertura del seguro de salud pública y los programas de protección social.

36. Los sistemas de salud se basan en la disponibilidad y las capacidades del personal que brinde servicios accesibles y de buena calidad. Diversos estudios y el Informe sobre la Salud en el Mundo 2006 de la OMS muestran la necesidad de contar con un número y calidad óptimos de trabajadores de salud para alcanzar las metas de salud pública. Para lograr que las capacidades satisfagan las necesidades de salud, es necesario planificar una iniciativa a mediano plazo a fin de hacer frente a los siguientes desafíos: políticas y planes de largo plazo para adaptar la fuerza laboral a los cambios previstos en los sistemas de salud y crear la capacidad institucional para revisarlos periódicamente; colocación de las personas adecuadas en los lugares adecuados, con la distribución equitativa de los profesionales de salud en las regiones y según las necesidades de salud de la población; reglamentación de la emigración de los trabajadores de salud para garantizar la atención de la población; condiciones de trabajo que fomenten el compromiso con la misión institucional de garantizar servicios de salud para la población; y mecanismos de interacción entre las instituciones de formación y los servicios de salud para adaptar la formación de los trabajadores de salud a un modelo de atención universal, equitativo y de calidad que sirva a la población.

37. Hay desigualdades en el acceso a las tecnologías y los servicios de salud esenciales en la Región; se calcula que unos 125 millones de personas que viven en América Latina y el Caribe carecen por completo de acceso. Muchos países tienen infraestructuras físicas insuficientes o deterioradas, carecen de las especificaciones adecuadas para la adquisición de nuevas tecnologías, y los servicios de salud no están bien organizados y no tienen suficiente personal sanitario capacitado. Como resultado, las tecnologías no funcionan; los servicios están subutilizados; el personal tiene escasa preparación; las políticas de prevención son insuficientes; los protocolos de diagnóstico y tratamiento son ineficaces; y las condiciones son peligrosas para los pacientes. En el caso de muchas tecnologías, es fundamental que su incorporación y uso se hagan con arreglo a la legislación nacional y bajo la supervisión de las autoridades normativas. Se necesitan políticas nacionales para abarcar todos los aspectos de las tecnologías y los servicios de salud, pero estas sólo tendrán éxito si están apoyadas por mecanismos de reglamentación. Si bien son muchas las ventajas del uso de las tecnologías y los servicios de salud, estas pueden representar un gasto innecesario si la calidad proporcionada y su gestión son inadmisibles. Para que la atención de salud tenga una repercusión mayor, en particular cuando los recursos son limitados, debe darse prioridad a la selección, el establecimiento y la adquisición de tecnologías y servicios de salud esenciales. El control de los problemas de salud y el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud dependerán de su uso correcto.

OTROS RETOS PARA EL FUTURO

38. El abordaje y el seguimiento de los problemas de salud exigen datos e información oportuna, fidedigna y de calidad. La información de salud en las Américas dista de ser óptima por lo que toca a la cobertura y la calidad.⁷ Los sistemas de estadísticas vitales y de información sanitaria de los países tienen limitaciones en cuanto al suministro de las pruebas científicas necesarias para la toma de decisiones. Los problemas actuales requieren que las decisiones en materia de salud se fundamenten en: sistemas de información sanitaria que sean fiables, que generen información de calidad oportuna y desglosada de distintas formas; datos del sector de la salud y de otros sectores que incluyan los factores determinantes de la salud; y aplicación de metodologías de análisis y herramientas eficientes para la generación de información y conocimientos. Con este propósito se ha elaborado una estrategia para el seguimiento del desempeño de los sistemas de información sanitaria basada en las directrices de la OMS/OPS y la Red de Sanimetría.

39. Un elemento fundamental y estratégico para el seguimiento de las desigualdades, los cambios globales como el envejecimiento de la población, la urbanización, cambios de la estructura de mortalidad, así como acuerdos y compromisos como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, consiste en disponer de un conjunto de indicadores básicos a los niveles regional, nacional y subnacional. La asignación de mayor importancia a los procesos de análisis de los datos y la información sanitaria, desarrollo de capacidades nacionales y locales sobre la aplicación de los diversos enfoques metodológicos, y la comunicación adecuada de los conocimientos de salud, estimularán el aumento de la calidad de los datos y el uso de la información sanitaria, con repercusiones positivas en los sistemas de salud y, en consecuencia, en el estado de salud de las poblaciones.

⁷ Comisión de los Factores Sociales de la Salud. Acción para los factores sociales de la salud: aprendiendo de experiencias anteriores. Ginebra: OMS, 2005

ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS DE PLANES ANTERIORES

40. Sobre la base de la experiencia de la Organización con planes estratégicos anteriores, los presupuestos por programas y otros instrumentos y procesos de planificación de alto nivel, se han extraído varias enseñanzas sobre distintos temas, que se han aplicado al elaborar el PE 2008-2012.

INTEGRACIÓN ENTRE TODOS LOS NIVELES DE PLANIFICACIÓN, DESDE EL ESTRATÉGICO AL OPERATIVO

41. En una época en que ya se ha incorporado plenamente la gestión basada en los resultados y la rendición de cuentas es la norma más que la excepción, todas las iniciativas de planificación de la Oficina deben estar coordinadas. La evaluación de mitad de período del plan estratégico 2003-2007 (CD46/8) puso de relieve este tema, en el sentido de que los resultados planificados de los planes de trabajo bienales no se agrupaban con el presupuesto por programas respectivo, que a su vez tampoco guardaba una relación directa con los objetivos fijados en el plan estratégico de 2003-2007. El nuevo plan de 2008-2012 rectifica este aspecto y permite una verdadera planificación basada en los resultados para la Oficina, basada en los planes estratégicos y operativos. Esto no solo facilitará la vigilancia y la presentación de informes, sino que también fomentará la responsabilización y la transparencia.

UN PLAN COMPLETO E INTEGRADO

42. En el último decenio, la Oficina ha ejecutado muchos planes, programas y proyectos de diversa procedencia (interna y externa). No todas estas iniciativas han sido completamente armoniosas. Por consiguiente, se considera que este plan estratégico es tanto completo como integrado: la Oficina no llevará a cabo ninguna actividad operativa que no contribuya a lograr los objetivos descritos en el plan. La Oficina considera que los resultados previstos tienen la suficiente flexibilidad para que ella pueda cambiar y responder a los nuevos problemas que vayan surgiendo en el ámbito sanitario.

ALIANZAS Y ASOCIACIONES ESTRATÉGICAS

43. La experiencia de la Oficina Sanitaria Panamericana durante el último decenio ha mostrado que el mejoramiento de la situación de salud en las Américas requiere no sólo de un compromiso político fuerte, sino también de políticas sanitarias y de desarrollos integrados, así como una participación amplia de la sociedad civil en conjunto. Esta participación tiene que ocurrir a todos los niveles, desde las personas y la comunidad local hasta los niveles nacional, subregional, regional y mundial. El gran número de actores nuevos, nacionales e internacionales, que trabajan para mejorar la salud requiere un enfoque colaborativo. La Oficina ocupa una posición idónea para dirigir y coordinar estos esfuerzos colectivos y catalizar el cambio para aumentar la capacidad institucional, lo cual incluye las iniciativas conjuntas y coordinadas entre el sector público, el sector privado y la sociedad civil.

44. Otro aspecto importante es la colaboración intersectorial. Para actuar sobre los factores determinantes de la salud hace falta cooperar con otros sectores, entre ellos el de educación, el agropecuario, el del ambiente, el de finanzas y el de las relaciones internacionales, con miras a lograr que los planes y la actuación sean holísticos.

45. La colaboración interinstitucional también es fundamental. La Oficina seguirá fortaleciendo su colaboración con otros organismos del Sistema de las Naciones Unidas y del Sistema Interamericano para evitar la duplicación de esfuerzos y acrecentar la sinergia. Es más, procurará fortalecer las iniciativas conjuntas con los socios que ya tiene y mejorar los vínculos con otros socios distintos de los tradicionales. Seguirán desarrollándose las redes de salud.

46. Es importante observar la coordinación del trabajo de la Oficina con el del Sistema de las Naciones Unidas. La colaboración con respecto a la evaluación común para los países (ECP) y el Marco de Asistencia para el Desarrollo de las Naciones Unidas (MANUD) ha sido intensiva y se ha relacionado estrechamente con la estrategia de cooperación en los países (ECP). La Oficina seguirá participando en el proceso de reforma de las Naciones Unidas y en el fortalecimiento de las alianzas con quienes trabajan en pro de la salud y el desarrollo en los países. La armonización de los programas y el fortalecimiento de los equipos de las Naciones Unidas en los países son objetivos fundamentales.

LOS PAÍSES CLAVE Y LOS GRUPOS VULNERABLES

47. El plan estratégico 2003-2007 introdujo el concepto de países clave como una prioridad estratégica de la Oficina. El traslado del concepto a la realidad se ha llevado a cabo con el transcurso del tiempo, en particular mediante la fijación de prioridades para la asignación y movilización de recursos y personal en dichos países. Esto incluyó la formulación de la Política del Presupuesto Regional por Programas (documento CD45/7), que aumentó la asignación general de recursos a nivel de país.

48. Los países clave se definieron inicialmente en el plan estratégico 2003-2007 de la siguiente manera:

- Países pobres muy endeudados : Bolivia, Guyana, Honduras y Nicaragua;
- Haití, que aunque no es un país pobre muy endeudado, tiene las tasas de mortalidad materna e infantil (dos de los indicadores de desarrollo sanitario más sensibles) más altas de la Región y unas de las más altas del mundo.

49. Al mismo tiempo, la Oficina se dio cuenta de que las necesidades de las poblaciones vulnerables en otros países, en particular los pobres, quizá no habían recibido la atención necesaria. Sobre la base de esta experiencia, si bien se seguirá prestando una atención especial a los países clave, especialmente a Haití, el nuevo plan estratégico pretende atender simultáneamente las necesidades de los grupos de población vulnerables en todos los países de la Región.

CÁLCULO DE LOS RECURSOS

50. Los planes estratégicos anteriores no intentaban asignar los recursos calculados o "presupuestos" a las prioridades estratégicas, lo que a veces daba la impresión de que todas las estrategias tenían la misma prioridad y de que se evitaba la importante cuestión de cuáles actividades debían recibir más o menos recursos. Con la finalidad de lograr que el plan estratégico de 2008-2012 plantee prioridades estratégicas realistas y factibles y las apoye con recursos, se incluye un análisis de las fuentes de financiamiento y los montos necesarios para lograr los resultados previstos. Los niveles de recursos incluidos permiten a los Estados Miembros ver rápidamente la prioridad relativa asignada a las diferentes áreas programáticas, y también serán el fundamento directo del presupuesto por programas a lo largo del período.

EL MARCO PARA LA COOPERACIÓN TÉCNICA

51. En este marco los resultados previstos se clasifican en tres categorías: 1) abordar la agenda inconclusa, 2) afrontar los retos emergentes, y 3) proteger los logros. Esta clasificación resultó útil para determinar las prioridades en el presupuesto por programas de 2004-2005 y en el de 2006-2007, y se ha aplicado también al definir las prioridades para este plan estratégico.

ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA

52. El Proyecto de plan estratégico, 2008-2012 concuerda con el Undécimo Programa General de Trabajo y el Plan Estratégico a Plazo Medio de la OMS. El proceso de convergencia programática con la OMS se ha llevado a cabo gradualmente durante los ciclos anteriores de planificación; con el PE 2008-2012, este proceso de integración programática está completo.

53. Al mismo tiempo, la Oficina es también el organismo de salud del Sistema Interamericano y, en tal virtud, responde a las necesidades sanitarias específicas de los países de las Américas, que se presentan en la Agenda de Salud para las Américas, 2008-2017.

54. Por consiguiente, este plan estratégico aborda ambas funciones al mismo tiempo, pues responde al Undécimo Programa General de Trabajo de alcance mundial (por conducto del Plan Estratégico a Plazo Medio) así como a la Agenda de Salud para las Américas en la Región. Ambos documentos determinan la dirección estratégica de la Oficina Sanitaria Panamericana.

55. Además, la Oficina también responde, por conducto de este plan estratégico, a los mandatos de los Cuerpos Directivos y de otros foros importantes. En septiembre de 2000, la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas comprometió a los países a una alianza mundial para reducir la pobreza y mejorar la salud y la educación, así como para promover la paz, los derechos humanos, la igualdad de género y la sostenibilidad del medio ambiente. Las medidas específicas que se han previsto en este plan para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio se describen en la sección de objetivos estratégicos.

LA AGENDA DE SALUD PARA LAS AMÉRICAS 2008-2017

56. Los países de las Américas han elaborado y dado a conocer la Agenda de Salud para las Américas, 2008-2017 (la Agenda de Salud, para abreviar). La intención declarada de dicho documento es de "orientar la acción colectiva de los actores, nacionales e internacionales, interesados en contribuir a mejorar la salud de los pueblos de la Región". Se definen ocho áreas de acción, a saber:

- a) Fortalecimiento de la autoridad sanitaria nacional.
- b) Abordaje de los factores determinantes de la salud.
- c) Aumento de la protección social y el acceso a servicios de salud de buena calidad.
- d) Disminución de las inequidades de salud entre los países y dentro de estos.
- e) Reducción de los riesgos y de la carga de morbilidad.
- f) Fortalecimiento de la gestión y el desarrollo de los trabajadores de salud.
- g) Aprovechamiento de los conocimientos, la ciencia y la tecnología.
- h) Fortalecimiento de la solidaridad y la seguridad sanitarias.

57. En el plan estratégico se define la contribución de la Oficina al llamamiento a la acción expresado por los países en la Agenda de Salud. En el cuadro 1 se muestran los objetivos estratégicos del plan y su contribución a las áreas de acción de la agenda. Por "contribución" se entiende que el objetivo estratégico contiene uno o varios resultados previstos a nivel regional que abordan explícitamente el área de acción.

	Áreas de acción de la Agenda de Salud							
	a) Fortalecimiento de la autoridad sanitaria nacional	b) Abordaje de los factores determinantes	c) Aumento de la protección social y el acceso a servicios de salud de buena calidad	d) Disminución de las inequidades de salud entre los países y dentro de estos e ellos	e) Reducción de los riesgos y de la carga de morbilidad	f) Fortalecimiento de la gestión y el desarrollo de los trabajadores de salud	g) Aprovechamiento de los conocimientos, la ciencia y la tecnología	h) Fortalecimiento de la solidaridad y la seguridad sanitarias
Objetivos estratégicos de la Oficina Sanitaria Panamericana								
1. Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles.	X				X			X
2. Combatir el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria.	X				X			X
3. Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos.	X	X	X		X	X		X
4. Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el periodo neonatal, la infancia y la adolescencia, y mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas.	X		X	X		X	X	X
5. Reducir las consecuencias sanitarias de las emergencias, desastres, crisis y conflictos y minimizar su impacto social y económico.	X		X		X	X		X
6. Promover la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir los factores de riesgo relacionados con las afecciones asociadas al consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, las dietas malsanas, la inactividad física y las prácticas sexuales de riesgo.		X			X			X
7. Abordar los determinantes sociales y económicos subyacentes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad sanitaria e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos.		X		X				
8. Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud.	X	X			X			X
9. Mejorar la nutrición, la salubridad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de vida y en apoyo de la salud pública y el desarrollo sostenible.	X				X			X
10. Mejorar la organización, gestión y prestación de servicios de salud.	X		X	X				X
11. Fortalecer el liderazgo, la gobernanza y la base científica de los sistemas de salud.	X						X	X
12. Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias.	X					X	X	X
13. Asegurar la existencia de un personal de salud disponible, competente, capaz de responder a las necesidades y productivo, con miras a mejorar los resultados sanitarios.	X					X		X
14. Extender la protección social mediante una financiación equitativa, suficiente y sostenible.	X		X	X				X
15. Proporcionar liderazgo, fortalecer la gobernanza y fomentar las alianzas y la colaboración con los países para cumplir el mandato de la OMS/OPS de hacer avanzar el programa de acción sanitaria mundial consignado en el Undécimo Programa General de Trabajo.	Contribuye a todos							
16. Desarrollar y sostener a la OMS/ OPS como una organización flexible y discente, facilitándole los medios necesarios para cumplir su mandato de manera más eficiente y eficaz.	Apoya a todos							

58. Así, los objetivos estratégicos del plan estratégico y sus resultados previstos a nivel regional demuestran la contribución de la Oficina a la Agenda de Salud para las Américas.

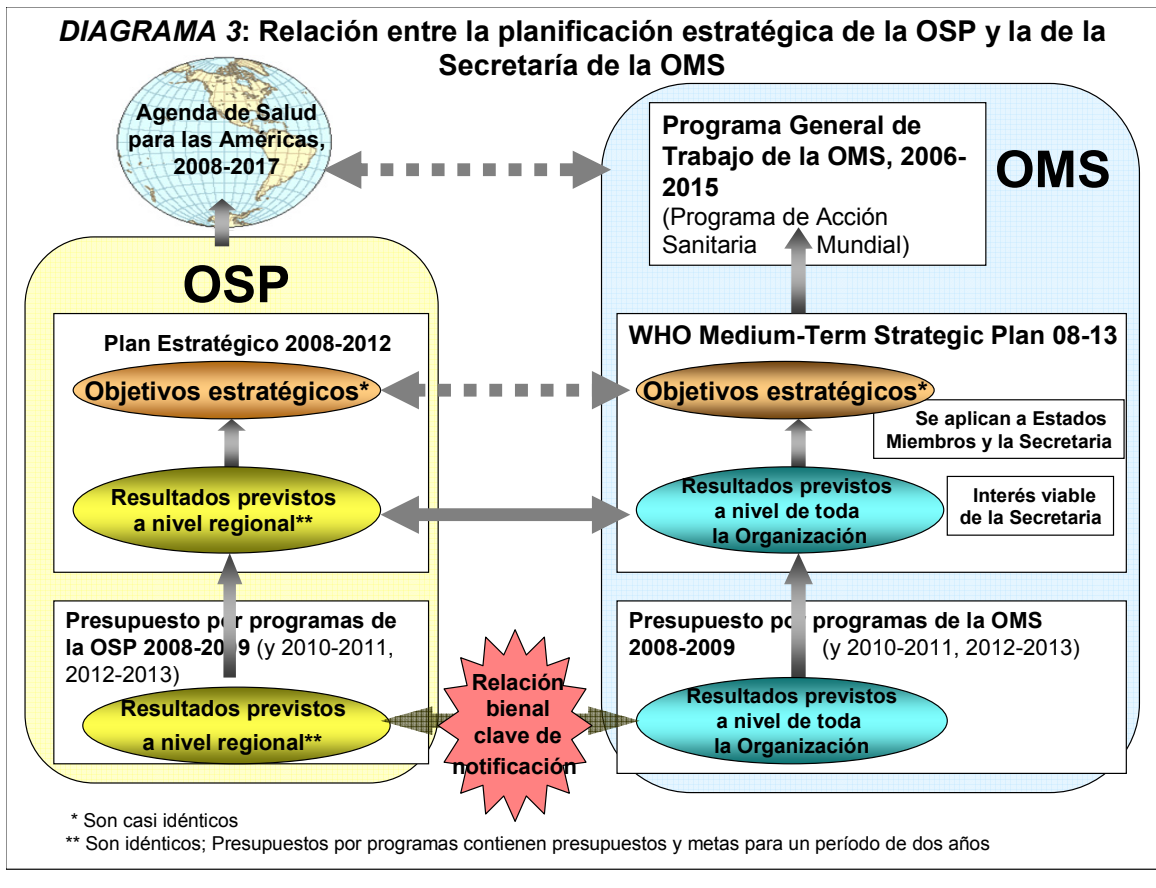
UNDÉCIMO PROGRAMA GENERAL DE TRABAJO (2006-2015) DE LA OMS

59. Como se señaló antes, la Oficina procura armonizar sus programas y objetivos con los de la Secretaría de la OMS, manteniendo al mismo tiempo su especificidad regional que atiende las inquietudes y prioridades de los Estados Miembros de la OPS, resumidas en la Agenda de Salud para las Américas.

60. En el momento de su formulación, este Plan estratégico adoptó directamente los 16 objetivos estratégicos que hasta enero de 2007 estaban incluidos en el Plan Estratégico a Plazo Medio de la OMS. Luego, sobre la base de las observaciones de los Estados Miembros de la OMS en el Consejo Ejecutivo de enero de 2007, la OMS agrupó los objetivos estratégicos 10, 11, 13 y 14 en uno solo. Luego de la consulta con los Estados Miembros en la primera sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración (SPPA) en marzo de 2007, y consultas internas, la Oficina decidió mantener los 16 objetivos estratégicos originales. Se utilizará el enfoque del "cruce peatonal" como vínculo para la presentación de informes sobre los cuatro objetivos estratégicos combinados por la OMS. Además, la contribución de la Oficina a los resultados previstos a nivel de toda la Organización (OMS) se cuantifica explícitamente en los resultados previstos a nivel regional. Esta es la primera vez que los resultados previstos a nivel regional (RPR) se han elaborado con indicadores que se unifican directamente a nivel mundial.

61. Con respecto al instrumento de planificación del nivel más alto de la OMS, el Programa General de Trabajo (PGT), la Oficina considera su contribución tanto desde el punto de vista de la relación del plan estratégico con la Agenda de Salud para las Américas (formulada con arreglo al Programa de Acción Sanitaria Mundial que figura en el Undécimo Programa General de Trabajo) y con el Plan Estratégico a Plazo Medio de la OMS (preparado en respuesta al PGT), así como con las funciones básicas, un concepto que surge del PGT.

62. La relación entre los mecanismos de planificación de la Oficina Sanitaria Panamericana y los de la OMS se representa esquemáticamente en el diagrama siguiente.



EL MARCO ESTRATÉGICO PARA LA COOPERACIÓN

63. El marco estratégico para la cooperación es un mecanismo que la Oficina ha creado para acatar los mandatos de salud regionales y mundiales, como los incluidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas de 2000 (los Objetivos de Desarrollo del Milenio). Tiene tres componentes: finalizar la agenda inconclusa, proteger los logros alcanzados y afrontar los nuevos retos.

64. Si bien cada país funciona de una manera particular a lo largo de este proceso continuo, sólo la actuación conjunta —sinérgica y sincronizada, concertada y mejorada por la Oficina Sanitaria Panamericana— puede garantizar que alcancemos nuestras metas comunes:

65. **Para finalizar la agenda inconclusa**, la Oficina se concentrará en:

- a) reducir las tasas elevadas e injustificables de mortalidad materna, mortalidad infantil y mortalidad en la niñez;
- b) reducir los indicadores sanitarios deficientes inadmisibles de los sectores más pobres de la sociedad, y entre estos, los pueblos indígenas y las personas de ascendencia africana;
- c) hacer frente a las enfermedades prevenibles o curables persistentes que consideramos "desatendidas", entre ellas la filariasis, el tracoma, las parasitosis, la peste, la enfermedad de Chagas, la brucelosis y la fiebre amarilla;
- d) reducir la desnutrición y la inseguridad alimentaria en las comunidades más pobres del continente americano, y
- e) ampliar la cobertura del abastecimiento de agua y los servicios de saneamiento.

66. **Para proteger los logros sanitarios** en la Región, la Organización asignará particular importancia a:

- a) la ampliación de la cobertura de vacunación;
- b) el mejoramiento del desarrollo sanitario y la gobernanza local;
- c) el mejoramiento de la salud fronteriza y la integración de las inquietudes de salud subregionales;
- d) el mejoramiento de la atención primaria de salud;
- e) la promoción de políticas públicas adecuadas concebidas para mejorar la calidad de vida de la población.

67. Trabajando de concierto con nuestros interlocutores nacionales y aliados locales e internacionales, la Oficina hará frente a **los nuevos retos** de:

- a) la propagación de la infección por el VIH/sida;
- b) el aumento de la violencia;
- c) el síndrome respiratorio agudo grave (SARS);
- d) el virus de la gripe aviar;
- e) La epidemia de tabaquismo (en particular entre las mujeres y los jóvenes);
- f) el aumento epidémico de las enfermedades no transmisibles;
- g) los desastres naturales que ocurran.

68. Cada una de las prioridades recién enumeradas se integra en los resultados previstos a nivel regional de la Oficina y ha recibido alta prioridad en la asignación de recursos.

LAS FUNCIONES BÁSICAS

69. La Oficina ha hecho suyas las funciones básicas de la OMS, con una modificación mínima que consiste en cambiar el término "apoyo técnico" por "cooperación técnica", como se usa en la Región. Las funciones se incluyeron en el Undécimo Programa General de Trabajo y tienen su origen en la Constitución de la OMS. Clarifican la función de la OMS en respuesta al Programa de Acción Sanitaria Mundial incluido en el Undécimo Programa General de Trabajo, y se basan en el mandato original de la OMS y en un análisis de sus ventajas comparativas.

70. Las razones principales para incluir las funciones básicas en el Plan estratégico de la Oficina y vigilar su ejecución son las siguientes:

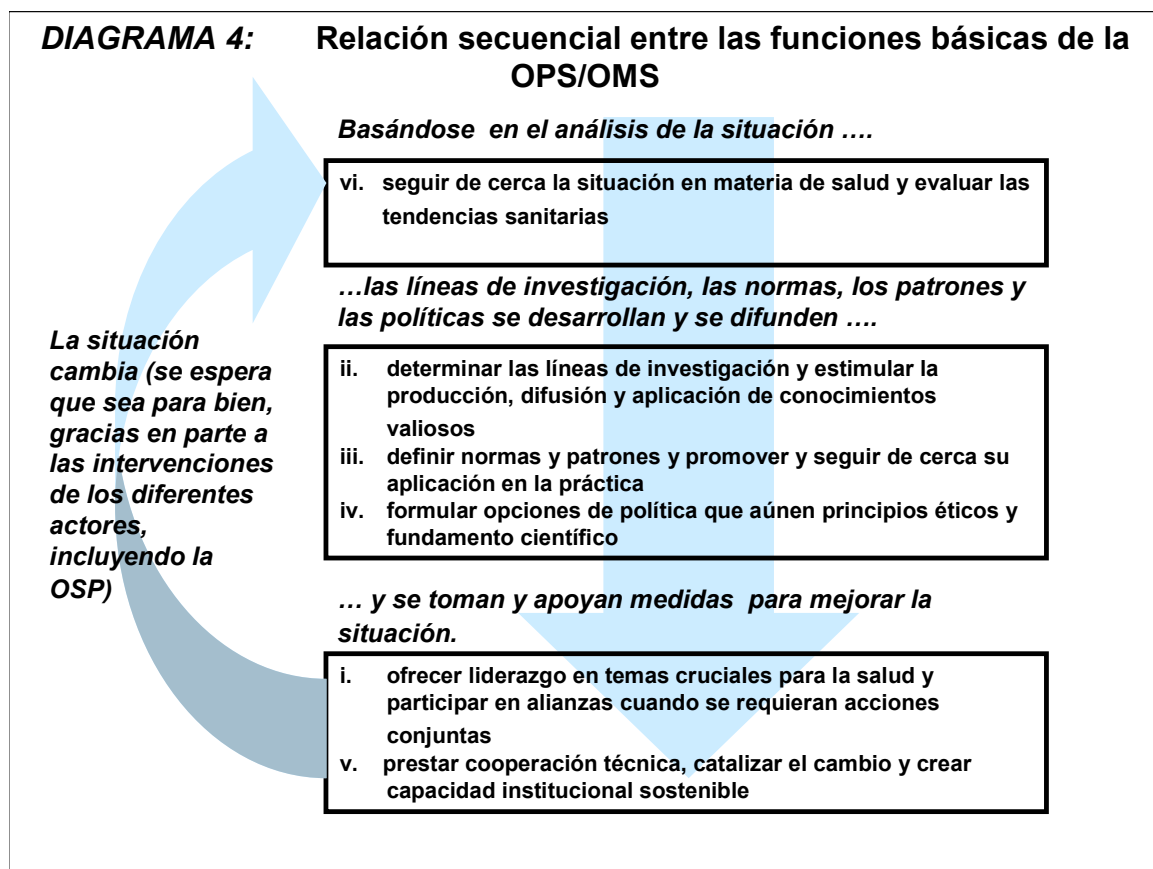
- a) Evaluar si la Oficina está gastando sus recursos para realizar las funciones que los Estados Miembros consideran prioritarias. Esto puede incluir una exposición acerca de la asignación de los recursos para el "trabajo normativo" en comparación con la "cooperación técnica", sin perder de vista que los dos son complementarios.
- b) Analizar y fortalecer el papel funcional que la Oficina desempeña en su compromiso con los Estados Miembros y con otros aliados, incluidos los organismos de las Naciones Unidas. Este análisis podría realizarse para determinar las diferencias entre los tres niveles de la Oficina (regional, subregional y de país) y entre los países.

- c) Contribuir a la iniciativa mundial de agrupar las actividades según la función básica y permitir el análisis de los gastos de toda la OMS.

71. Por consiguiente, a partir de 2008, la Oficina clasificará sus gastos por función básica. Las funciones básicas son las siguientes:

- i. ofrecer liderazgo en temas cruciales para la salud y participar en alianzas cuando se requieran actuaciones conjuntas;
- ii. determinar las líneas de investigación y estimular la producción, aplicación y difusión de conocimientos valiosos;
- iii. definir normas y patrones y promover y seguir de cerca su aplicación en la práctica;
- iv. formular opciones de política que aúnen principios éticos y fundamento científico;
- v. prestar cooperación técnica, catalizar el cambio y crear capacidad institucional duradera, y
- vi. seguir de cerca la situación en materia de salud y determinar las tendencias sanitarias.

72. El diagrama siguiente ilustra el flujo lógico y secuencial de las funciones básicas de la OPS/OMS.



LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

73. El cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en las Américas sigue siendo una prioridad clave para la Oficina Sanitaria Panamericana. La visión de la Organización acerca de los Objetivos de Desarrollo del Milenio fue aprobada por los Estados Miembros durante la 45.ª sesión del Consejo Directivo en septiembre de 2004 (véase CD45/8), y condujo a una resolución oficial (CD45/R3) que exigía a los Estados Miembros y a la Oficina que utilizaran los Objetivos de Desarrollo del Milenio como una guía para las iniciativas nacionales e internacionales encaminadas a mejorar la salud de los pueblos de la Región.

74. El cumplimiento de los ODM en América Latina y el Caribe es una empresa compleja ya que las condiciones varían no sólo entre los países sino también dentro de ellos. Aunque parezca que en promedio los países están avanzando hacia el cumplimiento de algunos o todos los ODM, al observar más de cerca el nivel subnacional se constata que subsisten muchas inequidades. En algunos países, las minorías y los grupos vulnerables están rezagados con respecto a los promedios nacionales favorables donde la mayoría de los ODM se han cumplido, o se cumplirán, mientras que en otros, es probable que se cumplan apenas dos ODM. Por lo tanto, el cumplimiento de los ODM en América Latina y el Caribe exige algo más que simplemente

centrarse en los países pobres; es necesario dirigir los esfuerzos a la población que vive en la pobreza, ya que 90% de los pobres viven en países de ingresos medios. Al mismo tiempo, las subregiones como el Caribe de habla inglesa ya han cumplido, o están por cumplir, la mayoría de los ODM —con excepción del objetivo 7— y, por consiguiente, requieren un marco más concreto para los ODM (enfermedades no transmisibles y violencia) que aborde su carga de morbilidad específica. Un elemento común es la necesidad de un enfoque sinérgico que aborde los factores determinantes de la salud mediante la colaboración intersectorial e interinstitucional, además de la participación de los ciudadanos, la sociedad civil y la comunidad como productores de salud. El centro de interés principal de la Oficina a este respecto es la iniciativa “Rostros, Voces y Lugares”, cuya meta es ayudar a las comunidades más vulnerables de América Latina y el Caribe a cumplir los ODM mediante la reducción de la inequidad el empoderamiento.

75. La iniciativa “Rostros, Voces y Lugares” analiza las realidades locales, concibe intervenciones fundamentales y presta cooperación técnica a grupos destinatarios con el apoyo de la Oficina para que las comunidades puedan cumplir los ocho ODM desde la perspectiva de la salud. Esto se hará otorgándoles poder de decisión a las personas y a la comunidad en conjunto mediante una asociación de intercambio horizontal entre las comunidades y los proveedores locales de cooperación técnica.

76. Seis de los ocho objetivos de la Declaración del Milenio, siete de sus 16 metas y 18 de sus 48 indicadores se relacionan directamente con la salud. La salud es también un contribuyente importante a varias otras metas. La importancia de los ODM reside en los nexos entre ellos: constituyen un marco que se refuerza mutuamente para mejorar el desarrollo humano general. La Oficina los adoptó debido a su valor como un conjunto específico de objetivos que deben lograrse en un plazo determinado, con el nivel más alto de apoyo político en todo el mundo, para impulsar el desarrollo humano desde la perspectiva de la salud:

- **Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre.**
 - Meta 2: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que sufren de hambre
- **Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil.**
 - Meta 5: Reducir en dos tercios, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años
- **Objetivo 5: Mejorar la salud materna.**
 - Meta 6: Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la razón de mortalidad materna
- **Objetivo 6: Combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades.**
 - Meta 7: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/sida
 - Meta 8: Haber comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves
- **Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad ambiental.**
 - Meta 10: Reducir a la mitad, para 2015, la proporción de personas que carezcan de acceso sostenible al agua potable y el saneamiento básico
- **Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.**
 - Meta 17: En cooperación con empresas farmacéuticas, dar acceso a medicamentos esenciales asequibles en los países en desarrollo

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

77. En esta sección se exponen los objetivos estratégicos de la Oficina, que se han tomado directamente del Plan Estratégico a Plazo Medio de la OMS, 2008-2013. Los Estados Miembros observarán que los objetivos estratégicos aprobados por la Asamblea Mundial de la Salud se aplican a toda la OMS: tanto a la Secretaría (que incluye a la Oficina Sanitaria Panamericana) como a los Estados Miembros (que lo son también de la Organización Panamericana de la Salud). Por consiguiente, si bien la Secretaría de la OMS es responsable de vigilar el progreso hacia el logro de los objetivos estratégicos, tanto los Estados Miembros como la Secretaría de la OMS son responsables de su cumplimiento, ya que esto rebasa los intereses viables de la Oficina.

78. La Secretaría de la OMS es responsable del cumplimiento de los resultados previstos a nivel de toda la Organización (que también se plantean en el Plan Estratégico a Plazo Medio de la OMS). De manera análoga, la Oficina Sanitaria Panamericana es responsable del cumplimiento de los resultados previstos a nivel regional (RPR), que contribuyen directamente a todos los resultados previstos a nivel de toda la Organización pertinentes a esta Región; de hecho, los indicadores de los RPR se han elaborado para agregarse directamente a los indicadores pertinentes de los resultados previstos a nivel de toda la Organización. Algunos RPR son específicos para la Región y se relacionan sólo con el objetivo estratégico más amplio, no con un resultado previsto a nivel de toda la Organización.

79. Los resultados previstos a nivel regional, y sus indicadores, constituyen un contrato entre la Oficina y los Estados Miembros de la OPS. Si la Oficina recibe los niveles de financiamiento que solicitará en los presupuestos por programas respectivos para los tres bienios que abarcará el plan estratégico, los Estados Miembros tienen derecho a esperar que los resultados previstos a nivel regional se logren. Por otro lado, todo cambio propuesto en los resultados previstos a nivel regional se someterá lo antes posible a la consideración de los Cuerpos Directivos para su aprobación.

Una nota con respecto a los puntos de partida y las metas

80. Durante la preparación de los resultados previstos a nivel regional y sus indicadores para el plan estratégico, surgió la pregunta de cuál debe ser el universo de los países en los que trabaja la Oficina. La respuesta no es sencilla, pero es muy pertinente para los indicadores que se miden por el "número de países" donde se alcanzará un hito determinado. Para combinar los logros de entidades geográficas y políticas tan diversas como el Brasil, las Islas Vírgenes Británicas y la frontera entre México y los Estados Unidos, se acordó lo siguiente:

- a) Para los fines de los resultados previstos a nivel regional y los indicadores del plan estratégico de la Oficina, y con el objeto de facilitar la planificación y programación se considerará que la Oficina trabaja en 40 países y territorios.
- b) Estos 40 países y territorios son:
 - o treinta y cinco Estados Miembros: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Santa Lucía, St. Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela;

- tres Estados Participantes (es decir, sus territorios en las Américas): Francia, el Reino de los Países Bajos y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte;
 - un Miembro Asociado: Puerto Rico;
 - la Oficina de Campo de la Frontera entre México y los Estados Unidos, en El Paso (Texas).
- c) Con relación al plan estratégico y a los presupuestos por programas respectivos, la Oficina informará sobre los logros en estos 40 países y territorios. Sin embargo, cuando se informen los resultados previstos a nivel de toda la Organización (es decir, de la OMS), la Oficina agregará los resultados solo de los 35 Estados Miembros.

81. En todos los indicadores que cuantifican el “número de países...”, el universo (denominador) será de 40, a menos que se especifique un denominador alternativo. En el último caso, los puntos de partida y las metas se presentarán como una fracción, por ejemplo, “15/21”.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1

Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles

Alcance

Las actividades relacionadas con este objetivo estratégico se centran en medidas de prevención, detección precoz, diagnóstico, tratamiento, control, eliminación y erradicación destinadas a luchar contra las enfermedades transmisibles que afectan desproporcionadamente a las poblaciones pobres y marginadas en la Región de las Américas. Las enfermedades que se prevé combatir incluyen, aunque no exclusivamente a: las enfermedades prevenibles mediante vacunación, las tropicales (incluidas las transmitidas por vectores), las zoonóticas y las epidemiógenas, con excepción del VIH/sida, la tuberculosis y la malaria.

INDICADORES Y METAS

- Tasa de mortalidad por enfermedades prevenibles mediante vacunación. Meta: reducción de un tercio para 2015.
- Cobertura de las intervenciones orientadas al control, la eliminación o la erradicación de las enfermedades tropicales. Meta: 80% de la población susceptible en 25 países (21 en América Latina y 4 en el Caribe) haciendo hincapié en los cinco países clave para 2013.
- Cobertura de las intervenciones orientadas al control de las enfermedades epidemiógenas. Meta: 80% de la población susceptible en los 40 países y territorios para 2013.
- Cumplimiento de los requisitos de capacidades básicas en materia de vigilancia, respuesta y puntos de entrada, según se estipula en el Reglamento Sanitario Internacional de 2005. Meta: 100% de los 40 países y territorios para 2013.
- Proporción de países que logran y mantienen la certificación de la erradicación de la poliomielitis y de la destrucción o contención apropiada de todos los poliovirus, así como de la eliminación del sarampión, la rubéola, el síndrome de rubéola congénita y el tétanos neonatal. Meta: 100% para 2010.

TEMAS Y DESAFÍOS

Las actividades relacionadas con este objetivo estratégico tienen por finalidad lograr una reducción sostenible de la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles, guiadas por los principios de acceso y equidad, control de enfermedades y desarrollo de la infraestructura de salud pública. Esta labor, que concuerda con el Programa de Acción Sanitaria Mundial enunciado en el Undécimo Programa General de Trabajo (2006-2015) de la OMS, implica invertir en salud para reducir la pobreza, mejorar la seguridad sanitaria individual y mundial, aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología, fortalecer los sistemas de salud y promover el acceso universal a ellos. La Agenda de Salud para las Américas (documento 139/5) sienta una base sólida para las intervenciones de salud pública propuestas en relación con este objetivo estratégico.

En América Latina y el Caribe, más de 210 millones de personas viven por debajo del umbral de pobreza y sobrellevan la carga de las enfermedades transmisibles, que ocasionan 13,5% de las defunciones en todos los grupos de edades y 74% de las defunciones de niños. La carga de las enfermedades transmisibles es considerable: la OMS calcula que este grupo de enfermedades ocasionó la pérdida de 25.000 años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en 2005. Las poblaciones indígenas son especialmente vulnerables a este grupo de enfermedades; por ende, las intervenciones deben ser culturalmente apropiadas.

Los programas nacionales de **vacunación** han alcanzado una cobertura de aproximadamente un 90% con todas las vacunas de la niñez y se esfuerzan por lograr una cobertura de 95% o más en todos los municipios. Esta es una de las mejores maneras de garantizar el acceso equitativo a las vacunas existentes y, en último término, suministrar nuevas vacunas que salvan vidas y que abordan importantes prioridades de salud pública a las personas que más las necesitan. A pesar del éxito de la erradicación de la poliomielitis y la eliminación del sarampión, todavía persisten focos de personas susceptibles sin vacunar, que propician la aparición de brotes de enfermedades como la difteria y la tos ferina, con altas tasas de letalidad. La iniciativa de eliminación de la rubéola, respaldada mediante dos resoluciones del Consejo Directivo de la OPS (CD44.R1 y CD47/11.Rev.1), fortalece las iniciativas de eliminación del sarampión en la Región al reducir las poblaciones susceptibles, reduce la discapacidad debida a las enfermedades prevenibles por la vacunación y aumenta el acceso a los servicios de salud.

La OPS promueve el fortalecimiento de la capacidad nacional para introducir vacunas nuevas basadas en la mejor información disponible. La OPS seguirá preconizando la adhesión estricta al marco y las guías técnicas de la OPS para la introducción de vacunas, respaldados por el 47.º Consejo Directivo de la OPS en septiembre de 2006 mediante la resolución CD47.R10. Un aspecto fundamental para este proceso es que las vacunas sean precalificadas por la OMS a fin de asegurar su calidad e inocuidad, con el apoyo de organismos nacionales de reglamentación competentes.

Una buena vigilancia permitirá que se efectúen preparativos adecuados para las pandemias y que se tomen medidas de vacunación preventiva relacionadas con amenazas que son motivo de preocupación a nivel nacional e internacional. Es necesario mejorar urgentemente los sistemas de vigilancia de enfermedades prevenibles mediante vacunación, haciendo hincapié en el desarrollo de la capacidad nacional.

Enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes: la propagación internacional de las enfermedades infecciosas sigue planteando un problema para la seguridad sanitaria mundial debido a los factores asociados a la interconexión e interdependencia del mundo actual, a saber, el desplazamiento de poblaciones como consecuencia del turismo, las emigraciones o los desastres; el crecimiento del comercio internacional de alimentos y productos biológicos; los cambios sociales y ambientales relacionados con la urbanización, la deforestación y las alteraciones del clima; y los cambios en los métodos de elaboración y distribución de alimentos, así como en los hábitos del consumidor. Debido a estos factores, se ha confirmado que los casos de enfermedades infecciosas que ocurran en un país o región podrían constituir motivo de preocupación para todo el mundo. Los países tienen que desarrollar la capacidad básica para responder a estos retos. Es necesario detectar enfermedades epidemiológicas, entre ellas la gripe pandémica, el SARS y síndromes neuroinvasores causados por arbovirus tales como el Nilo Occidental, y responder a ellas en el marco del Reglamento Sanitario Internacional.

Las enfermedades desatendidas influyen de forma directa o indirecta en la capacidad de muchos países de la Región para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Estas enfermedades, que surgen de problemas ambientales, tienen efectos adversos en la salud y el

bienestar, además de influir en el ausentismo escolar y la pobreza. Debido a la falta de vigilancia epidemiológica sistemática y de registros de datos de las enfermedades desatendidas en la Región, es difícil calcular con exactitud la carga de morbilidad. Sin embargo, algunas encuestas nacionales y estudios especiales dan luz sobre la carga en algunas poblaciones. La OPS/OMS calcula que entre 20 y 30% de los latinoamericanos están infectados por uno o varios helmintos intestinales o tienen esquistosomiasis, dos enfermedades desatendidas muy importantes. La filariasis linfática afecta a 750.000 personas, aproximadamente, mientras que la oncocercosis pone en riesgo a 500.000 personas en la Región. Ambas enfermedades son objeto de una campaña de eliminación. Un estudio sobre la equinococosis quística mostró una pérdida de 52.693 AVAD en la Región, con pérdidas económicas asociadas que totalizan más de US\$ 120 millones por año. En la actualidad se conocen mejor los factores determinantes extrínsecos de las enfermedades desatendidas; además, su prevención, control e incluso eliminación ahora son más factibles que nunca debido a la existencia de métodos nuevos, seguros y de bajo costo para vigilar estas enfermedades y tratar a las personas infectadas.

El número de casos prevalentes registrados de **lepra** en la Región de las Américas al comienzo de 2006 era de 32.904 casos, con una tasa de prevalencia de 0,39 por 10.000 personas. El número de nuevos casos notificados en 2005 fue de 41.789, cerca de 20% menos que en 2004. La meta estratégica mundial para la eliminación de la lepra es de menos de un caso detectado por 10.000 personas. Todos los países de la Región se encuentran por debajo de esta tasa, a excepción del Brasil, que se está acercando a ella. Brasil, que representaba tradicionalmente la carga más alta de lepra en la Región, ha avanzado hacia la meta de la eliminación. Los países que han alcanzado esta meta están desplegando esfuerzos para reducir aún más la carga de lepra de acuerdo con la estrategia mundial de la lepra, preconizada por la OMS, que hace hincapié en la detección temprana y un enfoque integrado en los servicios de atención primaria de salud.

Se calcula que en las Américas hay entre 16 millones y 18 millones de personas aquejadas de enfermedad de **Chagas**. La incidencia anual de la transmisión por vectores es de 41.800 casos, mientras que el número de casos de la enfermedad de Chagas congénita es de 13.550. La seroprevalencia general en los bancos de sangre regionales asciende a 1,28% en promedio. Se calcula que 4.600.000 pacientes tienen diversas cardiopatías chagásicas y que mueren 45.000 personas al año como consecuencia de esta enfermedad.

Entre los principales avances realizados en la Región cabe señalar los siguientes:

- Se ha interrumpido la transmisión por *Triatoma infestans* (*T. infestans*) en más de 80% de los países del Cono Sur con endemidad.
- En Bolivia, el país con la mayor endemidad de la Región, se ha reducido la infestación domiciliar por *T. infestans* y la seroprevalencia pediátrica de la infección por *T. cruzi*.
- México ha declarado la enfermedad de Chagas como una prioridad de salud pública y está tomando medidas de prevención y control.
- En más de 98% de los países con endemidad se realizan pruebas serológicas para detectar el parásito causante de la enfermedad de Chagas en los bancos de sangre.

Entre 2001 y 2005, más de treinta países de las Américas notificaron un total de 2.879.926 casos de **dengue**, de los cuales 65.235 casos fueron de dengue hemorrágico. El Programa Regional contra el Dengue tiene por objeto promover políticas de salud pública por medio de un enfoque multisectorial e interdisciplinario basado en la atención integrada (Estrategia Integrada para la Prevención y el Control del Dengue) que posibilita la formulación, aplicación y consolidación de una estrategia a nivel subregional y nacional. Esta estrategia tiene seis componentes clave:

comunicación de masas, entomología, epidemiología, servicios de laboratorio, atención al enfermo y medio ambiente.

El número de casos de **rabia** transmitida por perros ha bajado 90% como resultado de 20 años de esfuerzos eficaces de control. En 2005 se notificaron sólo 11 casos. Sin embargo, algunos países, mayormente los de ingresos bajos, todavía no han logrado estos resultados. También es necesario abordar muchas otras enfermedades zoonóticas en la Región.

La OPS/OMS desempeña un papel primordial en los preparativos, la detección, la evaluación de riesgos, la comunicación y la respuesta a situaciones de emergencia de salud pública tales como epidemias y pandemias, que pueden imponer exigencias súbitas y sustanciales a los sistemas de salud, exponer los puntos débiles y perturbar la actividad económica y el desarrollo, además de sus repercusiones en la morbilidad y la mortalidad. Setenta y cinco por ciento de las enfermedades nuevas que afectaron a los seres humanos durante los últimos diez años fueron causadas por agentes patógenos provenientes de animales o de productos de origen animal. Hay una conexión importante entre la salud humana y la salud animal que debe abordarse para prevenir y controlar las enfermedades zoonóticas. La necesidad de una respuesta rápida desvía los recursos, el personal y los suministros de prioridades de salud pública bien definidas y de las actividades regulares de control de enfermedades. Según las observaciones de la OPS, se han producido más de doscientas epidemias de trascendencia internacional durante los últimos cinco años.

De acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional revisado (2005), que entrará en vigencia en junio de 2007, la OPS/OMS tendrá la obligación legal vinculante de fortalecer su capacidad interna de alerta y respuesta ante epidemias. Además, la OPS apoyará a los Estados Miembros en el desarrollo y el mantenimiento de la capacidad básica mínima necesaria a fin de detectar los riesgos para la salud pública y las situaciones de emergencia, en su mayoría atribuibles a enfermedades transmisibles, y responder a ellos, fortaleciendo de ese modo su sistema de alerta anticipada. Esto implica la prestación de cooperación técnica para la ejecución de evaluaciones y planes de acción correctiva de alcance nacional para fortalecer la capacidad nacional.

ENFOQUES ESTRATÉGICOS

Para alcanzar este objetivo, los Estados Miembros tendrán que invertir en recursos humanos, políticos y económicos con miras a lograr y ampliar el acceso equitativo a intervenciones de buena calidad y seguras relacionadas con la prevención, la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento y el control de las enfermedades transmisibles. Los componentes fundamentales de esta tarea son:

- El establecimiento y mantenimiento por los Estados Miembros de mecanismos eficaces de coordinación con otros colaboradores y entre todos los sectores pertinentes del país.
- El fomento de la investigación mediante inversiones suficientes, el fortalecimiento de la capacidad y la colaboración eficaces entre los sectores académico y público (programas), así como el estudio de mecanismos para promover la transferencia de tecnología y nuevas modalidades de cooperación técnica (es decir, de Sur a Sur).
- El cumplimiento por los Estados Miembros de los plazos establecidos en la Asamblea Mundial de la Salud de 2005 para la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional.
- El establecimiento de relaciones de colaboración con otros organismos del sistema de las Naciones Unidas y del Sistema Interamericano, así como la firma de acuerdos multilaterales y nacionales para llevar a la práctica estas intervenciones.
- La red de centros colaboradores de la OMS situados en las Américas, que apoya las actividades de cooperación técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Al apoyar los esfuerzos de los Estados Miembros, la Oficina Sanitaria Panamericana se concentrará en:

- Fortalecer la colaboración con actores en el campo de la salud, alianzas y la sociedad civil de la Región.
- Asegurar el acceso de la comunidad a instrumentos y estrategias tanto existentes como nuevas, entre ellos vacunas y medicamentos, que cumplan criterios aceptables de calidad, inocuidad, eficacia y rentabilidad, reduciendo simultáneamente las disparidades.
- Fortalecer su capacidad para prestar cooperación técnica y crear en los Estados Miembros la capacidad necesaria para responder mejor a los compromisos contraídos en virtud de resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud en relación con las enfermedades transmisibles y el Reglamento Sanitario Internacional, tarea que incluye facilitar la movilización de recursos nacionales e internacionales y actividades de promoción.
- Pasar de enfoques verticales a enfoques horizontales y, sobre la base de una evaluación exhaustiva de los éxitos y fracasos pasados en la formulación de estrategias para el desarrollo de sistemas de salud integrados, partir de los puntos fuertes y abordar las deficiencias, aprovechando, entre otras cosas, las esferas subregionales, incluidos los foros económicos (por ejemplo, la Comunidad del Caribe y la Reunión del Sector de la Salud de Centroamérica y República Dominicana [RESSCAD]).
- Ampliar las redes institucionales para mejorar la salud pública.
- Mantener y fortalecer de un sistema internacional eficaz para la alerta y la respuesta a las epidemias y otras emergencias de salud pública y facilitar los preparativos de salud pública en colaboración con otros actores, entre otros, organizaciones privadas y de la sociedad civil, según convenga.
- Proporcionar a los Estados Miembros herramientas, estrategias y cooperación técnica para evaluar y fortalecer los sistemas de seguimiento y vigilancia.
- Coordinar sistemas de vigilancia integrados a los niveles mundial y regional para fundamentar las decisiones de política y las respuestas de salud pública.
- Configurar el temario de investigaciones para utilizarlo en la formulación de opciones de política éticas y basadas en datos probatorios, así como para la aplicación directa a las intervenciones de salud pública.

PREMISAS Y RIESGOS

La consecución de este objetivo estratégico se basa en las premisas siguientes:

- Que la entrada en vigor del Reglamento Sanitario Internacional en 2007 se traduzca en el compromiso renovado de todos los Estados Miembros de fortalecer sus sistemas nacionales de vigilancia y respuesta, así como en un interés y apoyo sostenidos respecto de las actividades de la OPS/OMS por los donantes y los colaboradores técnicos, incluidas las redes y alianzas.
- Que, en la tarea de desarrollar y fortalecer los sistemas sanitarios nacionales, el objetivo siga siendo el acceso universal y equitativo a las intervenciones sanitarias esenciales.
- Que exista una actitud receptiva y positiva hacia la coordinación y la armonización de las actividades entre el creciente número de partes interesadas que actúan en el ámbito de la salud pública mundial.
- Que haya mecanismos eficaces de comunicación para mantener una coordinación sólida e interactiva de los esfuerzos a nivel mundial, regional y subregional; y
- Que exista un compromiso político y se disponga de recursos para asegurar la vigilancia eficaz y los preparativos adecuados para las pandemias y las medidas de vacunación

preventiva relacionadas con amenazas que constituyen motivos de preocupación a nivel nacional e internacional.

Los riesgos que podrían dificultar el logro de este objetivo estratégico son:

- Que se desvíen recursos de la Región de las Américas (por ejemplo, debido a una pandemia de gripe) o de las enfermedades transmisibles hacia otros aspectos de la salud y el desarrollo y que la prevención y el control de las enfermedades transmisibles no se reconozcan y no se mantengan visiblemente como una prioridad sanitaria, en particular en los países menos adelantados.
- Que surjan programas de acción sanitaria paralelos, debido a la falta de comunicación y coordinación entre colaboradores.
- Que la inversión y el compromiso político con respecto a la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional sean insuficientes y que el enfoque de los gobiernos a ese respecto sea fragmentario.
- Que la inversión en las actividades de investigación sea pequeña o insuficiente, lo cual podría tener repercusiones negativas en las intervenciones de salud.
- Que una pandemia de gripe u otra enfermedad pandemiógena ocasione una morbilidad y mortalidad sin precedentes, así como graves perjuicios económicos. Se requerirá la planificación anticipada para la formulación de estrategias apropiadas de detección y respuesta.

RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

RPR N.º 1.1 Se habrá prestado a los Estados Miembros cooperación normativa y técnica para asegurar en la mayor medida posible a todas las personas un acceso equitativo a vacunas de calidad garantizada, incluidos productos y técnicas de inmunización nuevos y subutilizados, y para integrar otras intervenciones esenciales de salud del niño con la inmunización.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
1.1.1	Número de países que logran una cobertura de más de 95% con DPT3 a nivel nacional.	17	20	25
1.1.2	Proporción de municipios con una cobertura de DPT3 de menos de 95% en América Latina y el Caribe.	38% (5.729)	35% (5.277)	30% (4.523)
1.1.3	Número de países que han recibido apoyo para tomar decisiones basadas en datos probatorios en el contexto de la introducción de vacunas nuevas.	9	10	20
1.1.4	Número de intervenciones esenciales de salud del niño y de la familia integradas con la inmunización para las que se dispone de directrices sobre la gestión común de programas.	4	6	8

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
1.1.5	Número de países que han aprobado leyes o creado partidas presupuestarias nacionales destinadas específicamente a asegurar el financiamiento sostenible de la inmunización.	30	32	35
1.1.6	Número de subregiones con planes de acción para la introducción de vacunas nuevas según los acuerdos de los mecanismos subregionales de integración (RESCCAD, CARICOM, ORAS y MERCOSUR).	0	2	4
1.1.7	Número de subregiones con actividades fronteras de inmunización (vacunación y vigilancia de enfermedades prevenibles mediante vacunación).	3	3	3
1.1.8	Porcentaje de países apoyados para formular un plan de acción de inmunización actualizado.	60%	70%	90%
1.1.9	Porcentaje de países apoyados para formular planes de acción para la inocuidad de las vacunas.	53%	70%	100%

RPR N.º 1.2 Se habrá proporcionado coordinación y cooperación técnica eficaces a los Estados Miembros para mantener la eliminación del sarampión y lograr la eliminación de la rubéola, del síndrome de rubéola congénita (SRC) y del tétanos neonatal, al tiempo que se mantiene la situación de ausencia de poliomielitis y la contención apropiada de los poliovirus, lo que conducirá a una cesación simultánea de la vacunación antipoliomielítica oral en el mundo entero.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
1.2.1	Número de países que utilizan la vacuna antipoliomielítica oral con arreglo a los plazos y procesos convenidos a nivel internacional para la suspensión de la vacunación oral sistemática contra la poliomielitis.	35	35	35
1.2.2	Porcentaje de informes finales o actualizaciones presentados por los países sobre la contención de la poliomielitis certificados por la Comisión Regional de las Américas.	100%	100%	100%
1.2.3	Número de establecimientos que almacenan poliovirus en las Américas.	1	1	1

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
1.2.4	Número de países con vigilancia sostenida de la parálisis flácida aguda.	40	40	40
1.2.5	Número de países con vigilancia integrada del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC).	35	40	40
1.2.6	Número de países que han ejecutado intervenciones para lograr la eliminación de la rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita (SRC).	37	40	40
1.2.7	Número de países que logran la eliminación del tétanos neonatal (TNN).	39	40	40
1.2.8	Número de países que han llevado a la práctica un sistema de vigilancia epidemiológica para las vacunas nuevas (rotavirus, neumococos, influenza, fiebre amarilla, PVH).	0	5	15

RPR N.º 1.3 Se habrá asegurado una coordinación eficaz y prestado cooperación técnica a los Estados Miembros para ofrecer a todas las poblaciones acceso a intervenciones de prevención, control y eliminación de enfermedades transmisibles desatendidas, entre ellas las enfermedades zoonóticas.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
1.3.1	Número de países que logran certificar la erradicación de la dracunculosis.	40	40	40
1.3.2	Número de países que están ejecutando la estrategia mundial de la OMS para reducir aún más la carga de lepra y mantener las actividades de control, especialmente el Brasil, que es el único país en las Américas con una carga de lepra elevada.	1/24	9/24	16/24
1.3.3	Población en situación de riesgo (en millones) de padecer filiarisis linfática en cuatro países con endemidad que recibe tratamiento colectivo con medicamentos o quimioterapia preventiva.	2,4	4,7	6

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
1.3.4	Cobertura de niños en edad escolar en situación de riesgo, en los países con endemidad, con un tratamiento sistemático contra la esquistosomiasis y las helmintiasis transmitidas por el suelo.	38%	50%	cobertura de 75%
1.3.5	Número de países que han incorporado un enfoque polivalente, ínterprogramático e intersectorial para la prevención, control o eliminación de las enfermedades transmisibles desatendidas.	1/35	4/35	10/35
1.3.6	Número de países que han incorporado un enfoque intersectorial e ínterprogramático para la prevención, el control o la eliminación de zoonosis de importancia para la salud pública.	2/21	4/21	10/21
1.3.7	Número de países en América Latina que eliminaron la rabia humana transmitida por los perros.	11/21	12/21	16/21
1.3.8	Número de países que han recibido apoyo para el mantenimiento de programas de control de la equinocosis.	4	4	4
1.3.9	Número de países de América Latina y el Caribe que han recibido apoyo para mantener la vigilancia y los preparativos a fin de hacer frente a enfermedades zoonóticas emergentes o reemergentes (por ejemplo, la gripe aviar y la encefalopatía espongiiforme bovina).	10/33	13/33	22/33
1.3.10	Número de países con interrupción total de la transmisión de la enfermedad de Chagas por vectores (<i>T. infestans</i> en el Cono Sur y <i>Rhodnius prolixus</i> en Centroamérica).	3/21	11/21	15/21
1.3.11	Número de países que realizan un control completo de los bancos de sangre para evitar la transmisión de la enfermedad de Chagas por transfusiones.	14/21	20/21	20/21

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
1.3.12	Número de países donde la oncocercosis es endémica y donde se ha certificado su eliminación.	0/6	1/6	3/6
1.3.13	Normas técnicas o recomendaciones proporcionadas a los países para la prevención y el control de enfermedades zoonóticas.	5	7	12
1.3.14	Sistema regional de vigilancia de la rabia que funciona de manera continua (número de países que notifican los casos).	21	21	21
1.3.15	Número de directrices técnicas publicadas para la vigilancia, la prevención y el control de las enfermedades transmisibles desatendidas.	0	2	4

RPR N.º 1.4 Se habrá prestado a los Estados Miembros cooperación técnica y de política para aumentar su capacidad de vigilancia y respuesta de las enfermedades transmisibles, como componente de un sistema integral de vigilancia e información sanitaria.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
1.4.1	Número de países con vigilancia mejorada de las enfermedades transmisibles de importancia para la salud pública.	13/39	15/39	18/39
1.4.2	Número de países que reciben cooperación técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana para adaptar instrumentos o protocolos genéricos de vigilancia y seguimiento de las enfermedades transmisibles a su situación nacional.	2	20	30
1.4.3	Número de países respecto de los cuales se reciben anualmente a nivel regional formularios conjuntos de notificación de datos sobre vigilancia y seguimiento de la inmunización, de conformidad con los plazos establecidos.	15	18	20

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
1.4.4	Número de nuevos y mejores instrumentos, intervenciones y estrategias de ejecución para combatir la resistencia a los antimicrobianos, de eficacia comprobada por las instituciones apropiadas.	5	7	10

RPR N.º 1.5 Se habrán obtenido y validado nuevos conocimientos, instrumentos de intervención y estrategias acordes con las necesidades prioritarias en materia de prevención y control de las enfermedades transmisibles y se habrá asegurado su disponibilidad y accesibilidad.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
1.5.1	Número de informes de consenso publicados sobre las necesidades y prioridades de las investigaciones subregionales, regionales o mundiales en relación con una enfermedad o un tipo de intervención.	0	3	6
1.5.2	Número de nuevas y mejores intervenciones y estrategias de ejecución cuya eficacia se ha evaluado y validado.	1	2	5
1.5.3	Proporción de publicaciones arbitradas emanadas de investigaciones respaldadas por la OPS/OMS cuyo autor principal trabaja en una institución de un país en desarrollo.	15%	30%	60%
1.5.4	Número de países con una o varias instituciones que han adoptado la nueva visión decenal de las investigaciones sobre enfermedades tropicales bajo la coordinación de la OPS/OMS.	0	6	9

RPR N.º 1.6 Se habrá prestado cooperación técnica a los Estados Miembros para adquirir la capacidad básica mínima requerida por el Reglamento Sanitario Internacional para el establecimiento y fortalecimiento de sistemas de alerta y respuesta aplicables en epidemias y otras emergencias de salud pública de interés internacional.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
1.6.1	Número de países donde se ha llevado a cabo la evaluación de la capacidad básica de vigilancia y respuesta, de conformidad con las obligaciones emanadas del Reglamento Sanitario Internacional (2005).	3	32	40
1.6.2	Número de países que han recibido apoyo de la OSP para formular planes de acción destinados a satisfacer los requisitos mínimos de capacidad básica en materia de alerta temprana y respuesta, de conformidad con las obligaciones emanadas del Reglamento Sanitario Internacional.	0	32	40
1.6.3	Número de países cuyo sistema nacional de laboratorios participa al menos en un programa interno o externo de control de la calidad en relación con las enfermedades transmisibles.	20/36	24/36	30/36
1.6.4	Número de países que participan en programas de formación centrados en el fortalecimiento de los sistemas de alerta anticipada, los laboratorios de salud pública o la capacidad de respuesta ante brotes epidémicos.	38/38	38/38	38/38

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

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
1.7.1	Número de países que cuentan con planes nacionales de preparación y procedimientos operativos uniformes para las principales enfermedades epidemiógenas (por ejemplo, la gripe pandémica, fiebre amarilla, dengue, meningitis).	22	28	36
1.7.2	Número de países que han puesto a prueba sus planes nacionales de preparativos y sus procedimientos operativos normalizados para la gripe pandémica mediante simulacros.	10	20	36
1.7.3	Número de mecanismos internacionales de apoyo a la vigilancia, el diagnóstico y las intervenciones masivas (por ejemplo, redes internacionales de vigilancia de laboratorio y mecanismos de acopio de vacunas contra la meningitis, las fiebres hemorrágicas, la peste, la fiebre amarilla, la gripe y la viruela).	5	6	7
1.7.4	Número de países que cuentan con la capacidad básica necesaria para la manipulación segura en laboratorio de agentes patógenos peligrosos y el aislamiento seguro de pacientes contagiosos.	22	25	40
1.7.5	Número de países que ejecutan intervenciones y estrategias de control del dengue (Estrategias de Gestión Integrada [EGI] o Comunicación para el Impacto Conductual [COMBI]).	15	17	19
1.7.6	Número de herramientas (directrices, protocolos, módulos de capacitación) creadas para ayudar a los países en la formulación y puesta en práctica de planes de preparativos nacionales para enfermedades epidemiógenas graves (por ejemplo, la gripe pandémica).	2	5	10

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

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
1.8.1	Número de dependencias de la Oficina Sanitaria Panamericana que cuentan con el sistema mundial de manejo de eventos para apoyar la coordinación de las tareas de evaluación de riesgos, las comunicaciones y las operaciones sobre el terreno referentes a la Sede, las oficinas regionales y las oficinas de país.	1/28	10/28	28/28
1.8.2	Número de países que cuentan al menos con una institución colaboradora asociada que participa en la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos, y otras subredes regionales pertinentes.	26	35	40
1.8.3	Proporción de solicitudes de apoyo de los Estados Miembros para las cuales la Oficina moviliza el apoyo internacional integral y coordinado destinado a las iniciativas de control de enfermedades, investigación y caracterización de casos, y contención sostenida de los brotes.	100%	100%	100%
1.8.4	Tiempo medio requerido para la verificación de brotes epidémicos de importancia internacional, incluida la confirmación de la causa en el laboratorio.	7 días	5 días	3 días

OBJETIVO ESTRATÉGICO 2

Combatir la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria

Alcance

Este objetivo estratégico se centrará en las intervenciones para la prevención, detección temprana, tratamiento y control del VIH/sida, la tuberculosis y la malaria, lo que abarca la eliminación de la malaria y la sífilis congénita. Se hará hincapié en las intervenciones que pueden reducir las desigualdades regionales, mediante el abordaje de las necesidades de las poblaciones vulnerables y más expuestas al riesgo.

INDICADORES Y METAS

- Para 2010, habrá ocurrido una reducción de 50% en el número calculado de nuevas infecciones por el VIH, seguida de una reducción de otro 50% de nuevas infecciones para fines de 2015 (punto de comparación: 2006). (Según el Plan Regional de Infección por el VIH/ITS para el Sector de la Salud).
- Para 2010, se habrá logrado el acceso universal a la atención integral que comprende la prevención, la atención y el tratamiento con antirretrovíricos. (Según el Plan Regional de Infección por el VIH/ITS para el Sector de la Salud).
- Para 2015, la incidencia de la transmisión materno-infantil del VIH será menor de 5% y la incidencia de sífilis congénita será menor de 0,5 casos por 1.000 nacidos vivos. (Según el Plan Regional de Infección por el VIH/ITS para el Sector de la Salud).
- Reducción de la incidencia y la prevalencia de la tuberculosis en todos los países. Meta: para 2013 se habrá detenido y se habrá comenzado a revertir la incidencia de la tuberculosis (punto de partida: 39 casos por 100.000 habitantes, 2005) y reducción de la prevalencia de 6 por 100.000 habitantes en 2005 a 5 por 100.000 en 2013 (de conformidad con los Objetivos de Desarrollo del Milenio).
- Reducción de la carga de la malaria en las Américas para 2010 y más aún para 2013. Meta: reducción de 50% de la morbilidad y la mortalidad para 2010; con una reducción adicional de 50% para 2013 (punto de partida: cifras de morbilidad y mortalidad de 2000).
- Para 2013 habrá por lo menos un país más de la Región certificado o en proceso de certificación por la OMS en lo que se refiere a la eliminación de la malaria.
- Todos los países sin transmisión de malaria mantienen su situación.

TEMAS Y DESAFÍOS

LA INFECCIÓN POR EL VIH, EL SIDA Y LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Se calcula que a finales de 2006, en las Américas había 3.350.000 personas infectadas por el VIH, 51% en América Latina, 42% en América del Norte y 7% en el Caribe. Después del África subsahariana, el Caribe es la región más afectada en el mundo. Los modos principales de transmisión en las Américas son bien conocidos:

- Los hombres que tienen relaciones homosexuales sin protección representan una gran proporción de los casos de infección por el VIH y sida.
- Las relaciones heterosexuales sin protección constituyen la causa de una proporción cada vez mayor de las infecciones.
- El consumo de drogas inyectables representa una proporción considerable de los casos en América del Norte y en algunos otros países (principalmente Brasil, Argentina y Uruguay).

A los trabajadores del sexo también se atribuye la propagación de la infección por el VIH, con prevalencia variable entre los países. Algunos trabajadores del sexo también forman un puente entre las personas que se inyectan drogas y sus clientes, dado que una proporción significativa de los trabajadores del sexo, en ciertas zonas, utiliza este trabajo para financiar su drogadicción.

Se calcula que en 2006, 30% de la población total infectada por el VIH en la Región eran mujeres. En el Caribe, 50% de las personas infectadas por el VIH son mujeres, mientras que en América del Norte y América Latina estas cifras son de 26 y 31%, respectivamente. Además, cada vez es mayor el número de jóvenes que están sufriendo los efectos de la epidemia; en América Latina y el Caribe, el número calculado de menores de 15 años de edad con la infección por el VIH o sida pasó de 130.000 en 2003 a 140.000 en 2005.

Se calcula que cada año en la Región hay 50 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual (ITS). Además, en América Latina y el Caribe, a 330.000 embarazadas se les diagnostica sífilis cada año pero no reciben tratamiento, lo que da lugar a que cada año nazcan 110.000 niños con sífilis congénita.

De acuerdo con la justificación de 2005 acerca de la división del trabajo de los organismos de las Naciones Unidas en el ámbito de la respuesta a la infección por el VIH, el esfuerzo de la OSP se centrará en la ampliación de los servicios especializados en la infección por el VIH/sida para lograr el acceso universal, que abarca la prevención y el tratamiento. De igual manera, es esencial contar con la participación de la sociedad civil, además de reducir el estigma y la discriminación relacionados con la infección por el VIH y el sida. La promoción de un enfoque de salud pública para las intervenciones sobre la infección por el VIH/sida integradas y descentralizadas haciendo hincapié en la prevención y el tratamiento para las poblaciones vulnerables sigue siendo un importante reto.

Malaria

La malaria es una enfermedad prevenible y tratable, de transmisión vectorial, que aqueja aproximadamente a un millón de personas al año en las Américas. Uno de cada tres habitantes de la Región corre el riesgo de contraer la infección y 21 países de la Región tienen zonas donde la malaria se considera endémica, mientras que otras naciones notifican casos importados que podrían reintroducir la transmisión local si no se tratan debidamente.

Las embarazadas y los niños se consideran vulnerables en todo el mundo. En las Américas, la población vulnerable incluye a las personas infectadas por el VIH o aquejadas de sida, los viajeros, los mineros, los leñadores, los trabajadores de plantaciones de plátanos y caña de azúcar, los grupos indígenas, los habitantes de zonas con conflictos armados o sociales y las personas que viven a lo largo de zonas fronterizas.

La morbilidad y la mortalidad relacionadas con la malaria representan una gran carga para la economía de las Américas, ya que entre 55 y 64% de los casos corresponden a personas en sus años de vida económicamente más productivos.

Las actividades de prevención y control deben mantenerse, ya que la naturaleza de la enfermedad, sus vectores y otros factores que inciden en la transmisión son complejos. Es necesario adoptar un enfoque proactivo y mejorar la previsión para evitar los retos emergentes y reemergentes relacionados con la enfermedad, entre otros los brotes y las epidemias. Más aún, debe intensificarse la promoción de la causa de la malaria para que los actores puedan actuar, contribuir concretamente y lograr cambios positivos dentro de sus esferas de influencia.

En las Américas, los socios que trabajan al lado de los países y su población para combatir la malaria comprenden a organismos de las Naciones Unidas; asociados multilaterales y de desarrollo (el Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la Tuberculosis y la Malaria y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional); la comunidad académica y de investigación (centros colaboradores de la OMS, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, la U.S. Pharmacopeia, el Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales y el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, entre otros); organizaciones no gubernamentales; fundaciones; y el sector privado.

Tuberculosis

La tuberculosis es una enfermedad prevenible y curable que dista mucho de haberse eliminado como problema de salud pública en la Región. A pesar del progreso realizado en las Américas en el último decenio, se calcula que ocurren más de 447.000 casos y aproximadamente 50.000 defunciones al año. La tuberculosis afecta predominantemente a la población adulta en edad fecunda: 61% de los casos infecciosos notificados en 2005 tenían entre 15 y 44 años de edad. Aunque la tuberculosis puede afectar a cualquiera, hay grupos vulnerables específicos con la mayor carga de la enfermedad: los pobres, los emigrantes, los marginados, los presos, las personas infectadas por el VIH o aquejadas de sida y los grupos indígenas. Hay diferencias pronunciadas en la carga de morbilidad entre los países de la Región. El 80% de la carga total de la tuberculosis en las Américas recae en 12 países.

Con la aplicación de la estrategia de tratamiento acortado directamente observado (DOTS) se ha avanzado en el control de esta enfermedad. Un total de 33 países había aplicado esta estrategia en 2005, con una cobertura de 88%.

Los principales problemas para el control de la tuberculosis en la Región son la epidemia de infección por el VIH/sida, la tuberculosis multirresistente y la tuberculosis extremadamente farmacorresistente, junto con los puntos débiles de los sistemas de salud y la crisis de recursos humanos. En los casos nuevos de tuberculosis, la prevalencia de la infección por el VIH se sitúa entre 8 y 10% y la multirresistencia primaria es de 1,2%, con diferencias importantes entre los países. Estos problemas tienen efectos negativos en los programas nacionales de control de la tuberculosis porque la carga de la enfermedad, incluso su mortalidad, podría aumentar.

Varios socios y donantes están agrupados bajo la nueva estrategia Alto a la Tuberculosis para apoyar a los países de la Región y hacer frente a los desafíos en constante aumento. Entre ellos se encuentran la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, la Unión (la antigua Unión Internacional contra la Tuberculosis y las Enfermedades Respiratorias), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, la KNCV Tuberculosis Foundation (Países Bajos), la Coalición para la Asistencia Técnica contra la Tuberculosis (TBCAP), la Academia para el Desarrollo Educativo (AED), la Sociedad Torácica Estadounidense, la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) y el Fondo Mundial.

RETOS PARA LAS TRES ENFERMEDADES

- Los recursos son limitados y deben optimizarse los esfuerzos.
- La participación de las comunidades, las personas afectadas, las organizaciones de la sociedad civil, el sector privado y otros actores pertinentes es esencial para lograr el sentido de pertenencia y la sostenibilidad locales.
- Es necesario fortalecer más la armonización y convergencia de los programas en los diversos niveles de trabajo.

ENFOQUES ESTRATÉGICOS

Los enfoques estratégicos para la ejecución de este objetivo estratégico se abordan en forma integral en el Plan Regional de Infección por el VIH/ITS para el Sector de la Salud, 2006-2015; el Plan Regional de Tuberculosis, 2006-2015; y el Plan Regional para la Malaria en las Américas, 2006-2010. Los enfoques estratégicos se basan en la hipótesis de que es posible ampliar las intervenciones aun en los entornos donde los recursos son muy limitados, si la planificación es adecuada, el financiamiento es sostenible y las infraestructuras tienen bases sólidas.

En este contexto, la Oficina dará apoyo normativo, técnico y programático a los países en las siguientes áreas:

- Fortalecimiento de los sistemas de salud para combatir eficazmente la infección por el VIH/sida y otras ITS, la tuberculosis y la malaria mediante la formulación de políticas nacionales y locales pertinentes y propicias, atentas a las cuestiones de género; además, fomentar el liderazgo y una buena gestión, lo que comprende el financiamiento sostenible.
- Fortalecimiento de los servicios de salud mediante:
 - La ampliación, la integración y la reorientación de los servicios para la ejecución de intervenciones atentas a las cuestiones de género, costoeficaces para la prevención, diagnóstico, tratamiento, atención y apoyo a los casos de infección por el VIH, tuberculosis y malaria.
 - Prestación de servicios para las poblaciones difíciles de alcanzar y los grupos vulnerables, entre otros, las poblaciones indígenas.
 - Creación de capacidad y gestión estratégica de los recursos humanos.
 - Velar por la disponibilidad y el uso adecuado de medicamentos de buena calidad, de redes de laboratorios, medios de diagnóstico y productos básicos para la salud que sean de calidad, con el apoyo continuo del Fondo Estratégico de los suministros de salud pública.
- Fortalecimiento de los sistemas de vigilancia y seguimiento y evaluación, además de la promoción del uso de la información estratégica.

La Oficina adoptará los siguientes enfoques estratégicos generales:

- Promoción, a nivel regional, del acceso universal equitativo a la prevención, la atención y el tratamiento de la infección por el VIH y otras ITS, así como la tuberculosis y la malaria, y de la eliminación del estigma y la discriminación contra las personas aquejadas de tuberculosis o con la infección por el VIH y contra los grupos vulnerables.
- Fortalecimiento de alianzas y asociaciones a los niveles regional, subregional y del país, en particular con las redes de las personas afectadas.
- Cooperación técnica orientada al país, asignación de prioridad a los países según la magnitud del problema y la naturaleza de la respuesta del sector de la salud e intensificación del apoyo directo a los países. Las oficinas de país fortalecerán su respuesta a fin de abordar estas enfermedades de forma integral, señalando los

mecanismos necesarios para crear sinergias y armonizar recursos, incluida la cooperación técnica para la formulación y ejecución de los proyectos presentados y aprobados por el Fondo Mundial. También se promoverá la cooperación técnica entre los países y los núcleos de conocimiento.

- Acción subregional para responder a la diversidad de la Región. Trabajo en colaboración con entidades y mecanismos coordinadores subregionales.
- Integración de las actividades relacionadas con la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria en la Oficina Sanitaria Panamericana mediante la creación de mecanismos para la acción interprogramática e interdisciplinaria con el propósito de combatir estas enfermedades, procurando la sinergia y la mancomunación de recursos y pericia según sea necesario.
- Las actividades para el control de la tuberculosis en colaboración con las organizaciones asociadas en algunos casos incluirán apoyo financiero por medio de proyectos (por ejemplo, Programa de Asistencia para el Control de la Tuberculosis y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional), así como cooperación técnica conjunta y visitas de seguimiento (por ejemplo, la Unión y la KNCV Tuberculosis Foundation).
- Colaboración con otras organizaciones, organismos y programas de las Naciones Unidas (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida [ONUSIDA], Banco Mundial, Fondo de Población de las Naciones Unidas [FNUAP], Organización Internacional para las Migraciones [OIM]), asociados multilaterales y de desarrollo, socios académicos y organizaciones no gubernamentales (ONG) para promover la causa, aumentar los recursos para combatir la infección por el VIH y proporcionar asesoramiento técnico y cooperación a los países a fin de lograr el acceso universal a la atención integral, la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH.

PREMISAS Y RIESGOS

Las siguientes premisas y condiciones previas son esenciales para el lograr de este objetivo estratégico:

- Que se siga reconociendo que la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria constituyen una prioridad en todos los programas de salud a nivel nacional, subregional, regional y mundial y se asignen suficientes recursos para combatir estas enfermedades.
- Que se fortalezcan los sistemas nacionales de salud en consecuencia para alcanzar el acceso universal a los servicios y la atención de salud esenciales.
- Que los actores trabajen de forma sinérgica para alcanzar las metas y los objetivos comunes.

Se ha determinado que los siguientes riesgos podrían obstaculizar la consecución del objetivo estratégico:

- Que resulte difícil obtener y mantener los recursos necesarios, tanto para la Oficina como para los Estados Miembros, a medida que surjan prioridades en pugna, que aumente el costo de los servicios debido a la índole crónica de la infección por el VIH y el tratamiento de la resistencia emergente (resistencia a los antirretrovíricos, tuberculosis multirresistente y tuberculosis extremadamente farmacorresistente) y, en particular, que resulte cada vez más difícil atraer recursos para la Región.
- Que no se mantengan los avances sanitarios de la lucha contra la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria en los países menos adelantados sin un mayor compromiso político y financiero.
- Que el liderazgo de la OPS/OMS entre el número cada vez mayor de colaboradores y la interacción entre ellos sean difíciles de mantener, especialmente ante la competencia

creciente por recursos y los problemas especiales planteados por la coordinación y la armonización.

RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

RPR N.º 2.1 Se habrán formulado directrices, normas y estrategias para actividades de prevención, tratamiento, apoyo y atención para la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria, que abarcarán métodos innovadores para aumentar la cobertura de las intervenciones entre las personas pobres y las poblaciones de difícil acceso y vulnerables.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
2.1.1	Número de países que han alcanzado las metas nacionales de intervención referentes a la infección por el VIH/sida conforme al objetivo de acceso universal a su prevención, tratamiento y atención.	10	12	15
2.1.2	Número de países con malaria endémica que ejecutan todos los componentes de la Estrategia de Lucha Global contra la MALARIA en el contexto de la iniciativa "Hacer retroceder la MALARIA" y el Plan Regional para la MALARIA en las Américas, 2006-2010 y las metas nacionales de intervención. En el mismo contexto, para los países no endémicos, el número de ellos que despliegan actividades para prevenir la reaparición de la enfermedad.	20	31	33
2.1.3	Número de países que detectan 70% de los casos calculados de TUBERCULOSIS pulmonar con baciloscopía positiva.	13/27	21/27	27/27
2.1.4	Número de países con una tasa de éxito del tratamiento de 85% de la cohorte de pacientes con TUBERCULOSIS.	10/27	21/27	25/27
2.1.5	Número de países que han alcanzado las metas de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual (diagnosticar, tratar y orientar debidamente en los consultorios de atención primaria a 70% de las personas que padecen esas infecciones).	5	25	40
2.1.6	Número de países que han alcanzado las metas regionales para la eliminación de la sífilis congénita.	1	15	42
2.1.7	Número de subregiones que han aplicado las estrategias de promoción para superar las barreras al acceso universal relacionado con la atención para la infección por el VIH, que afecta a las poblaciones pobres, difíciles de localizar y vulnerables.	0	3	4

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
2.1.8	Número de marcos, sinopsis sobre política y estudios de casos puestos a la disposición de los países para alcanzar metas en materia de prevención, tratamiento y atención integral para la infección por el VIH en los grupos vulnerables.	1	6	10

RPR N.º 2.2 Se habrá prestado cooperación y técnica y de políticas a los Estados Miembros con miras a ampliar la realización de intervenciones que tengan en cuenta las cuestiones de género en materia de prevención, apoyo, tratamiento y atención de la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria, con inclusión de la capacitación y la prestación de servicios integrados, la ampliación de las redes de proveedores de servicios, el fortalecimiento de la capacidad de laboratorio y mejores vínculos con otros servicios de salud, como los de salud reproductiva, salud de la madre, el recién nacido y el niño, infecciones de transmisión sexual, nutrición, tratamiento de la drogadicción, atención respiratoria, enfermedades desatendidas y salud ambiental.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
2.2.1	Número de países destinatarios que tienen políticas integradas, coordinadas y atentas a las cuestiones de género sobre la infección por el VIH/sida.	40	40	40
2.2.2	Número de países destinatarios que han formulado políticas integradas, coordinadas y atentas a las cuestiones de género sobre la TUBERCULOSIS.	0/27	8/27	15/27
2.2.3	Número de países destinatarios con políticas integradas, coordinadas y atentas a las cuestiones de género sobre la MALARIA, en particular para las embarazadas.	0/21	8/21	12/21
2.2.4	Número de países que tienen planes nacionales estratégicos adecuados relativos al personal de salud, incluidas políticas y prácticas de gestión en materia de incentivos, reglamentación y retención, con respecto a los problemas concretos que plantea la infección por el VIH/sida.	3	20	40

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
2.2.5	Número de países que tienen planes nacionales estratégicos adecuados relativos al personal de salud, incluidas políticas y prácticas de gestión en materia de incentivos, reglamentación y retención, con respecto a los problemas concretos que plantea la TUBERCULOSIS.	0/27	10/27	25/27
2.2.6	Número de países que tienen planes nacionales estratégicos adecuados relativos al personal de salud, incluidas políticas y prácticas de gestión en materia de incentivos, reglamentación y retención, con respecto a los problemas concretos que plantea la MALARIA.	0/21	10/21	21/21
2.2.7	Número de países que vigilan el acceso a servicios de salud donde se tienen en cuenta las cuestiones de género, referentes a la infección por el VIH/sida.	3	20	40
2.2.8	Número de países que vigilan el acceso a servicios de salud donde se tienen en cuenta las cuestiones de género, referentes a la TUBERCULOSIS.	0/27	8/27	15/27
2.2.9	Número de países que vigilan el acceso a servicios de salud donde se tienen en cuenta las cuestiones de género, referentes a la MALARIA.	8/21	18/21	21/21
2.2.10	Número de países con planes para la vigilancia de la orientación y las pruebas de detección del VIH iniciadas por el proveedor en los servicios de salud sexual y reproductiva (infecciones de transmisión sexual y planificación de la familia).	18	20	24
2.2.11	Número de profesionales de salud y encargados de adoptar las decisiones capacitados mediante cursos (entre otros, los cursos virtuales autodirigidos) en materia de servicios integrales, atentos a las cuestiones de género, para la prevención, el tratamiento y la atención para la infección por el VIH/sida.	0	60	200
2.2.12	Número de subregiones que ejecutan y que vigilan los planes con metas subregionales definidas para el acceso universal en el contexto del Plan Regional de Infección por el VIH/ITS para el Sector de la Salud 2006-2015.	3	3	4

RPR N.º 2.3 Se habrá dado orientación y cooperación técnica a nivel regional respecto de las políticas y los programas a fin de promover el acceso equitativo a medicamentos esenciales de calidad garantizada para la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria, y su utilización racional, incluido el uso de estrategias apropiadas de control de vectores, por los prescriptores y consumidores, y de asegurar el suministro ininterrumpido de medios de diagnóstico, sangre segura y otros productos sanitarios esenciales.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
2.3.1	Número de normas mundiales relacionadas con la infección por el VIH/sida y la sífilis congénita examinadas, adaptadas a las necesidades regionales y adoptadas.	3	8	10
2.3.2	Número de países que aplican normas modificadas o actualizadas para el diagnóstico y el tratamiento de la TUBERCULOSIS.	0/25	15/25	25/25
2.3.3	Número de países que aplican normas modificadas o actualizadas para el diagnóstico y tratamiento de la MALARIA.	16/21	21/21	21/21
2.3.4	Número de países donde la MALARIA es endémica que realizan encuestas regulares sobre la calidad de los medicamentos antimaláricos.	8/21	20/21	20/21
2.3.5	Número de países con incidencia elevada de MALARIA por <i>P. falciparum</i> que ofrecen el tratamiento combinado basado en artemisinina obtenida de un fabricante precalificado.	6/13	10/13	13/13
2.3.6	Número de países que reciben apoyo para aumentar el acceso a medicamentos esenciales asequibles para la TUBERCULOSIS cuyo suministro está integrado en el sistema farmacéutico nacional.	27	33	37
2.3.7	Número de países donde la malaria es endémica que reciben apoyo para aumentar el acceso a medicamentos asequibles para la MALARIA cuyo suministro está integrado en el sistema farmacéutico nacional.	21/21	21/21	21/21

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
2.3.8	Número de países que reciben apoyo para aumentar el acceso a medicamentos esenciales asequibles para la infección por el VIH/sida, cuyo suministro está integrado en el sistema farmacéutico nacional, con precios negociados por medio del Fondo Estratégico.	18	19	21
2.3.9	Número acumulativo de personas aquejadas de tuberculosis tratadas con apoyo del Servicio Financiero Mundial para la Adquisición de Medicamentos (Global Drug Facility).	40.000	60.000	100.000
2.3.10	Número de países donde se realiza un control de calidad garantizado de toda la sangre donada a fin de detectar el VIH.	32	35	40
2.3.11	Número de países con planes para vigilar la administración de toda inyección médica con equipo seguro (por ejemplo, agujas desechables) como parte de la estrategia para prevenir la transmisión del VIH asociada con la atención de salud.	0	4	10

RPR N.º 2.4 Se habrán fortalecido y ampliado los sistemas de vigilancia, evaluación y seguimiento en los planos mundial, regional y nacional para seguir de cerca el progreso en la consecución de los objetivos y la asignación de recursos para el control de la infección por el VIH/sida, la malaria y la tuberculosis y para determinar las repercusiones de las medidas de control y la evolución de la farmacoresistencia.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
2.4.1	Número de países que recopilan, analizan y presentan sistemáticamente datos sobre la cobertura, los resultados y las repercusiones de la vigilancia en relación con la infección por el VIH/sida utilizando los métodos normalizados de la OPS/OMS, incluido el desglose apropiado por edad y sexo.	27	30	40

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
2.4.2	Número de países que recopilan, analizan y presentan sistemáticamente datos sobre la cobertura, los resultados y las repercusiones de la vigilancia en relación con la TUBERCULOSIS utilizando los métodos normalizados de la OPS/OMS, incluido el desglose apropiado por edad y sexo.	28	30	40
2.4.3	Número de países que recopilan, analizan y presentan sistemáticamente datos sobre la cobertura, los resultados y las repercusiones de la vigilancia en relación con la MALARIA utilizando los métodos normalizados de la OPS/OMS, incluido el desglose apropiado por edad y sexo.	21	21	21
2.4.4	Número de países que suministran a la OPS/OMS datos anuales sobre la vigilancia, el seguimiento las asignaciones financieras para su inclusión en los informes mundiales anuales sobre el control de la infección por el VIH/sida.	35	40	40
2.4.5	Número de países que suministran a la OPS/OMS datos anuales sobre la vigilancia, el seguimiento y las asignaciones financieras para su inclusión en los informes mundiales anuales sobre el control de la TUBERCULOSIS y la consecución de las metas.	27/40	30/40	40/40
2.4.6	Número de países que suministran a la OPS/OMS datos anuales sobre la vigilancia, el seguimiento y las asignaciones financieras para su inclusión en los informes mundiales anuales sobre el control de la coinfección de la tuberculosis y el VIH y la consecución de las metas.	18/40	30/40	40/40
2.4.7	Número de países que suministran a la OPS/OMS datos anuales sobre la vigilancia, el seguimiento y las asignaciones financieras para su inclusión en los informes mundiales anuales sobre el control de la MALARIA y la consecución de las metas.	21/21	21/21	21/21
2.4.8	Número de países que comunican datos desglosados por edad y sexo, obtenidos de la vigilancia y el seguimiento de la farmacorresistencia del VIH.	0	20	35

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
2.4.9	Número de países que comunican datos desglosados por edad y sexo, obtenidos de la vigilancia y el seguimiento de la farmacorresistencia de la TUBERCULOSIS.	0/27	12/27	25/27
2.4.10	Número de países que comunican datos desglosados por edad y sexo, obtenidos de la vigilancia y el seguimiento de la farmacorresistencia de la MALARIA.	9/21	20/21	20/21
2.4.11	Redes regionales y subregionales creadas en relación con la farmacorresistencia del VIH, incluidas las redes de laboratorio.	1	2	4
2.4.12	Informes regionales y subregionales publicados acerca del perfil de la epidemia de infección por el VIH.	1	3	6

RPR N.º 2.5 Se habrá mantenido el compromiso político y se habrá logrado la movilización de recursos mediante la promoción y el fomento de alianzas contra la infección por el VIH/sida, la malaria y la tuberculosis a nivel de país, regional y mundial; se habrá prestado cooperación técnica a los países según convenga para crear o fortalecer y aplicar los mecanismos para la movilización y la utilización de recursos, además de aumentar la capacidad de absorción de los recursos disponibles; y se habrá mejorado la participación de las comunidades y las personas afectadas para ampliar al máximo el alcance y el desempeño de los programas de control de la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
2.5.1	Número de países con alianzas funcionales para el control de la infección por el VIH/sida.	40	40	40
2.5.2	Número de países con alianzas funcionales para el control de la tuberculosis.	5/27	8/27	15/27
2.5.3	Número de países destinatarios con alianzas funcionales para el control de la malaria.	21/21	21/21	21/21
2.5.4	Número de países que reciben apoyo de la OPS/OMS para obtener acceso a recursos económicos o para aumentar la absorción de fondos para combatir el VIH.	12	15	20

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
2.5.5	Número de países que reciben apoyo de la OPS/OMS para obtener acceso a los recursos económicos o para aumentar la absorción de fondos para combatir la TUBERCULOSIS.	14/27	18/27	25/27
2.5.6	Número de países que reciben apoyo de la OPS/OMS para obtener acceso a los recursos económicos o para aumentar la absorción de fondos para combatir la malaria.	13/21	17/21	19/21
2.5.7	Número de países que hacen participar a las comunidades, los medios académicos, y los sectores subrepresentados, personas afectadas por las enfermedades, organizaciones de la sociedad civil y el sector privado en la planificación, el diseño, la ejecución y la evaluación de los programas contra la infección por el VIH/sida.	40	40	40
2.5.8	Número de países que hacen participar a las comunidades, los medios académicos, y los sectores subrepresentados, las personas afectadas por las enfermedades, las organizaciones de la sociedad civil y el sector privado en la planificación, el diseño, la ejecución y la evaluación de los programas contra la tuberculosis.	3/27	10/27	25/27
2.5.9	Número de países que hacen participar a las comunidades, los medios académicos, y los sectores subrepresentados, las personas afectadas por las enfermedades, las organizaciones de la sociedad civil y el sector privado en la planificación, el diseño, la ejecución y la evaluación de los programas contra la malaria.	13/21	21/21	21/21
2.5.10	Número de asociaciones regionales y subregionales iniciadas y establecidas por la Oficina Sanitaria Panamericana para el control de la infección por el VIH/sida.	7	9	11

RPR N.º 2.6 Se habrán desarrollado y validado nuevo conocimientos, herramientas de intervención y estrategias que estarán disponibles y accesibles, para satisfacer las necesidades prioritarias de prevención y control del VIH/sida, la tuberculosis y la malaria, y los países en desarrollo estarán cada vez más interesados en esta investigación.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
2.6.1	Número de nuevas y mejores intervenciones y estrategias de ejecución relativas a la infección por el VIH cuya eficacia se ha comprobado y respecto de las cuales se han proporcionado datos probatorios a las instituciones pertinentes para la adopción de decisiones de política.	1	2	3
2.6.2	Número de nuevas y mejores intervenciones y estrategias de ejecución relativas a la TUBERCULOSIS cuya eficacia se ha comprobado y respecto de las cuales se han proporcionado datos probatorios a las instituciones pertinentes para la adopción de decisiones de política.	3	5	6
2.6.3	Número de nuevas y mejores intervenciones y estrategias de ejecución relativas a la malaria cuya eficacia se ha comprobado y respecto de las cuales se han proporcionado datos probatorios a las instituciones pertinentes para la adopción de decisiones de política.	0	1	2
2.6.4	Número de publicaciones arbitradas emanadas de investigaciones realizadas con apoyo de la OPS/OMS sobre la infección por el VIH/sida cuyo autor principal trabaja en una institución de un país en desarrollo.	0	3	6
2.6.5	Número de publicaciones arbitradas emanadas de investigaciones realizadas con apoyo de la OPS/OMS sobre la malaria cuyo autor principal trabaja en una institución de un país en desarrollo.	0	2	5
2.6.6	Número de países con un temario de investigaciones claro sobre el VIH bien ejecutado que se concentra debidamente en el fortalecimiento de los sistemas de salud y el aumento de la capacidad a nivel de país.	4	6	10

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
2.6.7	Número de países con un temario de investigaciones claro sobre la malaria bien ejecutado que se concentra debidamente en el fortalecimiento de los sistemas de salud y el aumento de la capacidad a nivel de país.	8/21	13/21	15/21
2.6.8	Número de países con un temario de investigaciones claro sobre la tuberculosis bien ejecutado que se concentra debidamente en el fortalecimiento de los sistemas de salud y el aumento de la capacidad a nivel de país.	0/25	5/25	15/25

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3

Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos

Alcance

Este objetivo estratégico abarca la formulación de políticas, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de programas, el fortalecimiento de sistemas y servicios de salud y rehabilitación, la ejecución de programas de prevención y el aumento de la capacidad en las áreas de enfermedades crónicas no transmisibles (incluidas las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas, la diabetes, las deficiencias visuales y auditivas, enfermedades bucodentales y los trastornos genéticos); trastornos mentales, del comportamiento, neurológicos y de uso de sustancias psicoactivas; traumatismos ocasionados por accidentes de tránsito, ahogamiento, quemaduras, intoxicación, caídas y violencia en la familia, la comunidad o entre grupos organizados; y discapacidad por todas las causas.

INDICADORES Y METAS

- Reducir las tasas de mortalidad por las principales enfermedades crónicas graves un 2% al año por encima de las tendencias actuales.
- Detener y empezar a revertir las tendencias actuales en constante aumento de los trastornos mentales, del comportamiento, neurológicos y de uso de sustancias psicoactivas. Meta: Por determinar.
- Detener y empezar a revertir las tendencias actuales en constante aumento de la mortalidad por traumatismos (reducción de 2% al año de la tasa de mortalidad por traumatismos).

Temas y desafíos

- Las enfermedades crónicas, los trastornos mentales, la violencia y los traumatismos, que son las causas principales de muerte y discapacidad en casi todos los países, ya que ocasionan 75% de las defunciones y la mayor parte de los gastos sanitarios, están aumentando rápidamente. Algunos de estos problemas afectan a hombres y mujeres de diferente modo y otros afectan desproporcionadamente a algunas razas o grupos étnicos.
- La mayor parte de esta carga cada vez mayor recaerá en países de ingreso bajo y mediano, y en las poblaciones pobres de todos los países.
- Su manejo es fragmentado y la atención terciaria todavía consume la mayor parte de los recursos.
- Hay una amplia gama de soluciones de costoeficacia comprobada que abarcan desde la promoción y la prevención hasta la atención de las enfermedades.
- La mayoría de los principales factores determinantes de las enfermedades crónicas se encuentran fuera del sector de la salud (régimen alimentario, actividad física, alcohol, tabaco).
- Sensibilización insuficiente del público que es realmente importante acerca de las repercusiones humanas y económicas y la disponibilidad de intervenciones costoeficaces;

- concientización insuficiente acerca del vínculo entre las enfermedades crónicas y la pobreza; no explícitamente en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- Los recursos disponibles en la Organización no son proporcionales a la magnitud del problema y están fragmentados.
 - No hay datos ni información suficientemente fidedignos para establecer los puntos de partida y dar seguimiento al progreso, especialmente en relación con los factores de riesgo, y la capacidad de los países varía mucho en lo que concierne a la recopilación, el análisis, la presentación y el uso de datos sobre enfermedades no transmisibles en la formulación de programas y políticas.
 - Para superar los problemas en este contexto es necesario lograr lo siguiente: aumentar la toma de conciencia sobre la magnitud del problema y el potencial de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, fomentar la voluntad política y las alianzas internacionales para abordar el problema, iniciar o profundizar una colaboración multisectorial apropiada, mancomunar de forma sinérgica los recursos al alcance de la Organización y generar los recursos complementarios que se necesitan en un entorno de intereses en pugna, establecer sistemas de datos e información para mejorar la formulación de políticas, la planificación, el seguimiento y la evaluación, especialmente en lo que se refiere a factores de riesgo modificables tales como el comportamiento y los datos sobre costos conexos, y reorientar los servicios de salud hacia la prevención, además de modificar la actitud de los proveedores de servicios con respecto a la estigmatización de las personas que sufren problemas de salud mental, a la competencia cultural, etc.

ENFOQUES ESTRATÉGICOS

- Llevar a cabo una labor normativa, de comunicación y de promoción con los gobiernos, incluida una campaña de promoción dirigida por lo menos a la mitad de los gabinetes durante el período comprendido en el plan, recalcando la acción intersectorial, las políticas públicas saludables y las alianzas entre el sector público y el privado.
- Establecer un foro de socios del sector público, del privado y de la sociedad civil para apoyar la estrategia de la Región a fin de cambiar a los actores que no provienen del sector sanitario.
- Ejercer un efecto multiplicador en los movimientos subregionales de integración; por ejemplo, del Caribe, Centroamérica, la subregión andina y el Cono Sur.
- Fortalecer la vigilancia, la investigación y la base de información para la formulación de políticas, la planificación y la evaluación, especialmente en lo que se refiere a factores de riesgo, usando el método progresivo de vigilancia de la OMS y estableciéndolo de forma sostenible al menos en la mitad de los países.
- Desplazar el punto de equilibrio hacia la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, incluida una gama de políticas públicas saludables de nutrición y actividad física, salud bucodental, control del tabaco y el alcohol, y prevención de traumatismos y fomento de la salud mental en los lugares donde la gente vive y trabaja.
- Reorientar los servicios de salud y la atención integrada de enfermedades y factores de riesgo hacia la prevención del estrés y el enfoque de atención primaria de salud, los exámenes médicos preventivos, etc., y utilizar el Fondo Estratégico a fin de influir en los países para racionalizar y reducir el costo de los medicamentos necesarios para el tratamiento de las enfermedades crónicas.
- Realizar un trabajo interprogramático dentro de la Organización, vinculando los niveles nacional, subregional, regional y mundial, y fortalecer las alianzas con actores clave en los países y a nivel internacional.

- Asignar prioridad a las opciones que aborden problemas para los cuales se disponga de intervenciones comprobados y rápidamente eficaces (enfoque de "la fruta que cuelga de la rama más baja") y políticamente factibles en un país o subregión determinado.
- Seguimiento y evaluación anuales utilizando metas de base científica.
- Convergencia y asociación con la Estrategia y Plan de Acción de la OMS sobre Enfermedades Crónicas.

PREMISAS Y RIESGOS

- Que se disponga de datos e información para que las políticas, la planificación, el seguimiento y la evaluación sean eficaces.
- Que se logre una colaboración multisectorial de alto nivel en los países, de forma individual y colectiva.
- Que los colaboradores dentro y fuera de la Organización respondan y adopten el enfoque.
- Que se adapten los Objetivos de Desarrollo del Milenio para reflejar la importancia de tratar las enfermedades crónicas en la lucha contra la pobreza y el subdesarrollo.
- Que en los procesos de planificación y de asignación de prioridades se analicen las opciones a fin de tener en cuenta las intervenciones basadas en datos probatorios que hayan resultado eficaces o prometedoras.
- Que, como parte del análisis de las opciones, se dé seguimiento también al desarrollo, el uso y los costos de la biotecnología apropiada (por ejemplo, la vacuna contra el virus de los papilomas humanos) y la influencia genética en la causa de algunas enfermedades crónicas, aprovechando otros adelantos tecnológicos, como el uso de las redes de teléfonos móviles para la recopilación de datos sobre factores de riesgo, para difundir mensajes sanitarios y mejorar el cumplimiento del tratamiento con los medicamentos necesarios.

RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

RPR N.º 3.1 Se habrá promovido y apoyado un mayor compromiso político, financiero y técnico en los Estados Miembros para combatir las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos y las discapacidades.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
3.1.1	Número de países cuyo ministerio de salud cuenta con un coordinador o una unidad para la prevención de los traumatismos y la violencia con presupuesto propio.	9	14	24
3.1.2	Número de países cuyo ministerio de salud (o equivalente) cuenta con una unidad de salud mental y abuso de sustancias con presupuesto propio.	24	28	30
3.1.3	Número de países cuyo ministerio de salud cuenta con una unidad o un departamento de enfermedades crónicas no transmisibles con presupuesto propio.	21	36	38

Proyecto de plan estratégico 2008-2012

Junio 2007

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
3.1.4	Número de países donde se ha realizado una campaña integrada de promoción de la salud y lucha contra las enfermedades crónicas, para estimular la participación de numerosos sectores en la ejecución de políticas públicas saludables.	3	10	20
3.1.5	Número de países cuyo ministerio de salud (o equivalente) cuenta con un coordinador o una unidad para la prevención y rehabilitación de discapacidades.	10	19	27
3.1.6	Foros de socios para la prevención y el control de las enfermedades crónicas establecidos con participación del sector público, el privado y la sociedad civil.	0	1	1
3.1.7	Foros subregionales para evaluar y abordar la ejecución de la política y el plan nacional de salud.	3	3	6

RPR N.º 3.2 **Se habrá dado orientación y apoyo a los Estados Miembros para la elaboración y ejecución de políticas, estrategias y reglamentos referentes a las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos y las discapacidades, y las enfermedades bucodentales.**

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
3.2.1	Número de países que tienen y están ejecutando planes nacionales de prevención de los traumatismos no intencionales y la violencia.	15	17	23
3.2.2	Número de países que están ejecutando planes nacionales en materia de discapacidad que incluyen la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de acuerdo con las directrices de la OPS/OMS y las resoluciones del Consejo Directivo.	5	15	24
3.2.3	Número de países que están ejecutando un plan nacional de salud mental de acuerdo con las directrices de la OPS/OMS y las resoluciones del Consejo Directivo.	26	29	30

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
3.2.4	Número de países que tienen y están ejecutando una política y un plan aprobados a nivel nacional para la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles, incluyendo enfermedades genéticas.	15	32	36
3.2.5	Número de países que participan en la red CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No Transmisibles).	22	30	36
3.2.6	Número de países que tienen y están ejecutando planes nacionales integrales para la prevención de la ceguera y las deficiencias visuales.	7	11	20
3.2.7	Número de países que tienen y están ejecutando planes nacionales integrales de salud bucodental para la prevención de enfermedades bucodentales.	27	35	35

RPR N.º 3.3 **Se habrá mejorado la capacidad de los países para recopilar, analizar, difundir y utilizar datos sobre la magnitud, las causas y las consecuencias de las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos y las discapacidades, así como sus factores de riesgo y factores determinantes.**

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
3.3.1	Número de países que han publicado una compilación nacional de datos sobre la magnitud, las causas y las consecuencias de los traumatismos y la violencia.	12	16	22
3.3.2	Número de países que han publicado una compilación nacional de datos sobre la prevalencia e incidencia de las discapacidades.	8	15	19
3.3.3	Número de países con sistemas nacionales de información e informes anuales que abarcan los trastornos mentales, neurológicos y de abuso de sustancias.	20	24	28

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
3.3.4	Número de países que cuentan con un sistema nacional de presentación de informes sanitarios e informes anuales que incluyen indicadores de las enfermedades crónicas no transmisibles.	15	28	32
3.3.5	Número de países que documentan la carga de deficiencias visuales y auditivas, incluida la ceguera.	8	14	21

RPR N.º 3.4 La Oficina habrá compilado mejores datos objetivos sobre la costoeficacia de las intervenciones para atender las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos, las discapacidades y la salud bucodental.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
3.4.1	Número de intervenciones costoeficaces para el tratamiento de ciertos trastornos mentales y neurales (depresión, psicosis y epilepsia) preparadas y disponibles.	1	2	4
3.4.2	Disponibilidad de datos probatorios resumidos acerca de la costoeficacia de un conjunto básico de intervenciones relativas a las enfermedades crónicas no transmisibles junto con un cálculo del costo regional de su ejecución en las Américas.	No disponible	Paquete disponible y difundido a países y subregiones	Paquete en uso por países y subregiones
3.4.3	Número de países donde se han realizado y difundido análisis de los costos relacionados con la violencia y los traumatismos.	8	12	17

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
3.4.4	Número de países con modelos de mejores prácticas para la prestación de servicios de salud bucodental, con un análisis de la costoeficacia.	4	10	35
3.4.5	Número de intervenciones de salud bucodental costoeficaces con un cálculo del costo regional de su ejecución en las Américas.	2	2	3

RPR N.º 3.5 **Se habrá prestado orientación y cooperación técnica a los Estados Miembros para la elaboración y ejecución de programas multisectoriales, que abarquen a toda la población a fin de promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales y del comportamiento, los traumatismos y la violencia, así como las deficiencias auditivas y visuales, incluida la ceguera.**

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
3.5.1	Número de países que aplican las estrategias recomendadas por la OPS/OMS para la prevención de las discapacidades, incluidas las deficiencias auditivas y visuales y la ceguera, en toda la población.	6	15	24
3.5.2	Número de países a los cuales se ha proporcionado orientación y apoyo para la preparación y ejecución de programas multisectoriales que abarquen a toda la población a fin de prevenir la violencia y los traumatismos.	13	15	21
3.5.3	Número de países que tienen un programa de promoción de la salud mental y prevención de trastornos mentales, del comportamiento y de abuso de sustancias psicotrópicas integrado en el plan nacional de salud mental.	0	9	17

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
3.5.4	Número de países que aplican la estrategia regional para un enfoque integrado a la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluidos el régimen alimentario y la actividad física.	2	10	30
3.5.5	Directrices regionales sobre promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales, conductuales, neurales y de abuso de sustancias.	0	1	1

RPR N.º 3.6 Se habrá dado apoyo a los países para mejorar la capacidad de sus sistemas sanitarios y sociales para prevenir y tratar las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos y las discapacidades.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
3.6.1	Número de países que aplican las directrices relativas a la violencia y los traumatismos en sus servicios de atención de salud.	12	15	22
3.6.2	Número de países que fortalecieron sus servicios de rehabilitación siguiendo las recomendaciones del Informe Mundial sobre Discapacidad y Rehabilitación y las directrices y resoluciones conexas de la OPS/OMS.	5	15	24
3.6.3	Número de países que realizan una evaluación sistemática de su sistema de salud mental utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental (IESM) de la Organización Mundial de la Salud y que emplean la información obtenida para planificar el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud mental.	8	15	25
3.6.4	Número de países destinatarios que aplican las estrategias integradas de atención primaria recomendadas por la OMS en el tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles.	10	20	36

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
3.6.5	Número de países destinatarios que han establecido sitios de demostración para la prevención y el control integrados de las enfermedades crónicas.	16	24	30
3.6.6	Número de países destinatarios que han elaborado y están aplicando las directrices y los protocolos nacionales relativos a las enfermedades crónicas.	6	24	36
3.6.7	Número de países destinatarios con acceso universal a la medicación para las principales enfermedades no transmisibles.	5	8	10
3.6.8	Número de países con servicios fortalecidos en el sistema de salud para el tratamiento de la dependencia del tabaco como resultado de la aplicación de las recomendaciones de políticas de la OMS.	6	12	24

RPR N.º 3.7 **Se habrá fortalecido el enfoque interprogramático para mejorar la sinergia y el efecto en la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos y las discapacidades.**

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
3.7.1	Número de países que han adoptado un enfoque interprogramático para abordar la violencia y los traumatismos.	23	28	35
3.7.2	Grupo interprogramático sobre la prevención de enfermedades crónicas establecido y en funcionamiento.	0	1	1

RPR N.º 3.8 Se habrá proporcionado apoyo a los países para crear instrumentos de seguimiento y evaluación a fin de cuantificar los adelantos en la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos y las discapacidades.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
3.8.1	Número de países que han aumentado significativamente su capacidad para afrontar la violencia y los traumatismos.	13	15	20
3.8.2	Establecimiento de un sistema regional integrado de información para los países y la Oficina con fines de seguimiento y evaluación que abarca la mortalidad, la morbilidad, los factores de riesgo, los costos, la cobertura programática y los indicadores de insumos y políticas en relación con las enfermedades crónicas y los factores de riesgo (régimen alimentario, actividad física, tabaco, alcohol), la promoción de la salud, la salud mental, los traumatismos y la violencia.	Sistema en desarrollo en colaboración con Ginebra de la OMS	Sistema aprobó por Cuerpos Directivos	Sistema en uso
3.8.3	Número de países que mejoraron las medidas de prevención de discapacidades de acuerdo con las normas de las Naciones Unidas, las directrices de la OPS/OMS, las resoluciones del Consejo Directivo, el Informe Mundial sobre Discapacidad y Rehabilitación y otras normas regionales.	0	5	15

OBJETIVO ESTRATÉGICO 4

Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el periodo neonatal, la infancia y la adolescencia, y mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas

Alcance

La labor en el marco de este objetivo estratégico se centrará en la reducción de la mortalidad y la morbilidad para mejorar la salud durante las etapas clave de la vida y en el acceso universal a intervenciones eficaces destinadas a mejorar la salud de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente y la salud sexual y reproductiva, aplicando un enfoque que abarque todo el ciclo de vida y que mejore la equidad. Se trabajará para apoyar las medidas orientadas al fortalecimiento de los sistemas sanitarios y la formulación y aplicación de políticas y programas que promuevan un envejecimiento saludable y activo para todas las personas.

INDICADORES Y METAS

- Proporción de los partos asistidos por personal de salud capacitado. Meta: al menos 90% en las Américas; y un aumento de 10% en cada país con menos de 60% de nacimientos asistidos por personal de salud capacitado.
- Razón de mortalidad materna. Meta: menos de 8 países con una razón de mortalidad materna superior a 100 por 100.000 nacidos vivos.
- Tasa de mortalidad de menores de 5 años. Meta: 28 países habrán alcanzado o estarán por cumplir el Objetivo de Desarrollo del Milenio N.º 4 (reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años entre 1990 y 2015).
- Acceso a los servicios de salud reproductiva, medido sobre la base de la tasa de prevalencia de necesidades no atendidas en lo que se refiere a la planificación familiar o los anticonceptivos, la fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años como proporción del total de la fecundidad de las mujeres de todas las edades y los exámenes de detección y tratamiento de la sífilis para las embarazadas. Meta: 25 países habrán alcanzado o estarán por alcanzar sus metas nacionales para los tres indicadores.
- Salud de los adolescentes, medida sobre la base de las proporciones de fecundidad, la prevalencia de la infección por el VIH en jóvenes de 15 a 24 años, la obesidad y el sobrepeso, el consumo de tabaco y la tasa de traumatismos. Meta: 25 países habrán alcanzado o estarán por alcanzar sus metas nacionales para dos de los cinco indicadores y no mostrarán ningún deterioro en los otros tres indicadores.
- Personas de edad que reciben protección de servicios sociales y de salud. Número de países en los que más de 50% de la población de 60 años de edad recibe protección de los servicios sociales y de salud (en Canadá y los Estados Unidos, más de 65 años). Meta: 18 países.

Todos los indicadores se desglosarán por edad y, donde sea pertinente, por sexo.

TEMAS Y DESAFÍOS

En la Región de las Américas, la situación está empeorando en relación con algunos aspectos (por ejemplo, la incidencia de infecciones de transmisión sexual y la fecundidad de los adolescentes en algunos países) y está estancada en relación con otros (por ejemplo, la mortalidad materna y neonatal). Actualmente, la mayoría de los países no están por alcanzar las metas y los objetivos acordados a nivel internacional.

Algunos países han avanzado considerablemente en la reducción de la mortalidad materna; sin embargo, en otros ha empeorado y subsisten grandes disparidades entre y dentro de los países. La atención calificada del parto es particularmente baja en los países más pobres y en los entornos rurales. Más de 5 países de la Región tienen tasas de fecundidad de los adolescentes de 15 a 19 años de más de 100 por 1.000. Varias entidades están trabajando en el ámbito de la salud de los adolescentes, entre ellas el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Fondo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID) y muchas organizaciones no gubernamentales importantes (PLAN, Pathfinder, la Cruz Roja, Alan Guttmacher), además de organizaciones bilaterales (Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional [ACDI], Agencia Sueca de Desarrollo Internacional [ASDI], Agencia Alemana para la Cooperación Técnica [GTZ], Agencia Noruega para la Cooperación y el Desarrollo [NORAD], Consorcio Internacional de Desarrollo en Educación [CIDE])

La mortalidad en la niñez ha descendido en 24,3% en la Región, pero 10 países tenían una tasa de mortalidad de la niñez de 40 o más por 1.000 nacidos vivos y siguen existiendo grandes disparidades entre y dentro de los países.

En el área de la salud del niño, muchos organismos nacionales e internacionales están trabajando en América Latina para alcanzar la cobertura total con intervenciones que aumentarán las perspectivas de supervivencia de un niño y de su desarrollo saludable. La Región tiene que intervenir conjuntamente, no solo a través del sistema de salud sino también a nivel de las familias para promover intervenciones que pueden ejecutarse eficazmente a bajo costo; estas incluyen la lactancia materna, el tratamiento de rehidratación oral, la educación sobre alimentación complementaria, entre otras. En conjunto, estas intervenciones podrían evitar más de un tercio de las defunciones.

En 2006, 9% de la población de América Latina tenía 60 años o más (más de 50 millones de personas) y 7 millones tenían 80 o más años de edad. Mientras que la población general está aumentando en 1,5% anualmente, la población de 60 años y más está creciendo a una tasa anual de 3,5%. Este cambio demográfico significa que alrededor de 2025 la Región tendrá 100 millones de personas de más de 60 años de edad, lo cual pone de relieve que el envejecimiento saludable de su población será uno de los mayores retos que deberá afrontar la sociedad de América Latina y el Caribe durante este siglo

La voluntad política para lograr un cambio está decayendo y los recursos son insuficientes. Los grupos más afectados (por ejemplo, las mujeres pobres y los niños en los países en desarrollo) tienen poca influencia sobre los encargados de adoptar las decisiones y a menudo son excluidos de la atención. Algunos problemas son delicados desde el punto de vista político y cultural y no reciben atención suficiente en comparación con la carga que representan para la salud pública. Para abordarlos se necesitará una labor de promoción y la formación de alianzas pertinentes con las Naciones Unidas y otros organismos. Las iniciativas para mejorar la calidad de la atención de salud necesaria y aumentar la cobertura son insuficientes. Las prioridades de salud en pugna, los enfoques programáticos verticales y la falta de coordinación entre los gobiernos y los

organismos de desarrollo dan lugar a la fragmentación de los programas, a oportunidades desaprovechadas y a un uso ineficiente de los recursos limitados con que se cuenta actualmente. La falta de atención a la desigualdad en materia de género y las brechas en la equidad en el campo de la salud socavan los esfuerzos en curso para reducir la mortalidad y la morbilidad. Esta situación podría cambiarse mediante la actuación concertada de todos los interesados.

En la Región, los conocimientos técnicos y la experiencia de los programas indican que existen intervenciones eficaces y asequibles para la mayoría de los problemas abarcados por este objetivo estratégico. Hay acuerdo general en que es necesario alcanzar el acceso universal mediante intervenciones decisivas. Con este fin, la adopción de un enfoque que abarque todo el ciclo de vida y que reconozca la influencia de los sucesos de los primeros años de vida y de los factores intergeneracionales en los futuros resultados de salud reducirá las disparidades y creará sinergia entre las distintas áreas programáticas, a la vez que representa un apoyo eficaz para lograr el envejecimiento activo y saludable.

Además, las intervenciones deben ejecutarse en el marco de la atención primaria de salud y en un contexto culturalmente sensible. La extensión de la protección social a la salud es de interés para los Estados Miembros en lo que se refiere a las personas de edad y debe incluir la ampliación de la cobertura y de la participación en la atención primaria de salud.

Los servicios de salud maternoinfantil, así como otros servicios de salud reproductiva, han sido durante mucho tiempo la columna vertebral de la atención primaria de salud y han servido de base para otros programas de salud, especialmente para las poblaciones pobres y marginadas, pero ahora están sobrecargados de trabajo. Su ampliación exige el desarrollo de un sistema de salud que funcione y que mantenga buenos sistemas de información, una infraestructura apropiada, un suministro fiable de medicamentos esenciales y productos básicos, sistemas de remisión funcionales, trabajadores de salud competentes y bien motivados, y cooperación con los líderes de la comunidad.

Las enseñanzas extraídas muestran que:

- Es necesario ampliar las intervenciones que sean costoeficaces y puedan aplicarse a escala aun en entornos con recursos limitados, si se presta suficiente atención a la creación de un entorno político favorable y a la reducción de las principales disparidades en los sistemas de salud.
- Los programas en cuestión contribuyen a la reducción de las inequidades porque tratan de llegar a las poblaciones más vulnerables y marginadas, incluidos los niños, los adolescentes, las mujeres y los indígenas, y sirven de punto de acceso fundamental y plataforma para otros programas de salud pública decisivos.

ENFOQUES ESTRATÉGICOS

Para alcanzar el objetivo estratégico, los Estados Miembros y la Oficina deberán trabajar en estrecha cooperación.

- Este objetivo estratégico requerirá un proceso de planificación y ejecución dirigido por el país para alcanzar el acceso universal y la cobertura en lo que se refiere a la atención de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente, así como a la salud sexual y reproductiva, que aborde al mismo tiempo la desigualdad en materia de género y las inequidades cada vez mayores en materia de salud que causan los altos niveles de mortalidad y morbilidad.

- Al colaborar con los Estados Miembros para impulsar el programa de acción sanitaria regional, la OPS contribuirá con las estrategias y las prioridades nacionales e incorporará la realidad y la perspectiva de los países en las políticas y prioridades mundiales y regionales.
- La OPS también liderará y promoverá la inversión en los niños y los adolescentes. Hay que mantener la continuidad de la atención durante todo el ciclo de vida, abarcando el hogar, la comunidad y diferentes niveles del sistema de salud, en el marco general del fortalecimiento de los sistemas de salud para lograr el financiamiento suficiente y equitativo y el suministro de servicios de salud de buena calidad, prestando atención prioritaria a los grupos marginados y subatendidos.
- Este enfoque también requerirá la promoción de intervenciones comunitarias y la participación de los líderes de la comunidad para aumentar la demanda de servicios y apoyar la atención apropiada en el hogar durante todo el ciclo de vida. La Región está realizando un trabajo a nivel de la familia y la comunidad en el contexto de la atención primaria de salud y ha documentado las mejores prácticas y las enseñanzas extraídas. También se prestará atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y los hombres fuera del proceso reproductivo.
- El apoyo de los sistemas para mejorar la información, la toma de decisiones y un empeño especial en una buena labor de seguimiento, evaluación y generación de los datos probatorios y las mejores prácticas, combinados con estrategias tales como el manejo de casos e intervenciones para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud integradas en un modelo ecológico, contribuirá a la consecución del objetivo estratégico.
- La formación de la capacidad nacional para reducir la vulnerabilidad y mejorar la salud requiere la promoción de la causa, actualización de las políticas y la legislación, capacitación de los recursos humanos, estructuras apropiadas, recursos para la gestión de los conocimientos y la forja de alianzas.
- Es necesario contar con la coordinación que asegure la eficiencia y la eficacia de las medidas para armonizar las actividades de las Naciones Unidas y los efectos multiplicadores a fin de aumentar al máximo la participación con los centros colaboradores de la OMS/OPS y los centros panamericanos de la OPS.
- El logro del objetivo estratégico implica también que las representaciones de la OPS/OMS y los Estados Miembros den prioridad a este trabajo y asignen fondos para el país de la manera apropiada.
- La consecución del objetivo estratégico también implica fomentar más el envejecimiento saludable y activo para prevenir el deterioro temprano (tanto físico como mental) y la ampliación de los recursos humanos para la educación en los campos de la gerontología y la geriatría tanto para la familia como para los proveedores de asistencia en la comunidad. Además, será necesario elaborar, ejecutar y evaluar políticas y programas que promuevan el envejecimiento saludable y activo y el grado máximo de salud y bienestar que se pueda lograr para las personas mayores.

Las alianzas y la convergencia con organismos de las Naciones Unidas es una cuestión decisiva para la consecución de la meta de este objetivo estratégico. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) apoya a los países en materia de salud sexual y reproductiva, problemas relativos al género, recopilación de información, planificación de la familia, formulación de políticas y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) apoya a los países desde una perspectiva más amplia relacionada con los derechos; el componente de salud tiene varios puntos de acceso, entre los que se cuentan nutrición, servicios, atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia (AIEPI), prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo (PMCT) y prevención de la

infección por el VIH entre los adolescentes. Por su parte, el Fondo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) está apoyando la formulación de políticas y la causa de la mujer.

PREMISAS Y RIESGOS

La consecución de este objetivo estratégico se basa en las premisas siguientes:

- Que se fortalezcan los sistemas de salud en general, con el desarrollo y mantenimiento de una infraestructura apropiada, un suministro fiable de medicamentos esenciales y productos básicos, sistemas de referencia que funcionen y una fuerza laboral competente y bien motivada.
- Que se tomen medidas a nivel nacional para hacer frente a la crisis que afecta a los recursos humanos para la salud.
- Que se lleven a cabo procesos clave, como una mayor armonización del trabajo de los organismos de las Naciones Unidas a nivel de país y la integración de los temas sanitarios en la planificación nacional y los instrumentos de ejecución.
- Que se materialice el potencial para obtener nuevos recursos para el trabajo de la OPS en estas áreas, ya que hay gran interés político en avanzar hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, lo que probablemente aumentará el apoyo de recursos técnicos y financieros dentro de los países y la Región y de las alianzas e iniciativas mundiales, entre ellas la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño.
- Que el proceso de envejecimiento en América Latina y el Caribe se intensifique en los próximos años. A pesar del rápido envejecimiento de la subregión, existirá una gran oportunidad, si se realizan intervenciones apropiadas, para evitar que el envejecimiento de la población se convierta en un factor que contribuya al desmoronamiento de los sistemas de salud y seguridad social en América Latina y el Caribe.

Los siguientes riesgos podrían tener efectos adversos en la consecución de este objetivo estratégico:

- Las amenazas planteadas por la persistente posibilidad de una pandemia de gripe aviar en la Región, una pandemia de infección por el VIH/sida y retrocesos en el control de la malaria y el dengue.
- En algunos países, el aumento de la pobreza, las crisis naturales, la inestabilidad política y la inseguridad alimentaria podrían revertir la dirección de algunos indicadores.
- La falta de fondos y voluntad política.
- Debilitamiento del personal de salud debido a las huelgas y la fuga de cerebros.

RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

RPR N.º 4.1 Se habrá prestado apoyo a los Estados Miembros para formular políticas, planes y estrategias integrales que promuevan el acceso universal a intervenciones eficaces, en colaboración con otros programas y sectores, prestando atención a la reducción de las desigualdades de género y las inequidades de salud, asegurando la continuidad de la atención durante todo el ciclo de vida, integrando la prestación de servicios en todos los niveles del sistema de salud y fortaleciendo la coordinación con la sociedad civil y el sector privado, así como las alianzas con organismos de las Naciones Unidas y otros (organizaciones no gubernamentales).

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
4.1.1	Número de países que tienen políticas, planes y programas que promueven el acceso universal a intervenciones eficaces para la salud de la madre, del recién nacido y del niño.	9	12	24
4.1.2	Número de países que cuentan con una política de acceso universal a la salud sexual y reproductiva.	7	11	16
4.1.3	Número de países que tienen una política sobre la promoción del envejecimiento activo y saludable.	11	15	18
4.1.4	Número de asociaciones y alianzas funcionales (con ONG, la sociedad civil, centros colaboradores, instituciones nacionales de excelencia y asociaciones privadas) para el avance de la salud de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente.	12	15	20

RPR N.º 4.2 Se habrá fortalecido la capacidad nacional y local para generar datos probatorios, tecnologías e intervenciones y para mejorar los sistemas de vigilancia e información nacionales y locales a fin de mejorar la salud sexual y reproductiva, la salud de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente, además de promover el envejecimiento activo y saludable.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
4.2.1	Número de instituciones que tienen en funcionamiento sistemas de información (como el sistema de información perinatal), sistemas de vigilancia y otros, para el seguimiento de la salud sexual y reproductiva, salud de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente, con información desglosada por edad, sexo y grupo étnico.	50	75	100
4.2.2	Número de revisiones sistemáticas nuevas o actualizadas de mejores prácticas, investigación operativa, políticas y normas de atención.	0	5	10
4.2.3	Número de directrices y herramientas elaboradas para los sistemas de seguimiento y evaluación de la atención y la supervivencia del niño.	3	4	5
4.2.4	Sistemas regionales de bases de datos sobre salud de los adolescentes en funcionamiento de manera continua.	0	10	15
4.2.5	Número de centros de excelencia (en investigación, prestación de servicios y cursos de capacitación) que crean capacidad nacional (antes del servicio y en servicio) y reciben apoyo de los programas regionales de salud de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente.	12	15	20

RPR N.º 4.3 Se estarán utilizando a nivel de país directrices, enfoques e instrumentos para mejorar la atención materna y se habrá proporcionado cooperación técnica a los Estados Miembros para reforzar las medidas encaminadas a asegurar la atención especializada a todas las embarazadas y todos los recién nacidos durante el parto, el puerperio y el periodo posnatal, en particular en lo que respecta a las poblaciones pobres y desfavorecidas, con un seguimiento de los avances realizados.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
4.3.1	Números de países que han aplicado las estrategias nacionales para asegurar la atención capacitada en el parto, lo que abarca la atención pre y posnatal.	10	12	22
4.3.2	Número de países que adaptan y que aplican la atención integrada del embarazo y el parto (IMPAC), las normas técnicas y de gestión, así como directrices y tecnologías perinatales para mejorar la calidad de la atención para la madre y el recién nacido.	5	9	16
4.3.3	Número de países que tienen una red en funcionamiento de atención básica para las emergencias obstétricas y neonatales a todos los niveles de remisión.	6	10	15
4.3.4	Número de países que ha llevado a la práctica las guías normativas basadas en datos probatorios y utilizan la tecnología perinatal a fin de mejorar la calidad de la atención para la madre y el recién nacido.	8	12	27

RPR N.º 4.4 Se estarán utilizando a nivel de país directrices, enfoques e instrumentos destinados a mejorar la supervivencia y la salud neonatales y se habrá proporcionado cooperación técnica a los Estados Miembros para reforzar las medidas encaminadas al logro de la cobertura universal, intervenciones eficaces y el seguimiento de los avances realizados.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
4.4.1	Número de países con bancos de leche materna donde por lo menos 50% de los distritos destinatarios aplican estrategias de supervivencia y salud neonatales, entre ellas la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) para los recién nacidos.	4	8	18

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
4.4.2	Número de países que han adoptado y ejecutado las directrices y normas basadas en datos probatorios (incluidas las Normas de Crecimiento de la OMS) para el conjunto de la atención materna y la AIEPI, incluidos los recién nacidos.	9	15	20
4.4.3	Número de directrices, enfoques y herramientas sobre intervenciones eficaces y los sistemas de seguimiento y evaluación elaborados para mejorar la atención y la supervivencia del recién nacido.	4	6	9

RPR N.º 4.5 Se estarán utilizando a nivel de país directrices, enfoques e instrumentos destinados a mejorar la salud y el desarrollo del niño y se habrá proporcionado cooperación técnica a los Estados Miembros para que intensifiquen sus esfuerzos encaminados al logro de la cobertura universal de la población con intervenciones eficaces y el seguimiento de los avances realizados, teniendo en cuenta las normas y criterios internacionales y de derechos humanos, en particular los previstos en la Convención sobre los Derechos del Niño.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
4.5.1	Número de países que aplican las estrategias para aumentar la cobertura según un enfoque basado en los derechos en las intervenciones de salud y desarrollo del niño.	6	11	21
4.5.2	Número de países que han adoptado las directrices de la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) y donde 75% o más de los distritos destinatarios están ejecutándola, con inclusión de un componente de micronutrientes.	5	10	20

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
4.5.3	Número de países que han adoptado políticas comunitarias usando la metodología de la AIEPI basada en los actores sociales para fortalecer la atención primaria de salud, incluidas la familia y ciertas prácticas clave (por ejemplo, promoción de la lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria y prevención de las deficiencias de micronutrientes).	9	15	20
4.5.4	Número de directrices, herramientas y enfoques para formular y ejecutar políticas y planes que promuevan la ejecución de intervenciones eficaces para mejorar la salud del niño y aumentar la cobertura universal.	8	12	15

RPR N.º 4.6 Se habrá prestado cooperación técnica a los Estados Miembros para la aplicación de políticas y estrategias de salud y desarrollo del adolescente basadas en datos probatorios y para la ampliación de un conjunto de intervenciones de prevención, tratamiento y atención, de conformidad con las normas establecidas.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
4.6.1	Número de países con programas nacionales en funcionamiento en materia de salud y desarrollo de los adolescentes.	10	12	17
4.6.2	Número de países de la Región que aplican las estrategias integradas y un conjunto integral de servicios de salud de los adolescentes y desarrollo de los jóvenes (integración del manejo del adolescente y sus necesidades [IMAN]).	3	10	15
4.6.3	Nuevas directrices, enfoques y herramientas para apoyar la ejecución de políticas y estrategias basadas en datos probatorios sobre salud y desarrollo de los adolescentes.	2	4	6

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
4.6.4	Número de programas regionales de capacitación suministrados por la OPS para crear capacidad en materia de salud y desarrollo de los adolescentes, que incluyen actividades de promoción de la causa y diferentes metodologías (módulos en CD-ROM y en línea).	2	5	10

RPR N.º 4.7 Se dispondrá de directrices, enfoques y herramientas y se habrá prestado cooperación técnica a los Estados Miembros para acelerar las medidas destinadas a la aplicación de la Estrategia Mundial de Salud Reproductiva, prestando especial atención al acceso equitativo a servicios de salud sexual y reproductiva de buena calidad, sobre todo en esferas que presentan necesidades desatendidas y en consonancia con los derechos humanos relacionados con la salud sexual y reproductiva.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
4.7.1	Número de países que han adoptado la Estrategia Mundial de Salud Reproductiva de la OMS.	5	8	15
4.7.2	Número de países que han examinado —y actualizado, si fuese necesario— las leyes, reglamentos y políticas nacionales que tengan relación con la salud sexual y reproductiva y las apoyan.	2	4	6
4.7.3	Número de países que han llevado a la práctica guías normativas y programas basados en datos probatorios sobre salud sexual y reproductiva.	8	11	26

RPR N.º 4.8 Se habrán proporcionado a los Estados Miembros directrices, enfoques, instrumentos y cooperación técnica a fin de intensificar los esfuerzos de promoción para que el tema del envejecimiento se considere como una cuestión de salud pública, para formular y aplicar políticas y programas que promuevan el mantenimiento de la máxima capacidad funcional durante todo el ciclo de vida y para capacitar a los proveedores de atención sanitaria en enfoques para lograr un envejecimiento saludable.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
4.8.1	Número de países que han ejecutado políticas comunitarias centradas en el fortalecimiento de la capacidad de la atención primaria de salud para abordar cuestiones relacionadas con el envejecimiento saludable.	5	7	12
4.8.2	Número de países que tienen programas multisectoriales para fortalecer la capacidad de la atención primaria de salud para abordar cuestiones relacionadas con el envejecimiento saludable.	9	10	14
4.8.3	Número de países donde más de 50% de la población de 60 años de edad recibe protección de los servicios sociales y de salud (en Canadá y los Estados Unidos, más de 65 años).	12	13	15

OBJETIVO ESTRATÉGICO 5

Reducir las consecuencias sanitarias de las emergencias, desastres, crisis y conflictos, y minimizar su impacto social y económico

Alcance

Este objetivo estratégico centra su atención en un enfoque integrado, completo, multisectorial y multidisciplinario para reducir las consecuencias de las amenazas de carácter natural y tecnológico o producidas por el hombre para la salud pública en el continente americano. Esto se logra principalmente mediante el fortalecimiento de la capacidad institucional del sector de la salud, y en especial de los ministerios de salud, con respecto a la preparación, la reducción de riesgos y el cumplimiento de sus responsabilidades operativas y reglamentarias sin demora y en forma adecuada, en respuesta a cualquier tipo de desastre. Las principales actividades comprenden la promoción de la causa, la asistencia técnica, la gestión de los conocimientos y la capacitación.

INDICADORES Y METAS

- Acceso a servicios de salud en funcionamiento. Meta: lograr que, en el plazo de un año luego de un desastre natural, el 90% de la población afectada alcance niveles de acceso similares a los imperantes antes de la emergencia, o incluso superiores.
- Programa oficial contra los desastres sanitarios. Meta: lograr que 15 Estados Miembros cuenten con un programa contra los desastres sanitarios, dotado de personal de tiempo completo y un presupuesto destinado a ese fin.
- Movilización de recursos. Meta: en todas las situaciones de desastre de envergadura, lograr la movilización y coordinación de los recursos humanos, tecnológicos y financieros en los planos nacional y regional en un plazo de 48 horas.

TEMAS Y DESAFÍOS

- Este objetivo estratégico tiene por finalidad contribuir al bienestar humano, minimizando el efecto negativo de los desastres y otras crisis humanitarias, atendiendo a las necesidades sanitarias de las poblaciones vulnerables afectadas por tales acontecimientos.
- La respuesta a las situaciones de desastre dependerá de la capacidad nacional para manejarlas. La asistencia internacional solo complementa la respuesta nacional. Todos los esfuerzos de la Organización deben estar orientados a desarrollar la capacidad nacional y a asegurar que la asistencia internacional humanitaria en materia de salud se utilice para apoyar la estructura nacional.
- Los planes para casos de desastre se siguen centrando en una sola amenaza. Sin embargo, deben servir para prevenir diversos riesgos y prever la participación de distintas instituciones.

- Los desastres naturales siguen siendo la amenaza más común para los países de América Latina y el Caribe. Independientemente de su frecuencia y gravedad, en términos generales se reconoce que la vulnerabilidad de los países está aumentando como consecuencia de las prácticas de desarrollo poco seguras y el deterioro de la infraestructura existente. Siguiendo el Marco de Acción de Hyogo para 2005-2015, los hospitales seguros serán un indicador en el nivel de vulnerabilidad en el sector de la salud.
- Los desastres tecnológicos son, quizás, los factores de riesgo que menos se tienen en cuenta en los países que han alcanzado un determinado nivel de desarrollo industrial. Es poco lo que se ha hecho en cuanto a reglamentación y prevención, y el sector de la salud está poco preparado para hacer frente a desastres químicos, radiológicos u otros desastres tecnológicos en gran escala. Con el desarrollo económico de los países y la globalización del comercio este riesgo no puede sino aumentar.
- Los conflictos internos tienen una repercusión directa sobre la salud de la población. A pesar de que la situación en la Región es relativamente estable, se han producido conflictos internos en algunos países. Durante el próximo quinquenio cabe esperar que surjan algunas crisis.
- La amenaza incipiente de una pandemia de gripe en 2005 puso de manifiesto que no se atribuye a las epidemias suficiente importancia en los planes nacionales para casos de desastres. Pese a los planes recientes, las instituciones de salud todavía están mal preparadas para hacer frente a esta clase de amenazas.
- Los actores principales en el campo de la reducción de los desastres y respuesta son los organismos de las Naciones Unidas, como la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Programa Mundial de Alimentos (PMA), Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), Organización Internacional para las Migraciones (OIM); organizaciones subregionales: Organización de los Estados Americanos (OEA), Centro de Coordinación para la Prevención y Reducción de Desastres Naturales en Centroamérica (CEPRENAC), el Comité Andino para la Prevención y Atención de Desastres (CAPRADE), la Agencia Caribeña de Respuesta a Emergencias por Desastres (CDERA), organizaciones no gubernamentales internacionales y nacionales, Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, entre otros.

ENFOQUES ESTRATÉGICOS

- En el marco del proceso de reforma de las actividades humanitarias de las Naciones Unidas, se ha pedido a la OMS que asegure la coordinación, eficacia y eficiencia de las actividades de preparación, respuesta y recuperación en relación con la acción sanitaria en las crisis. La OMS dirige el Grupo Orgánico de Salud del Comité Permanente entre Organismos de las Naciones Unidas. La OPS/OMS es el líder del Grupo Orgánico de Salud para el continente americano.
- La preparación es un requisito para cualquier respuesta eficaz a las emergencias. La creación de la capacidad nacional para la gestión de riesgos y la reducción de la vulnerabilidad exige lo siguiente: actividades de promoción de la causa; actualización de las políticas y leyes; capacitación; estructuras apropiadas; información científica, planes y procedimientos; recursos; y alianzas.
- Es preciso mejorar la respuesta de los países en los casos de emergencia en una amplia gama de esferas, que incluyen: la atención de víctimas en gran escala; el agua, el saneamiento y la higiene; la nutrición; la reacción ante los accidentes químicos y radiológicos; las enfermedades transmisibles y no transmisibles; la salud de la madre y del recién nacido; la salud mental; los suministros farmacéuticos; las tecnologías

sanitarias; la logística; los servicios de información sanitaria; y la restauración de la infraestructura sanitaria. Se necesitarán orientaciones y liderazgo técnicos firmes, así como una mejor coordinación para lograr que no haya limitaciones en esas esferas en emergencias futuras.

- Es preciso identificar a las personas idóneas con las aptitudes apropiadas inmediatamente después de un desastre. Cuanto más rápida sea la respuesta, mejor será el resultado. Es importante crear la capacidad nacional y elaborar un repertorio de expertos capacitados, a los que se pueda recurrir llegado el caso. Se deben acordar criterios y procedimientos para la colaboración de todos los sectores.
- Es necesario colaborar con socios de dentro y fuera del sector de la salud, entre ellos los gobiernos y la sociedad civil, organismos de las Naciones Unidas, así como con mecanismos y redes, para asegurar intervenciones oportunas y eficaces.
- Es necesario incorporar la gestión de desastres en la Oficina mediante la creación de capacidades técnicas y operacionales en toda la OPS/OMS para apoyar a los países en crisis, y en especial, para efectuar evaluaciones de salud, movilizar los recursos, coordinar la acción sanitaria, colmar lagunas, ofrecer orientación y vigilar los resultados de la acción humanitaria en relación con la salud y la nutrición de las poblaciones afectadas.
- Hay una proliferación de actores mundiales que trabajan en el campo de la reducción de desastres y respuesta, y cada uno de ellos tiene una capacidad organizada de respuesta y un mandato, que se ha traducido en la "internacionalización" de algunas emergencias que de otro modo, quizá, se hubieran manejado localmente.

PREMISAS Y RIESGOS

Premisa:

- La preparación para casos de desastre y la reducción de riesgos reciben un apoyo político decidido a todos los niveles. Todos los Estados Miembros se mantienen relativamente estables.

Riesgos:

- Las respuestas humanitarias plantean exigencias muy grandes en lo que se refiere al tiempo de los expertos y al apoyo administrativo. Los procedimientos de las organizaciones de las Naciones Unidas no son los más adecuados para las actividades de respuesta operacional sobre el terreno. Existe un riesgo concreto de distraer la atención del personal de la OPS de las prioridades de desarrollo debido a su participación en las actividades de respuesta a los desastres.
- Los grandes desastres ocurridos simultáneamente en varios países, como los que se produjeron durante las temporadas de huracanes fuertes en 2004 y 2005, influyen considerablemente en la ejecución del plan de trabajo del programa. Sin embargo, también brindan excelentes oportunidades para las nuevas ideas, el apoyo político y las iniciativas originales.
- La labor en la esfera de la preparación y respuesta ante las situaciones de emergencia puede entenderse equivocadamente como una responsabilidad más, de carácter secundario, respecto de las actividades normativas y de desarrollo habituales de la Organización.

RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

RPR N.º 5.1 Se habrán elaborado normas, se habrá creado capacidad y se habrá facilitado cooperación técnica a todos los Estados Miembros y los asociados para el desarrollo y el fortalecimiento de planes y programas de preparación para situaciones de emergencia en todos los niveles

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
5.1.1	Número de países en los cuales se elaboran y evalúan planes de preparativos (incluida la comunicación de riesgos) para casos de desastre en el sector de la salud.	23	30	35
5.1.2	Número de países en los que se han establecido planes integrales de atención de víctimas en gran escala.	14	16	22
5.1.3	Número de países que están elaborando y aplicando programas para reducir la vulnerabilidad de la infraestructura sanitaria, y la relacionada con el agua y el saneamiento.	9	20	30
5.1.4	Número de países que tienen un programa relativo a los desastres sanitarios dotado de personal de tiempo completo y un presupuesto destinado a ese fin.	10	11	15

RPR N.º 5.2 Se habrá prestado apoyo oportuno y apropiado a todos los Estados Miembros en materia de asistencia inmediata a la población afectada por una crisis.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
5.2.1	Proporción de situaciones de emergencia respecto de las cuales se realizan evaluaciones sanitarias y nutricionales.	40%	65%	85%
5.2.2	Número de programas regionales de capacitación sobre operaciones de respuesta ante situaciones de emergencia.	4	6	7
5.2.3	Proporción de situaciones de emergencia respecto de las cuales se han establecido intervenciones de salud materna, del recién nacido y del niño.	50%	75%	85%

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
5.2.4	Número de países donde la respuesta a emergencias se inicia en un plazo de 24 horas.	10/10	Por determinar basado en que ocurran emergencias	Por determinar basado en que ocurran emergencias

RPR N.º 5.3 Se habrán formulado normas, se habrá creado capacidad y se habrá facilitado cooperación técnica a los Estados Miembros para reducir los riesgos del sector de la salud en situaciones de desastre y lograr la recuperación más rápida posible de las poblaciones damnificadas.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
5.3.1	Proporción de evaluaciones de necesidades realizadas con posterioridad a un conflicto o a un desastre, que incluyen un componente sanitario atento a las cuestiones de género.	100%	100%	100%
5.3.2	Proporción de planes de acción humanitaria para las situaciones de emergencia complejas y de procedimientos de formulación de llamamientos unificados en los que se incluyen componentes sanitarios estratégicos y operacionales.	100%	100%	100%
5.3.3	Proporción de países en situaciones de transición o recuperación que se benefician de evaluaciones de necesidades y cooperación técnica en las esferas de la salud de la madre y el recién nacido, la salud mental y la nutrición.	100%	100%	100%

RPR N.º 5.4 Se habrá facilitado cooperación técnica coordinado a todos los Estados Miembros en todas las esferas técnicas, tales como las enfermedades transmisibles, la salud mental, los servicios de salud, la inocuidad de los alimentos y los problemas radiológicos, en respuesta a riesgos mas probables en materia de salud pública en relación con la preparación, la recuperación y la reducción de riesgos.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
5.4.1	Proporción de países afectados por situaciones de emergencia en los que se ha realizado una evaluación integral de los riesgos relacionados con las enfermedades transmisibles y en los que se ha elaborado y difundido a los organismos asociados un perfil epidemiológico y una carpeta de material.	90%	100%	100%
5.4.2	Proporción de situaciones provocadas por desastres naturales graves o conflictos en las que se ha activado un sistema de vigilancia y pronta alarma de enfermedades y se han llevado a cabo intervenciones de control de enfermedades transmisibles.	90%	100%	100%
5.4.3	Número de países donde la Oficina presta cooperación técnica coordinada según sea necesario en respuestas de emergencia (el universo de países varía por bienio sobre la base de las emergencias que ocurran).	10/10	Por determinar basado en las emergencias que ocurran	Por determinar basado en las emergencias que ocurran

RPR N.º 5.5 Se habrá facilitado apoyo a los Estados Miembros para fortalecer la preparación nacional y establecer mecanismos de alerta y respuesta para las situaciones de emergencia sanitaria relacionadas con la inocuidad de los alimentos y la salud ambiental.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
5.5.1	Número de países donde se han creado redes de expertos para dar respuesta a las situaciones de emergencia en la esfera de la salud pública relacionadas con la inocuidad de los alimentos y el medio ambiente.	8	10	15

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
5.5.2	Número de países que cuentan con planes nacionales de preparación y actividades de alerta y respuesta para las situaciones de emergencia sanitaria químicas, radiológicas y salud ambiental.	20	24	28
5.5.3	Número de países que cuentan con puntos focales para la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos y las situaciones de emergencia de salud ambiental.	28	29	32
5.5.4	Proporción de situaciones de emergencia sanitaria relacionadas con la inocuidad de los alimentos y la salud ambiental en las que se ha obtenido colaboración y asistencia intersectorial.	25%	65%	100%
5.5.5	Número de países que alcanzan un estado de preparación y mantienen reservas de los productos necesarios para dar una respuesta rápida frente a situaciones de emergencia químicas y radiológicas.	8	10	15

RPR N.º 5.6 Se habrán emitido comunicaciones eficaces, formado alianzas y se habrá mejorado la coordinación con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, gobiernos, organizaciones no gubernamentales locales e internacionales, instituciones académicas y asociaciones profesionales a nivel nacional, regional y mundial.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
5.6.1	Proporción de los países afectados en los cuales funciona el Grupo Orgánico de Salud de las Naciones Unidas.	40	40	40
5.6.2	Número de mecanismos y grupos de trabajo interinstitucionales relacionados con las situaciones de emergencia en los que la OPS/OMS participa activamente.	4	8	10
5.6.3	Proporción de desastres en los que los informes emanados de las Naciones Unidas y del país luego de un desastre incluyen información sanitaria.	100%	100%	100%

OBJETIVO ESTRATÉGICO 6

Promover la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir los factores de riesgo relacionados con las afecciones asociadas al consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, las dietas malsanas, la inactividad física y las prácticas sexuales de riesgo

Alcance

La labor correspondiente a este objetivo estratégico se centra en procesos y enfoques de promoción de la salud completos, integrales, multisectoriales y multidisciplinarios de todos los programas pertinentes de la OPS, la OMS y los países, y en la prevención y reducción de los principales factores de riesgo señalados.

INDICADORES Y METAS

- Proporción de los Estados Miembros que notifican una reducción de 10% en la tasa de prevalencia del consumo de tabaco. Meta: 50% de los Estados Miembros notifican una reducción de 10% para 2013.
- Número de Estados Miembros que han estabilizado o reducido el consumo nocivo de alcohol. Meta: aumento de 10% en el número de Estados Miembros que notifican una estabilización o reducción para 2013.
- Proporción de los Estados Miembros con una carga elevada de obesidad en los adultos que han estabilizado la prevalencia. Meta: 10% de los Estados Miembros con una carga elevada han estabilizado la prevalencia de la obesidad en los adultos para 2013.
- Proporción de los Estados Miembros que están recopilando información relativa a los principales factores de riesgo en la población (poco consumo de frutas y hortalizas, inactividad física, consumo de tabaco y abuso del alcohol) y datos antropométricos. Meta: 75% de los Estados Miembros recopilan información para 2013.
- Aumento de la proporción de los jóvenes que pueden describir correctamente al menos tres maneras de prevenir los efectos no deseados de las relaciones sexuales sin protección. Meta: aumento de 30% de los jóvenes de 15 a 24 años de edad en las Américas para 2013.

TEMAS Y DESAFÍOS

Según el Informe sobre la salud en el mundo 2002: "Reducir los riesgos y promover una vida sana",⁸ en 26 países de las Américas la mortalidad atribuible (número de defunciones por 1.000 habitantes), clasificada según los factores de riesgo y el sexo, es la siguiente:

⁸ En el Informe sobre la salud en el mundo 2002, de la OMS, se clasifica a los países en las categorías siguientes, según las tasas de mortalidad: A: tasas muy bajas de mortalidad infantil y de adultos; B: tasas bajas de mortalidad infantil y de adultos; C: tasas bajas de mortalidad infantil y tasas altas de mortalidad de adultos; D: tasas altas de mortalidad infantil y de adultos; E: tasas altas de mortalidad infantil y tasas muy altas de mortalidad de adultos. En las Américas, sólo Canadá, Cuba y Estados Unidos pertenecen a la categoría A; 26 países están en la categoría B; Bolivia, Ecuador, Guatemala, Haití, Nicaragua y Perú integran la categoría D. Ningún país de la Región se encuentra en las categorías C o E.

- a) Hombres
 - Alcohol (207)
 - Hipertensión (170)
 - Tabaco (163)
 - Sobrepeso (117)
 - Colesterol (88)
 - Consumo escaso de frutas y hortalizas (81)

- b) Mujeres
 - Hipertensión (162)
 - Sobrepeso (144)
 - Colesterol (79)
 - Consumo escaso de frutas y hortalizas (58)
 - Tabaco (58)
 - Inactividad física (55)

En los países más pobres de la Región (los de la categoría D del Informe sobre la salud en el mundo), la mortalidad atribuible de los hombres, clasificada según los factores de riesgo, es muy similar: alcohol (22%), hipertensión (20%) y prácticas sexuales de riesgo (17%). Para las mujeres, el orden es el siguiente: hipertensión (20%), sobrepeso (18%) y prácticas sexuales de riesgo (11%). En estos países, el peso inferior al normal contribuye a 14.000 defunciones en los hombres y 11.000 en las mujeres.

Los principales factores de riesgo abordados en este objetivo estratégico son responsables de más de 60% de la mortalidad y de al menos 50% de la carga de morbilidad en todo el mundo. Afectan especialmente a las poblaciones pobres de los países de ingresos bajos y medios. Aunque se ha hecho hincapié en el tratamiento de los efectos adversos de estos factores de riesgo, la prevención y la forma de modificar eficazmente los factores determinantes han recibido mucho menos atención.

El consumo de tabaco constituye la principal causa de muerte prevenible en el mundo entero, y en los países en desarrollo no menos de un 50% de las defunciones son atribuibles a esta causa. Todos los años ocasiona un millón de defunciones en la Región, y en el Cono Sur la tasa de mortalidad más elevada se origina en el hábito de fumar. El consumo de tabaco y la pobreza están estrechamente relacionados y las tasas de prevalencia son más elevadas entre los pobres. Afortunadamente, se dispone de medidas efectivas y costoeficaces para reducir el consumo de tabaco. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco es un tratado basado en datos probatorios que tiene por objeto reducir la carga de morbilidad y mortalidad atribuible al tabaquismo.

En el año 2000, el consumo de alcohol fue responsable de 4,8% de las defunciones y 9,7% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad en la Región. La mayor carga se registró en América Central y del Sur. Se estima que ese año el consumo de alcohol causó no menos de 279.000 defunciones. Las lesiones intencionales y no intencionales representaron cerca de 60% de todas las defunciones relacionadas con el consumo de alcohol y casi 40% de la carga de morbilidad por esa causa. La mayor carga de morbilidad afecta a los hombres (83,3%), mientras que 77,4% de la carga corresponde a la población de 15 a 44 años de edad y, por lo tanto, afecta principalmente a los jóvenes y adultos jóvenes, sobre todo en los años más productivos de su vida. En algunos países de la Región, el uso de drogas inyectables es una causa significativa de la rápida propagación de la infección por el VIH. Pese a la existencia de datos probatorios de que el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas constituye una gran carga para la salud y la sociedad, los recursos disponibles en la OPS y los países para

prevenir y tratar los trastornos atribuibles al consumo de sustancias son limitados, aunque la inversión de un dólar en prevención y tratamiento redonda en un ahorro de al menos siete dólares en costos sanitarios y sociales.

En América Latina y el Caribe se observa una disminución generalizada de la actividad física que es motivo de preocupación. Entre 30 y 60% de la población de América Latina y el Caribe no alcanza los niveles mínimos recomendados de actividad física. Esto se debe a la creciente urbanización, el transporte motorizado, las políticas de ordenación urbana que promueven el uso de automóviles en los suburbios y la falta de infraestructura para los peatones y los ciclistas.

La "transición nutricional" en la Región se caracteriza por el bajo consumo de frutas y hortalizas, granos enteros, cereales y legumbres. A esto se suma el elevado consumo de alimentos ricos en grasas saturadas, azúcares y sal, como la leche, la carne, los cereales refinados y los alimentos procesados. Estos hábitos alimentarios son un factor clave que lleva a un aumento de la prevalencia del exceso de peso y la obesidad. Los estudios de población en la Región indican que, en 2002, entre 50 y 60% de los adultos y entre 7 y 12% de los niños menores de 5 años de edad sufrían exceso de peso o eran obesos.

Las prácticas sexuales de riesgo contribuyen en gran medida a consecuencias negativas para la salud tales como los embarazos involuntarios, las infecciones de transmisión sexual (entre ellas la infección por el VIH y el sida) y otras consecuencias de carácter social, emocional y físico que se han subestimado considerablemente. Según los cálculos de la OMS, las prácticas sexuales de riesgo constituyen el segundo factor de riesgo para la salud a nivel mundial en los países con tasas de mortalidad elevadas. Todos los años quedan embarazadas involuntariamente 80 millones de mujeres en todo el mundo. De ellas, 46 millones optan por abortar y se notifican 340 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual y cinco millones de nuevas infecciones por el VIH. Muchas veces el comportamiento de riesgo no se produce en forma aislada. Por ejemplo, el consumo nocivo de alcohol y otras drogas y las prácticas sexuales de riesgo frecuentemente van de la mano. Muchos de estos comportamientos no son el resultado de una decisión personal sino el reflejo de las políticas, las normas sociales y culturales, las desigualdades y un bajo nivel de educación. Por ello, la OPS/OMS reconoce la necesidad de un enfoque de promoción de la salud completo e integrado y estrategias de prevención eficaces.

A pesar de que la carga mundial de mala salud asociada con los principales factores de riesgo es sustancial, se siguen centrando los esfuerzos en el control de la transmisión de las enfermedades infecciosas. Los países de las Américas deben hacer hincapié en la adopción de medidas contra los factores de riesgo asociados con las enfermedades no transmisibles, que se han convertido en la principal causa de morbilidad y muerte prematura en la Región.

Los Estados Miembros deben fomentar muy activamente la concientización y el compromiso político de actuar resueltamente en la promoción de la salud y los modos de vida sanos y prevenir y reducir la aparición de factores de riesgo.

Se necesitan con urgencia grandes inversiones adicionales en recursos financieros y humanos en todos los niveles de la OMS, la Región de las Américas y los Estados Miembros, con objeto de crear capacidad y fortalecer las intervenciones nacionales y mundiales.

ENFOQUES ESTRATÉGICOS

La adopción de un enfoque integrado con respecto a la promoción de la salud y la prevención y reducción de los principales factores de riesgo fortalecerá las sinergias, mejorará la eficacia general de las intervenciones y pondrá fin a los actuales enfoques verticales en materia de prevención de los factores de riesgo.

Para los países, es esencial adoptar medidas dirigidas a fortalecer las instituciones y la capacidad nacional de vigilancia, prevención y reducción de los factores de riesgo comunes y los problemas de salud conexos. Además, es preciso que los ministerios de salud asuman un importante papel de liderazgo y rectoría, a fin de lograr la participación eficaz de todos los sectores de la sociedad. Es primordial actuar a nivel multisectorial, ya que los principales factores determinantes de los factores de riesgo más importantes se sitúan fuera del sector sanitario.

Deben reforzarse considerablemente el liderazgo y la capacidad en materia de promoción de la salud, en consonancia con las crecientes necesidades y actividades de todos los programas de salud pertinentes. Es necesario aplicar las resoluciones aprobadas a nivel mundial (OMS, 2005), regional (OPS, 2001, y OPS, 2006) y subregional (REMSAA y RESSCAD, 2002) pues se trata de compromisos asumidos por los países, que incorporan tanto la Declaración de México como la Carta de Bangkok, respectivamente (véase el documento de promoción de la salud CD47/16, 2006).

Mediante la Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles, los Estados Miembros reconocen y respaldan la aplicación de enfoques integrales, en los que se emplea una combinación de estrategias para abordar los problemas de políticas, vigilancia, promoción de la salud y prevención, así como manejo integrado de los factores de riesgo. Estos enfoques requieren cambios a nivel de las personas, los hogares y la comunidad y serán sostenibles sólo si van acompañados de modificaciones ambientales, institucionales y de políticas. Un ejemplo de ello es la ejecución de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud.

Para apoyar los esfuerzos de los Estados Miembros, la Oficina aumentará en gran medida su presencia en los países y centrará la atención en lo siguiente:

- Ofrecer un liderazgo mundial y regional y llevar a cabo actividades de coordinación, comunicación, colaboración y fomento relacionadas con la promoción sanitaria, con miras a mejorar la salud, reducir las desigualdades sanitarias, controlar los principales factores de riesgo y contribuir a los objetivos nacionales de desarrollo.
- Proporcionar a los países políticas y estrategias que sean éticas y estén basadas en datos probatorios, así como orientaciones y apoyo técnico, para el desarrollo y mantenimiento de sistemas nacionales de vigilancia, seguimiento y evaluación, dando prioridad a los países con la mayor carga o a aquellos en los que esa carga esté aumentando.
- Impulsar el incremento de las inversiones en todos los niveles y crear capacidad interna en la OPS/OMS, especialmente en las oficinas subregionales y de país, para responder eficazmente a las necesidades de la Organización y de los Estados Miembros relativas a la promoción de la salud y la prevención o reducción de los factores de riesgo.
- Ayudar a los países a crear la capacidad nacional multisectorial necesaria para incorporar las perspectivas de género y equidad y reforzar los conocimientos y la competencia institucionales en relación con los principales factores de riesgo.
- Apoyar el establecimiento de asociaciones y alianzas multisectoriales en todos los Estados Miembros y desarrollar la colaboración internacional para la generación y difusión de los resultados de las investigaciones.
- Adoptar medidas eficaces para superar los obstáculos estructurales y de políticas, fortalecer la capacidad de los hogares y la comunidad, y asegurar el acceso a la educación y la información, con objeto de promover comportamientos sexuales seguros y atender las consecuencias de los comportamientos y las prácticas sexuales de riesgo.
- Llevar a cabo una acción eficaz de control del consumo de alcohol y los efectos perjudiciales conexos y proporcionar cooperación técnica directa para la elaboración, el examen y la evaluación de políticas relativas al consumo de alcohol que puedan tener el máximo impacto en la población.

- Proporcionar cooperación técnica directa para la aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, en colaboración con la secretaría permanente del Convenio, y hacer lo propio con los Estados que no son Partes del Convenio a fin de que puedan reforzar sus políticas de control del tabaco y adherirse al Convenio.
- Promover y preconizar las inversiones en la esfera de la planificación urbana en un marco de desarrollo urbano sostenible. Más concretamente, se deberá dar prioridad a las zonas donde se promuevan el aire puro, las caminatas y el ciclismo, se creen incentivos para los sistemas de transporte público de gran capacidad y la defensa de los espacios públicos, se desarrollen más espacios de recreación, se promueva la seguridad vial y se elimine el delito de las calles.
- Facilitar el desarrollo de un concepto común de la práctica basada en los datos probatorios y la necesidad de fortalecer la evaluación de la eficacia de la promoción de la salud.
- Brindar cooperación técnica directa para la ejecución de la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud de la OMS en los planos regional, subregional y nacional, en colaboración con agentes múltiples tales como los gobiernos, el sector de los deportes, la industria alimentaria y los medios de información pública.
- Proporcionar cooperación técnica directa para la aplicación de la Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles.

PREMISAS Y RIESGOS

La consecución de este objetivo estratégico se basa en las premisas siguientes:

- Que se realicen inversiones adicionales en recursos financieros y humanos a fin de crear la capacidad necesaria para promover la salud y prevenir los factores de riesgo.
- Que se establezcan alianzas eficaces y colaboraciones multisectoriales y multidisciplinarias en relación con las políticas, los mecanismos, las redes y las acciones en las que participen todos los actores a nivel nacional, regional e internacional.
- Que haya un compromiso con la adopción de políticas, planes y programas completos e integrados en los que se aborden factores de riesgo comunes y se reconozca que la aplicación de enfoques integrados de la prevención de los principales factores de riesgo produce una amplia gama de efectos beneficiosos para la salud.
- Que se aumenten las inversiones en investigación, sobre todo la que tenga por objeto determinar estrategias de prevención eficaces basadas en la población.

El logro de este objetivo estratégico puede verse afectado de manera negativa por los riesgos siguientes:

- Que el trabajo o la interacción con el sector privado presente riesgos relacionados con los intereses en pugna de las industrias, como las del tabaco, las bebidas alcohólicas, el azúcar, los alimentos procesados y las bebidas sin alcohol. Por ello es necesario cumplir en todos los casos las reglas que rigen esa interacción. Las mejoras en la salud pública son de importancia capital.
- Que la promoción de la salud y la prevención de los factores de riesgo se vean afectados en forma negativa por la poca importancia atribuida a esta cuestión y la consiguiente escasez de los recursos que les asignan la OMS, la Región y los países. Para reducir al mínimo este riesgo es indispensable preconizar permanentemente un aumento de las inversiones.
- Que la adopción de enfoques integrados para la prevención o reducción de los factores de riesgo también pueda poner en peligro la capacidad de la Organización y de los países para proporcionar conocimientos especializados sobre enfermedades y factores de riesgo

específicos a menos que se proteja la masa crítica de estos conocimientos y se obtenga el nivel de recursos necesario. Es preciso mantener recursos suficientes para los enfoques integrados y una masa crítica de conocimientos especializados en las principales esferas.

RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

RPR N.º 6.1 Se habrá facilitado a los países cooperación técnica y apoyo para desarrollar su capacidad de promoción de la salud en todos los programas pertinentes y establecer alianzas multidisciplinares multisectoriales, interinstitucionales, descentralizadas y eficaces, con miras a promover políticas públicas saludables y prevenir o reducir los principales factores de riesgo.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
6.1.1	Número de países que tienen políticas y planes de promoción de la salud con un presupuesto.	11	15	20
6.1.2	Número de países con una red de escuelas sanas (o su equivalente).	7	10	15
6.1.3	Número de países que promulgaron el marco conceptual de las ciudades sanas de la OPS/OMS.	0	2	5
6.1.4	Número de países que usan políticas basadas en datos probatorios para la promoción de la salud.	6	10	15
6.1.5	Número de subregiones que promueven las alianzas entre ministros de salud y de educación para fortalecer las redes de escuelas promotoras de la salud.	0	1	4
6.1.6	Red regional de municipios, ciudades y comunidades saludables que incorporan el marco conceptual de salud urbana y fomentan políticas públicas saludables.	0	1	1

RPR N.º 6.2 Se habrá proporcionado cooperación técnica para fortalecer los sistemas nacionales de vigilancia con un enfoque integrado de los principales factores de riesgo, elaborando, validando, promoviendo y fortaleciendo marcos, instrumentos y procedimientos operativos para los países.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
6.2.1	Número de países que han recibido apoyo y desarrollado y puesto en funcionamiento un mecanismo de vigilancia nacional utilizando el método Pan Am STEPs (enfoque progresivo panamericano de la vigilancia de los factores de riesgo de enfermedades crónicas) para la elaboración de informes periódicos sobre los principales factores de riesgo para la salud de los adultos.	6	10	20
6.2.2	Número de países que han recibido apoyo y desarrollado y puesto en funcionamiento un mecanismo de vigilancia nacional utilizando el método de las encuestas escolares de la salud de los alumnos (encuesta mundial sobre la salud escolar) para la elaboración de informes periódicos sobre los principales factores de riesgo para la salud de los jóvenes.	11	20	34
6.2.3	Base de datos regional sobre enfermedades no transmisibles y factores de riesgo.	Se ha formado y ha comenzado a funcionar el grupo de trabajo inteprogramático	Se ha desarrollado y probado una base de datos de demostración	Se han incluido todos los países de la red CARMEN

RPR N.º 6.3 Se habrán formulado políticas, estrategias, recomendaciones, normas y directrices que sean éticas y estén basadas en datos probatorios y se habrá facilitado apoyo técnico a los Estados Miembros que tengan una carga elevada o creciente de morbilidad y mortalidad asociada al consumo de tabaco, permitiéndoles fortalecer las instituciones a fin de abordar o prevenir problemas de salud pública conexos.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
6.3.1	Número de países que han aprobado leyes o su equivalente en relación con la prohibición de fumar en establecimientos de atención de salud y educación en consonancia con el Convenio Marco para el Control del Tabaco.	4	14	28
6.3.2	Número de países que han adoptado leyes o su equivalente en relación con la prohibición de la publicidad directa e indirecta de productos de tabaco en los medios de difusión nacionales, en consonancia con el Convenio Marco para el Control del Tabaco.	0	5	10
6.3.3	Número de países que han adoptado leyes o su equivalente en relación con las advertencias sanitarias en los productos de tabaco en consonancia con el Convenio Marco para el Control del Tabaco.	8	21	28
6.3.4	Número de países que cuentan con datos comparables sobre la prevalencia del consumo de tabaco en el país, desglosados por edad y sexo.	33/36	35/36	35/36
6.3.5	Sistema regional de vigilancia del tabaco con datos comparables sobre la prevalencia, desglosados por edad y sexo.	0	1	1
6.3.6	Número de países que han establecido o reforzado un mecanismo de coordinación o un punto focal nacional para el control del tabaco.	18	20	28

RPR N.º 6.4 Se habrán formulado políticas, estrategias, recomendaciones, normas y directrices que sean éticas y estén basadas en datos probatorios y se habrá facilitado apoyo técnico a los Estados Miembros que tengan una carga elevada o creciente de enfermedad o muerte asociada con el consumo de alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, permitiéndoles fortalecer las instituciones a fin de combatir o prevenir problemas de salud pública conexos.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
6.4.1	Número de países que han recibido apoyo y desarrollado políticas, planes, actividades de promoción y programas para prevenir los problemas de salud pública causados por el consumo de alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas.	11	13	20
6.4.2	Número de políticas, estrategias, recomendaciones, normas y directrices proporcionadas a los Estados Miembros para prevenir y reducir los problemas de salud pública causados por el consumo de alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas.	3	6	9
6.4.3	Se han establecido y se mantienen sistemas de información para la ejecución y evaluación de políticas, estrategias, recomendaciones, normas y directrices mundiales para reducir o prevenir los problemas de salud pública causados por el consumo de alcohol, drogas ilícitas y otras sustancias psicoactivas.	En desarrollo	Sistemas de información instituidos	Sistemas de información instituidos

RPR N.º 6.5 Se habrán formulado políticas, estrategias, recomendaciones, normas y directrices que sean éticas y estén basadas en datos probatorios y se habrá facilitado apoyo técnico a los Estados Miembros que tengan una carga elevada o creciente de enfermedad o muerte asociada con la alimentación malsana y la inactividad física, permitiéndoles fortalecer las instituciones a fin de combatir o prevenir los problemas de salud pública conexos.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
6.5.1	Número de países que han elaborado directrices nacionales para promover un régimen alimentario saludable y la actividad física, incluida la estrategia de régimen alimentario y actividad física.	8	10	20
6.5.2	Número de países (con ciudades de más de 500.000 habitantes) que han iniciado o establecido sistemas de transporte rápido de gran capacidad.	7	12	25
6.5.3	Número de países (con ciudades de más de 500.000 habitantes) que han iniciado o establecido programas de combustibles poco contaminantes en el transporte.	3	7	20
6.5.4	Número de países (con ciudades de más de 500.000 habitantes) que han iniciado o establecido programas de entornos más seguros para los peatones, ciudades provistas de ciclovías y lucha contra la delincuencia.	7	30	40
6.5.5	Número de países que han puesto en marcha políticas dirigidas a eliminar progresivamente las grasas con isómeros trans y han celebrado acuerdos con la industria alimentaria para reducir el azúcar, la sal y las grasas en los alimentos procesados.	4	15	30
6.5.6	Número de países que han puesto en marcha políticas dirigidas a eliminar la comercialización y la publicidad directa dirigida a los niños menores de 12 años.	2	7	12
6.5.7	Número de países que han puesto en marcha políticas dirigidas a implementar programas para aumentar el consumo de productos lácteos de bajo contenido de grasas, pescado, frutas y hortalizas.	10	20	30

RPR N.º 6.6 Se habrán formulado políticas, estrategias, intervenciones, recomendaciones, normas y directrices que sean éticas y estén basadas en datos probatorios y se habrá facilitado apoyo técnico a los Estados Miembros con objeto de promover prácticas sexuales más seguras y fortalecer las instituciones a fin de abordar y manejar las consecuencias sociales e individuales de las prácticas sexuales de riesgo.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
6.6.1	Se han formulado directrices sobre los factores determinantes y las consecuencias de las prácticas sexuales de riesgo, con objeto de determinar cuáles son las intervenciones eficaces y formular directrices en consecuencia.	No disponible	Investigaciones realizadas sobre los factores determinantes y las consecuencias de las prácticas sexuales de riesgo con objeto de elaborar tres directrices basadas en datos probatorios dirigidas a promover un comportamiento sexual sin riesgos	Tres directrices nuevas o adaptadas, validadas y aplicadas en 10 países con el apoyo técnico de la OMS/OPS
6.6.2	Número de países que han recibido apoyo y puesto en marcha o ejecutado intervenciones nuevas o mejoradas a nivel individual, familiar y comunitario para promover un comportamiento sexual sin riesgos.	5	10	10

OBJETIVO ESTRATÉGICO 7

Abordar los determinantes sociales y económicos subyacentes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad sanitaria e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos

Alcance

Este objetivo estratégico se centra en el desarrollo y el fomento de la acción intersectorial en los factores sociales y económicos determinantes de la salud, entendiéndose que dicha acción consiste en mejorar la equidad sanitaria abordando las necesidades de los grupos pobres, vulnerables y excluidos. Este enfoque pone de relieve las relaciones entre la salud y diversos factores sociales y económicos tales como la educación, la vivienda, el trabajo y la condición social. En la región, los factores sociales determinantes de la salud deben abordarse en relación con los ODM y requieren la elaboración de políticas y programas que sean éticamente correctos, sensibles a las desigualdades de género, eficaces para atender las necesidades de la población pobre y de otros grupos vulnerables, y coherentes con los convenios y las normas internacionales y regionales en materia de derechos humanos.

INDICADORES Y METAS

- Número de países con indicadores sanitarios nacionales desglosados por sexo y edad y al menos otros dos factores determinantes (etnia, lugar de residencia o condición socioeconómica) disponibles para la investigación exploratoria. Meta: para 2013, al menos 15 países.
- Número de países que han establecido indicadores sociales y económicos de las condiciones propicias para la salud, desglosados por sexo, raza o etnia y lugar de residencia (por ejemplo, niveles de instrucción, producción agropecuaria, infraestructura, condiciones de vivienda y empleo, actos delictivos o violentos, desarrollo comunitario e ingresos familiares). Meta: para 2013, 15 países. En América Latina y el Caribe, 15 países han realizado censos entre 2000 y 2005 validados por CELADE; en esos países se desglosarán los datos.
- Número de países que han formulado políticas y planes de trabajo para sectores prioritarios que no están relacionados con la salud (por ejemplo, agricultura, energía, educación, finanzas, transporte) en los cuales se han incorporado metas sanitarias. Meta: para 2013, 10 países.
- Número de países que cuentan con políticas, planes, programas, leyes y mecanismos nacionales de protección (por ejemplo, constitución nacional y estrategias del sector de la salud) relacionados con la salud que abordan e incorporan explícitamente la equidad de género, así como la equidad étnica y socioeconómica y los derechos humanos, en su formulación y aplicación, en consonancia con los convenios y normas internacionales y regionales en materia de derechos humanos. Meta: para 2013, 15 países
- Número de países que han realizado intervenciones cruciales para atender las necesidades de las comunidades más pobres y vulnerables en el marco de la iniciativa "Rostros, Voces y Lugares" de los ODM a fin de avanzar en la consecución de estos

objetivos en el marco de los factores sociales determinantes de la salud. Meta: para 2013, 10 países.

TEMAS Y DESAFÍOS

La equidad sanitaria es una meta fundamental respaldada por los Estados Miembros de la OPS/OMS. En los últimos decenios, las disparidades a este respecto entre países y entre grupos sociales dentro de los países se han acrecentado, a pesar de los progresos médicos y tecnológicos. La OPS/OMS y otros actores de los sectores de la salud y el desarrollo han hecho de la lucha contra las inequidades en materia de salud una de sus prioridades más importantes y se han comprometido a apoyar a los países mediante una acción más eficaz encaminada a atender las necesidades sanitarias de los grupos vulnerables (Informe sobre la salud en el mundo 2003, 2004 y 2006). Para alcanzar este objetivo será necesario ocuparse de los factores sociales y económicos que determinan las oportunidades de salud de la población. A fin de efectuar un progreso sustancial en lo que se refiere a la equidad sanitaria es indispensable adoptar un enfoque intersectorial, aunque a veces ello sea difícil desde el punto de vista político. Los ODM ponen de relieve el carácter profundamente interrelacionado de los procesos relativos a la salud y el desarrollo económico, la necesidad de coordinación entre múltiples sectores para alcanzar los objetivos sanitarios y la importancia de abordar los problemas de la pobreza, la desigualdad de género y la desigualdad racial o étnica).

Esta situación plantea dificultades para los ministerios de salud, que deben trabajar con medios innovadores con el propósito de fomentar la colaboración intersectorial. Ello significa también actuar sobre los factores sociales y económicos determinantes de la salud y su relación con los ODM y armonizar programas sanitarios clave orientados a sectores específicos a fin de responder mejor a las necesidades de las poblaciones vulnerables. Entre los medios eficaces para obtener mayores beneficios sanitarios para los grupos vulnerables cabe señalar la integración en las políticas y programas del sector de la salud de enfoques encaminados a mejorar la equidad, favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género, multiculturales y correctos desde el punto de vista racial y étnico. La ley de derechos humanos, consagrado en convenios y normas internacionales y regionales en materia de derechos humanos, ofrece un marco conceptual y jurídico unificador de estas estrategias y normas en el cual se puede evaluar el éxito y aclarar la rendición de cuentas y las responsabilidades de los distintos interesados directos.

Los desafíos fundamentales para lograr lo antedicho comprenden: 1) el desarrollo de suficiente pericia con respecto a los factores sociales y económicos determinantes de la salud y su relación con los ODM, así como los relativos a la ética y los derechos humanos en los planos mundial, regional y nacional, para ayudar a los Estados Miembros a recopilar y utilizar datos pertinentes y a actuar con un criterio intersectorial; 2) velar por que todas las áreas técnicas de la sede de la Oficina Sanitaria Panamericana reflejen las perspectivas de los factores sociales y económicos determinantes (incluidos el género y la pobreza), la ética y los derechos humanos en sus programas y su trabajo normativo; y 3) adoptar el método correcto para medir los efectos. Este último desafío es especialmente importante ya que los resultados consistentes en una mayor equidad e igualdad sanitaria con respecto a los grupos más vulnerables pocas veces se pondrán rápidamente de manifiesto o serán fáciles de atribuir a intervenciones determinadas. Se necesitan modalidades distintivas de evaluación de los procesos, es decir, de la manera en que se formulan, verifican y aplican las políticas e intervenciones. Hay que determinar si las medidas adoptadas son eficaces para producir cambios, en vez de medir los resultados sanitarios propiamente dichos. La relación del sector de la salud en conjunto con otras partes del gobierno y la sociedad es también un indicador importante.

ENFOQUES ESTRATÉGICOS

Los factores estructurales determinantes de la salud abarcan el contexto político, económico y tecnológico, las pautas de estratificación social por factores diferenciadores tales como la situación laboral, los ingresos, la educación, la edad, el sexo y la etnia, el sistema jurídico y las políticas públicas en distintas esferas de la salud. Es, pues, indispensable fomentar la colaboración entre sectores.

Para alcanzar este objetivo estratégico, es necesaria una coherencia política entre todos los ministerios, basada en un enfoque del gobierno en conjunto que coloque la salud como meta común de los diversos sectores y componentes sociales, a la luz de una responsabilidad compartida, a fin de asegurar el derecho de todos al goce del grado máximo de salud que pueda lograrse en consonancia con las obligaciones internacionales y regionales de los Estados Miembros de la OPS bajo la ley internacional de los derechos humanos.

En las estrategias y planes nacionales deberían tenerse en cuenta todas las formas de desventajas y vulnerabilidad sociales que tengan repercusiones en la salud, y se debería fomentar la participación de la sociedad civil y los interesados pertinentes; por ejemplo, mediante iniciativas comunitarias. Los principios, las normas y los criterios de derechos humanos y ética deben guiar el proceso de formulación de políticas a fin de velar por la equidad, la capacidad de respuesta, la gestión responsable y la coherencia de las políticas y programas relacionados con la salud, al tiempo que se supera la exclusión social.

Para corregir las causas profundas de las inequidades, la discriminación y la desigualdad con respecto a los grupos más vulnerables en la esfera de la salud será necesaria una coordinación integrada tanto de la Oficina como de los Estados Miembros a fin de lograr la incorporación de perspectivas de género, raciales y multiétnicas, así como perspectivas relacionadas con la pobreza, la ética y los derechos humanos, en la elaboración de directrices sanitarias, la formulación de políticas y la ejecución de programas.

Los enfoques estratégicos de la Oficina en América Latina y el Caribe son los siguientes:

- Desarrollar bases de datos nacionales y subnacionales, desglosados por sexo y etnia, sobre los factores sociales determinantes de la salud y los derechos humanos que influyen en la calidad de vida y el bienestar de los ciudadanos.
- Crear un observatorio social para estudiar y poner de relieve las discrepancias sociales.
- Fomentar el diálogo social y el consenso sobre los factores determinantes de la salud y la generación de políticas públicas por medio del Foro Social de Salud.
- Promover la creación de alianzas estratégicas intersectoriales y la formulación de políticas sociales orientadas a una reducción de las inequidades sociales, económicas y culturales a fin de aumentar las inversiones sociales y movilizar recursos para promover adelantos sostenibles en la salud desde el punto de vista del desarrollo local.
- Establecer una base regional de datos probatorios sobre la eficacia de las políticas sociales sobre la mejora de la salud y el bienestar, haciendo hincapié en los determinantes sociales de la salud.

PREMISAS Y RIESGOS

Las principales premisas en que se basa este objetivo estratégico son:

- Que en muchos entornos, los ministerios de salud, provistos de información adecuada y respaldo político y técnico, estén dispuestos a asumir el liderazgo para abordar los factores determinantes de la salud más amplios, y en condiciones de hacerlo, adoptando un enfoque de la salud "del gobierno en conjunto".
- Que en la OPS/OMS y las oficinas de país se logre un apoyo sostenido a la incorporación de los factores sociales determinantes de la salud (en relación con los ODM, la igualdad de género, los problemas relativos a la multietnicidad y los derechos humanos) en la cooperación técnica y los diálogos sobre políticas de la Organización con los Estados Miembros, en consonancia con los instrumentos y normas internacionales en materia de derechos humanos.
- Que en muchos países, los encargados de formular y ejecutar los programas de salud estén dispuestos a incorporar en sus programas, y en condiciones de hacerlo, estrategias encaminadas a mejorar la equidad, favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género, multiétnicas y basadas en los derechos humanos, pese a las dificultades de orden técnico y político que ello implica.

Los riesgos clave para el progreso en la consecución de este objetivo estratégico son los siguientes:

- Que no haya un consenso efectivo entre las partes interesadas de cada país, incluidas las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, otros colaboradores internacionales y organizaciones no gubernamentales, en relación con las políticas y el marco de acción.
- Que la inversión de los gobiernos nacionales sea insuficiente para lograr que se apliquen efectivamente los tratados, las declaraciones, las directrices y las normas en materia de derechos humanos.
- Que no se disponga ampliamente de análisis de los aspectos económicos, así como de género, multietnicidad y pobreza.

RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

RPR N.º 7.1 Se habrá reconocido en toda la Organización la importancia de los determinantes sociales y económicos de la salud y éstos se habrán incorporado en el trabajo normativo y la colaboración técnica con los Estados Miembros y otros colaboradores.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
7.1.1	Número de países que han ejecutado estrategias nacionales para poner en práctica las principales recomendaciones de políticas de la Comisión Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud.	2/12	7/12	12/12

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
7.1.2	Número de países cuyos documentos relativos a la estrategia de cooperación de la OPS/OMS en los países incluyen estrategias explícitas para abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud en los planos nacional y local.	0/12	5/12	12/12
7.1.3	La OPS tiene un plan regional de salud pública para actuar sobre los factores sociales y económicos determinantes de la salud.	0	1	1
7.1.4	Número de subregiones que están adoptando medidas para fortalecer los enfoques integrados de los factores determinantes de la salud y la política social.	0	1	4
7.1.5	Número de países que han recibido apoyo para crear capacidad a fin de adoptar medidas con respecto a los factores determinantes de la salud y la política social.	0	11	40
7.1.6	Se ha elaborado un modelo regional para promover el poder de decisión de las comunidades, alianzas intersectoriales y políticas sociales a nivel local tomando como punto de partida los entornos saludables (hogares, escuelas, municipios).	0	1	1

RPR N.º 7.2 La OPS/OMS habrá tomado la iniciativa de ofrecer oportunidades y medios de colaboración intersectorial en los planos nacional e internacional para abordar los determinantes sociales y económicos de la salud y alentar la reducción de la pobreza y el desarrollo sostenible.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
7.2.1	Número de países donde las políticas públicas están dirigidas a los factores sociales y económicos determinantes de la salud con un criterio intersectorial e interprogramático.	0/12	7/12	12/12
7.2.2	Número de foros subregionales organizados para los actores pertinentes sobre acciones intersectoriales para abordar los factores determinantes de la salud, la política social y la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.	0	1	3

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
7.2.3	Número de herramientas elaboradas y difundidas para evaluar las repercusiones en la salud y la equidad sanitaria de los sectores que no están relacionados con la salud (como la iniciativa Rostros, Voces y Lugares).	1	1	3
7.2.4	Número de países que han puesto en marcha la iniciativa Rostros, Voces y Lugares en al menos uno de sus municipios más pobres.	8	10	15

RPR N.º 7.3 Se habrán recogido, cotejado y analizado datos sociales y económicos pertinentes para la salud en forma desglosada (por sexo, edad, etnia, ingresos y estado de salud, como enfermedad o discapacidad).

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
7.3.1	Número de países que cuentan con datos sanitarios de buena calidad suficientemente desglosados y de calidad suficiente para evaluar la equidad sanitaria entre los principales grupos de la población y darle seguimiento.	8	15	36
7.3.2	Número de mecanismos institucionales instalados en los países, con el apoyo de la OPS, para desarrollar o apoyar la promoción y el seguimiento de la equidad de género en materia de salud.	8	10	13
7.3.3	Número de países que tienen al menos una política nacional en materia de equidad sanitaria que incluye un análisis de datos desglosados.	Por determinar	Por determinar	Por determinar
7.3.4	Número de países con un programa nacional de equidad en salud que usa datos desglosados.	0	3	6

RPR N.º 7.4 Se habrán promovido enfoques de la salud éticos y basados en los derechos, tanto en la OPS/OMS como en los niveles nacional, regional y mundial.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
7.4.1	Número de países que utilizan 1) normas y pautas internacionales y regionales en materia de derechos humanos y 2) instrumentos y documentos de orientación elaborados por la OPS/OMS para examinar o formular leyes, políticas o planes nacionales que fomenten la salud y reduzcan las desigualdades y la discriminación en esta esfera.	9	10	18
7.4.2	Número de países que utilizan instrumentos y documentos de orientación elaborados para los Estados Miembros y otros actores sobre el uso de análisis de ético para mejorar las políticas de salud.	Por determinar	Por determinar	Por determinar

RPR N.º 7.5 Se habrá incorporado el análisis de género y etnicidad tanto como acciones receptivas en la labor normativa de la OPS/OMS y se habrá proporcionado cooperación técnica a los Estados Miembros para la elaboración de políticas y programas que tengan en cuenta las cuestiones de género y etnicidad.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
7.5.1	Número de publicaciones que contribuyen a reunir datos probatorios sobre las repercusiones de la equidad de género, étnica y racial en la salud y en las estrategias eficaces para abordarla.	8	12	16
7.5.2	Número de instrumentos y documentos de orientación preparados para los Estados Miembros sobre el empleo de los análisis de género, étnicos y raciales en el ámbito de la salud.	0	1	2
7.5.3	Número de Representaciones que incluyen resultados previstos, indicadores y recursos presupuestarios específicos para la aplicación de la Política en Materia de Igualdad de Género y Etnias en sus planes de trabajo bienales.	4	9	15

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
7.5.4	Número de entidades (áreas técnicas y Representaciones de la OPS/OMS) cuyo programa bienal de trabajo incluye consideraciones de género, étnicas y raciales, según corresponda.	Por determinar	40/80	80/80
7.5.5	Número de subregiones que aplican la Política en Materia de Igualdad de Género de la OPS en su plan de trabajo bienal.	0	1	4
7.5.6	Número de subregiones que tienen un análisis de la situación sanitaria de las etnias.	0	1	3
7.5.7	Número de instrumentos conceptuales metodológicos validados y generalizados que se han elaborado para aplicar la Política en Materia de Igualdad de Género.	10	13	16
7.5.8	Número de países con planes nacionales para mejorar específicamente la salud de grupos étnicos/raciales.	11/21	13/21	19/21
7.5.9	Número de subregiones que están trabajando a través de planes y programas de salud para mejorar la salud de grupos étnicos/raciales en el marco de los factores sociales determinantes de la salud y los ODM.	0/3	1/3	2/3
7.5.10	Número de unidades en las oficinas regionales y subregionales que han incorporado la perspectiva étnica y racial en su plan de trabajo bienal.	7	10	19
7.5.11	Porcentaje de los documentos técnicos producidos para los Cuerpos Directivos relacionados con los ODM que incluyen la perspectiva étnica y racial.	20%	50%	70%

OBJETIVO ESTRATÉGICO 8

Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud

Alcance

Las actividades relacionadas con este objetivo estratégico se centran en lograr ambientes humanos seguros, sostenibles y propicios para la salud, protegidos de peligros de origen social, biológico, químico y físico, y promover la seguridad de las personas y la justicia ambiental de los efectos adversos de las amenazas mundiales y locales.

INDICADORES Y METAS

- Proporción de la población urbana y rural con acceso a mejores fuentes de agua y sistemas de saneamiento más adecuados. Meta: conforme a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, para 2013, 96,2% de la población urbana y 76,9 % de la población rural tendrá acceso a mejores fuentes de agua potable (puntos de partida calculados para 2002: 95 y 69%, respectivamente); para 2013, 90,1% de la población urbana y 48% de la población rural tendrá acceso a mejores sistemas de saneamiento (puntos de partida calculados para 2002: 84 y 44%, respectivamente).
- Carga de morbilidad medida en años de esperanza de vida perdidos como consecuencia de intoxicaciones debidas a riesgos ambientales. Meta: para 2013, 46% de los adultos y 60% de los niños (puntos de partida calculados para 2002: 68 y 85%, respectivamente).
- Carga de morbilidad de determinados riesgos ocupacionales, medida como porcentaje de los trabajadores de salud que contraen infecciones por el virus de la hepatitis B como consecuencia del manejo incorrecto de jeringas. Meta: para 2013, aproximadamente 20% (punto de partida calculado para 2002: 40%).
- Proporción de la población con acceso a los servicios de información toxicológica. Meta: para 2013, 60% de los países (punto de partida calculado para 2006: 35%).
- Carga de morbilidad de las enfermedades diarreicas en los niños con causas ambientales. Meta: para 2013, reducción de la carga de enfermedad de las enfermedades diarreicas a 84% (punto de partida calculado para 2002: 94%).

TEMAS Y DESAFÍOS

Los riesgos ambientales y ocupacionales contribuyen en gran proporción a la morbilidad y la mortalidad en la Región, pero pocos países tienen políticas integrales para realizar análisis y establecer políticas públicas para afrontarlos. Los procesos modernos de producción introducen en la Región nuevos riesgos sanitarios de origen químico, físico y biológico, o agravan los que ya existían. Los países carecen de políticas de desarrollo urbano que promuevan la salud, la equidad

social y la justicia ambiental. Estos riesgos afectan no solo a la generación actual, sino también a las generaciones futuras, pues tienen efectos a largo plazo en la salud.

Si el sector sanitario no actúa sobre los peligros ambientales actuales para la salud, la rapidez de los cambios en los modos de vida, la urbanización creciente, la producción y el consumo de energía, el cambio climático y las presiones sobre los ecosistemas podrían tener consecuencias incluso mayores para la salud pública y el gasto sanitario tanto a corto como a largo plazo. Para que el sector de la salud lleve a cabo una acción eficaz, es preciso reducir los riesgos en los sectores y entornos donde se producen: el hogar, la escuela, el lugar de trabajo, las ciudades y sectores como el de la energía, el transporte, la industria, la agricultura y ganadería, el agua, el saneamiento y los desechos sólidos.

Los sistemas de salud necesitan con urgencia nueva información acerca de las repercusiones epidemiológicas de los riesgos ambientales clave y su prevención, y deben contar con instrumentos para efectuar intervenciones primarias. En medida creciente se pide a los encargados de la formulación de políticas sanitarias que participen en los foros de desarrollo económico y de políticas, cuyas decisiones tienen consecuencias profundas y duraderas en la contaminación, la diversidad biológica, los ecosistemas y, en consecuencia, en la salud ambiental. Así, muchos profesionales de la salud, capacitados en el tratamiento de personas, deben estar mejor equipados con conocimientos y métodos para realizar el seguimiento de y sintetizar datos sanitarios y ambientales, y orientar activamente las estrategias de protección, prevención y sensibilización del público, y responder a situaciones de emergencia.

Aunque el sector de la salud no puede aplicar políticas de desarrollo por su cuenta, sí puede facilitar datos epidemiológicos, así como los instrumentos, métodos y orientaciones necesarios para evaluar los efectos del desarrollo sobre la salud y formular políticas o estrategias más sanas. Al mismo tiempo, se debe concientizar a los sectores que no están relacionados con la salud sobre los peligros en ese ámbito a fin de que estén informados y en condiciones de actuar. Para ello es preciso fomentar la realización de evaluaciones integradas y la formulación de políticas intersectoriales, reuniendo en torno a una misma mesa a los actores del sector sanitario y de otros sectores.

Más de 5 millones de niños mueren todos los años de enfermedades relacionadas con el medio ambiente y de afecciones tales como diarrea, enfermedades respiratorias, malaria y lesiones no intencionales. Asimismo, millones de niños se ven debilitados por estas enfermedades o viven con enfermedades crónicas vinculadas con su entorno, que van desde alergias hasta discapacidades mentales y físicas. Estos sufrimientos no son inevitables. La mayoría de las enfermedades y defunciones relacionadas con el medio ambiente pueden prevenirse aplicando estrategias y herramientas eficaces, de bajo costo y sostenibles.

América Latina es una de las zonas del mundo de mayor consumo de plaguicidas. Por ejemplo, Centroamérica importa 1,5 kg de plaguicidas por habitante, cifra 2,5 veces superior al promedio mundial. En muchos países de América Latina todavía se importan plaguicidas prohibidos. Se necesitan leyes nacionales e internacionales más estrictas e intervenciones integrales.

Se están reconociendo en medida creciente los efectos nocivos para la salud de los contaminantes orgánicos persistentes y los metales pesados, como el plomo, el mercurio y otros. Sin embargo, no hay ningún sistema de información que permita analizar los riesgos y difundir conocimientos sobre la identificación, el control o la eliminación de estos riesgos.

El cambio climático y otros riesgos mundiales se suman a la carga de morbilidad actual. Entre sus consecuencias cabe mencionar un aumento de los riesgos actuales para la salud, que van desde

cambios de los perfiles nutricionales y la escasez de agua hasta enfermedades de transmisión vectorial.

El escape accidental y el uso deliberado de agentes biológicos y químicos o de material radiactivo requieren sistemas eficaces de prevención, vigilancia y respuesta a fin de contener o mitigar sus efectos perjudiciales para la salud.

El consumo de productos ha cambiado en la Región y en muchos casos suscita nuevos riesgos para la salud. La principal herramienta para responder a los problemas sanitarios de los consumidores ha sido la revisión de los procedimientos de vigilancia y reglamentación sanitaria en la Región.

Se calcula que, en América Latina, todos los años se producen 5 millones de accidentes de trabajo, de los cuales 90.000 son mortales, lo que equivale a 300 defunciones diarias.

El reto para los gobiernos locales es encontrar soluciones apropiadas, higiénicas y racionales para las 360.000 toneladas de basura que se producen a diario en América Latina. Aunque la cobertura de los servicios de abastecimiento de agua ha llegado a 90,3%, y 84,6% de la población de América Latina dispone de agua potable (datos de 2004), las poblaciones más vulnerables, que viven en zonas rurales y barrios pobres urbanos, carecen de acceso a este recurso.

Las barreras de carácter político, legislativo e institucional que obstaculizan el mejoramiento de las condiciones ambientales son muchas y en varios países todavía faltan recursos humanos con una especialización adecuada en evaluaciones y gestión de riesgos. Por ese motivo, muchas veces las autoridades sanitarias nacionales y locales no pueden colaborar con otros sectores socioeconómicos en los que es preciso adoptar medidas de protección de la salud. El Programa 21, aprobado en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (Río de Janeiro, 1992), el Plan de Aplicación de las Decisiones de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible (Johannesburgo, 2002) y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) constituyen el marco internacional de políticas necesario para la acción.

Por medio de una alianza estratégica con las esferas de la educación y el trabajo, los ministros de salud y medio ambiente, reunidos en Mar del Plata en junio de 2005, acordaron un plan de acción conjunto relativo a la salud y el medio ambiente. En el marco de este plan se elaborarán programas estratégicos en respuesta a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, con tres prioridades fundamentales: el manejo integrado de los recursos hídricos y los desechos, el manejo racional de los productos químicos y la salud ambiental de los niños. Todos los ministros señalaron la necesidad urgente de que la OPS, la Organización de los Estados Americanos y el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente trabajen mancomunadamente en estos temas. La OPS asumirá el liderazgo en la esfera de la salud ambiental con respecto a los niños, como estrategia integrada para alcanzar los ODM.

ENFOQUES ESTRATÉGICOS

- Mejorar el desarrollo, la capacitación y la disponibilidad de recursos humanos técnicos.
- Obtener y mejorar métodos para la evaluación y la gestión de riesgos y los servicios de prevención.
- Actualizar los procedimientos normativos y reglamentarios.
- Establecer sistemas de información para identificar, analizar, vigilar y controlar los riesgos ambientales y ocupacionales.

- Promover el uso adecuado de la tecnología para mejorar la sensibilidad y especificidad de la vigilancia ambiental.
- Crear y fortalecer las redes intersectoriales e interinstitucionales para forjar alianzas estratégicas entre la salud, el medio ambiente, la educación y el trabajo.
- Crear una red de salud ambiental en relación con los niños como estrategia para ayudar a los países a alcanzar los ODM.
- Mejorar el registro de datos y los sistemas de formulación de indicadores.
- Promover los proyectos de investigación.
- Llevar a cabo la cooperación técnica con la participación de centros de excelencia y redes de varios sectores, a fin de promover la integración interprogramática e interinstitucional.

PREMISAS Y RIESGOS

La consecución de este objetivo estratégico se basa en las premisas siguientes:

- Que el personal del sector de la salud esté tomando cada vez más conciencia de que la carga de morbilidad asociada a los riesgos de salud ambiental está aumentando, según los datos probatorios más recientes.
- Que los encargados de adoptar decisiones (por ejemplo, los encargados de la formulación de políticas, los bancos y las organizaciones de la sociedad civil) en los sectores de la economía que mayor incidencia tienen en la salud pública den prioridad en medida creciente a la salud y que, en los procesos de adopción de decisiones, asignen un lugar central a los costos y beneficios sanitarios de sus actos.
- Que los socios en el desarrollo (centros colaboradores, organismos de cooperación, fundaciones, países beneficiarios y bancos) reconozcan cada vez más que reducir los riesgos ambientales para la salud contribuye en grado sumo a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio pertinentes.
- Que, en el contexto de la reforma del sistema de las Naciones Unidas, el entorno siga siendo favorable para que la OMS/OPS asuma un liderazgo mayor en el mundo en materia de salud pública y medio ambiente, dando a la salud un lugar más explícito en la respuesta humanitaria y las metas de sostenibilidad ambiental y desarrollo económico.

Los riesgos de la salud ambiental son principalmente consecuencia de actividades de sectores que no están relacionados con el sanitario, razón por la cual su reducción exige una intervención que no se limita al control directo del sector sanitario. Por lo tanto, este último debe ejercer una influencia en esos otros sectores para que presten más atención a la salud ambiental, y esa influencia debe ser suficiente para lograr los cambios deseados. En ese contexto, los riesgos que podrían dificultar el logro de este objetivo estratégico son:

- Que las expectativas de otros sectores con respecto a la posibilidad de obtener resultados rápidamente y reducir los riesgos de la salud ambiental superen la capacidad del sector sanitario para apoyar su acción. Eso se puede evitar proponiéndose metas realistas y viables.
- Que no se tenga acceso a información sobre las mejores opciones en materia de intervenciones sectoriales para mejorar la salud ocupacional y ambiental. Este riesgo se puede superar si los organismos sanitarios invierten en el análisis y la documentación de las intervenciones más eficaces y que exhiban la mejor relación costo-beneficio.
- Que el compromiso de los dirigentes de todo el mundo y los colaboradores en la esfera del desarrollo o el medio ambiente de mejorar la salud ambiental sea débil o efímero. Esto se puede remediar invirtiendo en alianzas y actividades de divulgación y comunicación más estratégicas a nivel mundial en relación con los problemas de salud

ambiental (por ejemplo, informes mundiales de especial interés público sobre las perspectivas de la salud ambiental).

La respuesta de los sistemas de salud para reducir los distintos riesgos de salud ocupacional y ambiental y extirpar sus causas siga siendo débil. Esa debilidad se podría superar estableciendo foros mundiales y regionales e iniciativas focalizadas con miras a dar alta prioridad a la salud y el medio ambiente e impulsar la acción por medio de alianzas, actividades de divulgación y comunicación centradas en los intereses y las necesidades del sector de la salud, y por medio del fortalecimiento de la capacidad de los sistemas de salud para integrar los problemas sanitarios y ambientales en los programas tradicionales del sector de la salud.

RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

RPR N.º 8.1 Se habrán formulado y actualizado evaluaciones, normas y directrices basadas en datos probatorios sobre los riesgos prioritarios para la salud ambiental (por ejemplo, la calidad del aire, las sustancias químicas, los campos electromagnéticos, el radón, la potabilidad del agua y la reutilización de aguas residuales) y se habrá prestado apoyo técnico para el cumplimiento de acuerdos ambientales internacionales y para el seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
8.1.1	Número de evaluaciones de riesgos, actualizadas o nuevas, de la carga de morbilidad ambiental realizadas por año.	2	4	8
8.1.2	Número de acuerdos ambientales internacionales cuya ejecución cuenta con el apoyo de la Oficina.	5	5	6
8.1.3	Número de países que aplican las directrices de la OPS/OMS sobre sustancias químicas.	11	15	20
8.1.4	Número de países que aplican las directrices de la OPS/OMS sobre calidad del aire.	7	8	12
8.1.5	Número de países que aplican las directrices de la OPS/OMS sobre el agua potable.	13	16	20
8.1.6	Número de países que aplican las directrices de la OMS sobre el agua con fines de recreación.	0	5	10

RPR N.º 8.2 Se habrá facilitado a los países cooperación técnica y orientación para realizar intervenciones de prevención primaria que reduzcan los riesgos de salud ambiental, aumenten la seguridad y promuevan la salud pública, incluso en entornos específicos y en grupos vulnerables (por ejemplo, niños y ancianos).

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
8.2.1	Adopción de estrategias regionales para la prevención primaria de los riesgos de la salud ambiental en el marco de los factores determinantes de la salud y la promoción de la salud en entornos específicos (lugares de trabajo, hogares, escuelas, asentamientos humanos y centros de atención de salud).	2	4	6
8.2.2	Número de países donde se aplican estrategias mundiales o regionales de prevención primaria de riesgos para la salud ambiental en entornos específicos (lugares de trabajo, hogares, escuelas, asentamientos humanos y centros de atención de salud).	10	14	20
8.2.3	Número de iniciativas mundiales o regionales nuevas o subsistentes, dirigidas a prevenir las enfermedades ocupacionales y las relacionadas con el medio ambiente (por ejemplo, los cánceres producidos por la irradiación ultravioleta o la exposición al asbesto o la intoxicación con plaguicidas o fluoruros) que se están ejecutando con el apoyo técnico y logístico de la Oficina.	1	4	5
8.2.4	Número de estudios realizados en los que se evalúan los costos y los beneficios de las intervenciones de prevención primaria en entornos específicos y cuyos resultados han sido difundidos.	1	2	4
8.2.5	Número de países que siguen las orientaciones de la OMS para prevenir y mitigar los riesgos ocupacionales y de salud ambiental emergentes, promover la equidad en esas esferas de la salud y proteger a las poblaciones vulnerables.	0	1	2
8.2.6	Se han promovido y difundido iniciativas regionales sobre la salud ambiental de los niños.	2	3	4

RPR N.º 8.3 Se habrá facilitado a los países cooperación técnica para fortalecer la formulación de políticas de salud ocupacional y ambiental, la planificación de intervenciones preventivas, la prestación de servicios y la vigilancia.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
8.3.1	Número de países que reciben apoyo técnico y logístico para la elaboración y ejecución de políticas de fortalecimiento de los servicios de saneamiento básico, así como de salud ocupacional y ambiental, y la vigilancia.	10	15	20
8.3.2	Número de organizaciones o universidades nacionales que ponen en práctica las iniciativas preconizadas por la OPS/OMS para reducir los riesgos ocupacionales (por ejemplo, entre los trabajadores del sector no estructurado de la economía, con objeto de ejecutar la Estrategia mundial de la OMS de salud ocupacional para todos o eliminar la silicosis).	2	4	6

RPR N.º 8.4 Se contará con directrices, instrumentos e iniciativas para ayudar al sector de la salud a influir en las políticas de sectores prioritarios (por ejemplo, energía, transporte, agricultura y ganadería), evaluar los efectos en la salud, analizar los costos y beneficios de las alternativas de políticas en esos sectores y aprovechar las inversiones en sectores que no están relacionados con la salud para mejorar la salud, el medio ambiente y la seguridad.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
8.4.1	Número de iniciativas ejecutadas en los países para elaborar y aplicar políticas del sector de la salud a nivel regional y nacional.	0	2	4
8.4.2	Producción y promoción de orientaciones e instrumentos sectoriales para evaluar los efectos en la salud, los beneficios y costos económicos, y la promoción de la salud y la seguridad en los países destinatarios.	Empleo de los instrumentos y las orientaciones producidos	Empleo en dos sectores de los instrumentos y las orientaciones producidos	Empleo en cuatro sectores de los instrumentos y las orientaciones producidos

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
8.4.3	Establecimiento de redes y alianzas para impulsar el cambio en sectores o entornos específicos, con inclusión de una estrategia de divulgación y comunicación.	Uso de las redes establecidas por la OMS/OPS	Uso de las redes establecidas por la OMS/OPS en dos países	Uso de redes establecidas para cuatro sectores, con la ejecución de una estrategia de comunicación
8.4.4	Número de eventos regionales o nacionales organizados con la cooperación técnica de la Oficina para la creación de capacidad y el fortalecimiento institucional en el sector sanitario y otros sectores a fin de mejorar las políticas relacionadas con la salud ocupacional y ambiental en tres sectores de la economía como mínimo.	1	2	4

RPR N.º 8.5 **Se habrá reforzado el liderazgo del sector de la salud para promover un entorno más sano y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud respondiendo a los problemas emergentes y reemergentes de salud ambiental relacionados con el desarrollo, la evolución tecnológica, el cambio ambiental mundial y las pautas de producción y consumo.**

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
8.5.1	Número de veces que los medios de difusión citan las estrategias de divulgación y comunicación en temas ocupacionales y ambientales ejecutadas a nivel regional y en colaboración.	Por determinar	Por determinar (aumento de 5% de las citas)	Por determinar (aumento de 10% de las citas en relación con el punto de partida)
8.5.2	Número de foros periódicos de alto nivel sobre la salud y el medio ambiente para instancias normativas e actores mundiales y regionales.	0	1	2
8.5.3	Número de informes quinquenales sobre las tendencias, las situaciones, los problemas clave del desarrollo y sus efectos en la salud.	1	1	2

OBJETIVO ESTRATÉGICO 9

Mejorar la nutrición, la salubridad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de vida y en apoyo de la salud pública y el desarrollo sostenible

Alcance

El trabajo relacionado con este objetivo estratégico se centra en el mejoramiento del estado nutricional a lo largo de toda la vida, especialmente en el caso de los pobres y otros grupos vulnerables, con vistas al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, especialmente la reducción de la pobreza y el hambre, la disminución de los efectos de la morbilidad y la mortalidad infantiles, y el logro del desarrollo sostenible. Este objetivo estratégico abarca la inocuidad de los alimentos (a fin de que los peligros químicos, microbiológicos, zoonóticos y de otros tipos no representen un riesgo para la salud) y la seguridad alimentaria (accesibilidad y disponibilidad de alimentos apropiados).

INDICADORES Y METAS

- Proporción de niños menores de 5 años con peso bajo. Meta: todos los países de América Latina y el Caribe habrán alcanzado o estarán en vías de alcanzar la segunda meta del primer Objetivo de Desarrollo del Milenio ("Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre", medida por el indicador 4: "Porcentaje de menores de 5 años con insuficiencia ponderal"). Punto de partida en 1990: 10,3%.
- Proporción de niños menores de 5 años con anemia. Meta: la prevalencia media regional de la anemia en los niños menores de 5 años habrá disminuido 0,5 puntos porcentuales al año. Punto de partida en 1990: 43%.
- Proporción de mujeres en la edad fecunda con anemia. Meta: la prevalencia media regional de la anemia en las mujeres en la edad fecunda habrá disminuido 0,5 puntos porcentuales al año. Punto de partida en 1990: 26%.
- Proporción de niños menores de 5 años con sobrepeso y obesos. Meta: en todos los países de América Latina y el Caribe se estabilizará o reducirá la tendencia incremental del sobrepeso y la obesidad observada en ambos grupos.
- Proporción de mujeres adultas con sobrepeso y obesas. Meta: en todos los países de América Latina y el Caribe se estabilizará o reducirá la tendencia incremental del sobrepeso y la obesidad observada en las mujeres adultas.
- Disminución de 10% para 2013 de la morbilidad atribuible a enfermedades transmitidas por los alimentos, medida mediante una combinación de estudios sindrómicos y de la carga de enfermedades transmitidas por alimentos debidas a agentes etiológicos específicos. Punto de partida calculado para 2007: 50%.

TEMAS Y DESAFÍOS

Los problemas básicos de la desnutrición en la Región son el peso bajo y el retraso del crecimiento (principales factores determinantes de la mortalidad de lactantes y de niños pequeños), las carencias de micronutrientes y el sobrepeso o la obesidad en la población en general, que afecta a aproximadamente 140 millones de personas. La mayoría de los países se enfrentan con una doble carga de morbilidad porque la concurrencia de la obesidad y la desnutrición dificulta los esfuerzos para alcanzar los objetivos de desarrollo. Esta situación impone exigencias enormes tanto a los gobiernos, por el elevado costo del tratamiento, como a las personas y las familias, ya que se generan mayores costos para la sociedad en cuanto a los días de discapacidad y pérdida de calidad de vida. Los pobres se ven más afectados que los adinerados en términos tanto relativos como absolutos. Además, la nutrición deficiente en todas sus formas, incluidas las carencias de micronutrientes, compromete seriamente la eficacia de otras intervenciones sociales y económicas debido a su repercusión directa sobre el sistema inmunitario y al mayor riesgo de enfermedad, discapacidad y muerte.

El acceso limitado a alimentos en cantidad suficiente para satisfacer las necesidades calóricas afecta a unos 53 millones de personas en la Región. La mala calidad de la alimentación, por sí sola y combinada con enfermedades infecciosas, es un factor determinante del retraso del crecimiento, los trastornos de la función cognoscitiva e intelectual y otras deficiencias. La nutrición materna durante el período reproductivo es esencial para la nutrición del lactante y del niño pequeño. La lactancia materna merece un reconocimiento especial debido a sus efectos sobre la salud y el estado nutricional de la madre y el niño a corto y a largo plazo. Sus beneficios durante la lactancia y la primera infancia, en todos los grupos socioeconómicos, son indiscutibles. Otro problema fundamental para la salud y el crecimiento de los niños son las prácticas inadecuadas de alimentación complementaria, particularmente entre los 6 y 24 meses de edad. La poca accesibilidad y consumo de alimentos ricos en micronutrientes es la causa de la alta prevalencia de anemia en las mujeres y los niños de la Región.

En las zonas rurales y las zonas urbanas pobres, los padres con sobrepeso y obesos a menudo sufren carencias específicas (por ejemplo, de vitamina A, hierro, calcio, folato y cinc) y sus hijos suelen padecer anemia o retraso del crecimiento. La mayor incidencia de obesidad y enfermedades no transmisibles en las Américas está vinculada con la pobreza, los regímenes alimentarios inadecuados y una vida sedentaria. No alcanzar siquiera el mínimo recomendado de actividad física también es motivo de preocupación. El modelo dominante de consumo excesivo de alimentos de alto contenido calórico suele asociarse con la ingestión reducida de micronutrientes y una tendencia descendente en el consumo de frutas, verduras y cereales integrales. El mayor consumo de alimentos ricos en grasas saturadas, azúcar y sal está relacionado con el precio más bajo de los alimentos elaborados, las nuevas estrategias de comercialización y los cambios en el régimen alimentario, con una preferencia por los alimentos procesados en detrimento de los tradicionales. También ha disminuido la costumbre de preparar los alimentos en el hogar. El enriquecimiento de los alimentos procesados también debe ser examinado en relación con la obesidad, que es una enfermedad y un factor de riesgo importante de muchas enfermedades crónicas no transmisibles (ENT), como la diabetes sacarina de tipo 2, la hipertensión, las cardiopatías isquémicas, los accidentes cerebrovasculares, determinados tipos de cáncer (de mama, del endometrio y del colon), y otros trastornos tales como la colecistopatía y la osteoartritis. Los factores mencionados, cuando están relacionados con una vida sedentaria, desempeñan una función importante en la epidemia de ENT en la edad adulta.

En las Américas, las actividades en el campo de la inocuidad de los alimentos están fragmentadas y a cargo de diversos actores cuyo mandato a menudo no está definido claramente.

Además de mejorar la salud pública, la eficacia de los sistemas de inocuidad de los alimentos también es esencial para mantener la confianza del consumidor en el sistema alimentario y establecer una base normativa firme para el comercio interno e internacional de alimentos, que sustenta el desarrollo económico. Se considera que la inocuidad de los alimentos es uno de los criterios prioritarios para clasificar los destinos en el turismo mundial. Los brotes de enfermedades transmitidas por alimentos como consecuencia de la falta de un buen sistema de control de la inocuidad de los alimentos y la potabilidad del agua han sido causas importantes de las perturbaciones que han sufrido muchos países para los cuales el turismo es la principal fuente de ingresos y empleo.

ENFOQUES ESTRATÉGICOS

Los principios rectores de este objetivo estratégico son un enfoque que abarque todo el ciclo vital, un entorno normativo favorable en todos los niveles, la promoción de la salud, la atención primaria de salud y la protección social. Es más, este objetivo estratégico abarca cinco esferas estratégicas interdependientes relacionadas con la nutrición:

- **Formulación y difusión de macropolíticas orientadas a los problemas más importantes vinculados con la nutrición:** se examinarán las políticas públicas concernientes a la nutrición con miras a determinar y mejorar su contribución a una nutrición óptima, la alimentación sana, la actividad física, los buenos resultados sanitarios generales y los entornos institucionales propicios.
- **Fortalecimiento de la capacidad de recursos por medio del sector de la salud y otros sectores sobre la base de normas:** se promoverá la ampliación de los servicios integrales de atención preventiva de salud y nutricional de buena calidad, haciendo hincapié en la atención de salud materno-infantil, la nutrición de adolescentes, ancianos y pacientes infectados por el VIH o aquejados de sida, las iniciativas innovadoras de suplementación y enriquecimiento y la prevención de la obesidad en los grupos vulnerables.
- **Sistemas de información, gestión de los conocimientos y evaluación:** se apoyará la vigilancia y evaluación de los cambios en los hábitos alimentarios, el comportamiento en relación con la compra de alimentos, el contenido de macronutrientes de los regímenes alimentarios, las modalidades de actividad física, la obesidad y los factores de protección y de riesgo de la nutrición deficiente, la obesidad y las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición.
- **Elaboración y difusión de directrices, instrumentos y modelos eficaces:** se promoverá la difusión de directrices, normas y monografías de vanguardia acerca del mejoramiento de la prestación de servicios, las intervenciones eficaces y los resultados de las investigaciones.
- **Movilización de alianzas, redes y un foro regional sobre alimentación y nutrición:** se fomentará la cooperación horizontal entre países y se promoverá el intercambio de conocimientos a nivel regional, la difusión de las enseñanzas extraídas y las redes regionales para que se atribuya más importancia a la nutrición en los programas de salud y desarrollo.

Para mejorar la eficacia, y con ella la protección de la salud de los consumidores y las oportunidades comerciales y turísticas, se necesita de la cooperación a nivel nacional, subregional, regional y mundial. La Oficina debería facilitar la cooperación bilateral y multilateral necesaria para poner en práctica convenios, proyectos conjuntos y misiones viables mediante la movilización de recursos humanos nacionales capacitados, la cooperación técnica entre países y la participación de expertos en inocuidad de los alimentos en esferas concretas en las cuales no exista la capacidad nacional pertinente.

Al apoyar a los Estados Miembros en sus esfuerzos en el campo de la inocuidad de los alimentos, la Oficina centrará la atención en los siguientes enfoques estratégicos:

- La colaboración con los gobiernos nacionales para fortalecer los sistemas de vigilancia de las enfermedades transmitidas por alimentos y realizar estudios de carga de morbilidad.
- El fortalecimiento de la capacidad institucional y humana para realizar estudios epidemiológicos sistemáticos, a fin de adoptar decisiones basadas en datos probatorios obtenidos científicamente, como exámenes sistemáticos, metanálisis y evaluaciones de riesgos.
- El mejoramiento de la capacidad institucional y humana para desarrollar la capacidad de liderazgo en la esfera de la salud pública a fin de crear sistemas integrados de inocuidad de los alimentos empleando el método del análisis de riesgos.
- La creación de asociaciones y alianzas y la interacción eficaz con organismos del sistema de las Naciones Unidas, el sistema de la OEA, organismos nacionales de salud pública y organizaciones no gubernamentales a fin de aplicar de forma sostenible y eficaz las políticas de inocuidad de los alimentos y aumentar el apoyo técnico y los recursos externos.
- El fortalecimiento de los nexos entre los sectores de la salud, la agricultura, la ganadería y el sector privado para que las intervenciones en la esfera de la inocuidad de los alimentos se planifiquen y ejecuten de manera integrada, del campo a la mesa.
- Mejorar la comunicación y la educación sobre la inocuidad de los alimentos y la aplicación de las directrices básicas de la OMS con respecto a las cinco claves para la inocuidad de los alimentos y el mercado de alimentos inocuos, en el marco de la estrategia de entornos saludables.

PREMISAS Y RIESGOS

Este objetivo estratégico podrá lograrse si se cumplen las premisas siguientes:

- Que los gobiernos reconozcan que el acceso a una nutrición adecuada, la seguridad alimentaria y la inocuidad de los alimentos son derechos humanos y prerrequisitos para la salud y el desarrollo.
- Que el comportamiento personal esté respaldado por la promoción de la salud, la prevención y un entorno favorable que permita al público tomar decisiones fundamentadas para prevenir la desnutrición y las enfermedades producidas por los alimentos insalubres.
- Que los Estados Miembros se comprometan a aplicar políticas y planes integrados y desarrollar y fortalecer los programas nacionales de seguridad alimentaria, nutrición e inocuidad de los alimentos sobre la base de datos probatorios fiables y actualizados;
- Que se establezcan y fomenten redes y alianzas eficaces con otros organismos de cooperación técnica, con la participación de todos los actores a nivel internacional, regional, subregional y nacional.
- Que se asegure la coordinación interprogramática de los recursos de la OPS/OMS, con un mayor apoyo interno, mediante la elaboración de proyectos viables y el aprovechamiento de las contribuciones voluntarias de los países desarrollados a la OMS.
- Que se establezcan mecanismos de adopción de decisiones y comunicación eficaces para mantener una coordinación estrecha e interactiva de las actividades en los planos mundial, regional y subregional, orientadas por la Estrategia Regional sobre la Nutrición para la Salud y el Desarrollo y la Estrategia Regional y Plan de Acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas de la OPS, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud y la Estrategia mundial de la OMS sobre la inocuidad de los alimentos.
- Que se amplíen las intervenciones eficaces en función de los costos en el ámbito de la inocuidad de los alimentos a fin de manejar los riesgos y peligros alimentarios.

Los riesgos que podrían dificultar el logro de este objetivo estratégico son:

- Que surjan simultáneamente varios programas de salud, nutrición y seguridad alimentaria e inocuidad de los alimentos como consecuencia de una falta de comunicación y coordinación entre los distintos actores.
- Que haya un bajo nivel de inversiones o de compromiso político de los gobiernos en las esferas de la nutrición, la seguridad alimentaria y la inocuidad de los alimentos.

RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

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

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
9.1.1	Número de países que han recibido ayuda de la Oficina y que cuentan al menos con dos de los elementos siguientes: 1) legislación, 2) mecanismos funcionales de coordinación (políticas y planes de desarrollo nacional, políticas y planes en materia de alimentación y nutrición, y estrategias de reducción de la pobreza) y 3) asignación de recursos financieros a fin de promover enfoques y medidas intersectoriales en las esferas de la inocuidad de los alimentos, la seguridad alimentaria y la nutrición.	18	22	30
9.1.2	Número de países que han incluido actividades vinculadas con la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria en sus estrategias sectoriales (salud, educación y agricultura), con inclusión de un mecanismo de financiamiento para apoyar dichas actividades en los programas sectoriales relacionados y no relacionados con la salud.	10	15	25
9.1.3	Número de países que realizan campañas de mercadeo social reconociendo y difundiendo prácticas óptimas en materia de salud, nutrición e inocuidad de los alimentos (dirigidas a la población en general, a organizaciones públicas, privadas y de la sociedad civil, y a profesionales, entre otros grupos).	14	18	25

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
9.1.4	Número de países donde los gobiernos locales aplican estrategias encaminadas a integrar la inocuidad de los alimentos, la nutrición y la seguridad alimentaria (incluido el acceso a productos pecuarios inocuos) en al menos dos de los siguientes procesos locales: 1) la planificación sectorial en la salud, la educación o la agricultura, 2) planes multisectoriales de desarrollo integrados, 3) campañas de movilización social y 4) proyectos municipales o comunitarios.	20	24	35
9.1.5	Número de subregiones con planes de acción subregionales derivados de la Estrategia Regional sobre la Nutrición para la Salud y el Desarrollo en funcionamiento que son objeto de vigilancia y evaluaciones y cuyas enseñanzas se difunden.	0	3	4
9.1.6	Número de países que están llevando a cabo, en el marco de los compromisos, avances y retos de los ODM, al menos dos de las siguientes iniciativas a nivel local: alimentación y nutrición en rostros y lugares, las cinco claves de la OMS para la inocuidad de los alimentos en escuelas sanas, iniciativas de mercados de alimentos saludables (OMS) y la Red Centroamericana de Municipios para el Desarrollo.	7	10	20

RPR N.º 9.2 Se habrán elaborado normas, con inclusión de referencias, requisitos, prioridades y programas de investigación, directrices, manuales y estándares de capacitación, y se habrán difundido entre los Estados Miembros a fin de aumentar su capacidad para evaluar y responder a todas las formas de malnutrición y a las enfermedades zoonóticas y no zoonóticas transmitidas por los alimentos, y promover prácticas de alimentación saludables.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
9.2.1	Número de directrices nuevas y actualizadas, manuales de capacitación y material didáctico sobre temas relacionados con nuevas normas en materia de nutrición, seguridad alimentaria e inocuidad de los alimentos.	4	8	15

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
9.2.2	Número de países que aplican las normas y las recomendaciones incluidas en las estrategias mundiales y regionales, de conformidad con las necesidades y prioridades nacionales.	15	20	30
9.2.3	Número de países que incorporan pautas, normas y directrices mejoradas sobre la seguridad alimentaria, la nutrición y la inocuidad de los alimentos para la atención primaria de salud en los sistemas de prestación de servicios de salud.	17	20	30
9.2.4	Número de nuevas normas, pautas, directrices, instrumentos y material didáctico para la prevención y el manejo de enfermedades zoonóticas y no zoonóticas transmitidas por alimentos.	0	1	5

RPR N.º 9.3 Se habrá fortalecido el seguimiento y la vigilancia de las necesidades, así como la evaluación de las respuestas en la esfera de la seguridad alimentaria, la nutrición y las enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación, y se habrá mejorado la capacidad para determinar las mejores opciones en materia de políticas.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
9.3.1	Número de países que han adoptado y ejecutado las normas de la OMS relativas al crecimiento de los niños.	0	15	30
9.3.2	Número de subregiones con observatorios en funcionamiento en los ámbitos de la seguridad alimentaria, la nutrición y la inocuidad de los alimentos.	0	2	3
9.3.3	Número de países que tienen datos de vigilancia representativos a nivel nacional sobre las principales formas de malnutrición a nivel nacional y local.	13	18	26
9.3.4	Número de directrices e instrumentos para la vigilancia, el seguimiento y la evaluación de carencias nutricionales y factores de riesgo, factores socioeconómicos determinantes, análisis de costos, tendencias del sobrepeso y la obesidad, y la eficacia de prácticas clave para mejorar la nutrición a lo largo de toda la vida.	3	7	11

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
9.3.5	<p>Número de países que producen y publican pruebas científicas sólidas e información fidedigna para las políticas públicas y los programas sobre estos temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Carencias nutricionales y factores de riesgo en diferentes grupos de la población ▪ Factores sociales, económicos y sanitarios determinantes de la inseguridad alimentaria y nutricional ▪ Sobrepeso y obesidad en los niños y los adolescentes ▪ Eficacia de los programas 	11	20	32

RPR N.º 9.4 Se habrá creado capacidad y prestado apoyo a los Estados Miembros destinatarios para la elaboración, el fortalecimiento y la ejecución de planes y programas de nutrición encaminados a mejorar la nutrición a lo largo de toda la vida, en situaciones tanto de estabilidad como de emergencia.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
9.4.1	Número de países que reciben apoyo de la Oficina que han elaborado programas nacionales para poner en práctica al menos tres de las medidas de alta prioridad recomendadas en la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño.	5	12	20
9.4.2	Número de países que reciben apoyo de la Oficina y que han elaborado programas nacionales para ejecutar estrategias de prevención y control de la malnutrición de micronutrientes.	11	16	25
9.4.3	Número de países que reciben apoyo de la Oficina y que han elaborado programas nacionales para ejecutar estrategias de promoción de prácticas alimentarias saludables a fin de prevenir las enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación.	11	16	25

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
9.4.4	Número de países que reciben apoyo de la Oficina y que han elaborado programas nacionales que incluyen la nutrición en las respuestas integrales a la infección por el VIH y el sida y otras epidemias.	11	16	25
9.4.5	Número de países que reciben apoyo de la Oficina y que han reforzado la capacidad nacional de preparación y respuesta para emergencias nutricionales y alimentarias.	11	16	25
9.4.6	Número de instrumentos para el seguimiento y la evaluación de programas nacionales de seguridad alimentaria, nutrición e inocuidad de los alimentos.	3	6	7
9.4.7	Número de países que cuentan con programas académicos de licenciatura y posgrado que forman una fuerza laboral competente en el sector de la salud y otros sectores para formular, ejecutar, dar seguimiento y evaluar políticas públicas, planes y programas de nutrición, seguridad alimentaria e inocuidad de los alimentos, en situaciones de estabilidad o de crisis humanitarias.	16	20	30

RPR N.º 9.5 Se habrán fortalecido los sistemas de vigilancia, prevención y control de las enfermedades transmitidas por los alimentos y se habrán establecido programas de vigilancia de los peligros alimentarios.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
9.5.1	Número de países que han iniciado la colaboración operacional e intersectorial para la vigilancia, la prevención y el control de las enfermedades transmitidas por alimentos.	16	22	30
9.5.2	Número de países que han iniciado o fortalecido programas de vigilancia y control de al menos una enfermedad zoonótica importante transmitida por alimentos.	2	9	20
9.5.3	Número de países sudamericanos que han alcanzado al menos 75% de los objetivos del plan de erradicación de la fiebre aftosa en el continente.	4/11	11/11	11/11

RPR N.º 9.6 Se habrá creado capacidad y prestado apoyo a los comités nacionales del Codex Alimentarius y a la Comisión del Codex de América Latina y el Caribe.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
9.6.1	Número de países de América Latina y el Caribe que reciben apoyo del Fondo Fiduciario del Codex de la FAO/OMS para participar en las reuniones pertinentes del Codex.	36/36	36/36	36/36
9.6.2	Número de países que reciben apoyo de la Oficina para establecer sistemas nacionales integrados de inocuidad de los alimentos con un componente de vigilancia de las enfermedades de transmisión alimentaria y monitoreo de la contaminación de los alimentos vinculado con las siguientes redes de la OMS: Red Internacional de Autoridades de Inocuidad de los Alimentos (INFOSAN) y Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN).	18	22	30

OBJETIVO ESTRATÉGICO 10

Mejorar la organización, gestión y prestación de servicios de salud

Alcance

El trabajo relacionado con este objetivo estratégico se centra en la colaboración con los países a fin de fortalecer los servicios sanitarios para que puedan proporcionar atención equitativa y de buena calidad a toda la población de las Américas y especialmente a los grupos más necesitados. Esta labor se realiza dotando a los países de instrumentos basados en prácticas óptimas, soluciones basadas en conocimientos y pericia, y activando redes y alianzas que catalicen y mantengan los cambios positivos. La Declaración Regional sobre las Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria de Salud y el documento de posición de la OPS acerca de la renovación de la atención primaria de salud en las Américas (CD46/13, 2005) constituyen el marco para consolidar el sistema de atención de salud de los países de las Américas.

INDICADORES Y METAS

El mejoramiento de la salud, que se refleja en la consecución de otros objetivos estratégicos, es el mejor indicador de que los servicios de salud están funcionando bien. El avance general hacia este objetivo estratégico particular se evaluará según el número de países que pueden demostrar un progreso en los siguientes indicadores compuestos:

- Cobertura de una gama de intervenciones de salud prioritarias (para enfermedades transmisibles y no transmisibles). Meta: mejoramiento considerable al menos en 50% de los países.
- Calidad técnica e institucional, incluido el cumplimiento de las normas mínimas de atención y seguridad del paciente, además de una mejor capacidad de respuesta. Meta: mejoramiento considerable al menos en 50% de los países.
- Eficiencia medida por la puntuación que se asigna a los resultados de los servicios de salud en relación con un conjunto dado de aportes de recursos financieros y humanos. Meta: mejoramiento considerable al menos en 50% de los países.
- Países que notifican un progreso en la implantación de sistemas sanitarios basados en la atención primaria de salud de conformidad con la Declaración Regional. Meta: al menos 40% de los países.

TEMAS Y DESAFÍOS

La Región de las Américas es una de las más desiguales del mundo, no solo en la distribución de los ingresos sino también en cuanto al acceso a los servicios sociales. Hay inequidades profundas en el acceso a servicios de salud entre los diferentes países de la Región, así como dentro de cada país. Se calcula que 125 millones de personas que viven en América Latina y el Caribe no tienen acceso a los servicios básicos de salud (cerca de 27% de la población). Mientras que en Canadá 100% de los nacimientos son atendidos por personal de salud capacitado, esta cifra es

de solo 24,2% en Haití, 31,4% en Guatemala y 60,8% en Bolivia. Dentro de los países, las inequidades afectan principalmente a las poblaciones de bajos ingresos, rurales e indígenas. Si bien es cierto que el promedio de utilización de los servicios de salud ha mejorado en los últimos años, las inequidades persisten o incluso han empeorado.

Varios tipos de barreras explican las inequidades en el acceso a los servicios de salud. Las más comunes son culturales (idioma, modos de vida, creencias en cuestiones de salud), sociales (nivel de educación), económicas (capacidad de pago, tener seguro médico), institucionales (horas de trabajo, disponibilidad de personal y medicamentos, disponibilidad de personal capacitado para atender las necesidades de salud de grupos tales como las personas de edad, etc.) y barreras geográficas (distancia). Estas barreras son la causa de que una gran proporción de la gente no utilice los servicios de salud sino que se automedique, consulte a un farmacéutico, vaya a un curandero o no haga nada acerca de sus problemas de salud.

Hasta ahora, la mayoría de las iniciativas de gobiernos, organizaciones no gubernamentales, donantes y organismos bilaterales y multilaterales han tratado de hacer frente a las inequidades en el acceso a los servicios sanitarios mediante la ampliación de la cobertura de los servicios básicos en zonas desatendidas. Aunque este método es positivo, se ha basado en la oferta, prestando poca atención a las preferencias culturales y la realidad social local. Los usuarios y los consumidores han sido excluidos de la adopción de decisiones importantes con respecto a sus servicios de salud. Más aún, algunas de estas iniciativas se han visto obstaculizadas por problemas institucionales tales como la falta de personal, la escasez de medicamentos y horarios de atención inadecuados.

Otro desafío importante en la Región de las Américas es la calidad deficiente de la atención de salud. La falta de calidad hace que los servicios de salud sean ineficaces, ineficientes y costosos y conduce a la insatisfacción de los usuarios con los servicios. Los problemas de calidad pueden encontrarse en todos los niveles del sistema, desde el proveedor hasta los establecimientos y el sistema mismo.

Un problema muy frecuente en la mayoría de los países de la Región es la limitada capacidad de resolución de los servicios de atención primaria. Además de su eficacia y eficiencia deficientes, la mayoría de los servicios de atención primaria son reactivos y fragmentados, están orientados a enfermedades y son predominantemente curativos. En los servicios de atención primaria hay poca o ninguna participación individual y comunitaria, la colaboración intersectorial es deficiente y no hay responsabilización por los resultados.

Otro problema importante es el rendimiento bajo de los hospitales en cuanto a los resultados clínicos y la seguridad del paciente. Los hospitales no están haciendo lo suficiente para brindar la mejor atención posible a los pacientes, que son sometidos constantemente a procedimientos de diagnóstico o tratamiento ineficaces, innecesarios y hasta perjudiciales. Esta situación conduce al uso ineficiente de los recursos y a tasas elevadas de defunciones, infecciones nosocomiales y reingreso temprano. Una muestra de los procedimientos ineficaces o innecesarios es el nivel de variación observado en los procedimientos entre hospitales de características similares.

Otro problema frecuente de los servicios sanitarios es la falta de coordinación entre los diferentes niveles de atención y los lugares donde se ofrecen servicios. Eso se refleja en una atención fragmentada e inoportuna, en la duplicación de servicios y en el aumento innecesario de los costos.

Un problema particular de la organización y administración de los servicios está relacionado con los sistemas de atención de urgencia. En muchas ciudades de la Región, los servicios de urgencia

no están organizados de forma sistemática y no están bien administrados. En una encuesta reciente hecha por la OPS en 12 países de la Región se observó que, en ocho de esos países, la atención prehospitalaria está administrada principalmente por organizaciones voluntarias. Aunque el desarrollo de los sistemas de servicios de urgencia no es una prioridad para la mayoría de los países (sólo cinco de los ocho encuestados aportan financiamiento del Estado para esos servicios), el aumento de la incidencia de lesiones causadas por accidentes de tránsito y de otras lesiones graves, sumado a las enfermedades agudas, está acrecentando la necesidad de contar con un sistema eficaz de atención de urgencia.

La base principal de la promoción de servicios sanitarios eficaces con buenos métodos de gestión es la disponibilidad de información confiable, oportuna y exacta para tomar decisiones y transformar la información en conocimiento y acciones. La información y el conocimiento son esenciales para exponer los factores fundamentales relacionados con los servicios prestados, además de servir de base para modificar el statu quo y mejorar la salud de las poblaciones. Los servicios sanitarios que utilizan la información para fomentar una mejor organización y gestión de sus recursos, aumentar el acceso, eliminar la inequidad y promover la eficacia están mejor equipados para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Hay un cúmulo de información que reúne conocimientos y datos probatorios acerca de la prestación de servicios sanitarios. Sin embargo, estos recursos no siempre están al alcance de quienes los necesitan o no están organizados para orientar las decisiones con respecto a la gestión y la prestación de esos servicios a la población. Por otro lado, el conocimiento de las necesidades en relación con la situación de los servicios de salud en los países es escaso. Es necesario abordar la inequidad actual en el acceso a la información y el conocimiento atinentes a los servicios sanitarios a fin de que el conocimiento sea accesible, se difunda y se comparta entre países. La comprensión de la situación de los servicios de salud de los países es esencial para la ejecución de proyectos pertinentes de cooperación técnica.

ENFOQUES ESTRATÉGICOS

Los enfoques más importantes derivan de los principios y elementos operativos de los sistemas sanitarios fundamentados en la atención primaria de salud. Estos principios incluyen, entre otros, el acceso y la cobertura universales sobre la base de las necesidades en materia de salud, la participación individual y comunitaria y la autosuficiencia, medidas sanitarias intersectoriales, tecnología apropiada y eficacia en función de los costos con respecto a los recursos disponibles. El enfoque de atención primaria de salud debe abarcar todas las estrategias de cooperación técnica y estar presente en todas ellas.

- El documento de trabajo CD46/13 de la OPS/OMS y la Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud servirán de base para la estrategia de cooperación técnica. El acceso universal a la información y el conocimiento ayudará a superar las inequidades en el acceso a estos recursos y a intercambiar información vital entre los países de la Región.
- Otro enfoque valioso para la cooperación técnica consistirá en aprovechar las enseñanzas extraídas y los avances que ya han realizado los países, así como el intercambio de experiencias y de prácticas óptimas entre los diferentes países de la Región. Con este enfoque será posible coordinar y promover iniciativas regionales clave en la esfera de la prestación de servicios de salud.
- La preparación de herramientas e instrumentos nuevos exigirá que estos sean sometidos a las pruebas y la validación pertinentes en lugares específicos de los países y a nivel regional y local. Este enfoque abarcará la definición de límites geográficos para una población determinada mediante proyectos comunitarios de demostración.

- Es necesario crear asociaciones, alianzas y redes válidas dentro de la Organización y fuera de ella con gobiernos, universidades, centros de investigación, centros colaboradores, asociaciones profesionales y otros.

PREMISAS Y RIESGOS

La prestación de los servicios no puede mejorar si no están dadas las condiciones básicas de estabilidad económica, social y política. No obstante, en muchos países de bajos ingresos no prevalecen estas condiciones. Por ende, es necesario lograr una sinergia estrecha con el trabajo relacionado con el objetivo estratégico 5.

Gran parte del aumento de los fondos para el sector de la salud aportados por fuentes externas se dedica a la consecución de resultados relacionados con determinadas enfermedades (en particular, el sida). Por lo tanto, hay un riesgo de que la ejecución de esos programas refuerce la tendencia al establecimiento de programas verticales separados. Aunque algunas funciones deben desempeñarse por separado, la mayor parte de los servicios debe ser proporcionada por una red única de establecimientos. El objetivo de reducir la exclusión probablemente se vea comprometido si los gobiernos se centran solo en la red del sector público. De igual manera, existe el riesgo de que los gobiernos se concentren exclusivamente en la atención primaria o de primer contacto en detrimento de la superación de las inequidades y las ineficiencias en el ámbito hospitalario.

RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

RPR N.º 10.1 Se habrá apoyado a los países para dar acceso equitativo a servicios de atención de salud de buena calidad, haciendo hincapié en los grupos vulnerables de la población y con servicios de salud que reflejen las normas reconocidas, las prácticas óptimas y los datos probatorios disponibles.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
10.1.1	Número de países que han aumentado el acceso a los servicios de atención básica de salud como resultado de las iniciativas de la Oficina sobre la extensión de la protección social en materia de salud y la renovación de la atención primaria de salud.	14	18	21
10.1.2	Número de países que han fortalecido los programas nacionales para mejorar la calidad de la prestación de los servicios.	11	19	24
10.1.3	Formulación de una directriz sobre los derechos y deberes de los pacientes y la evaluación de la calidad de los servicios de atención de salud y adopción de nuevas estrategias para la prestación de servicios de salud en lugares alejados y donde las condiciones de vida son difíciles.	En curso	Formulada y validada	En uso a nivel de país

RPR N.º 10.2 Se habrá fortalecido la capacidad de organización y de gestión, con inclusión de los sistemas de información, de las instituciones y las redes de prestación de servicios en los Estados Miembros con la finalidad de mejorar el desempeño de la prestación de servicios.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
10.2.1	Número de países que han incorporado métodos productivos para la gestión de los servicios sanitarios.	5	14	23
10.2.2	Elaboración de instrumentos de información para la gestión que permiten tomar decisiones basadas en datos probatorios y evaluar el desempeño, como el Sistema de Información Gerencial de Windows (WINSIG).	En curso	Instrumentos creados y validados	Instrumentos en uso en toda la Región

RPR N.º 10.3 Se habrán establecido mecanismos y sistemas reguladores en los Estados Miembros para lograr una colaboración y sinergia entre los sistemas de prestación de servicios sanitarios públicos y privados que conduzcan a un mejor desempeño general de la prestación de servicios.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
10.3.1	Número de países que han recibido asistencia y han adoptado las opciones de política y los mecanismos de la Oficina para integrar la red de prestación de servicios de atención de salud, con inclusión de los proveedores públicos y privados.	3	20	24
10.3.2	Se han desarrollado instrumentos para integrar los sistemas de prestación de servicios de salud.	En curso	Instrumentos creados y validados	Instrumentos en uso en toda la Región

RPR N.º 10.4 Las políticas de prestación de servicios y su ejecución en los Estados Miembros reflejan en medida creciente el enfoque de atención primaria de salud, en particular con relación a la participación social, la acción intersectorial, el énfasis en la promoción y prevención, la atención integrada, la orientación familiar y comunitaria y el respeto de la diversidad cultural.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
10.4.1	Número de países que notifican avances en la implantación de sistemas sanitarios basados en la atención primaria de salud, de acuerdo con el documento de posición y la Declaración regional de la OPS sobre la atención primaria de salud.	1	15	23
10.4.2	Formulación y utilización en los países de normas y métodos de autoevaluación de la atención primaria.	En curso	Normas formuladas y validadas	Normas en uso en toda región

OBJETIVO ESTRATÉGICO 11

Fortalecer el liderazgo, la gobernanza y la base científica de los sistemas de salud

Alcance

La cooperación técnica de la OPS/OMS se orientará a mejorar la capacidad normativa y técnica de los Estados Miembros para asegurar una orientación única y acorde con los valores y objetivos sociales que guían los sistemas de salud. De esta forma se podrá mejorar la gobernanza de sus sistemas de salud y las autoridades sanitarias nacionales podrán desempeñar de manera competente su función rectora y adoptar un enfoque multisectorial que incorpore a actores fuera del ámbito gubernamental. Esta labor es indispensable porque la principal característica de la mayoría de los sistemas en la Región de las Américas es la fragmentación y segmentación institucional y organizativa, que generan exclusión e inequidad.

INDICADORES Y METAS

- Número de países que han establecido comisiones de salud nacionales (u órganos equivalentes) con el cometido de fijar prioridades relacionadas con la salud a nivel nacional, con participación multisectorial. Meta: por decidir.
- Disminución de la exclusión social en salud y las inequidades en el acceso a los sistemas de salud. Meta: por decidir.
- Existencia de mecanismos regulatorios y de supervisión en los sistemas de salud. Meta: por decidir.
- Instrumento metodológico para la evaluación del desempeño en los diferentes niveles de los sistemas de salud y realización de ejercicios de evaluación del desempeño de los sistemas. Meta: por decidir.
- Progreso en la disminución de la disparidad de conocimientos y aumento de la utilización de conocimientos científicos en la formulación de la política de salud pública, partiendo de niveles de utilización actualmente bajos. Meta: por decidir.

TEMAS Y DESAFÍOS

- La experiencia muestra que, para administrar los sistemas de salud en bien de los ciudadanos, hace falta visión, liderazgo y políticas que mantengan un equilibrio entre las múltiples exigencias a que están sometidos los sistemas, pero sobre todo hace falta una compleja serie de medios institucionales de los que sólo se dispone parcialmente.
- En la mayoría de los países de la Región se presentan problemas técnicos y políticos en lo que concierne a la definición, gestión, sostenibilidad y evaluación de las políticas de salud pública, la definición de objetivos sanitarios claros, la formulación de planes de desarrollo sectorial y la intervención en la regulación de los mercados sectoriales en defensa de los ciudadanos. En muchos países, el ministerio de salud cuenta con escasa capacidad para manejar el creciente número de actores y agentes, las redes de financiación y ejecución con las que debe tratar y las relaciones con organismos públicos (ministerios de hacienda y planificación, órganos legislativos nacionales, etc.),

Proyecto de plan estratégico 2008-2012

Junio 2007

- 125 -

- organismos internacionales, organizaciones multilaterales, bilaterales y no gubernamentales, y diversos tipos de empresas privadas y organizaciones de la sociedad civil.
- Durante el quinquenio 2001-2005, la OPS/OMS abordó el proceso de desarrollo del concepto y la praxis de la función de rectoría en salud como un reto prioritario para la modernización del Estado. La Organización ha promovido a nivel regional y subregional un profundo debate e intercambio de ideas sobre la conceptualización, el ámbito de acción y mecanismos para fortalecer la capacidad rectora en salud utilizando como insumo fundamental la amplia experiencia acumulada por los países de la Región de las Américas, particularmente durante los procesos de reforma en la década de los noventa.
 - El fortalecimiento de la función rectora en el sector de la salud debería guiarse por la meta de reducir las inequidades en las condiciones de salud en el marco de un desarrollo integral y sostenible y de eliminar las desigualdades injustas en lo concerniente tanto al acceso a los servicios personales y no personales de salud como a la carga financiera que supone dicho acceso. Según los cálculos hechos en 2003 por la Unidad de Políticas y Sistemas de Salud, en América Latina y el Caribe hay 230 millones de personas sin seguro médico y 125 millones que no tienen acceso permanente a servicios básicos de salud.
 - Parte del problema es la escasa disponibilidad y utilización de conocimientos científicos y de información de buena calidad para tomar decisiones, como estadísticas demográficas y sanitarias y datos epidemiológicos fiables. Muchos países de la Región carecen de los mecanismos y la información necesarios para una gestión responsable y transparente. Hay escasa capacidad para realizar investigaciones sanitarias de interés nacional, incluida la investigación sobre los sistemas de salud, para establecer y mantener un sistema de información sanitaria fiable y para traducir los resultados de las investigaciones en políticas y prácticas. Los países tienen dificultades para lograr un equilibrio entre la respuesta a la demanda internacional de información sanitaria y la atención de sus propias necesidades de información y conocimientos.
 - Existen dificultades para conciliar la pugna por los limitados recursos disponibles para los servicios y programas de salud y adoptar decisiones acerca de cómo organizarlos, a fin de maximizar la utilización de los recursos y posibilitar el cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública.
 - Es necesario mejorar la capacidad de las autoridades sanitarias para interactuar eficazmente con otros sectores (incluida la sociedad civil) que influyen en los factores sociales, económicos y ambientales determinantes de la salud.

ENFOQUES ESTRATÉGICOS

Para alcanzar este objetivo estratégico será necesario apoyar a los Estados Miembros en el desarrollo de estructuras y procesos sostenibles a fin de que, con la participación de distintos actores relevantes, cuenten con la competencia necesaria para crear los sistemas de salud que los países necesiten y determinar la modalidad más efectiva y eficiente de administrar el sector de la salud. De igual manera, habrá que procurar que las autoridades sanitarias nacionales cuenten con la información y la competencia que necesiten para examinar y elaborar normas y reglamentos obligatorios, directrices e incentivos que promuevan la igualdad de condiciones de todos los actores del sistema de salud y sobre todo la protección del derecho de los ciudadanos a tener acceso a la salud. A medida que los gobiernos se descentralicen para abordar más de cerca las preocupaciones de la comunidad, se podrán establecer y promover mecanismos de asignación de responsabilidades efectivas, recursos y directrices de gestión para proteger las prioridades sanitarias acordadas de alcance nacional.

Para fortalecer la gestión responsable será necesario crear una cultura de inversión y acción con respecto a la información y los datos científicos y establecer sistemas de información sanitaria funcionales, oportunos, fiables y pertinentes.

Una de las condiciones principales será crear y mantener la capacidad necesaria para realizar investigaciones sobre la salud pública y las políticas y los sistemas de salud de interés nacional, incluida la investigación sobre los sistemas de salud, a fin de establecer y mantener sistemas de información sanitaria fiables y traducir los resultados de las investigaciones en políticas y prácticas. Es necesario mejorar los mecanismos para que los conocimientos precisos lleguen a las personas idóneas (encargados de la elaboración de políticas, administradores, especialistas, colaboradores en el desarrollo y el público en general) con miras a establecer un proceso eficaz de adopción de decisiones y vigilancia del desempeño en todo el sistema de salud.

Para apoyar las actividades de los Estados Miembros, la OPS/OMS se concentrará en lo siguiente:

- Mantener un enfoque de cooperación técnica con los países adaptado al contexto político, cultural y social para fortalecer la función de gestión y rectoría.
- Contribuir al fortalecimiento de la capacidad rectora de las autoridades sanitarias nacionales para elaborar políticas de salud pública acordes con las políticas nacionales y asignar recursos de conformidad con los objetivos de las políticas públicas.
- Asegurar la cooperación técnica para la creación de sistemas de información nacionales que permitan generar, analizar y utilizar información fiable procedente de fuentes basadas en la población (encuestas, registro civil) y de fuentes de datos clínicos y administrativos, por medio de la colaboración (por ejemplo, con las Naciones Unidas, otros organismos y la Red de Sanimetría).
- Contribuir a la creación de capacidad nacional para realizar investigaciones orientadas a la formulación de políticas, evaluar el desempeño de los sistemas de salud y sintetizar la experiencia nacional a fin de proporcionar una orientación basada en datos científicos;
- Formular, con la participación de los Estados Miembros, una política de la OPS en materia de investigaciones y estrategias de salud para fortalecer la investigación sobre sistemas y políticas de salud y sobre la salud pública.
- Facilitar el intercambio y la difusión de información sanitaria, tecnología de la información, conocimientos y experiencias entre los países y dentro de los propios países, mejorar el acceso a la información y el conocimiento, y reducir la disparidad actual entre los conocimientos y la práctica en relación con la salud a escala regional.
- Apoyar las políticas de desarrollo de recursos humanos bien capacitados, motivados y comprometidos para asumir la responsabilidad de los planes de desarrollo individual e institucional y la evaluación del desempeño.

PREMISAS Y RIESGOS

Este objetivo estratégico podrá lograrse si se cumplen las premisas siguientes:

- Que haya un compromiso político y un consenso básico en el sentido de que el Estado es el responsable de la salud de toda la población.
- Que se cambie la modalidad de operación de los socios externos en la financiación y la ejecución, en particular mediante la aplicación de los principios de la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo, para que ayuden a reforzar en vez de socavar las actividades nacionales encaminadas a fortalecer la función de gestión y rectoría.
- Que se creen alianzas eficaces y se mantenga la participación efectiva de las partes interesadas en los planos nacional, subregional y regional; en ese sentido revisten particular importancia los organismos internacionales y regionales que invierten en información, así como varios donantes bilaterales.

- Que se avance en la gobernanza, la capacidad rectora del Estado y la gestión estratégica del desarrollo en general, no sólo en el sector de la salud.
- Que los países y los socios en el desarrollo utilicen cada vez más datos objetivos para la asignación de los recursos.

Los riesgos siguientes podrían afectar adversamente la consecución del objetivo estratégico:

- Que no haya suficientes inversiones internacionales y nacionales en esta esfera, sobre todo en los países de ingreso mediano, donde vive la mayoría de los pobres de la Región.
- Que las políticas públicas no sean sostenibles y que no haya una coordinación intersectorial.
- Que haya poca coordinación y armonización entre los grandes socios internacionales;
- Que se prefiera invertir en soluciones a corto plazo no sostenibles.
- Que no se disponga de datos e información fiables para tomar decisiones, evaluar las políticas y los programas y darles seguimiento.

RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

RPR N.º **Se habrá fortalecido la capacidad de las autoridades sanitarias nacionales para desempeñar su función rectora, mejorando la elaboración de políticas, la reglamentación, la planificación estratégica, la orientación y ejecución de las reformas, y la coordinación intersectorial e interinstitucional en el sector de la salud en los ámbitos nacional y local.**

11.1

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
11.1.1	Número de países que muestran una mejora en el desempeño de la función rectora (formulación de políticas, planificación estratégica, ejecución de reformas y coordinación interinstitucional en el sector salud a nivel nacional y local) utilizando los mecanismos actuales (funciones esenciales de salud pública).	Por determinar	Por determinar	Por determinar
11.1.2	Número de países que han institucionalizado instancias regulatorias del funcionamiento del sector (como las superintendencias) y generado marcos regulatorios.	Por determinar	Por determinar	Por determinar
11.1.3	Número de países que han generado planes sectoriales a mediano y largo plazo o definido objetivos sanitarios nacionales.	7	Por determinar	Por determinar
11.1.4	Número de subregiones que aplican una estrategia de promoción y apoyo de los procesos de diálogo social y búsqueda de consenso sobre las políticas públicas para fortalecer los sistemas de salud sobre la base de la atención primaria de salud.	0	2	5

RPR N.º 11.2 **Se habrá contribuido a la mejora de los sistemas de información sanitaria a nivel regional, subregional y nacional, para el análisis, la gestión, el seguimiento y la evaluación de las políticas públicas y de los sistemas de salud a fin de lograr los objetivos de salud en todos los niveles.**

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
11.2.1	Número de países que han implantado el proceso de seguimiento y evaluación del desempeño de los sistemas de información en salud sobre la base de las normas de la OPS/OMS y la Red de Sanimetría con el apoyo de la Oficina.	3	7	15
11.2.2	Número de países que cuentan con planes permanentes y activos de fortalecimiento de las estadísticas demográficas y sanitarias, incluida la producción de información y el uso de las clasificaciones internacionales (CIE) conforme a las normas internacionales establecidas por la OPS/OMS y la Red de Sanimetría.	3	8	40
11.2.3	Número de países que han puesto en práctica la Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud y que producen y publican regularmente los indicadores básicos de salud a nivel subnacional (primer o segundo nivel administrativo).	9	13	21

RPR N.º 11.3 **Se habrá contribuido al acceso, la difusión equitativa y la utilización de conocimientos y datos científicos en los procesos de adopción de decisiones.**

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
11.3.1	Número de países que utilizan los indicadores básicos de salud y otra información estadística disponible para apoyar el análisis de los problemas prioritarios de salud sobre la base de datos probatorios.	40	40	40
11.3.2	Número de países que han mejorado su capacidad de análisis para la generación de información y conocimientos en salud con la cooperación técnica de la OPS.	5	7	10

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
11.3.3	Número de actividades eficaces de investigación sobre mecanismos de coordinación y liderazgo en el ámbito de la salud.	0	2	4

RPR N.º 11.4 **Se habrá facilitado la generación de conocimientos en áreas prioritarias, incluida la investigación en sistemas de salud, con la participación de diferentes partes interesadas de la sociedad, velando por el cumplimiento de estrictas normas de metodología y ética.**

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
11.4.1	Número de países cuyos sistemas nacionales de investigación en salud cumplen las normas mínimas internacionalmente acordadas (a ser definidas por la OMS).	Por determinar en 2007	Por determinar en 2007	Por determinar en 2007
11.4.2	Número de países que cumplen el compromiso de la Cumbre de México de dedicar como mínimo 2% del presupuesto de salud a la investigación.	Por determinar en 2007	Por determinar	Por determinar
11.4.3	Número de países de América Latina y el Caribe con comisiones nacionales de ética o bioética orientadas a vigilar el cumplimiento de normas éticas en la investigación científica.	14/36	20/36	30/36
11.4.4	Comité Asesor de Investigaciones en Salud (CAIS) en funcionamiento a nivel regional.	Se está revitalizando el CAIS a nivel regional	El CAIS funciona a nivel regional y se reúne regularmente	Alineación y coordinación entre el CAIS regional y mundial

RPR N.º 11.5 Se habrá contribuido a la apertura y el fortalecimiento de mecanismos de diálogo y concertación social y política, en distintos niveles, con la participación de las partes interesadas pertinentes, para mejorar las políticas y los sistemas de salud.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
11.5.1	Número de países (ministerios de salud y escuelas de salud pública) que adoptan estrategias de gestión de los conocimientos para reducir la brecha entre los conocimientos y su aplicación.	10	15	25
11.5.2	Número de países que tienen acceso a información y conocimiento científicos esenciales.	Por determinar	10	20
11.5.3	Número de países que cuentan con marcos y servicios de salud cibernéticos basados en datos científicos.	Por determinar	12	30

OBJETIVO ESTRATÉGICO 12

Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias

Alcance

Los productos médicos comprenden los medicamentos químicos y biológicos, las vacunas, la sangre y sus derivados, las células y los tejidos principalmente de origen humano, los productos biotecnológicos, los medicamentos tradicionales y los dispositivos médicos. Las tecnologías abarcan, entre otras, las utilizadas en pruebas de diagnóstico, imagenología y análisis de laboratorio. Las actividades previstas en el marco de este objetivo estratégico se centrarán en lograr un acceso más equitativo (en cuanto a disponibilidad, precios y asequibilidad) a tecnologías y productos médicos esenciales de calidad, seguridad, eficacia y costoeficacia garantizadas, y en promover un uso razonable y costoeficaz de los mismos. Con miras a un uso apropiado de los productos y las tecnologías, el trabajo se centrará en el establecimiento de sistemas regulatorios apropiados, la selección basada en criterios científicos, la información para los profesionales que prescriben productos y para los pacientes, el uso de procedimientos de diagnóstico, clínicos y quirúrgicos apropiados, la seguridad de los sistemas de suministro, del expendio y de las inyecciones, y la transfusión de sangre. La información comprende directrices clínicas, información independiente sobre los productos y promoción ética.

INDICADORES Y METAS

- Mejoramiento asegurado en el acceso a los productos médicos y la tecnología sanitaria esenciales, con una utilización racional de los mismos en los países de América Latina y el Caribe, y apoyo mediante el reconocimiento en la constitución de los países o en las leyes nacionales. Meta: más de 60% de los países.
- Vigilancia y garantía de la calidad de los productos médicos y la tecnología sanitaria en América Latina y el Caribe. Meta: más de 75% de los países realizan esta tarea de vigilancia.
- Fortalecimiento de los sistemas de distribución en América Latina y el Caribe en cuanto a la planificación y las adquisiciones de tecnología y productos médicos de buena calidad. Meta: al menos 70% de los países.
- Etapa de desarrollo de la capacidad nacional de reglamentación. Meta: evaluación del organismo nacional de reglamentación, 47% de los países con nivel básico, 28% con nivel intermedio y 25% con funciones de reglamentación de alto nivel ya implantadas.

TEMAS Y DESAFÍOS

Desde el más sencillo de los sistemas de atención de salud hasta el más avanzado, en los países ricos y pobres por igual, la tecnología sanitaria constituye la columna vertebral de los servicios sanitarios. Sin embargo, el acceso a la tecnología de salud es al mismo tiempo una de las diferencias más claras entre los países ricos y pobres en todo el mundo, incluida la Región de las Américas. Las mayores disparidades en la distribución de los ingresos se observan en países de las Américas y se reflejan en el acceso a la tecnología sanitaria. Los sistemas de salud fuertes

invariablemente dependen en gran medida del acceso a la tecnología sanitaria y de su utilización. Esta tecnología en conjunto forma una red intrincada en todos los servicios de salud en los que está entrelazada. Una densa red de tecnología sanitaria es uno de los requisitos más fundamentales para la sostenibilidad y la autosuficiencia de los sistemas de salud. La tecnología sanitaria evoluciona o se inventa para solucionar problemas de salud percibidos y al principio se evalúa y se utiliza con ese fin. A medida que se acumula experiencia con su uso, la tecnología sanitaria puede llegar a utilizarse, directamente o con algunas modificaciones, para tratar muchos otros problemas diferentes de aquellos para los cuales fue ideada inicialmente. Algunas técnicas son intrínsecamente seguras, pero la gran mayoría no lo es, de modo que es necesario instaurar de manera sistemática medidas de control y garantía de la calidad para evitar efectos no deseados de su uso. En efecto, en el caso de muchas técnicas es aconsejable coordinar su adaptación de acuerdo con la legislación nacional y utilizarlas con la supervisión de las autoridades regulatorias. Aunque la mayoría de los países en desarrollo no pueden pagar la amplia gama de tecnologías sanitarias, si se eligen cuidadosamente los elementos de esta red, un país podrá ofrecer a sus ciudadanos un servicio de salud seguro y fiable, aun si los recursos son limitados.

El impacto económico de los productos médicos y las tecnologías sanitarias es notable, especialmente en los países en desarrollo. Mientras que en la mayoría de los países desarrollados el gasto en productos farmacéuticos representa menos de la quinta parte del gasto total en salud, tanto público como privado, en las economías en transición representa de 15 a 30% del gasto en salud y de 25 a 66% en los países en desarrollo. En la mayoría de los países de ingreso bajo, los productos farmacéuticos representan el mayor gasto público en la esfera de la salud después de los costos de personal y el mayor gasto sanitario de las familias. Además, el gasto ocasionado por una enfermedad grave en la familia, que incluye los medicamentos, es una causa importante de empobrecimiento familiar. A pesar del posible efecto sanitario de los medicamentos esenciales y del gasto sustancial en medicamentos, la falta de acceso a los medicamentos esenciales, su uso irracional y la mala calidad de los mismos siguen siendo problemas graves de salud pública en todo el mundo. El concepto de medicamentos esenciales incorpora la necesidad de actualizar regularmente la selección de los fármacos, teniendo en cuenta las nuevas opciones para el tratamiento y los cambios en las necesidades terapéuticas, la necesidad de velar por la calidad del medicamento y la necesidad del desarrollo continuo de mejores medicamentos, de medicamentos para enfermedades emergentes y de medicamentos para hacer frente a los perfiles cambiantes de resistencia.

Otro motivo de inquietud para los Estados Miembros son los acuerdos de libre comercio que se están negociando o aplicando en diferentes subregiones y sus repercusiones en el acceso de las poblaciones a productos nuevos introducidos en el mercado. La OPS ha venido siguiendo muy de cerca esta situación y ha asesorado a los países con relación al acceso al tratamiento antirretrovírico, además de colaborar en las negociaciones subregionales y nacionales.

La mayoría de los programas nacionales de vacunación de la Región utilizan vacunas adquiridas por medio del Fondo Rotatorio de la OPS. La calidad de estas vacunas está asegurada por el sistema de precalificación de la OMS, que incluye no solo la evaluación del fabricante y de las vacunas sino también la evaluación del organismo regulador nacional, ya que la responsabilidad de la supervisión se delega a ese organismo. La evaluación que hacen los organismos reguladores nacionales se ha convertido en una herramienta importante para determinar sus cualidades y puntos débiles en el cumplimiento de las seis funciones de reglamentación, a saber: a) registro, b) vigilancia del uso de las vacunas, c) sistema de liberación de lotes, d) acceso a un laboratorio de control de calidad, e) inspección de los fabricantes, y f) evaluación de los resultados clínicos. El fortalecimiento de los organismos regulatorios nacionales también ayudará a crear una red de autoridades regulatorias que puede servir de base para garantizar la calidad de los productos en la Región. Hasta ahora, se ha declarado que dos organismos regulatorios

nacionales (los de Brasil y Cuba) cumplen plenamente sus funciones y en cinco se han efectuado evaluaciones preliminares. Se han encontrado varias causas que entorpecen el cumplimiento: falta de estructuras orgánicas e independientes, falta de recursos humanos capacitados, falta de coordinación de las actividades e infraestructura deficiente.

Pocos países han invertido para mejorar sus establecimientos de producción de vacunas: Brasil, Cuba, México y Venezuela. Dos fabricantes ya están precalificados para suministrar vacunas a organismos de las Naciones Unidas: Bio-Manguinhos, del Brasil, para la vacuna contra la fiebre amarilla, y CIGB, de Cuba, para la vacuna contra la hepatitis B. Otro fabricante brasileño ha solicitado la precalificación de dos de sus productos: las vacunas DTP y DTP + hepB. La OPS está determinando cómo puede colaborar con estos fabricantes para abordar la cuestión de la autosuficiencia de la Región en materia de vacunas y la producción regional de ciertas vacunas pertinentes para la salud pública regional o local, como la vacuna contra la gripe pandémica o la vacuna contra la fiebre hemorrágica argentina.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (IFRCRCS) han calculado que, para que una comunidad disponga de sangre en cantidad suficiente para cubrir sus necesidades, es necesario recoger cada año un número de unidades de sangre equivalente a 5% de la población, es decir, 50 unidades por cada 1.000 habitantes. La tasa de donación acumulada para la Región de las Américas es de 24,5 por 1.000, lo que representa 20 millones de unidades de sangre recogidas para una población de 815 millones. De 42 países y territorios de la Región, sólo uno de ellos, Cuba, cumple la norma de la OMS/IFRCRCS. La inequidad en la disponibilidad de sangre entre los países de la Región también se manifiesta dentro de los países, ya que algunas zonas urbanas grandes tienen acceso a la mayor parte de la sangre recogida.

El fomento de la donación voluntaria de sangre no solo asegura la suficiencia y, por consiguiente, la disponibilidad de sangre, sino que también contribuye a su seguridad. Es menos probable que los donantes voluntarios de sangre hayan contraído una infección transmitida por transfusiones, especialmente si donan reiteradamente. En América Latina y el Caribe, solo Aruba, Cuba, Curazao y Suriname recogen 100% de sus unidades sanguíneas de donantes voluntarios, altruistas y no remunerados. En las Bermudas y las Islas Vírgenes Británicas, más de 98% de la sangre proviene de donaciones voluntarias. Por el contrario, en Bolivia, Honduras, Panamá, Perú y la República Dominicana se paga a los donantes. Las unidades de sangre deben ser sometidas a un tamizaje para detectar marcadores de infecciones transmitidas por transfusiones. Las altas tasas de prevalencia de marcadores de estas infecciones entre los donantes y el número de unidades sanguíneas que no son sometidas a un tamizaje dan lugar a la transmisión de infecciones a los pacientes.

Hay una correlación marcada entre la seguridad de la sangre y la disponibilidad y la eficiencia del sistema nacional de bancos de sangre. Los datos de los países de la Región, incluidos Canadá y Estados Unidos, indican que los países con tasas más altas de donación por 1.000 habitantes tienen servicios de sangre que procesan un número mayor de unidades por año y tienen mayores probabilidades de contar con proporciones altas de donantes voluntarios y de aplicar las pruebas universales.

El acceso al diagnóstico por imágenes en la mayoría de los países de nuestra Región dista mucho de la situación de los países desarrollados, donde la frecuencia anual es superior a 1.000 estudios por cada 1.000 habitantes. En los países de la Región considerados como de nivel II de atención de salud (22 países), esta cifra es de alrededor de 150 por 1.000, y en los cinco países de nivel III, este valor está cerca de 20 por 1.000. También se observa un desequilibrio en el acceso debido a los costos de estos servicios, la poca cobertura de los seguros y la concentración en grandes zonas urbanas. Como la calidad es esencial para lograr los resultados previstos del

diagnóstico, en varios países se ha hecho una evaluación de la calidad (Argentina, Bolivia, Colombia, Cuba), con lo cual quedó demostrada la necesidad de ejecutar programas de garantía de calidad. También se ha detectado una falta de profesionales, entre ellos especialistas en radiología, tecnología y física médica.

El acceso a los servicios de radioterapia es aun más crítico. Los países desarrollados tienen de cuatro a cinco unidades de radioterapia de alta energía por millón de habitantes, en tanto que la mayoría de los países de la Región tienen menos de una unidad y en algunos países esta proporción es mucho menor (Nicaragua, El Salvador, Honduras, Guyana, Perú, Haití). Además, los profesionales también escasean. Los costos relacionados con estos servicios, en lo que se refiere tanto a la inversión de capital como a las proyecciones para el funcionamiento y el mantenimiento, exigen que la planificación y la gestión estén bien estructuradas, lo cual no se hace en la mayoría de los países. Con frecuencia, los costos son más altos que en los países desarrollados. De igual manera, la distribución geográfica y la oportunidad de su utilización son desiguales. En cuanto a los equipos más complejos, como los aceleradores lineales, los dispositivos de tomografía computadorizada, de resonancia magnética nuclear y de braquiterapia de alta tasa de dosis, intervienen cuestiones aun más cruciales.

El área de la infraestructura física y la tecnología incorporada en los servicios sanitarios no experimentó grandes cambios durante el último bienio. La infraestructura y el equipo se deterioran y se desactualizan continuamente, mientras que los gobiernos no tienen una idea clara de cuál es la situación en el sector privado. Varios donantes y bancos están trabajando simultáneamente, y a veces se duplican los esfuerzos en esta esfera, mientras que la mayoría de los gobiernos carecen de programas concretos para reglamentar la importación, distribución, utilización y eliminación de los equipos.

Debido a que las enfermedades transmisibles representan una carga importante de morbilidad y mortalidad, junto con los niveles bajos de desarrollo y los escasos recursos locales, es necesario apoyar y reorientar a las redes nacionales de laboratorios para que desempeñen una función más activa en la vigilancia sanitaria. La función de salud pública del laboratorio comprende el establecimiento sostenible de un sistema de garantía de calidad en las redes de laboratorios, una marcada interacción con la vigilancia epidemiológica para el control de enfermedades, una respuesta integrada en caso de brotes y el seguimiento del proceso de investigación epidemiológica, además del registro y la autorización de laboratorios clínicos, la formulación de programas externos de evaluación y el acceso voluntario a la acreditación.

ENFOQUES ESTRATÉGICOS

- Impulsar y apoyar a los Estados Miembros para que formulen, ejecuten y den seguimiento a políticas farmacéuticas nacionales que faciliten la accesibilidad y asequibilidad de los medicamentos.
- Promover la adopción de instrumentos que permitan mejorar los sistemas de distribución de medicamentos eficaces en función de los costos, haciendo hincapié en los servicios de salud pública y ciertos grupos destinatarios.
- Facilitar la creación de un fondo estratégico destinado a la adquisición de suministros de salud pública por medio de la OPS, a fin de velar por la disponibilidad continua de productos de buena calidad y bajo costo para programas prioritarios de salud pública.
- Apoyar a los Estados Miembros en el debate y la introducción de un enfoque de salud pública, de las disposiciones flexibles del Acuerdo de la Organización Mundial del Comercio sobre los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) y de la Declaración Ministerial de Doha en su marco jurídico y en la negociación de acuerdos bilaterales y regionales de libre comercio.

- Apoyar a los Estados Miembros y a las iniciativas subregionales de integración para avanzar en la armonización de la reglamentación farmacéutica mediante el fortalecimiento de la iniciativa de la Red Panamericana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica.
- Fortalecer y calificar a un grupo de organismos regulatorios nacionales para que se ocupen del control de la calidad de los medicamentos, las vacunas y los dispositivos médicos adquiridos para los países de la Región por el Fondo Estratégico y el Fondo Rotatorio de la OPS.
- Promover la concientización y orientación de los Estados Miembros con respecto al uso racional de los medicamentos.
- Velar por el acceso adecuado a vacunas y productos biológicos de buena calidad en los sistemas sanitarios.
- Coordinar un programa regional de seguridad de la sangre para transfusiones a fin de velar por la disponibilidad de sangre de buena calidad, lo cual abarca la promoción de la donación voluntaria de sangre, la creación de sistemas nacionales eficaces y eficientes de recolección de sangre y el tamizaje exacto de 100% de la sangre.
- Prestar apoyo para fortalecer los servicios de diagnóstico por imágenes y radioterapia, hacer cumplir los reglamentos para la protección contra las radiaciones ionizantes y no ionizantes e impulsar la capacidad para responder a las emergencias radiológicas o nucleares.
- Fortalecer la capacidad para el funcionamiento y mantenimiento de las instalaciones físicas y los equipos de la red de servicios sanitarios en los países de la Región.
- Apoyar a los ministerios de salud en la reglamentación y utilización de dispositivos médicos y del equipo médico en general.
- Apoyar el desarrollo institucional de los laboratorios de salud pública y fortalecer la calidad de las operaciones de los laboratorios clínicos.

PREMISAS Y RIESGOS

El cumplimiento de este objetivo estratégico parte de las siguientes premisas:

- Que el acceso a los productos médicos y las tecnologías siga siendo un tema estratégico en el Programa de Acción Sanitaria general de los ministerios de salud.
- Que la descentralización de los recursos financieros de la OMS asegure la sostenibilidad de los principales mecanismos para garantizar el acceso a productos y tecnologías de buena calidad.
- Que el fortalecimiento de la reglamentación con un enfoque subregional asegure la difusión de productos y tecnologías de buena calidad en nuestra Región;
- Que el fortalecimiento de los sistemas de distribución asegure la entrega apropiada de productos y tecnologías de salud.
- Que se fortalezcan iniciativas regionales tales como el Fondo Estratégico de la OPS y la Red Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica.
- Que continúen la coordinación interinstitucional y los esfuerzos conjuntos en este ámbito.
- Que mejore la capacidad de recursos humanos en la Región para afrontar importantes retos con respecto al acceso a los productos y las tecnologías.

Los riesgos clave para el progreso son:

- Que el enfoque subregional no sea sostenible y falten fondos operacionales para apoyar a los Estados Miembros.
- Que falte voluntad política en algunos países para mantener este tema en la agenda política.

- Que se invierta en tecnología e infraestructura sin un examen previo y una evaluación posterior adecuada de las necesidades.
- Que en la negociación y aplicación de los acuerdos de libre comercio se introduzcan disposiciones restrictivas que obstaculicen el acceso a productos médicos y tecnologías en la Región.
- Que surjan dificultades en la armonización de procedimientos y normas relativos a la calidad de los productos y las tecnologías.

RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

RPR N.º 12.1 Se habrán preconizado y apoyado la formulación y el seguimiento de políticas nacionales amplias sobre el acceso, la calidad y el uso racional de los suministros esenciales de salud pública (medicamentos, vacunas, hierbas medicinales, productos sanguíneos, servicios de diagnóstico, dispositivos médicos y tecnologías de salud).

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
12.1.1	Número de países que han recibido apoyo para elaborar y llevar a la práctica políticas y reglamentos en materia de productos médicos y tecnologías esenciales.	15/36	23/36	27/36
12.1.2	Número de países que reciben apoyo para crear o fortalecer sistemas nacionales integrales de adquisiciones y distribución.	20/36	21/36	21/36
12.1.3	Normas y directrices regionales para el funcionamiento del Fondo Estratégico a fin de apoyar el fortalecimiento de los sistemas de distribución en los países.	En curso	Formuladas y validadas	En uso por los países
12.1.4	Donación de sangre 100% voluntaria y no remunerada.	36%	90%	100%

RPR N.º 12.2 Se habrán formulado normas, pautas y directrices internacionales para la calidad, seguridad, eficacia y rentabilidad de los suministros esenciales de salud pública y se habrá preconizado y apoyado su aplicación a nivel nacional y regional.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
12.2.1	Evaluación regional de países a fin de medir su capacidad para reglamentar productos médicos y tecnologías esenciales.	2	5	7
12.2.2	Normas y directrices para la precalificación de proveedores y productos en la Región.	En curso	Formuladas y validadas	En uso por los países

RPR N.º 12.3 Se habrá formulado y apoyado en programas regionales y nacionales orientaciones de políticas basadas en datos probatorios acerca de la promoción del uso científicamente adecuado y eficaz en función del costo de productos médicos y tecnologías por los trabajadores de salud y los consumidores.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
12.3.1	Número de programas nacionales o regionales que reciben apoyo para promover el uso adecuado y eficaz en función de los costos de tecnologías y productos médicos.	2	4	6
12.3.2	Número de países que han recibido apoyo para promover el uso adecuado y eficaz en función de los costos de tecnologías y productos médicos.	11/36	16/36	20/36
12.3.3	Número de países con una lista nacional de productos médicos y tecnologías esenciales actualizada en los últimos cinco años que se utiliza para adquisiciones y reembolsos públicos.	30	31	34
12.3.4	Número de directrices regionales para las políticas nacionales sobre el uso seguro y eficaz de productos médicos y tecnologías esenciales.	0	4	6

RPR N.º 12.4 Se habrá apoyado la formulación de políticas y marcos jurídicos y se habrá mejorado la capacidad de los recursos humanos para reducir las barreras en el acceso a los suministros esenciales de salud pública.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
12.4.1	Número de países apoyados con las herramientas necesarias para elaborar políticas y marcos jurídicos y mejorar la capacidad de los recursos humanos con miras a reducir las barreras en el acceso a los suministros esenciales de salud pública.	11	20	24
12.4.2	Directriz y herramientas (incluida una lista de expertos) para abordar las barreras al acceso en los países.	En curso	Disponibles	En uso

OBJETIVO ESTRATÉGICO 13

Asegurar la existencia de un personal de salud disponible, competente, capaz de responder a las necesidades y productivo, con miras a mejorar los resultados sanitarios

Alcance

El trabajo relacionado con este objetivo estratégico se guía por los Objetivos y Desafíos del Llamado a la Acción de Toronto (2005), la Agenda de Salud de las Américas y el marco de referencia para la formulación de planes nacionales y subregionales y de una estrategia regional para el Decenio de los Recursos Humanos en Salud (2006-2015). Aborda los distintos componentes del campo del desarrollo de recursos humanos, las operaciones de gestión y la regulación de este campo por las autoridades sanitarias, así como las distintas etapas de desarrollo de la fuerza de trabajo (entrada, ciclo laboral y salida), haciendo hincapié en la formulación de planes y estrategias nacionales para su desarrollo.

INDICADORES Y METAS

- Densidad de la fuerza laboral sanitaria (desglosada por país, sexo y categoría ocupacional, cuando sea posible). Meta: por determinar.
- Distribución equitativa de los trabajadores de salud (desglosada por país, sexo y categoría ocupacional, cuando sea posible). Meta: por determinar.
- Número de países que enfrentan escasez crítica de personal de salud. Meta: disminución de 25% para 2013.

TEMAS Y DESAFÍOS

Los datos para la Región de las Américas muestran que:

- 12 millones de hombres y mujeres trabajan en los servicios de salud.
- La fuerza de trabajo en salud femenina alcanza a un 70%.
- Existen 4.580.000 de médicos, enfermeras y dentistas en la Región.
- Entre 60 y 70 % del presupuesto nacional para la salud se destina al pago de sueldos.

Existe una clara correlación entre la densidad de trabajadores de salud y el logro de mejores niveles de cobertura con intervenciones de salud esenciales, como la vacunación o la atención en el parto por personal competente. Cuanto mayor es el número de trabajadores de salud por habitante, mayores son las posibilidades de supervivencia del lactante, del niño y de la madre. Muchos países no han alcanzado las metas previstas en la Declaración del Milenio en lo que se refiere a la cobertura de intervenciones. En el *Informe sobre la salud en el mundo 2006*, por ejemplo, se señalan muchos países donde la densidad de trabajadores sanitarios es inferior al nivel mínimo establecido. En las Américas, la escasez no es tan aguda ni tan grande como en África pero existen serios problemas con algunas categorías de profesionales y con su distribución.

La escasez de enfermeras es particularmente aguda. Esta escasez ha fomentado la emigración de países en desarrollo a países desarrollados, cuyo efecto se siente especialmente en el Caribe:

- Los países del Caribe tienen una tasa de 35% de vacantes de enfermería.
- En Jamaica y Trinidad y Tobago, las tasas son aún mayores: exceden el 50%.
- Canadá no podrá cubrir 60.000 plazas en los próximos seis o siete años.
- Estados Unidos tiene actualmente una escasez de más de 168.000 enfermeras y esta cifra aumentará dentro de poco.

Aunque los países en general parecen tener una cantidad suficiente de médicos y enfermeras, un número desproporcionado de estos profesionales se concentra en las zonas urbanas, creando una escasez crítica en las áreas rurales:

- Ecuador: en la capital, Quito, hay 12 enfermeras por 10.000 habitantes, mientras que el promedio del país es de 5.3 por 10.000.
- Nicaragua: 50% del personal de salud trabaja en Managua, la capital, donde atiende a sólo 20% de la población.
- Paraguay: hay una enfermera por 2.000 habitantes en la capital y una enfermera por 9.000 en el resto del país.
- Uruguay: 80% de los médicos viven en la capital, donde atienden a sólo 45% de la población.

Las causas de estos déficit agudos y de la desigualdad en la distribución son múltiples. Existen asimismo diversos factores de atracción y empuje que llevan a muchos profesionales de la salud a dejar su trabajo, provocando con ello desequilibrios geográficos entre zonas rurales y urbanas dentro de los países y entre los países y regiones, con una importante migración de los países en desarrollo a los más desarrollados. La migración de trabajadores sanitarios tiene graves consecuencias para los sistemas de salud de los países en desarrollo, ya de por sí aquejados por los efectos de años de reformas mal administradas de la atención sanitaria y estancamiento económico.

Aunque haya el número necesario de profesionales, muchas veces falta el equilibrio en los equipos de salud:

- Brasil: los médicos representan 66% del total de los profesionales de salud.
- El Salvador: hay una sola enfermera por cada dos médicos.
- República Dominicana: hay una sola enfermera por cada ocho médicos.
- Uruguay: 66% de los médicos son especialistas.
- En 19 países de la América Latina hay más médicos que enfermeras.

Las Américas han definido el desafío. Veintinueve países de la Región y un gran número de organismos internacionales se reunieron en Toronto (Canadá) para examinar los desafíos que enfrenta la fuerza laboral en salud en la Región. Los participantes en esta reunión llegaron a un acuerdo sobre un llamado a la acción de los países para movilizar la voluntad política, recursos y actores institucionales a fin de contribuir al desarrollo de los recursos humanos en salud con el propósito de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el acceso universal de los pueblos de las Américas a servicios de salud de buena calidad para 2015.

Mejorar la capacidad humana no es tarea fácil. Todos los países están realizando un esfuerzo sostenido como parte del Decenio de los Recursos Humanos en Salud (2006-2015), cuyas metas son:

- Fortalecer el liderazgo en el ámbito de la salud pública.
- Aumentar la inversión en recursos humanos.
- Coordinar e integrar la acción en todos los ámbitos.
- Asegurar la continuidad de políticas e intervenciones propicias.
- Mejorar la recopilación de información para la toma de decisiones.

Objetivos principales para el decenio 2006-2015:

- Definir políticas y planes a largo plazo para adecuar la fuerza de trabajo de los servicios de salud a las necesidades de salud de la población y desarrollar la capacidad institucional para aplicar estas políticas y revisarlas periódicamente.
- Colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, logrando una distribución equitativa del personal de salud en las diferentes regiones de acuerdo con las diferentes necesidades de salud de la población.
- Regular el desplazamiento de los profesionales de salud a fin de garantizar el acceso de toda la población a los servicios de salud.
- Establecer vínculos entre los trabajadores y las organizaciones de salud que fomenten el compromiso con la misión institucional a fin de brindar buenos servicios de salud a toda la población.
- Desarrollar mecanismos de colaboración y cooperación entre las instituciones de formación profesional (universidades, escuelas) y las de servicios de salud a fin de adecuar la formación de profesionales de salud a un modelo de atención universal, equitativo y de buena calidad que sirva a las necesidades de salud de toda la población.

ENFOQUES ESTRATÉGICOS

- El cumplimiento de este objetivo estratégico supone una cooperación técnica efectiva para avanzar en el desarrollo de una fuerza de trabajo disponible, ubicada en los lugares apropiados, en cantidad suficiente y dotada de la competencia necesaria para atender las necesidades sanitarias de la población en el contexto del sistema de salud de cada país.
- Para ello habrá que mejorar la fuerza laboral sanitaria por medio de planes nacionales, subregionales y regionales, fortaleciendo la capacidad nacional para la gestión integral de los recursos humanos y creando y fomentando alianzas en todos los niveles. Es fundamental contar con sistemas de información sobre el personal sanitario a fin de formular políticas y planes estratégicos nacionales en materia de recursos humanos para la salud que estén basados en datos probatorios y tengan un carácter integral. Habrá que recopilar y difundir información sobre prácticas óptimas, basadas en criterios científicos, para el desarrollo, la formación y la gestión del personal sanitario. De modo análogo, se necesitan fondos suficientes para financiar la fuerza laboral sanitaria, lo que requerirá la celebración de consultas y negociaciones con los ministerios de hacienda, trabajo y educación, así como organizaciones internacionales de desarrollo.
- Al mismo tiempo, será preciso ampliar la capacidad y mejorar la calidad de las instituciones docentes y de formación profesional y procurar una combinación apropiada de aptitudes y una distribución geográfica equitativa de la fuerza laboral sanitaria por medio de medidas eficaces de dotación y retención de personal, recurriendo para ello a incentivos adaptados a cada contexto.
- Al apoyar los esfuerzos de los Estados Miembros, la OPS recabará y compartirá los conocimientos (datos, información y pruebas) necesarios para modificar las prácticas actuales, a fin de hacer frente a los desafíos relacionados con la fuerza laboral sanitaria y asegurar la mejora progresiva del desempeño general del personal de salud. Más concretamente, la Oficina se concentrará en las siguientes tareas:

- apoyar el fortalecimiento del liderazgo nacional en materia de recursos humanos para la salud, con el fin de movilizar recursos para la fuerza de trabajo sanitaria, y formular, aplicar, supervisar y evaluar políticas y planes para la fuerza de trabajo en el campo de la salud en el contexto del Decenio de los Recursos Humanos en Salud 2006-2015 de forma tal que responda a las necesidades sanitarias;
- apoyar el seguimiento de los recursos humanos en salud en los países a fin de asegurar su sostenibilidad;
- responder a los países afectados por la crisis de recursos humanos para la salud;
- facilitar acuerdos con otros organismos, con miras a disponer de mecanismos financieros más eficaces para el desarrollo del personal sanitario y la gestión de las migraciones internas e internacionales;
- fortalecer los sistemas nacionales de enseñanza, en particular las escuelas y universidades, para formar todo tipo de trabajadores sanitarios y dotarlos de los conocimientos y la competencia apropiados;
- reforzar la base de conocimientos, respaldando la capacidad nacional para crear sistemas de información sobre la fuerza laboral sanitaria y promover investigaciones en recursos humanos;
- respaldar mecanismos para la creación de redes subregionales de instituciones de excelencia; por ejemplo, observatorios de recursos humanos para la salud, con miras a generar información que permita fundamentar los procesos de formulación de políticas, seguimiento y evaluación en datos probatorios;
- colaborar en el establecimiento de normas y pautas para la fuerza laboral sanitaria, incluida la formulación de definiciones, sistemas de clasificación e indicadores internacionalmente acordados; y
- respaldar los esfuerzos de integración y cooperación horizontal entre países para llevar a cabo estrategias conjuntas y afrontar los problemas de la migración del personal de salud.

PREMISAS Y RIESGOS

El cumplimiento de este objetivo estratégico parte de las siguientes premisas:

- Que se mantengan los esfuerzos regionales, subregionales y nacionales para impulsar el desarrollo de recursos humanos para la salud, incluido el Llamado a la Acción de Toronto.
- Que las alianzas intersectoriales e interinstitucionales (UNESCO, OIT, CEPAL) en apoyo al desarrollo del personal sanitario sigan fomentando la participación activa de todos los interesados directos, incluidos la sociedad civil, las asociaciones profesionales y el sector privado.

El logro de este objetivo estratégico puede verse afectado negativamente por los siguientes riesgos:

- Que la financiación del desarrollo del personal sanitario se mantenga en niveles bajos.
- Que se siga descuidando la cuestión del desarrollo de los recursos humanos.
- Que los países afectados sigan siendo incapaces de tomar las riendas de la situación y manejar la respuesta a esta crisis por sus propios medios.
- Que los países desarrollados sigan recurriendo al reclutamiento activo, fomentando así la migración descontrolada.
- Que las fuerzas del mercado sigan ejerciendo una presión excesiva en favor de la emigración y el éxodo de profesionales (fuga de cerebros).

RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

RPR N.º 13.1 Se habrán formulado planes, políticas y reglamentos en materia de recursos humanos a nivel nacional, subregional y regional para mejorar el desempeño de los sistemas de salud basados en la atención primaria.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
13.1.1	Número de países con planes decenales de acción para el fortalecimiento de la fuerza laboral en salud con la participación activa de los actores y el gobierno.	13	16	28
13.1.2	Número de países que tienen una unidad en el gobierno responsable de la planificación y elaboración de políticas para el desarrollo de los recursos humanos en salud.	3	12	20
13.1.3	Número de países con programas de aumento de la producción de recursos humanos en salud que dan prioridad al fortalecimiento de la atención primaria de salud.	8	11	15
13.1.4	Número de países con mecanismos de regulación (control de calidad) de la educación y de las prácticas en el campo de la salud.	12	16	20
13.1.5	Número de subregiones con mecanismos de regulación (control de calidad) de la educación y de las prácticas en el campo de la salud.	1	2	3

RPR N.º 13.2 Se habrá establecido un conjunto de datos básicos y sistemas de información en recursos humanos a nivel nacional, subregional y regional.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
13.2.1	Número de países que disponen de una base de datos de la situación y las tendencias de la fuerza de trabajo en salud actualizada cada dos años como mínimo.	10	22	29

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
13.2.2	Número de países que participarán en un sistema de indicadores regionales sobre recursos humanos para la salud (incluyendo indicadores de distribución geográfica, migración, relaciones laborales y tendencias en la formación de profesionales de salud).	0	13	27
13.2.3	Número de países con un grupo nacional integrado en la red de Observatorios de Recursos Humanos en Salud.	18	29	40
13.2.4	Número de países que llevan a cabo estrategias de promoción de las investigaciones sobre recursos humanos en salud.	5	8	14
13.2.5	Establecimiento de un sistema de indicadores regionales para dar seguimiento al progreso realizado en la superación de los retos fundamentales y la elaboración de perfiles regionales de la situación de los recursos humanos en salud en el marco de la Agenda de Salud para las Américas.	0	1	1

RPR N.º 13.3 Se habrán creado estrategias e incentivos para generar, atraer y retener personal de salud (con las competencias) en función de las necesidades de salud individuales y colectivas, teniendo en cuenta en particular las poblaciones desatendidas.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
13.3.1	Número de países con políticas de reclutamiento y retención de personal de salud para fortalecer la atención primaria de salud.	6	15	20
13.3.2	Número de países que han implementado sistemas de incentivos y estrategias para lograr la redistribución geográfica de su personal de salud en áreas desprotegidas.	6	10	20

RPR N.º 13.4 Se habrá fortalecido la capacidad de gestión en los países a fin de mejorar el desempeño y la motivación del personal de salud, con la creación de condiciones y ambientes laborales saludables y productivos.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
13.4.1	Número de países con los cuales la Oficina ha forjado alianzas estratégicas para la formulación de planes nacionales y subregionales en materia de recursos humanos en el marco del llamado a la acción de Toronto.	2	4	6

RPR N.º 13.5 Se habrán fortalecido las estrategias y los sistemas de educación a nivel nacional a fin de desarrollar y mantener las aptitudes del personal de salud en el contexto de la práctica sanitaria y la situación de salud de la población, prestando especial atención a la atención primaria de salud.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
13.5.1	Número de países donde existen comisiones de planificación conjunta de instituciones de formación y servicios de salud para la actualización continua de la competencia laboral.	12	25	35
13.5.2	Número de países con políticas nacionales explícitas para la adecuación de la educación universitaria y de posgrado a las prioridades de salud y a la atención primaria de salud.	4	10	15

RPR N.º 13.6 Se habrán mejorado la comprensión y la solución de los problemas que confrontan los sistemas nacionales de salud como consecuencia de la migración internacional del personal de salud a mediano y a largo plazo.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
13.6.1	Número de subregiones que participan en una red de monitoreo de la migración del personal de salud.	2	3	4

OBJETIVO ESTRATÉGICO 14

Extender la protección social mediante una financiación equitativa, suficiente y sostenible

Alcance

Este objetivo estratégico refleja los principios rectores enunciados en la resolución WHA58.33 y la resolución CSP26.R19 de la OPS en 2002 sobre la iniciativa conjunta de la OPS y la OIT relativa a la ampliación de la protección social en materia de salud. El trabajo se concentrará en lo siguiente:

- Financiamiento sostenible y solidario del sistema de salud y protección social.
- Protección de los hogares contra los gastos catastróficos en salud.
- Eliminación o reducción de las barreras económicas, geográficas, culturales, étnicas y de género derivadas de la organización del sistema.
- Eliminación de las diferencias en los derechos garantizados de acceso a productos, servicios y oportunidades en salud y de cualquier forma de discriminación por motivos de etnia, género, edad, religión o preferencia sexual.
- Eliminación o reducción de la segmentación institucional de los sistemas y de la fragmentación operativa de la red de servicios.
- Acceso adecuado y oportuno a servicios de salud de buena calidad sobre la base de la equidad.
- Fomento de la inclusión de salud en los planes gubernamentales.
- Armonización, convergencia y coordinación de la cooperación internacional para apoyar los esfuerzos nacionales orientados al desarrollo sanitario (siguiendo la orientación de la Declaración de Roma y las directivas del Foro del Alto Nivel de París).

INDICADORES Y METAS

- Aumento del porcentaje del gasto público en salud, especialmente en atención primaria de salud. Meta: por determinar.
- Reducción de la proporción de hogares situados por debajo de la línea de pobreza debido al gasto en salud. Meta: por determinar.
- Reducción del número de países con una alta proporción de gastos en salud sufragados por los usuarios. Meta: por determinar.
- Aumento del porcentaje de la población con derechos asegurados explícitos de acceso a productos, servicios y oportunidades en salud. Meta: por determinar.
- Aumento del porcentaje de la población que tiene acceso regular y oportuno a servicios de salud. Meta: por determinar.
- Aumento del número de países con capacidad para investigar los problemas de exclusión social e inequidades en salud y analizar el financiamiento y el gasto del sistema, como

- medida estratégica para incrementar el gasto público eficiente y equitativo en salud y formular políticas de protección social solidarias y universales. Meta: por determinar.
- Aumento del número de países que pueden coordinar, armonizar y alinear la cooperación internacional en salud. Meta: por determinar.

TEMAS Y DESAFÍOS

- La forma de financiación y organización del sistema de salud es un factor determinante clave de la salud y el bienestar de la población.
- El gasto en salud, especialmente el gasto público, todavía es insuficiente para lograr una oferta adecuada de servicios, razón por la cual las familias se ven obligadas a efectuar pagos de su bolsillo que afectan a la economía familiar y aumentan el riesgo de empobrecimiento.
- Importantes segmentos de la población no tienen acceso regular y oportuno a servicios de salud y continúan experimentando disparidades en el acceso por razones económicas, geográficas, culturales y étnicas, así como por motivos de género, edad, religión o preferencia sexual.
- La segmentación y fragmentación del sistema de salud incrementan la inequidad y la ineficiencia en el uso de los recursos del sector y limitan el acceso de los grupos más pobres y vulnerables.

ENFOQUES ESTRATÉGICOS

- Realizar una labor de promoción, enfatizando la necesidad de asignar más fondos, que sean predecibles, sostenibles y solidarios, en los planes regionales y nacionales, así como la participación en alianzas que propicien la consecución de este objetivo.
- Ofrecer cooperación técnica a los países y a los ministerios de salud a fin de que la salud ocupe un lugar importante en la agenda nacional de desarrollo y apoyar a los países para que alcancen y mantengan un alto nivel de gestión eficiente, responsable y transparente.
- Obtener datos confiables y conocimientos que sirvan de base para opciones de política con respecto a mecanismos solidarios y equitativos de financiamiento que reduzcan la dependencia de los pagos directos de las familias.
- Fortalecer la capacidad nacional para analizar opciones de política a fin de reducir la desigualdad de ingresos como causa subyacente de las disparidades en salud y establecer estrategias nacionales para ampliar la protección social y financiera en salud.
- Fortalecer la capacidad nacional para generar inteligencia sanitaria estratégica por medio de la investigación aplicada, estudios comparativos innovadores, el uso de métodos analíticos y la gestión del conocimiento.
- Fortalecer la capacidad nacional, especialmente del ministerio de salud y de los organismos de seguridad social, para fomentar el diálogo social a fin de llegar a un consenso con la sociedad civil y los actores pertinentes sobre los objetivos nacionales en materia de salud y las estrategias de protección social.
- Fortalecer la capacidad del gobierno nacional para evaluar la situación y los flujos de recursos destinados a la cooperación internacional y para formular políticas e instrumentos orientados a alinear, armonizar y coordinar la ayuda internacional para el desarrollo sanitario.

PREMISAS Y RIESGOS

Para alcanzar este objetivo estratégico es necesario:

- Que se establezcan alianzas regionales, subregionales y nacionales, particularmente con instituciones financieras internacionales, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), organismos de integración subregional tales como el Sistema de Integración Centroamericana (SICA), el Mercado Común del Cono Sur (MERCOSUR), la Comunidad del Caribe (CARICOM) y la Alternativa Bolivariana para las Américas (ALBA), organismos bilaterales de desarrollo, ministerios de trabajo, seguridad social, hacienda y planificación, bancos centrales, institutos nacionales de estadísticas, universidades y centros de investigación.
- Que los países que han emprendido reformas de sus sistemas de salud estén interesados en la búsqueda del acceso universal y equitativo a los servicios de salud para sus habitantes y quieran que los recursos para este fin sean asignados y puestos a disposición del sector de la salud.
- Que la experiencia de los países es variada y las enseñanzas de los procesos nacionales pueden ser un valioso insumo para la cooperación técnica entre países.

Los posibles riesgos son:

- Que los recientes aumentos en la dotación de financiamiento para la salud en los países estén vinculados con la atención a unos pocos problemas sanitarios específicos y no a una visión que integre el financiamiento con la atención universal.
- Que el incremento del financiamiento de fuentes externas aumente la segmentación del sistema y debilite las instituciones del sector, reduciendo la función de rectoría al crear mecanismos paralelos y segmentados de financiamiento, seguros y prestación de servicios.

RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

RPR N.º 14.1 Se habrá prestado apoyo a los Estados Miembros a fin de desarrollar la capacidad institucional para el análisis de las opciones de política en materia económica, financiera, política, social y sanitaria con el propósito de mejorar el desempeño de los mecanismos de financiamiento del sistema de salud y de protección social con objeto de eliminar o reducir las barreras económicas al acceso, promover la protección financiera, la equidad y la solidaridad en el financiamiento de los servicios y acciones de salud y fomentar la utilización eficiente de los recursos.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
14.1.1	Número de países con planes de desarrollo institucional en materia de política y reglamentación para mejorar el desempeño de los mecanismos de financiamiento de los sistemas de salud y protección social.	7	10	15

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
14.1.2	Número de países con unidades de análisis de los aspectos económicos, financieros y funcionales del gasto en salud que utilizan esa información para formular políticas pertinentes en lo que respecta a la eliminación o reducción de las barreras económicas al acceso, el incremento de la protección financiera, la equidad y solidaridad en el financiamiento de los servicios, y la eficiencia de la utilización de los recursos.	10	13	18
14.1.3	Número de países que han realizado estudios de caracterización de la exclusión social en salud a nivel nacional o subnacional.	11	15	20
14.1.4	Número de países con políticas de ampliación de la protección social en salud con el objetivo de alcanzar la cobertura universal.	8	10	12
14.1.5	Número de sinopsis de políticas, documentos analíticos, investigaciones aplicadas, estudios de casos innovadores o comparativos, metodologías e instrumentos relativos a la exclusión y la protección social, la economía, el financiamiento y el gasto de los sistemas de salud, y la equidad y la eficiencia en la utilización de recursos que se han preparado y difundido.	20	28	40

RPR N.º 14.2 Se habrán implementado medidas de promoción, información y cooperación técnica a nivel regional, subregional y nacional para movilizar recursos adicionales y establecimientos destinados a la salud.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
14.2.1	Número de países que han instituido o mejorado procesos de planificación o seguimiento de la cooperación internacional en lo relativo a documentos de estrategia de lucha contra la pobreza, programas con enfoque sectorial amplio, marcos del gasto público a mediano plazo y otros mecanismos de financiamiento a largo plazo.	6	9	12

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
14.2.2	Formulación y aplicación de una estrategia regional de promoción del intercambio permanente de información, conocimientos y enseñanzas con respecto a la coordinación y armonización de la cooperación internacional.	Proceso de consulta para los países que dependen en gran medida de la cooperación internacional y de las respectivas representaciones de la OPS/OMS	Estrategia regional formulada y acordada por 40% de los países de la región que dependen en gran medida de la asistencia financiera internacional	Estrategia regional formulada y acordada por 70% de los países de la región que dependen en gran medida de la asistencia financiera internacional

RPR N.º 14.3 Se habrá elaborado e implementado en los Estados Miembros un marco metodológico y analítico para evaluar la sostenibilidad, solidaridad, equidad y capacidad de estabilidad financiera de los hogares en el sistema de protección social en salud, basado en de la información secundaria disponible.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
14.3.1	El marco metodológico y analítico para evaluar la sostenibilidad, la solidaridad, la equidad y la capacidad de estabilidad financiera de los hogares en el sistema de protección social en la salud ha sido desarrollado y validado por expertos y por las autoridades nacionales y se ha indicado la información secundaria necesaria en los sistemas de información de los países.	Marco metodológico y analítico no disponible	Marco metodológico y analítico desarrollado y validado, con la información necesaria indicada en cinco países	Información necesaria indicada en tres países adicionales (total de ocho países)
14.3.2	Número de estudios de países finalizados con un marco metodológico y analítico para evaluar la sostenibilidad, solidaridad, equidad y estabilidad financiera de los hogares en el sistema de protección social en salud.	0	3	5

RPR N.º 14.4 Se habrá generado y se estará difundiendo periódicamente información sobre el financiamiento y el gasto en salud, habiéndose incorporado una estrategia para utilizar los conocimientos actuales en el plan regional y las agendas nacionales de investigación sobre sistemas y políticas de salud, con énfasis en la extensión de la protección social en salud.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
14.4.1	Iniciativa Regional de Datos Básicos de la OPS y Anexo estadístico del Informe sobre la salud en el mundo de la OMS, con información actualizada sobre el financiamiento y el gasto en salud para el 100% de la Región.	80%	90%	100%
14.4.2	Número de países con agendas nacionales de investigación en sistemas y políticas de salud con énfasis en la extensión de la protección social en salud y la utilización de información sobre el financiamiento y el gasto en salud.	6	10	15
14.4.3	Se ha formulado y se está llevando a cabo un programa regional de investigación en sistemas y políticas de salud con énfasis en la extensión de la protección social en salud basada en la utilización de información sobre el financiamiento y el gasto en salud.	0	Planes regionales de investigación sobre sistemas y políticas de salud formulados y aprobado por los Estados Miembros	Planes regionales de investigación sobre sistemas y políticas de salud en ejecución
14.4.4	Número de países que han institucionalizado la producción periódica de cuentas nacionales de salud armonizadas con el sistema de las Naciones Unidas.	13	18	25

RPR N.º 14.5 Se ha proporcionado cooperación técnica en procesos y mecanismos de aseguramiento y extensión de cobertura y se han intercambiado experiencias y lecciones aprendidas entre los Estados Miembros.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
14.5.1	Número de países que han intercambiado experiencias y lecciones aprendidas sobre el aseguramiento y la extensión de la cobertura.	37	41	41
14.5.2	Número de sinopsis de políticas, documentos analíticos, investigaciones aplicadas, estudios de casos innovadores o comparativos, metodologías e instrumentos estratégicos, programas, planes y mecanismos de aseguramiento y de ampliación de la cobertura que se han preparado y difundido.	10	16	25
14.5.3	Estudios comparativos regionales y subregionales sobre la experiencia con los seguros y la extensión de la cobertura, a fin de alcanzar la protección universal.	0	Estudio comparativo regional concluido y difundido	Estudios subregionales comparativos de 1) América del Norte, (2) Centroamérica y el Caribe, y 3) América del Sur concluidos y difundidos
14.5.4	Número de profesionales de los países y de organismos de cooperación internacionales capacitados por la OPS para formular estrategias de desarrollo, programas, planes y mecanismos de aseguramiento y extensión de la cobertura, con el objetivo de alcanzar la protección universal.	220	300	400

RPR N.º 14.6 Se habrá mejorado la coordinación regional de la cooperación internacional en materia de salud y se habrá fortalecido la capacidad de coordinación de los países a nivel subregional y nacional para alcanzar las metas del desarrollo nacional de salud.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
14.6.1	Número de países donde la acción de los principales donantes del sector de la salud se ciñe a los planes y las prioridades gubernamentales.	3	5	8
14.6.2	Número de países donde se ha fortalecido la coordinación de la cooperación internacional en los ministerios de salud.	7	8	10

OBJETIVO ESTRATÉGICO 15

Proporcionar liderazgo, fortalecer la gobernanza y fomentar las alianzas y la colaboración con los países, el sistema de las Naciones Unidas y otros actores para cumplir el mandato de la OPS/OMS de avanzar con el programa de acción sanitaria mundial, consignado en el Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS y la Agenda de Salud para las Américas

Alcance

Este objetivo estratégico facilita el trabajo de la Oficina encaminado a alcanzar los demás objetivos estratégicos. Se reconoce que el contexto internacional relacionado a la salud ha cambiado considerablemente. Este objetivo abarca tres grandes áreas complementarias: 1) liderazgo y gobernanza de la Organización; 2) apoyo de la Oficina a los Estados Miembros con su presencia y su compromiso con cada uno de ellos, con el sistema de las Naciones Unidas y con otros interesados directos; y 3) la función de la Organización de aprovechar la energía y la experiencia colectivas de los Estados Miembros y otros actores para influir en los asuntos sanitarios de importancia mundial y regional.

El objetivo estratégico también abarca las amplias reformas institucionales que asegurarán que las funciones antedichas mejoren continuamente y proporcionen a la Organización un apoyo más eficiente y eficaz en función del costo.

INDICADORES Y METAS

- Número de países que llevan a la práctica las resoluciones y los acuerdos relacionados con la salud adoptados por la Asamblea Mundial de la Salud y los Cuerpos Directivos de la OPS. Meta: más de la mitad de los Estados Miembros (19 países) en 2013.
- Número de países que tienen una estrategia de cooperación en los países (ECP) acordada por el gobierno, con una evaluación cualitativa del grado en que los recursos de la OPS/OMS se armonizan con los socios y convergen con las estrategias nacionales de salud y desarrollo. Meta: 30 países para 2013 (punto de partida: 0 en 2006-2007)
- Grado de logros alcanzados, por la asistencia oficial para el desarrollo destinada a la salud, de los parámetros sobre armonización y alineación estipulados en la Declaración de París.⁹ Meta: consecución de 100% de los parámetros para 2013.

⁹ Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda para el desarrollo: protagonismo, armonización, convergencia, resultados y responsabilidad mutua, París, 2 de marzo de 2005. La OMS está trabajando con la OCDE, el Banco Mundial y otros interesados directos a fin de adaptar la Declaración de París a la salud. A medida que el proceso vaya avanzando, las siguientes metas irán orientándose más hacia la salud: 50% de la asistencia oficial para el desarrollo se proporcionará por medio de programas coordinados compatibles con las estrategias de desarrollo nacional; 90% de las adquisiciones posibilitadas por dicha asistencia se efectuarán por medio de los sistemas de adquisiciones de los países asociados; disminución de 50% en la asistencia no desembolsada en el ejercicio económico para el cual fue programada; 66% de la asistencia proporcionada en el contexto de enfoques programáticos; 40% de las misiones de país de la OMS realizadas de forma conjunta; 66% del trabajo analítico de la OMS sobre la salud en los países realizado de forma conjunta.

TEMAS Y DESAFÍOS

Los Cuerpos Directivos de la OPS —la Conferencia Sanitaria Panamericana, el Consejo Directivo, el Comité Ejecutivo y su Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración— proporcionan orientación estratégica y normativa a la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), cuya conducción y gestión está a cargo del Director y de altos funcionarios a nivel regional y de país.

Los mandatos de los Cuerpos Directivos deben acatarse eficazmente y sus decisiones deben ejecutarse de una manera receptiva y transparente. Dentro de la Oficina es necesario contar con líneas claras de autoridad, de responsabilidad y de rendición de cuentas, especialmente en un contexto en el que los recursos y las decisiones sobre su utilización están cada vez más descentralizados hacia los lugares donde se ejecutan los programas.

Es necesario fortalecer la capacidad de la Organización en todos los niveles para hacer frente a la demanda constante de información sobre la salud. La Organización debe contar con los recursos para comunicarse interna y externamente de manera oportuna y uniforme a nivel mundial, regional y nacional —tanto de manera proactiva como en momentos de crisis— a fin de demostrar su liderazgo en el ámbito de la salud, suministrar información sanitaria esencial y mantener su visibilidad.

Se necesita una voluntad política fuerte, un buen gobierno y liderazgo a nivel de país. En efecto, el Estado desempeña una función decisiva en la configuración, reglamentación y administración de los sistemas sanitarios, además de designar las responsabilidades de salud respectivas tanto del gobierno como de la sociedad y las personas individualmente. Eso significa tratar no solo con asuntos del sector de la salud sino con otros más amplios; por ejemplo, con la reforma de la administración pública o de la política macroeconómica, que pueden tener repercusiones importantes en la prestación de servicios de salud. La Oficina, por su parte, tiene que velar por que su apoyo se centre en torno a las estrategias del país claramente enunciadas, que estas se reflejen en los planes estratégicos a mediano plazo de la OPS/OMS y sean compatibles con ellos y que la presencia de la Organización corresponda a las necesidades y el nivel de desarrollo del país pertinente con el fin de proporcionar un apoyo óptimo.

A nivel regional, podrían fortalecerse ciertos mecanismos para que los actores puedan hacer frente a los asuntos de salud de una manera transparente y eficaz. La OPS/OMS debe procurar que las instancias normativas sanitarias nacionales y los asesores participen plenamente en todos los foros internacionales que traten temas relacionados con la salud. Esto es particularmente importante en una época de interdependencia social y económica, donde las decisiones sobre problemas tales como el comercio, conflictos y derechos humanos pueden tener consecuencias considerables para la salud. Los numerosos actores de la esfera de la salud pública, fuera del gobierno y los organismos intergubernamentales, sean activistas, académicos o grupos de presión del sector privado, necesitan contar con foros para contribuir de una manera transparente a los debates mundiales y nacionales sobre políticas relativas a la salud, y también influyen en la buena gobernanza y la responsabilización.

El número creciente de terceros que intervienen en el trabajo en el sector de la salud también ha generado brechas en la responsabilización y una falta de sinergia en la coordinación de la acción. Las alianzas mundiales en el ámbito de la salud ofrecen la posibilidad de combinar los diferentes puntos fuertes de las organizaciones públicas y privadas, junto con los grupos de la sociedad civil, para enfrentar a los problemas de salud.

Debido a que es cada vez mayor el número de sectores, actores y socios interesados en la salud, es necesario entender bien y reconocer la función y la fortaleza de la OPS.

En este contexto, la OPS/OMS tiene que seguir desempeñando una función proactiva, además de concebir mecanismos innovadores para administrar o participar en las alianzas mundiales, regionales, subregionales y nacionales con miras a que la estructura sanitaria internacional sea más eficiente y responda mejor a las necesidades de los Estados Miembros.

ENFOQUES ESTRATÉGICOS

El logro del objetivo estratégico exigirá que los Estados Miembros y la Oficina trabajen en estrecha colaboración. Más concretamente, las medidas fundamentales deben incluir encabezar, dirigir y coordinar el trabajo de la OPS, fortalecer la gobernanza de la Organización mediante una mayor participación de los Estados Miembros y el apoyo eficaz de la Oficina, y comunicar eficazmente el trabajo y el conocimiento de la OPS/OMS a los Estados Miembros, otros socios, actores y el público en general.

Al colaborar con los países para impulsar el programa de acción sanitaria mundial y regional, la OPS/OMS contribuirá a la formulación de estrategias y prioridades nacionales equitativas y trasladará la realidad y las perspectivas del país a las políticas y prioridades mundiales. Los diferentes niveles de la Oficina se coordinarán sobre la base de una presencia eficaz en el país que refleje las necesidades y prioridades nacionales e integre principios comunes de igualdad de género y equidad en salud. A nivel nacional, la Oficina promoverá enfoques multisectoriales, formará la capacidad institucional para el liderazgo, la gobernanza y la planificación del desarrollo sanitario, y facilitará la cooperación técnica entre países.

Otras acciones comprenden la promoción de alianzas funcionales y de una estructura sanitaria mundial, regional y subregional que permita obtener resultados de salud equitativos en todos los niveles; el fomento de enfoques armonizados del desarrollo y la seguridad sanitarios con organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, otros organismos internacionales y otros actores en la salud; la participación activa en el debate sobre la reforma del sistema de las Naciones Unidas y la función de convocatoria en torno a asuntos de salud de importancia mundial, regional, subregional y nacional.

PREMISAS Y RIESGOS

Las siguientes premisas constituyen la base para el logro del objetivo estratégico:

- Que se mantenga el compromiso de todos los actores con la gobernanza y el liderazgo fuerte y que los Estados Miembros y la Oficina acaten las resoluciones y las decisiones de los Cuerpos Directivos.
- Que se mantenga la relación actual de confianza entre los Estados Miembros y la Oficina.
- Que se fortalezca la responsabilización por la ejecución efectiva de la acción que se haya acordado en el contexto del marco de gestión basada en los resultados.
- Que los posibles cambios en el entorno externo e interno durante el período del Plan Estratégico de la Oficina no alteren fundamentalmente ni el papel ni las funciones de la OPS/OMS, aunque la OMS debe ser capaz de responder y adaptarse; por ejemplo, a los cambios que resulten de la reforma del sistema de las Naciones Unidas.

Entre los riesgos que quizás influyan en el logro del objetivo estratégico deberían considerarse las posibles consecuencias de la reforma del sistema de las Naciones Unidas. Las oportunidades serían mayores si la OPS/OMS tomara iniciativas y desempeñara una función proactiva en este proceso. Además, el incremento de alianzas podría generar la duplicación de esfuerzos entre iniciativas, costos altos de transacción para el gobierno y los donantes, responsabilización

confusa y falta de convergencia con las prioridades y los sistemas del país. Si esto llegara a ocurrir, se necesitarían medidas correctivas.

RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

RPR N.º 15.1 Se habrán mantenido el liderazgo y la dirección eficaces de la Organización mediante el mejoramiento de la gobernanza, la coherencia, la responsabilización y la sinergia de la labor de la OPS/OMS para cumplir su mandato de impulsar los programas de acción sanitaria a nivel mundial, regional y subregional.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
15.1.1	Proporción de las resoluciones aprobadas por los Cuerpos Directivos de la OPS que se centran en políticas y estrategias a ser ejecutadas a nivel regional, subregional y nacional.	40%	45%	55%
15.1.2	Proporción de los documentos presentados a los Cuerpos Directivos dentro de los plazos previstos en la Constitución de la Organización, en todos los idiomas oficiales.	95%	100%	100%
15.1.3	Porcentaje de proyectos de supervisión terminados de acuerdo con el plan de trabajo bienal que procuran evaluar y mejorar los procesos para la gestión y el control de riesgos y la gobernanza.	90%	98%	100%
15.1.4	Desarrollo e implementación de un sistema de monitoreo para el desarrollo institucional.	Ninguno	Sistema desarrollado y aprobado por la Dirección	Sistema plenamente implantado
15.1.5	Las políticas institucionales y el desempeño del personal reflejan el uso de los enfoques de desarrollo institucional: gestión basada en los resultados, intercambio de conocimientos, trabajo en equipo interprogramático y equidad de género y étnica, entre otros.	Estudio básico realizado	20% sobre punto de partida	50% sobre punto de partida
15.1.6	La Organización está funcionando en su marco jurídico de acuerdo con las instrucciones de los Cuerpos Directivos y los reglamentos establecidos.	95%	100%	100%
15.1.7	Se ha aprobado e implementado un marco de responsabilización para apoyar la delegación de autoridad a nivel de país.	En curso	Aprobado por los Cuerpos Directivos	Aplicación plena

RPR N.º 15.2 Se habrá establecido una presencia eficaz de la OPS/OMS en el país para ejecutar la estrategia de cooperación en los países que esté 1) en concordancia con los programas nacionales de salud y desarrollo de los Estados Miembros y 2) coordinada con el equipo de país de las Naciones Unidas y otros socios en el desarrollo.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
15.2.1	Número de países que utilizan estrategias de cooperación en los países (ECP) como base para la planificación del trabajo de la Oficina en el país y para armonizar la cooperación con el CCA/MANUD de las Naciones Unidas.	20/35	30/35	35/35
15.2.2	Número de países donde la presencia de la OPS/OMS refleja la estrategia de cooperación en el país.	20/35	30/35	35/35
15.2.3	Número de países donde se realiza una evaluación conjunta (de la Oficina, el gobierno y otros interesados directos) del plan de trabajo bienal para definir la contribución de la Oficina a los resultados nacionales en materia de salud.	10/35	30/35	35/35
15.2.4	Número de subregiones que tienen una estrategia de cooperación en la subregión.	0/4	1/4	4/4
15.2.5	Número de proyectos de cooperación técnica entre países (CTP).	Por determinar	Por determinar	Por determinar
15.2.6	Marco para los países clave implementado.	Marco desarrollado	Plenamente implantado en 5 países clave	En curso
15.2.7	Número de foros subregionales realizados que presentan documentos de posición y recomendaciones sobre políticas para mejorar la salud pública en la subregión respectiva.	0	3	5

RPR N.º 15.3 Se habrán establecido mecanismos regionales en materia de salud y desarrollo, entre ellos alianzas en el ámbito de la salud internacional y la labor de promoción, con el fin de proporcionar recursos técnicos y financieros más sostenidos y predecibles para la salud a fin de apoyar la Agenda de Salud para las Américas.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
15.3.1	Proporción de acuerdos comerciales en las Américas que reflejan debidamente los intereses de la salud pública.	4%	10%	20%
15.3.2	Número de países donde la OPS/OMS encabeza alianzas para la salud y el desarrollo (formales e informales) o participa activamente en ellas, incluso en el contexto de las reformas del sistema de las Naciones Unidas.	38/38	38/38	38/38
15.3.3	Número de acuerdos con organizaciones bilaterales y multilaterales, entre otros, incluidos organismos de las Naciones Unidas, que apoyan la Agenda de Salud para las Américas.	Por determinar en 2007	10	25
15.3.4	Proporción de declaraciones de cumbres que reflejan el compromiso de avanzar con la Agenda de Salud para las Américas.	60%	65%	75%
15.3.5	Número de documentos de posición y recomendaciones de políticas formulados y adoptados por foros regionales, subregionales y nacionales de salud.	3	5	5
15.3.6	Número de socios regionales bien conceptuados en la junta directiva del Foro Regional de Salud Pública para las Américas.	0	5	10

RPR N.º 15.4 La OPS es la fuente autodirataria de información y conocimientos sobre salud pública y habrán puesto al alcance de los Estados Miembros, de los socios en cuestiones de salud y de otros actores conocimientos sanitarios esenciales y material de promoción en distintos idiomas para intercambiar conocimientos eficazmente.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
15.4.1	Número de países que tienen acceso a información sanitaria y material de promoción pertinente para el funcionamiento eficaz de los programas de salud, según se refleja en las estrategias de cooperación en los países.	Por determinar	Por determinar	Por determinar
15.4.2	Contenido, procesamiento de información y datos sobre utilización disponibles para páginas web, blogs, servidores de listas, la Biblioteca Virtual en Salud, la iniciativa InterRed-Salud de Acceso a la Investigación (HINARI) y el proyecto de Texto Completo de la Información Mundial (GIFT) de la OMS.	Por determinar	Por determinar	Por determinar
15.4.3	Número de páginas multilingües disponibles en el sitio web de la OPS.	Por determinar	Por determinar	Por determinar
15.4.4	Número de productos de información (revistas, libros, CD, páginas web, catálogos y volantes) publicados y difundidos gratuitamente o vendidos por bienio.	Por determinar	Por determinar	Por determinar
15.4.5	Número de comunidades de práctica organizadas, creadas y apoyadas utilizando técnicas sincrónicas y asíncronas para áreas técnicas y unidades administrativas.	2	Por determinar	Por determinar
15.4.6	La Organización sintetiza conocimientos que se traducen en políticas e instrumentos contextualmente apropiados para los Estados Miembros y el fortalecimiento institucional.	Por determinar	Por determinar	Por determinar
15.4.7	La Revista Panamericana de Salud Pública es reconocida como la mejor de las publicaciones de salud pública sometidas a arbitraje.	Por determinar	Por determinar	Por determinar
15.4.8	Contenido, procesamiento de información y datos sobre utilización disponibles en relación con las enseñanzas extraídas y el sistema de informes de consultores y sobre viajes de personal.	Por determinar	Por determinar	Por determinar

OBJETIVO ESTRATÉGICO 16

Desarrollar y mantener a la OPS/OMS como organización flexible y discente facilitándole los medios necesarios para que pueda cumplir su mandato de manera más eficiente y eficaz

Alcance

El alcance de este objetivo comprende las funciones que apoyan el trabajo de la Oficina en los países, centros técnicos, subregiones y áreas técnicas y administrativas de la Sede. Abarca la planificación estratégica y operativa y la presupuestación, el seguimiento y la evaluación del desempeño, la coordinación y movilización de recursos, la gestión de los recursos financieros y otras funciones administrativas. Las entidades relacionadas con este objetivo estratégico se ocupan de que los recursos disponibles fluyan de forma eficiente en toda la Organización, de la gestión de los recursos humanos, del apoyo operativo, incluidos los servicios de adquisiciones, del manejo de los recursos informáticos y de los servicios de asesoramiento jurídico.

INDICADORES Y METAS

- Obtención de los resultados previstos a nivel regional (RPR) enunciados en los objetivos estratégicos 1 a 15 (la función principal del objetivo estratégico 16 es que el trabajo programático comprendido en los objetivos 1 a 15 se realice de manera eficiente y eficaz). Meta: obtención de 80% de los RPR (al menos 75%) para 2013.
- Eficacia en función del costo de las funciones habilitadoras de la Organización, es decir, la proporción del presupuesto general gastado en este objetivo estratégico en relación con el presupuesto total de la Oficina. Meta: Por determinar.

TEMAS Y DESAFÍOS

Según se ha indicado, las funciones desempeñadas en el marco del objetivo estratégico 16 tienen como finalidad principal permitir la realización eficiente y eficaz de las funciones programáticas enunciadas en los objetivos estratégicos 1 a 15. Por consiguiente, los temas y desafíos que afectan a toda la Organización también se aplican a este objetivo estratégico. No obstante, cabe mencionar algunos desafíos concretos que se plantean a las "funciones de apoyo":

- Los socios y los contribuyentes esperan una mayor transparencia y responsabilización tanto en materia de resultados cuantificables como en el uso de los recursos financieros.
- La aplicación por la OPS de la gestión basada en los resultados todavía está incompleta; si bien ya se están aplicando la planificación y la presupuestación basada en la consecución de resultados, es necesario mejorar el grado en que los gerentes están incorporando los datos y análisis del desempeño en sus procesos diarios de adopción de decisiones.

- La gestión financiera plantea un desafío en una situación en la cual casi 50% del presupuesto proviene de contribuciones voluntarias. El seguimiento regular y la preparación de informes sobre los recursos han mejorado en toda la Organización. Sin embargo, se necesita más flexibilidad en el financiamiento, así como un uso más eficaz de los recursos en el plano interno, a fin de armonizar mejor los recursos con el presupuesto por programas y reducir los costos de transacción.
- El porcentaje cada vez mayor del presupuesto de la Organización que proviene de contribuciones voluntarias (a diferencia del presupuesto ordinario) plantea dificultades, especialmente debido a la alta proporción de los costos del personal con respecto a los otros costos.
- La gestión de los recursos humanos es un problema cuando la edad promedio del personal profesional es de 50 años y aproximadamente 31% se jubilará en los próximos cinco a siete años.
- Equilibrio de género y representación geográfica en todos los niveles.
- Se están elaborando modelos de delegación de autoridad y responsabilización, a fin de alcanzar la eficiencia a la vez que se mantienen los controles, que se pondrán en práctica durante el período.

ENFOQUES ESTRATÉGICOS

Para alcanzar el objetivo estratégico y responder a los retos mencionados es necesario adoptar amplios enfoques complementarios. Se han emprendido iniciativas importantes en cuanto al fortalecimiento institucional para mejorar la capacidad administrativa y de gestión de la Oficina y ya se observan resultados. Estos enfoques se intensificarán en los próximos años y abarcarán la transición de una organización administrada principalmente por medio de controles estrictos y excesivamente burocráticos a una entidad caracterizada por la supervisión ex post, con los siguientes propósitos: apoyar una mayor delegación de autoridad y responsabilización, trasladar la responsabilidad y las decisiones del uso de los recursos a instancias más cercanas a los lugares donde se ejecutan los programas, mejorar la transparencia y la integridad de la gestión, reforzar la gobernanza institucional y los sistemas comunes a toda la Organización, y fortalecer la capacidad y la competencia administrativa y gerencial en todos los lugares, en especial las representaciones de la OPS/OMS.

PREMISAS Y RIESGOS

Se supone que los cambios en el ambiente externo e interno que probablemente se produzcan durante el sexenio abarcado por el plan no alterarán fundamentalmente ni el papel ni las funciones de la OPS. No obstante, las reformas de la gestión deben ayudar a configurar a la OPS como una institución más flexible que pueda adaptarse al cambio.

La Oficina seguirá con sus iniciativas para "lograr más con menos" sin comprometer la calidad de sus servicios. Esta estrategia no está exenta de riesgo y no debe llevarse a cabo en detrimento del conocimiento institucional, la calidad ni los controles y la responsabilización apropiados. Este objetivo está intrínsecamente vinculado al trabajo del resto de la Organización: el aumento del volumen de trabajo en otros objetivos estratégicos exigirá más recursos para apoyarlo, aunque la relación no es necesariamente lineal.

Se necesita el apoyo activo de los Estados Miembros mediante, por ejemplo, el financiamiento oportuno del presupuesto por programas de la Organización, incluyendo las contribuciones voluntarias.

RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL REGIONAL

RPR N.º 16.1 La Oficina se habrá transformado en una organización orientada a la consecución de resultados cuya labor se rige por planes estratégicos y operativos que parten de las enseñanzas extraídas, reflejan las necesidades de los países y las subregiones, se formulan conjuntamente en toda la Organización y se utilizan eficazmente para supervisar el desempeño y evaluar los resultados.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
16.1.1	Estrategia de gestión basada en los resultados aprobada por los Cuerpos Directivos y aplicada en toda la Organización.	En curso	Aprobada por los Cuerpos Directivos	Aplicación plena
16.1.2	El plan estratégico de la Oficina y los respectivos presupuestos por programas están orientados a la consecución de resultados, tienen en cuenta la estrategia de atención centrada en los países y las enseñanzas extraídas, se formulan en todos los niveles de la Organización y son aprobados por los Cuerpos Directivos.	En curso	PP 10 y 11 elaborados con estas características	PE 13 a 17 y PP 12 y 13 elaborados con estas características
16.1.3	Porcentaje de metas de la Política del Presupuesto Regional por Programas alcanzadas plenamente.	30%	65%	100%
16.1.4	Número de componentes de la Oficina cuyos planes de trabajo bienales se orientan a la consecución de resultados y abordan explícitamente la estrategia de atención centrada en los países definida en la estrategia de cooperación en los países.	0/80	20/80	80/80
16.1.5	Para cada bienio, proporción de los informes de seguimiento y evaluación de los resultados previstos estipulados en el plan estratégico y el presupuesto por programas presentados oportunamente tras una evaluación por homólogos.	50%	80%	100%
16.1.6	Porcentaje de componentes de la Oficina donde se aplica la Alineación Estratégica y Asignación de Recursos (SARA) para armonizar la competencia del personal y los recursos con la orientación estratégica de la Organización.	6%	60%	100%

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
16.1.7	Proporción de planes de salud pública regionales elaborados y ejecutados por los Estados Miembros con la colaboración de la Oficina según las directrices establecidas.	0%	100%	100%
16.1.8	Proporción de gerentes y oficiales de proyectos capacitados y certificados en la gestión basada en los resultados, planificación, gestión de proyectos y mecanismos de planificación operativa, seguimiento y responsabilización.	0%	50%	100%
16.1.9	Modelo de mecanismo de gestión subregional de la Oficina aprobado por los Estados Miembros.	En curso	Aprobado por los Cuerpos Directivos	N/D
16.1.10	Número de niveles subregionales de la Oficina plenamente funcionales, basados en el modelo acordado con los Estados Miembros.	1/4	2/4	4/4

RPR N.º 16.2 Se habrán fortalecido la vigilancia y la movilización de recursos financieros para velar por la ejecución del presupuesto por programas, incluyendo la mejora de los métodos de gestión financiera y la gestión eficiente de los recursos financieros.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
16.2.1	Grado de cumplimiento por la Oficina de las Normas Contables Internacionales del Sector Público.	Normas Contables Internacionales del Sector Público no ejecutadas	Normas Contables Internacionales del Sector Público aprobadas por los Estados Miembros, análisis concluidos y sistemas financieros preparados para su implantación en 2010	Normas Contables Internacionales del Sector Público plenamente ejecutadas

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
16.2.2	Proporción de los objetivos estratégicos y los resultados previstos a nivel regional (RPR) cuyos niveles de gasto satisfacen o superan las metas del presupuesto por programas.	Por determinar	50%	100%
16.2.3	Proporción de las contribuciones voluntarias que no están asignadas a un fin determinado.	Por determinar	15%	20%
16.2.4	Proporción de cantidades planificadas del presupuesto por programas por RPR no financiadas durante el bienio.	Por determinar	Por determinar	Por determinar
16.2.5	Fondos de contribuciones voluntarias devueltos a los socios (en US\$).	Por determinar	Por determinar	Por determinar
16.2.6	Prácticas financieras acertadas según una opinión de auditoría sin reservas.	Por determinar	Opinión de auditoría sin reservas	Opinión de auditoría sin reservas
16.2.7	Rendimiento general de la cartera de inversiones de la Organización.	Por determinar	Por determinar	Por determinar
16.2.8	Proporción de las propuestas de contribuciones voluntarias que requieren revisiones importantes.	Por determinar	Por determinar	Por determinar
16.2.9	Proporción de representaciones de la OPS/OMS en los países habilitados para movilizar recursos.	0%	50%	100%

RPR N.º 16.3 Se habrán promovido normas y métodos de recursos humanos para: a) atraer y retener a personas idóneas con la competencia requerida por los planes de la Organización, b) lograr que el desempeño y la gestión de los recursos humanos sean eficaces y equitativos, c) fomentar el desarrollo del personal, y d) asegurar el comportamiento ético.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
16.3.1	Proporción de oficinas con planes de recursos humanos aprobados para un bienio vinculados con la estrategia institucional en materia de recursos humanos.	15%	75%	100%

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
16.3.2	Proporción del personal que ha asumido un nuevo cargo (con una descripción del puesto basada en la competencia) o se ha trasladado a otro lugar durante un bienio de acuerdo con la estrategia de recursos humanos.	15%	75%	100%
16.3.3	El personal nuevo refleja las normas de las Naciones Unidas sobre el equilibrio de género y la representación geográfica.	Por determinar	Por determinar	Por determinar
16.3.4	El sistema de evaluación del desempeño de los recursos humanos es utilizado por todo el personal y está vinculado con los planes de trabajo bienales, el modelo de competencia y los planes de desarrollo del personal.	No	Sí	Sí
16.3.5	Proporción del personal en relación con el cual se han tramitado quejas, reclamos y acciones disciplinarias.	Por determinar	Por determinar	Por determinar

RPR N.º 16.4 Se habrán adoptado estrategias, normas y métodos de gestión para los sistemas de información que permiten lograr soluciones fiables, seguras y eficaces en función del costo, a la vez que satisfacen las necesidades cambiantes de la Oficina.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
16.4.1	Proporción de propuestas, proyectos y aplicaciones en el campo de la tecnología de la información a los cuales se da seguimiento regularmente por medio de procesos de gestión de la cartera.	0%	40%	80%
16.4.2	Grado de cumplimiento de las metas establecidas para los servicios administrados relacionados con la tecnología de la información.	0%	50%	75%
16.4.3	Número de oficinas de país y centros que utilizan información para la gestión uniforme y en tiempo casi real.	36	36	36

RPR N.º 16.5 Los servicios de apoyo gerencial y administrativo, incluidas las adquisiciones, permiten el funcionamiento eficaz y eficiente de la Organización.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
16.5.1	Grado de satisfacción de los usuarios con ciertos servicios administrativos y de gestión (entre ellos, seguridad, viajes, transporte, servicios de correo, limpieza y servicios de alimentación).	Bajo (satisfacción de menos de 50%)	Mediano (satisfacción de 50% a 75%)	Alto (satisfacción de más de 75%)
16.5.2	Proporción de procedimientos de trabajo normalizados que utiliza el personal de la Oficina durante emergencias regionales.	0%	50%	100%
16.5.3	Proporción de parámetros internos satisfechos o superados para servicios especializados, como traducciones.	60%	70%	80%
16.5.4	Proporción de adquisiciones, acuerdos de contratos de servicio y procesos administrativos (delegación de autoridad) completados dentro de los plazos de referencia.	60%	80%	95%

RPR N.º 16.6 Se habrá logrado un ambiente de trabajo físico propicio para el bienestar y la seguridad del personal en todas las entidades.

Indicador N.º	Indicador	Punto de partida para el indicador (fines de 2007)	Objetivo fijado para 2009	Objetivo fijado para 2013
16.6.1	Proporción de contratos aprobados de acuerdo con el plan de capital para la infraestructura de la Oficina destinada a proyectos en relación con los cuales todas las obras concluyen en su mayor parte en forma oportuna.	100%	100%	100%
16.6.2	Proporción de componentes de la Oficina que han ejecutado políticas y planes para mejorar la salud y la seguridad del personal en el lugar de trabajo, entre ellos las Normas Mínimas de Seguridad Operacional (MOSS).	65%	75%	100%
16.6.3	Proporción de componentes (Sede, representaciones de la OPS/OMS y centros) que mejoran y mantienen su infraestructura física, transporte, equipo de oficina, mobiliario y equipo de informática, de acuerdo con sus planes de trabajo bienales.	75%	90%	100%

UNA EJECUCIÓN EFICIENTE Y EFICAZ

82. Durante los cinco últimos años, la Oficina Sanitaria Panamericana ha ejecutado varias iniciativas de cambio institucional que representan una reorientación fundamental de la manera en que la Organización desempeña sus funciones. Los cinco objetivos establecidos por la Directora para el cambio institucional, a saber – 1) centrar más la atención en los países, 2) fomentar modalidades innovadoras de cooperación técnica, 3) establecer un foro regional, 4) convertirse en una organización discente y basada en conocimientos, y 5) mejorar los métodos de gestión – condujeron al establecimiento de equipos interfuncionales con el mandato de buscar la mejor forma de alcanzar dichos objetivos. Estos equipos, denominados “equipos de la Hoja de ruta”, en gran parte han concluido su trabajo.

LOS OBJETIVOS DE CAMBIO INSTITUCIONAL Y LOS EQUIPOS DE LA HOJA DE RUTA

83. Este plan estratégico incorpora RPR e indicadores para medir el logro de estos objetivos en relación con el cambio institucional:

- a) Centrar más la atención en los países.
- b) Establecer un foro regional.
- c) Convertirse en una organización discente y basada en conocimientos (lo cual incluye el foro regional).
- d) Mejorar los métodos de gestión, en particular mediante la gestión basada en los resultados.

84. El objetivo relacionado con las modalidades de la cooperación técnica está presente en todo el plan estratégico y, de hecho, en el trabajo cotidiano de las representaciones de la OPS en los países y en las unidades técnicas regionales.

85. Los equipos de la Hoja de ruta han concluido su trabajo y formulado recomendaciones a la Dirección. Los cambios resultantes en las modalidades y los enfoques de la administración del trabajo se habrán incorporado en la actividad de la Organización para fines de 2007, allanando el camino para una mejor ejecución del plan estratégico.

86. En consonancia con la naturaleza integral de este plan y la labor planificada de seguimiento y presentación de informes (véase más abajo), la Oficina ya no proporcionará actualizaciones a los Cuerpos Directivos con respecto a las actividades de fortalecimiento institucional y los objetivos de cambio institucional, puesto que ya han concluido y se han incorporado en la planificación institucional y la gestión de la Organización por medio de este plan estratégico y de otros instrumentos.

LAS ESTRATEGIAS DE COOPERACIÓN EN LOS PAÍSES

87. Durante varios decenios, la Oficina ha trabajado de una manera descentralizada a nivel de país, con planes de trabajo bienales (que antes se llamaban “presupuestos bienales por programas” o BPB) en cada oficina de país. En los últimos años se introdujo la estrategia de cooperación en los países (ECP), que es el mecanismo de planificación estratégica de la Oficina a nivel de país y ha resultado ser un componente decisivo de la política de cooperación centrada en los países. La metodología de ECP, propuesta por la OMS y adaptada a la región, refleja una visión a mediano plazo de la cooperación de la OMS/OPS con un país o grupo de países y define un marco estratégico para trabajar con ellos.

88. La ECP representa un equilibrio entre las prioridades de los países y las orientaciones y prioridades estratégicas regionales (así como mundiales) de acuerdo con los objetivos de desarrollo sanitario nacionales. Constituye un marco para la cooperación de la Oficina en y con el país o grupo de países de que se trate, destacando lo que la organización hará, cómo lo hará y con quién. La ECP constituye la base de los planes de trabajo bienales de los Representantes de la OPS/OMS. El plan de trabajo bienal es un verdadero "plan de un país" donde convergen los esfuerzos de todos los niveles (mundial, regional, subregional y nacional) de la Organización.

89. A mediados de 2007 se habían terminado de preparar 11 ECP, en tanto que siete se encontraban en las etapas finales y se preveía terminar otras nueve para fines de 2007 o principios de 2008. Además, se está realizando un análisis de la ECP por subregión, que se incorporará en las estrategias de cooperación subregional (ECS) y los planes de trabajo bienales respectivos. Ya se ha iniciado una ECS para Centroamérica y se está considerando otra para el Caribe.

90. La presencia de la Oficina en los países, de acuerdo con la ECP y a cargo del Representante de la OPS/OMS, es valorada por los Estados Miembros y es lo que distingue a nuestra Organización. Este plan estratégico reconoce y aprovecha estos puntos fuertes. La relación entre el plan estratégico de la Oficina y las estrategias de cooperación en los países es recíproca: se ha hecho un análisis de las ECP que se tiene en cuenta en este plan estratégico y se hará lo inverso una vez que se apruebe el plan (véase el diagrama 1).

LA GESTIÓN BASADA EN LOS RESULTADOS

91. La implantación en curso de la gestión basada en los resultados como instrumento de gestión en la Oficina tiene dos metas principales: 1) que la Organización se centre en los resultados durante la planificación, ejecución y evaluación de sus programas, y 2) mejorar la rendición de cuentas y la transparencia ante los Estados Miembros.

92. Durante casi dos decenios, la Oficina ha formulado planes y presupuestos orientados a obtener resultados: el mismo Sistema de Planificación y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES) se basa en el enfoque del marco lógico utilizado en la gestión basada en los resultados. La cultura del trabajo orientado a la consecución de resultados no es nueva en la Oficina; lo que es nuevo para el período de planificación 2008-2012 a este respecto es lo siguiente (algunos de estos elementos se mencionan con más detalles en otras partes de este documento):

- a) Los resultados previstos de la Organización son uniformes desde el nivel más alto (mundial) hasta el más bajo (plan de trabajo, país) y viceversa. La cadena de resultados puede verse en el diagrama 5, que figura a continuación. Por primera vez se pueden agregar indicadores de los resultados en los diferentes niveles, lo cual permite mejorar el seguimiento del desempeño y los informes al respecto (véase más adelante la sección sobre seguimiento, examen previo y evaluación posterior).
- b) Los resultados previstos específicos de cada oficina o entidad (RPEO) contribuyen al logro de los resultados previstos a nivel regional (RPR) mediante la agregación. Por lo tanto, cada RPR representa los resultados del trabajo colectivo de la Oficina Sanitaria Panamericana, del cual es responsable. Esto es un concepto nuevo en la Organización (véase el diagrama 6 más abajo).
- c) Los indicadores específicos de la gestión basada en los resultados figuran en el objetivo estratégico 16.
- d) El marco de rendición de cuentas se elaborará y se ejecutará de conformidad con el nuevo marco de rendición de cuentas de la OMS.

- e) Además del marco de rendición de cuentas, se expedirá una nueva delegación de autoridad, armonizando el grado de autoridad con la responsabilidad por los resultados.
- f) Se terminará de establecer el marco de gestión para proporcionar orientación a los gerentes de todos los niveles a fin de que puedan realizar su trabajo de la manera más eficaz y eficiente posible.
- g) La Evaluación Estratégica y Alineación de los Recursos (SARA) permitirá asignar los recursos (incluido el personal) en condiciones óptimas para alcanzar los objetivos y los resultados de la Organización.
- h) La creación de la función de evaluación asignada a una entidad específica en la Oficina conducirá a una evaluación más objetiva de los logros programáticos tras la ejecución de los programas.

93. Con la aplicación de estas medidas, la Oficina seguirá estando a la vanguardia de la integración de la gestión basada en los resultados en el sistema de las Naciones Unidas. Los siguientes diagramas ilustran la relación entre los resultados en diversos niveles de la Organización y los RPR como foco principal para la Oficina.

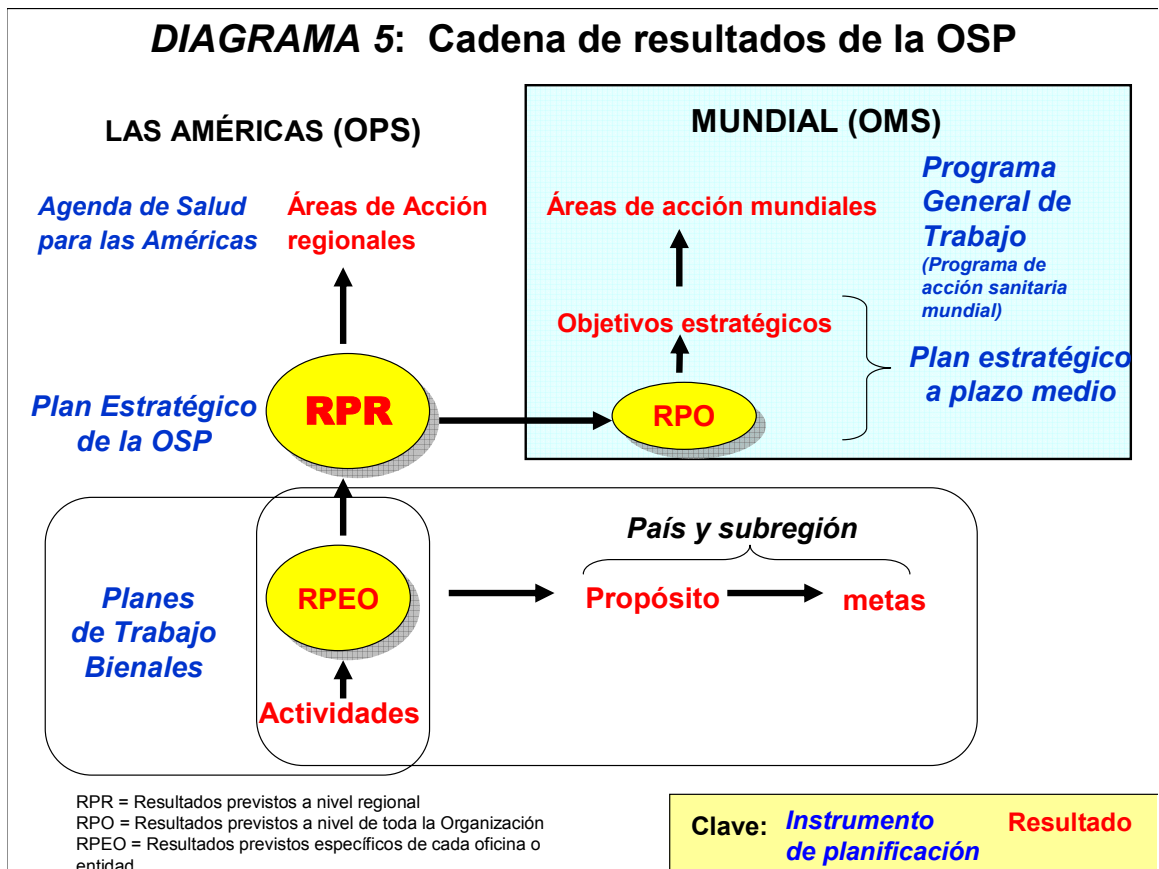
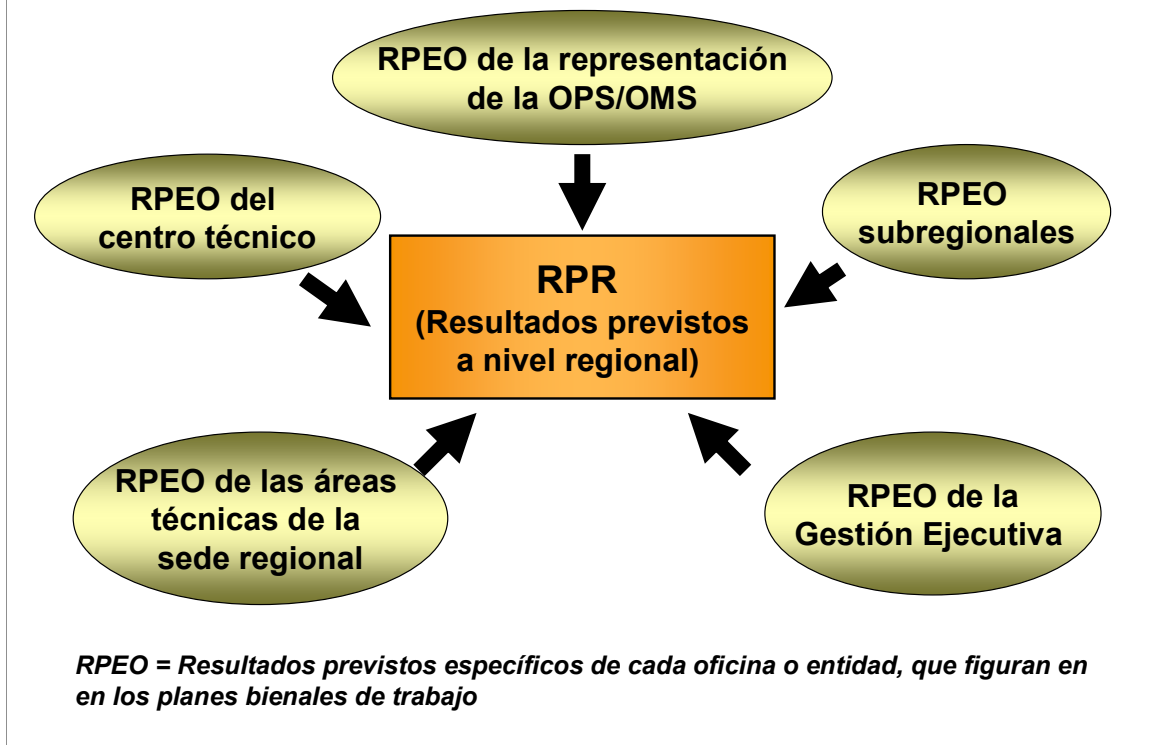


DIAGRAMA 6: Todos los resultados se agregan a los RPR
Los RPR representan el esfuerzo institucional y colectivo de la OSP



EVALUACIÓN ESTRATÉGICA Y ALINEACIÓN DE LOS RECURSOS

94. A fines de 2006, la Oficina inició la Evaluación Estratégica y Alineación de los recursos (SARA, por sus siglas en inglés), que consiste en una revisión sistemática de todos los componentes de la Oficina para que:

- (a) Las funciones que desempeña cada entidad contribuyan al logro de las prioridades estratégicas de la OPS definidas por los Cuerpos Directivos (incluso por medio de este plan estratégico) y de otros mandatos aplicables.
- (b) Los recursos disponibles (humanos, económicos y materiales) se asignen de forma tal que se logre la máxima eficiencia y eficacia posibles en el desempeño de estas funciones.

95. La SARA se basa en una autoevaluación y es sumamente participativa. Puede conducir a cambios en la estructura de la Organización y el traslado de recursos entre áreas funcionales. Se calcula que esta actividad concluirá en todos los componentes de la OPS en 2008.

UNA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA MÁS FUERTE PARA 2008 Y LOS AÑOS SUBSIGUIENTES

96. La Oficina, y más específicamente sus directivos, se mantienen firmes en el compromiso de continuar llevando a la práctica los resultados del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI,

las recomendaciones del informe especial del Auditor Externo de 2004 y el informe sobre las actividades de los servicios de supervisión interna durante el período de planificación 2008-2012.

97. Con la conclusión del trabajo de los equipos de la Hoja de ruta y la incorporación de los objetivos relativos al cambio institucional en este plan estratégico, así como la inclusión de los indicadores fundamentales de los logros para la SARA, este plan estratégico se convierte en algo que sus antecesores a menudo no fueron: una sumatoria verdaderamente integral de todos los resultados importantes, tanto programáticos como institucionales, que la Organización debe obtener durante el período de 2008 a 2012.

98. Cuando termine la parte principal de la SARA hacia fines de 2007, la Organización habrá pasado por un período de cambios y reestructuración importantes durante los cinco años que concluyen en 2008. Aunque sin duda alguna seguirán efectuándose mejoras, estos cambios ayudarán a la Oficina a cumplir su misión de forma eficiente y eficaz.

FINANCIAMIENTO DEL PLAN ESTRATÉGICO

99. La OPS participa junto a la OMS en un ejercicio de presupuestación basada en resultados con el fin de determinar los recursos necesarios para cumplir su labor. El costo de lograr resultados previstos a nivel regional durante un período dado se expresa mediante un presupuesto integrado que comprende todas las fuentes de financiamiento.

100. La OPS recibe su financiamiento de tres fuentes principales:

- a) el presupuesto ordinario de la OPS, que comprende las contribuciones señaladas (cuotas) de los Estados Miembros de la OPS más los ingresos varios;
- b) la porción del presupuesto ordinario de la OMS aprobada para la Región de las Américas, denominada proporción de AMRO;
- c) las contribuciones voluntarias: la mayoría de las contribuciones voluntarias recibidas por la OPS son resultado de negociaciones directas con sus socios donantes; una cantidad menor es canalizada por los donantes a la Región a través de la OMS.

101. Si bien las fuentes de financiamiento señaladas en los puntos a) y b) no se consideran asignadas a un fin específico, las contribuciones voluntarias, indicadas en c), pueden estar asignadas o no a un fin específico. El financiamiento eficaz del Plan estratégico y de los presupuestos por programas asociados al mismo exigirá una gestión cuidadosa de las diferentes fuentes y tipos de ingresos para lograr el financiamiento completo de las actividades planificadas. El financiamiento no asignado a un fin específico, como las contribuciones señaladas, constituye una base de recursos predecible y flexible que facilita el financiamiento de las actividades básicas de la Organización. El financiamiento asignado a un fin específico, que representa la mayor parte de las contribuciones voluntarias actualmente negociadas, es menos flexible y menos predecible, por lo que tiene mayores probabilidades de contribuir a déficits de financiamiento con relación a las necesidades del presupuesto por programas.

102. El financiamiento asignado a un fin específico que se recibe de los socios donantes sigue planteando dificultades a la hora de lograr la convergencia entre las actividades planificadas de la Organización y los recursos reales movilizados. En la medida en que pueda persuadirse a los socios donantes de que proporcionen mayores niveles de contribuciones voluntarias no asignadas a un fin específico —también denominadas “contribuciones voluntarias básicas negociadas” por la OMS—, la Organización logrará financiar plenamente su plan estratégico y su presupuesto por programas, con lo cual aumentará sus probabilidades de lograr los resultados previstos. Con este fin, la Oficina apoya plenamente a la OMS en su cometido de aumentar la proporción de las contribuciones voluntarias básicas negociadas y, de la misma forma, proseguirá sus propios esfuerzos en esta área.

103. En el cuadro 1 se resume el presupuesto estimado para el plan estratégico de la OPS.

Cuadro 1

	Plan estratégico			
	PB 2006-2007	PB 2008-2009	PB 2010-2011	PB 2012-2013
OPS	333.094.000	344.566.000	679.000.000	740.000.000
OMS	198.018.000	278.501.000		
	531.112.000	623.067.000	679.000.000	740.000.000

104. El plan estratégico tiene un presupuesto de poco más de US\$ 2.000 millones para el período de tres bienios que concluye en 2013. Esta proyección empieza con un presupuesto de US\$ 623 millones (que incluye los fondos de todo tipo de financiamiento) para 2008-2009 y prevé aumentos bienales de aproximadamente 9%, en consonancia con los costos previstos de US\$ 14.000 millones para el Plan Estratégico a Plazo Medio de la OMS y el entorno económico de costos inflacionarios en la Región.

105. El aumento significativo del costo de las transacciones internacionales para los presupuestos que se basan en el dólar de los Estados Unidos está sintiéndose en todo el mundo, y la OPS no constituye una excepción. Un análisis cuidadoso de los costos y las tendencias actuales indica un aumento previsto de costos de 13 a 15% para el bienio 2008-2009. Para el presupuesto ordinario de la OPS, esto representa aproximadamente \$37 millones tan solo en aumentos de costos, de los cuales unos \$24 millones se relacionan con los costos por concepto de personal con puestos a plazo fijo.

106. Una situación hipotética alternativa, más optimista, que considera un freno del efecto de la devaluación del dólar de los Estados Unidos a corto plazo, contempla un aumento previsto de costos de cerca de 10% para el próximo bienio. En una situación de crecimiento real cero, esto supondría aproximadamente \$23 millones para el presupuesto ordinario, de los cuales unos \$17 millones se relacionan con los costos del personal contratado a plazo fijo. Sin embargo, se han recortado otros 12 puestos fijos en lo que va del presente bienio (además de los 41 puestos eliminados durante 2004-2005), con lo que se contiene el aumento previsto de los costos de personal con contrato a plazo fijo a cerca de \$14 millones para 2008-2009, vale decir, un aumento de 8,3% comparado con el componente del presupuesto para este personal en 2006-2007.

107. En el cuadro 2 se compara el presupuesto para 2008-2009 con el presupuesto aprobado para 2006-2007.

Cuadro 2. Financiamiento del presupuesto por programas para 2008-2009

Fuente	2006-2007	2008-2009	Cambio porcentual
Contribuciones señaladas de los Estados Miembros	173.300.000	180.066.000	3,9%
+ Ingresos varios	14.500.000	14.500.000	0,0%
= Total de la participación de la OPS (presupuesto ordinario)	187.800.000	194.566.000	3,6%
+ Participación de la OMS (presupuesto Ordinario)	77.768.000	81.501.000	4,8%
= Total del presupuesto ordinario	265.568.000	276.067.000	4,0%
+ Contribuciones voluntarias previstas *	265.544.000	347.000.000	30,7%
= Total de los recursos necesarios	531.112.000	623.067.000	17,3%

* Representa el total combinado de los recursos que se prevé recibir de los donantes de la OPS y de la OMS.

108. El proyecto de presupuesto de \$623 millones para 2008-2009 representa un aumento de 17,3% comparado con el presupuesto aprobado de \$531,1 millones para 2006-2007. La mayor parte del aumento proviene de las contribuciones voluntarias, calculadas en \$347 millones, lo que representa un incremento de 30,7%; de ese monto, se calcula que \$197 millones procederán de la OMS. Estos cálculos se elaboraron conjuntamente con la sede de la OMS y todas las otras regiones por equipos de funcionarios reunidos a niveles mundiales y agrupados por objetivos estratégicos.

109. La porción del presupuesto ordinario de \$276 millones representa un aumento de \$10,5 millones, es decir, 4,0%, con respecto al bienio 2006-2007, cantidad atribuible en su totalidad al aumento previsto de los costos de personal con puestos a plazo fijo. Se prevé financiar este aumento mediante un incremento de 3,9% a las contribuciones señaladas de la OPS, y el resto mediante el aumento de 4,8% de la proporción del presupuesto de la OMS correspondiente a la Región de las Américas (\$81,5 millones para AMRO según el presupuesto ordinario de la OMS presentado a la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2007).

110. También debe señalarse que el nivel del proyecto de presupuesto, además de no considerar (intencionalmente) los costos inflacionarios relacionados con los fondos destinados a actividades programáticas, tampoco prevé varios costos significativos que cabría esperar en los próximos años; por ejemplo, la aplicación obligatoria de las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público (IPSAS) en el sistema de las Naciones Unidas, la esperada participación de la OPS en el proyecto del Sistema Mundial de Gestión (GSM) que está realizando la OMS y los gastos relacionados con el Plan Maestro de Inversiones de Capital.

111. La Oficina está consciente que, en vista de la realidad presupuestaria con que se enfrentan muchos Estados Miembros, los aumentos del presupuesto deben mantenerse en un mínimo. De la misma manera, también es importante que los Estados Miembros tengan presente que los fondos adicionales para gastos necesarios, como las Normas Internacionales de Contabilidad Pública, el Sistema Mundial de Gestión y el Plan Maestro de Inversiones de Capital, deberán priorizarse en el presupuesto asignado a las actividades programáticas regionales, que ya está reduciéndose en términos nominales y sufriendo la presión adicional de la inflación.

112. El poder adquisitivo del presupuesto operativo de la Organización para las actividades del programa ha sido afectado en los últimos bienios, dado que los presupuestos aprobados por los Estados Miembros sólo han considerado los aumentos de los costos netos de personal (a pesar de las continuas reducciones de puestos a plazo fijo). Esta reducción ha sido particularmente aguda para el nivel regional (como los centros regionales y las entidades de la Sede en Washington) donde la razón de los costos de personal con contrato de plazo fijo a los costos de actividad es normalmente mayor que en los países debido a la naturaleza del trabajo. Conforme los costos de los puestos de plazo fijo siguen aumentando, se hace cada vez más difícil que la Secretaría logre una mayor eficiencia simplificando las operaciones y realineando las áreas del programa, a pesar de los esfuerzos realizados para reducir los puestos de plazo fijo.

113. La situación explicada se complica por el hecho de que la Política del Presupuesto Regional por Programas asignará una proporción progresivamente más grande del presupuesto a los países durante los próximos dos bienios, tal como ocurrió en el 2006-2007, primer bienio de implementación de la política. La reducción adicional del presupuesto ordinario para las actividades regionales dificulta que se lleve a cabo la labor estatutaria y normativa y reduce la capacidad de las entidades regionales para responder a las necesidades de apoyo de los países.

114. Dada la situación del presupuesto ordinario, la movilización eficaz de recursos adquiere una importancia cada vez mayor para la Organización; y ya que las contribuciones voluntarias de

los socios donantes generalmente se destinan a objetivos específicos y son menos predecibles, la Oficina seguirá haciendo todo lo posible por administrar estas contribuciones considerando todos los resultados previstos en el plan estratégico. Por lo tanto, los fondos del presupuesto ordinario resultan esenciales para asegurar el cumplimiento de muchas de las funciones estatutarias y normativas.

115. Por último, considerando la posición expresada por varios Estados Miembros en cuanto a su capacidad para aceptar aumentos del presupuesto, y tratando de mantener los aumentos presupuestarios en un mínimo absoluto, la Oficina está dispuesta a proceder con la situación hipotética "optimista" para estructurar el proyecto propuesta de presupuesto por programas para el 2008-2009, con el entendimiento de que la realidad económica puede ser diferente y puede requerir ajustes importantes en las metas programáticas contenidas en los resultados previstos a nivel regional.

116. El Proyecto de presupuesto por programas 2008-2009 contiene un presupuesto desglosado por objetivo estratégico.

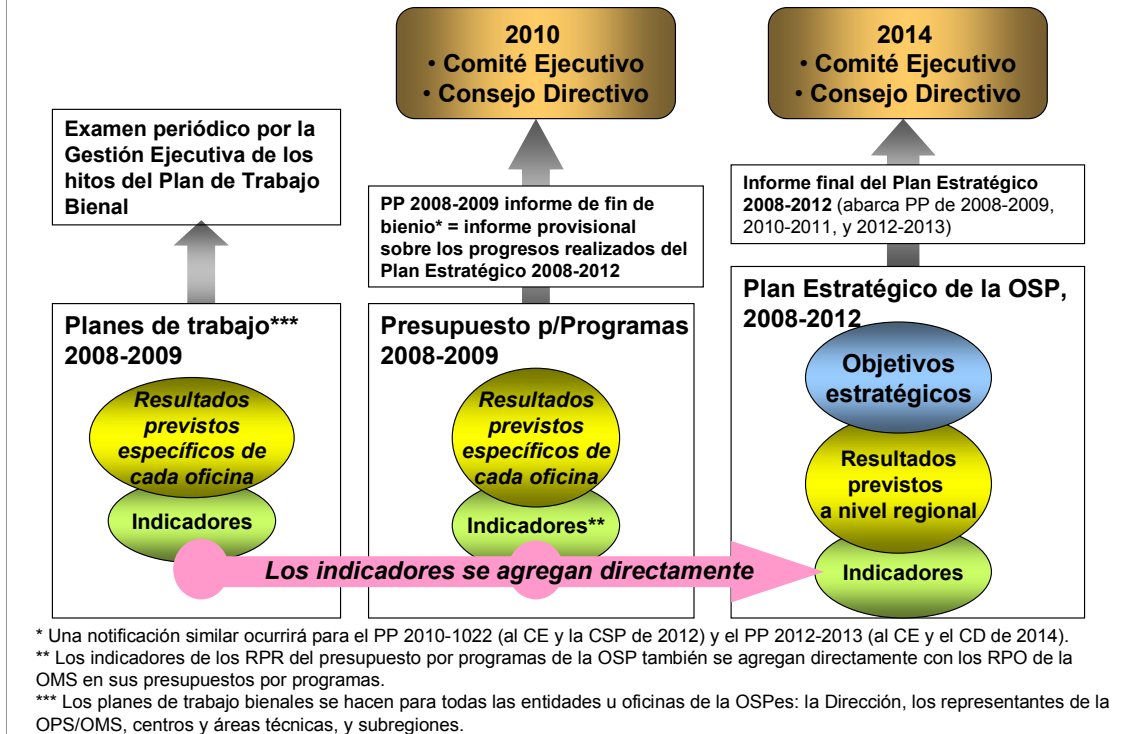
SEGUIMIENTO, EXAMEN PREVIO Y EVALUACIÓN POSTERIOR

117. Anteriormente, la presentación de informes sobre el progreso realizado en la ejecución de los planes estratégicos se veía obstaculizada por la falta de integración entre los diferentes niveles de planificación de la Organización. Por ejemplo, el conjunto de objetivos, resultados previstos e indicadores usados en los planes de trabajo a nivel de país para 2006-2007 era diferente del que constaba en el presupuesto por programas para 2006-2007, que a su vez difería del plan estratégico para 2003-2007, así como de los resultados previstos a nivel de toda la Organización y de los indicadores del presupuesto por programas mundial de la OMS para 2006-2007.

118. Como ya se dijo, este tema se ha abordado de forma pormenorizada en relación con el período de planificación que comienza en 2008, en el cual hay una integración vertical de los resultados previstos e indicadores entre todos los niveles de planificación, desde el Plan Estratégico a Plazo Medio de la OMS, de alcance mundial, hasta este plan estratégico de la Oficina y el presupuesto por programas respectivo, además de los planes de trabajo (en el sistema AMPES). Aunque este sistema nuevo tal vez tenga algunos aspectos negativos, en particular una reducción de la flexibilidad para la programación a nivel de país, los beneficios superan las desventajas: una verdadera planificación institucional orientada a la consecución de resultados y la posibilidad de vigilar e informar mediante la agregación directa de resultados.

119. Este último punto es la principal innovación para el período de planificación estratégica 2008-2012: la obtención de los resultados previstos (evaluada con el sistema SMART de indicadores específicos, cuantificables, asequibles, pertinentes y sujetos a una cronología determinada) puede agregarse directamente y en la mayoría de los casos automáticamente en el sistema AMPES, desde el nivel de país hasta los niveles regional y mundial, cada dos años. Como los resultados previstos a nivel regional en el presupuesto por programas serán exactamente los mismos que los que figuran en este plan estratégico, los informes sobre el presupuesto por programas de fin de bienio servirán de informes provisionales sobre el progreso realizado en relación con el plan estratégico. La suma de los tres bienios comprendidos en este plan constituirá la base del informe final sobre este plan estratégico, que será presentado a los Cuerpos Directivos en 2014. A continuación se presenta gráficamente la relación entre los instrumentos de planificación en lo que se refiere al seguimiento y la presentación de informes, destacándose los documentos decisivos que se presentan a los Cuerpos Directivos.

DIAGRAMA 7: Seguimiento y notificación



120. Según se observa, el seguimiento y la evaluación de los programas se centrarán en los planes de trabajo de entidades y, por agregación, en el presupuesto por programas (2008-2009, 2010-2011 y 2012-2013). Se ha dedicado mucho tiempo y esfuerzo a la mejora del sistema AMPES para incorporar los cambios necesarios a fin de que se pueda controlar la calidad mediante la vigilancia de los indicadores SMART. El seguimiento y la presentación regular de los resultados de una manera sistemática permitirán a los gerentes evaluar y ajustar sus estrategias de ejecución y los planes de trabajo según sea necesario, lo cual es un elemento decisivo para la plena aplicación de la gestión basada en los resultados en la Organización.

121. La Oficina también informará a la OMS sobre los logros de los Estados Miembros con respecto a los objetivos estratégicos. La OMS después preparará un informe sobre la consecución de los objetivos estratégicos a nivel mundial.

122. La experiencia adquirida con la ejecución de este plan (que constará en las evaluaciones del presupuesto por programas) tal vez conduzca a ajustes en los RPR. Los cambios del entorno externo también podrían plantear la necesidad de modificar las estrategias de la Oficina y los resultados previstos. Cuando tales cambios se necesiten a nivel de RPR o superior, se someterán al examen y la aprobación de los Cuerpos Directivos.

EVALUACIÓN

123. En la Oficina, la función de evaluación se separa institucionalmente de las funciones de planificación, seguimiento y evaluación para fomentar la imparcialidad en la realización de las evaluaciones. La función de evaluación (y el personal respectivo) se implantó apenas en 2007. Por consiguiente, las modalidades de trabajo con respecto a la periodicidad y el alcance todavía están en desarrollo.