



29.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA
69.^a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, del 25 al 29 de septiembre del 2017

Punto 3.2-A del orden del día provisional

OD355
11 de agosto del 2017
Original: inglés

INFORME QUINQUENAL 2013-2017
DEL DIRECTOR DE LA OFICINA
SANITARIA PANAMERICANA

**INFORME QUINQUENAL 2013-2017
DEL DIRECTOR DE LA OFICINA
SANITARIA PANAMERICANA**

**Abogar por la salud a favor del desarrollo sostenible
y la equidad: En el camino hacia a la salud universal
2013-2017**

**Oficina Sanitaria Panamericana
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud
para las Américas**

Septiembre del 2017

ÍNDICE

Prefacio	4
Resumen.....	7
Introducción - La OPS a los 115 años	13
1. Hacia el logro del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.....	15
2. Respuesta a desastres y emergencias de salud, y fortalecimiento de las capacidades básicas de salud pública de conformidad con el reglamento sanitario internacional	33
3. Mejora de la salud a lo largo del curso de la vida	52
4. Reducción de las inequidades en la salud, con especial énfasis en las minorías étnicas, los pueblos indígenas y las personas que viven en situación de vulnerabilidad	58
5. Reducción y eliminación de la carga y las repercusiones de las enfermedades transmisibles, incluidas las enfermedades prevenibles mediante vacunación, las enfermedades infecciosas desatendidas y las enfermedades cubiertas por el fondo mundial.....	69
6. Reducción y eliminación de la carga y las repercusiones de las enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo	90
7. Afrontar los determinantes sociales de la salud y asegurar entornos saludables y seguros.....	112
8. Impulsar el desarrollo institucional y la capacidad de la Oficina Sanitaria Panamericana.....	120
9. Conclusiones y visión hacia el 2030.....	135
Siglas y abreviaturas	140
Agradecimientos	142

A los Estados Miembros:

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, tengo el honor de presentar el informe quinquenal correspondiente al período 2013-2017 sobre la labor de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas.

En este informe se ponen de relieve las actividades de cooperación técnica que la Oficina llevó a cabo durante el período desde febrero del 2013 hasta julio del 2017, en el marco de los planes estratégicos de la Organización Panamericana de la Salud correspondientes al 2008-2013 y 2014-2019, según fueron definidos por sus Cuerpos Directivos.

Carissa F. Etienne
Directora
Oficina Sanitaria Panamericana

PREFACIO

Septiembre del 2017

1. El período que se analiza en el presente informe, que abarca desde febrero del 2013 hasta julio del 2017, cubre la mayor parte de mi mandato actual como Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina u OSP), que es la secretaría de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En el 2013, tuve el honor de que los Estados Miembros de la OPS me seleccionaran como Directora, la décima persona en ocupar este puesto al frente de esta venerable y augusta Organización. Casi cinco años después, todavía considero un honor, un privilegio y un placer estar al servicio de los países de la Región de las Américas en la búsqueda de la salud y el bienestar para todos sus pueblos.

2. Al comienzo de mi mandato, abagué firmemente por cuatro prioridades: reducir las inequidades en materia de salud, fortalecer los sistemas de salud, abordar los determinantes sociales y ambientales de la salud, y lograr la cobertura universal de salud. Estas prioridades se reflejan en el tema central y el contenido del Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019, “En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad”, que aporta el marco actual para nuestra cooperación técnica. Puedo decir con toda certeza que gracias a la orientación y colaboración de nuestros Estados Miembros, y al trabajo conjunto con los interesados directos clave de otros organismos dedicados al desarrollo, la sociedad civil y el sector privado, hemos dado importantes pasos para abordar estas prioridades.

3. Los valores fundamentales de la Organización —la equidad, la excelencia, la solidaridad, el respeto y la integridad— siguen guiando las actividades tanto de los Estados Miembros como de la Oficina. La OPS ha seguido afrontando los desafíos del desarrollo en torno a la salud mediante la colaboración inquebrantable con los países de la Región de las Américas para superarlos. Siguen siendo pertinentes para nuestra cooperación técnica las funciones básicas de la Organización relacionadas con el liderazgo y las alianzas; la investigación, la generación del conocimiento y su difusión; las normas y estándares; las opciones de política éticas y basadas en la evidencia; la cooperación técnica para el cambio y la capacidad institucional sostenible; y las tendencias de la situación de salud. Para llevar adelante estas funciones, adoptamos enfoques nacionales, subregionales y regionales según fuera más apropiado; formulamos y aplicamos estrategias creativas e innovadoras siempre que fuera necesario; y reestructuramos la Oficina e hicimos cambios en sus sistemas y procesos administrativos a fin de aumentar la eficiencia y la eficacia.

4. A pesar de las numerosas dificultades, hemos alcanzado muchos logros y éxitos, en gran medida gracias a los Estados Miembros que han colaborado cada vez más estrechamente con la Oficina para dar forma a la cooperación técnica y asumir la responsabilidad de sus resultados. Los países han estado dispuestos a aportar e intercambiar sus experiencias, enseñanzas extraídas y capacidad creada, de manera

solidaria y para el bien de todos. Hemos tenido que actuar con rapidez para responder a las amenazas y los brotes de enfermedades infecciosas como el ébola y el zika, al tiempo que seguimos preparándonos para hacer frente a los desastres y las emergencias, tanto naturales como ocasionadas por el hombre, así como a la epidemia de las enfermedades no transmisibles. Por otro lado, seguimos mejorando nuestras iniciativas relacionadas con la salud a lo largo de todo el curso de la vida, esforzándonos por establecer sistemas de salud resilientes y avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

5. La era de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) concluyó en el 2015. La Región en su conjunto cumplió con la mayoría de los ODM; sin embargo, a pesar del progreso hacia la meta del ODM 5 sobre la mortalidad materna, no la hemos cumplido. Por consiguiente, si bien es cierto que hay mucho que celebrar, el progreso ha sido desigual y las desigualdades que han surgido son un obstáculo para obtener logros mayores.

6. Ahora contamos con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible, los ODS, que sirven de orientación para nuestras actividades destinadas a abordar la agenda inconclusa de los ODM, proteger los logros alcanzados y hacer frente a los nuevos retos. Hay un objetivo específico sobre la salud, el objetivo 3, pero los otros ODS también tienen implicaciones para la salud; por ende, las actividades destinadas a abordarlos deben formar parte del abanico de opciones de la OPS, como parte de una alianza fortalecida con los sectores diferentes a los de la salud, la sociedad civil y el sector privado, según sea necesario y corresponda.

7. Por medio del ambicioso Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 y de los temas transversales abordados por la Organización —el género, la equidad, los derechos humanos y la etnicidad—, ya hemos empezado a abordar los ODS, en los que se pone relieve la importancia de los determinantes sociales de la salud, del financiamiento adecuado del sector de la salud, de las asociaciones y de que “nadie se quede atrás” en el camino hacia la salud universal y el desarrollo sostenible de la salud.

8. Hemos trabajado con ahínco para mantener a la salud en un lugar prioritario en la agenda de desarrollo regional y promover la salud universal, y colaboramos con la Organización de los Estados Americanos (OEA) a fin de asegurar que en el documento definitivo acerca de los *Mandatos para la acción* de la Séptima Cumbre de las Américas, celebrada en abril del 2015, se incluyera el apoyo a los problemas prioritarios de salud. La OEA y la OPS establecieron un grupo de trabajo informal que comenzó su labor en febrero del 2016 para guiar nuestra colaboración a lo largo de los próximos cinco años y para persuadir a otras entidades a que nos acompañen en la adopción de un enfoque regional de los ODS, que aborde los determinantes subyacentes de la salud, la equidad en la salud y la salud universal.

9. El período abarcado por la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 está llegando a su fin; por consiguiente, los Estados Miembros de la OPS, con el apoyo de la Oficina, han avanzado con eficiencia en la elaboración de un nuevo marco. Un grupo de

trabajo de los países tuvo a su cargo la redacción de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030, un nuevo marco de alto nivel adaptado a la situación de la Región y en consonancia con los ODS. Este marco se someterá a la consideración de la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre del 2017 para su aprobación.

10. Siempre habrá entornos y circunstancias cambiantes que generen tanto oportunidades como retos. En la Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo del 2017, se eligió al nuevo Director General de la OMS, el doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus; esperamos con interés colaborar estrechamente con él y su equipo. En varios Estados Miembros de la OPS ha habido cambios en el gobierno, lo cual crea incertidumbres con respecto a las repercusiones de algunos de esos cambios en la OPS y la OMS. Sin embargo, sabemos que la salud es un bien sumamente valorado por los países, que constituye un elemento unificador, además de que contribuye al desarrollo sostenible y es a la vez un producto de dicho desarrollo. Por ende, estamos seguros de que nuestros Estados Miembros seguirán dando muestras de panamericanismo y solidaridad.

11. El 2 de diciembre del 2017, la OPS celebrará 115 años de funcionamiento continuo. Podría decirse que la Organización es una persona centenaria sana, quizás con alguna molestia o dolor ocasional, pero que sigue siendo muy activa y productiva; que reflexiona, analiza, aprende y sigue innovando; y que adopta medidas para la prevención, la detección temprana y el tratamiento de las amenazas a su funcionamiento eficiente y eficaz.

12. Los logros destacados aquí son el resultado de la solidaridad y los esfuerzos conjuntos; por eso, quiero expresar mi más sincero agradecimiento a los Estados Miembros de la OPS, a los Estados Miembros y al personal de otras regiones de la OMS, a otros organismos de las Naciones Unidas que trabajan en la esfera de la salud, a los asociados para el desarrollo, a otros interesados directos clave en el ámbito de la salud, entre ellos, la sociedad civil y el sector privado, así como a todos los miembros del personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, en los países y en Washington, D.C., por su orientación, colaboración y apoyo en el período que abarca este informe. Juntos avanzaremos para hacer realidad la visión colectiva de una Región en la que todos los pueblos, en especial los más desfavorecidos, puedan alcanzar el grado máximo de salud y bienestar, que les permita disfrutar de una vida digna y productiva.

Carissa F. Etienne
Directora
Oficina Sanitaria Panamericana

RESUMEN

13. En el período 2013-2017, la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, prosiguió sus actividades de cooperación técnica a nivel nacional, subregional y regional en apoyo del desarrollo en el ámbito de la salud en los países. Estas iniciativas fueron lideradas y coordinadas por la Oficina Sanitaria Panamericana, la secretaría de la OPS, con la participación de interesados directos y asociados nacionales e internacionales clave. La cooperación técnica de la OPS durante este período, que empezó cuando la doctora Carissa Etienne asumió el cargo de Directora, se ha guiado principalmente por el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. El Plan Estratégico se elaboró con una importante participación de los Estados Miembros, por medio de un proceso de abajo arriba que tuvo en cuenta las prioridades establecidas a nivel de país al elaborarse las estrategias de cooperación en los países, junto con la adopción de una metodología para la fijación de prioridades. También está en consonancia con el Programa General de Trabajo de la OMS, los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, y la formulación prospectiva de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para el año 2030, a fin de asegurar la contribución de la OPS al cumplimiento por los Estados Miembros de estos acuerdos y marcos internacionales importantes relacionados con la salud.

14. Durante este período, la OPS hizo hincapié en una amplia gama de temas fundamentales, guiada por las resoluciones aprobadas por sus Cuerpos Directivos. Algunos de estos temas fueron el fortalecimiento y la resiliencia de los sistemas de salud para avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud; la formación de capacidad en los países para responder a las emergencias y los desastres relacionados con la salud, además de cumplir con los requisitos del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (2005); la adopción de un enfoque que abarque la totalidad del curso de la vida en las intervenciones de salud, con especial énfasis en la salud de la madre, del niño y del adolescente, así como de las personas mayores; la reducción de las inequidades en materia de salud, con énfasis en los grupos vulnerables, entre otros, las poblaciones indígenas y étnicas; la reducción y, donde sea posible, la eliminación de las enfermedades transmisibles; la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (ENT) y de sus factores de riesgo; además, el abordaje de los determinantes sociales y ambientales de la salud por medio de mecanismos multisectoriales y de toda la sociedad. La Organización también procuró mejorar su propia capacidad y sus sistemas institucionales para aumentar la eficiencia y la eficacia de su cooperación técnica.

15. Se lograron éxitos notables en el fortalecimiento de los sistemas de salud y el aumento de su resiliencia mediante la ampliación del acceso a los servicios, como en el caso del programa *Mais Médicos* en Brasil; en la elaboración o actualización de leyes y reglamentos relacionados con la salud, como el establecimiento del sistema regulador del Caribe; en la promoción de mejoras en el financiamiento de la salud y el uso del margen fiscal; en la formación de la capacidad de recursos humanos para la salud a fin de contribuir al avance hacia la salud universal, en especial, por medio de la capacitación en línea desde el Campus Virtual de la OPS para la Salud Pública; en la mejora del acceso a

tecnologías y productos médicos, incluidos servicios más seguros de radiación; y en el fortalecimiento de la investigación, los sistemas de información, la gestión del conocimiento y la comunicación relacionados con la salud.

16. Los Estados Miembros de la OPS hicieron frente a innumerables emergencias, desastres y brotes de enfermedades en el período, y se lograron mejoras e innovaciones considerables, tanto internamente en la Oficina como en la cooperación técnica con los países, en los mecanismos para responder a estas situaciones, en especial en el contexto de acontecimientos multitudinarios como los Juegos Olímpicos de Verano, celebrados en Brasil en el 2016. Entre las diversas causas de las emergencias de salud se encontraron huracanes, terremotos, incendios, corrientes migratorias y brotes de enfermedades causadas por virus que pusieron a prueba las capacidades de los Estados Miembros, las asociaciones y la solidaridad, así como el alcance y la prestación oportuna de la respuesta de la Oficina, además de su capacidad de movilización de recursos. La amenaza del virus del Ébola, la circulación generalizada de los virus de chikunguña y del Zika, y el resurgimiento del cólera en Haití dieron lugar a evaluaciones que detectaron las brechas y los retos en el desarrollo de las capacidades básicas nacionales para la aplicación del RSI. Sin embargo, también generaron respuestas que incluyeron nuevos métodos e innovaciones, como la puesta en marcha del Sistema de Manejo de Incidentes de la OSP y el fortalecimiento de su Centro de Operaciones de Emergencia; las directrices mejoradas para el despliegue de los equipos nacionales e internacionales de personal médico de emergencia; el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia de enfermedades; la transferencia de tecnologías de los sistemas de vigilancia de la calidad del agua; y la formación de asociaciones nuevas para atender las prioridades establecidas.

17. Al abordar las intervenciones a lo largo del curso de la vida, un hito importante fue la creación en el 2013 de la iniciativa “Una promesa renovada para las Américas”, el capítulo regional de un movimiento interinstitucional mundial, en el que la Oficina Sanitaria Panamericana actúa como secretaria. El movimiento procura reducir las inequidades en materia de salud reproductiva, materna, del niño y del adolescente en América Latina y el Caribe. En los próximos 15 años, el capítulo regional colaborará con los países a fin de elaborar y ejecutar planes operativos nacionales para responder a las inquietudes en cuanto a la equidad de estos grupos de población, en el marco de la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente*. Mediante un enfoque holístico, las intervenciones a lo largo del curso de la vida también incluyeron mejoras en la nutrición y se consideró tanto la subnutrición como la sobrealimentación. La OPS participó en la promoción y contribuyó al Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición 2016-2025. Las intervenciones nacionales para prevenir el sobrepeso y la obesidad incluyeron la formulación de políticas y la adopción de medidas fiscales, como los impuestos a las bebidas azucaradas, que se aplicaron en Barbados, Chile, Dominica, Ecuador y México.

18. El compromiso de la OPS con la reducción de las inequidades en materia de salud siguió siendo uno de los pilares más firmes de su cooperación técnica y la Organización trabajó con ahínco para integrar los temas transversales de género, equidad, derechos humanos y etnicidad en toda su labor. Entre las actividades se encontraron la creación por

parte de la Directora de un grupo interprogramático para facilitar esta integración; la aprobación pionera por parte del 53.º Consejo Directivo en el 2014 de una resolución para abordar las disparidades en cuanto al acceso y el uso de los servicios de salud por las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y transgénero; la definición de un conjunto básico de indicadores con respecto al género y la salud; la determinación de las prioridades para la salud de los pueblos indígenas y las personas de ascendencia africana; y la adopción por parte de la Oficina de una nueva serie de métodos de medición para determinar los cambios en la desigualdad en materia de salud. En el 2016, la OPS instauró la Comisión de Equidad y Desigualdades en la Salud en la Región de las Américas, conjuntamente con el Instituto para la Equidad en Salud del University College London.

19. A pesar de los retos constantes para reducir las enfermedades transmisibles, varios Estados Miembros, mediante la cooperación técnica de la Oficina que incluye la utilización del Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas (conocido como el Fondo Rotatorio) y el Fondo Rotatorio de la OPS para Suministros Estratégicos de Salud Pública (conocido como el Fondo Estratégico), tuvieron éxito en la eliminación de algunas de estas enfermedades a nivel nacional o subnacional. Entre las enfermedades eliminadas se encuentran la enfermedad de Chagas (Brasil, Chile y Paraguay), la oncocercosis (Colombia, Ecuador, Guatemala y México) y el tracoma (México). En junio del 2015, Cuba pasó a ser el primer país del mundo en recibir la validación de la eliminación de la transmisión materno-infantil del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y la sífilis. En abril del 2015, el Comité Internacional de Expertos para documentar y comprobar la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita determinó que la Región de las Américas había eliminado la transmisión endémica de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita. En el 55.º Consejo Directivo de la OPS, en septiembre del 2016, dicho Comité anunció la eliminación del sarampión endémico de la Región, un hito histórico que marcó la culminación de un esfuerzo de 22 años que incluyó la vacunación masiva contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola en toda América. Estas enfermedades ocuparon el tercer, cuarto y quinto lugar, respectivamente, en cuanto a su eliminación de las Américas, después de la viruela en 1971 y la poliomielitis en 1994; estas cinco enfermedades representan logros regionales alcanzados por primera vez en el mundo. Ahora, la OPS se ha propuesto lograr la eliminación de la malaria en los 21 países de la Región donde esta enfermedad es endémica, del cólera en La Española y de la transmisión del VIH en toda la Región; el fortalecimiento del enfoque “Una sola salud” para abordar los problemas de salud en el punto de contacto de los seres humanos, los animales y el medioambiente; y la respuesta para hacer frente a la resistencia a los antimicrobianos que no cesa de aumentar. La carga cada vez mayor de las ENT, reconocida a nivel nacional, subregional, regional y mundial, generó un sinnúmero de declaraciones, recomendaciones, directrices, estrategias y planes de acción. La OPS formuló planes regionales de acción para la prevención y el control, tanto de las ENT como de la obesidad infantil; asimismo, promovió la elaboración de planes de acción multisectoriales a nivel nacional para luchar contra las ENT y abogó por la inclusión de otros sectores que no son de la salud, como la sociedad civil y el sector privado. La Organización trabajó a fin de fortalecer la capacidad de los Estados Miembros para elaborar y aplicar leyes, reglamentos y políticas encaminados a reducir

los cuatro principales factores de riesgo para las ENT: el consumo de tabaco (dentro del contexto del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco), la alimentación poco saludable, la inactividad física y el consumo nocivo de alcohol. La OPS también promovió el modelo de atención de las enfermedades crónicas para mejorar la calidad de la atención a nivel primario, concentrándose en las cuatro ENT principales: enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas. Además, la OPS incluyó los medicamentos para las ENT en las compras que se hacen por medio del Fondo Estratégico de la OPS. En colaboración con sus asociados, la Oficina Sanitaria Panamericana encabezó las intervenciones para fortalecer la vigilancia de los factores de riesgo para las ENT, realizar investigaciones sobre la aparición en Centroamérica de la enfermedad renal crónica debida a causas no tradicionales o desconocidas y abordar la violencia y los traumatismos, en particular los traumatismos causados por el tránsito, así como la violencia contra la mujer. La Organización siguió otorgando gran importancia a la salud mental por medio de su colaboración con los países para ejecutar el Programa Mundial de Acción sobre Salud Mental de la OMS, que promueve la ampliación a mayor escala de los servicios para los trastornos mentales, neurológicos y debidos al consumo de sustancias psicoactivas, en especial a nivel de la atención primaria de salud.

20. Reconociendo la importancia crucial de abordar los determinantes sociales de la salud y asegurar entornos sanos y sin riesgos, la Oficina no solo abogó por la adopción de enfoques que abarquen a todo el gobierno y a toda la sociedad y que incluyan la salud en todas las políticas, sino que también formuló el *Plan de acción sobre la salud en todas las políticas*, aprobado por el 53.º Consejo Directivo en el 2014. La Oficina se asoció con el Gobierno de Suriname y otros para celebrar el primer taller regional sobre la salud en todas las políticas en Suriname en el 2015, y estableció una asociación con instituciones de Brasil, Chile y México para formar capacidad en materia de salud en todas las políticas. Antes de la Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada en Shanghai (China) en el 2016, la OPS colaboró con el Ministerio de Salud de Chile y otros asociados para celebrar un Pre-Foro de alcaldes. En la Declaración de Santiago, que emanó de dicho Foro, se instó a la Región y a la comunidad mundial a promover la salud por medio de redes locales, así como a elaborar políticas y organizar actividades para abordar los determinantes de la salud, los derechos humanos y las inequidades, por conducto de la salud en todas las políticas y la acción intersectorial, en el marco de los ODS.

21. Como parte de otras iniciativas para velar por entornos saludables y sin riesgos, varios Estados Miembros de la OPS participaron en la redacción del texto final del Convenio de Minamata sobre el mercurio; la Organización promovió las intervenciones para proteger la salud de trabajadores y los consumidores y contribuyó a su ejecución, lo que abarcó la creación de una base de datos regional CARcinogen EXposure (CAREX); y además varios Estados Miembros participaron en la Red Consumo Seguro y Salud (RCSS), coordinada por la OPS y la Organización de los Estados Americanos. Continuaron las actividades destinadas a mejorar el agua y el saneamiento, mediante el fortalecimiento de la capacidad de los países para formular y ejecutar planes de seguridad del agua y el saneamiento, así como la promoción de la participación de los países en el Análisis Mundial y la Evaluación del Agua Potable y el Saneamiento (GLASS, por su

sigla en inglés). La Oficina también abordó algunos aspectos del cambio climático relacionados con la salud, para lo que abogó por la inclusión de texto importante en los documentos de las 20.^a y 21.^a Conferencias de las Partes a la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, en el 2014 y el 2015, respectivamente, y contribuyó a la preparación de los Estados Miembros para la aplicación de las directrices sobre la calidad del aire emanadas de la OMS, en las que se aborda la contaminación del aire y su repercusión en el cambio climático y la salud.

22. Internamente, las medidas adoptadas por la Oficina para mejorar su eficiencia y eficacia incluyeron innovaciones en cuando a la gobernanza e innovaciones de tipo programáticas, gerenciales y administrativas. Varios Estados Miembros, con el apoyo de la Oficina, formularon un nuevo marco de alto nivel para el desarrollo de la salud en la Región —la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030— para continuar la labor de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. La Organización contó con una participación más activa de los Estados Miembros en sus procesos de planificación estratégica y de establecimiento de prioridades, así como en el seguimiento y la evaluación de los programas y planes. La Oficina respondió a los ajustes que hizo la OMS en los programas para las emergencias de salud con sus propios ajustes para mantener la consonancia y aprovechar las enseñanzas extraídas a nivel mundial y regional en respuesta a las emergencias, los desastres y los brotes de enfermedades.

23. La OPS siguió adaptando su cooperación técnica a fin de abordar las prioridades de salud nacionales y subregionales, mediante el fortalecimiento de los mecanismos de la cooperación centrada en los países y la actualización de la estrategia de países clave, adoptada por la Organización. La Oficina modernizó el programa emblemático de la OPS para la cooperación técnica entre países con miras a que este cooperación sea más estratégico e inclusivo, lo que pone en práctica la política sobre cooperación para el desarrollo sanitario en las Américas aprobada por el 52.º Consejo Directivo en el 2013; además fortaleció la estructura, el desarrollo y la coordinación de los programas técnicos subregionales.

24. Internamente, se han obtenido beneficios sustanciales de la introducción del nuevo Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana (PMIS); del perfeccionamiento del Sistema de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos; de la elaboración de la nueva *Estrategia de la OPS para el personal*, destinada a fortalecer los recursos humanos de la propia Oficina; de una estrategia nueva de tecnología de la información; del desarrollo continuo de las estructuras y procesos de gestión de riesgos institucionales de la Organización; y del establecimiento de mecanismos para aprender de los resultados de la auditoría y la evaluación. Entre los resultados positivos se encuentran una mayor eficiencia (a pesar de la pronunciada curva de aprendizaje exigida por la implementación del PMIS), un ambiente de trabajo más propicio para el desempeño de buena calidad, mejor detección y mitigación de los riesgos y mejoramiento del aprendizaje institucional.

25. A lo largo del próximo quinquenio, las funciones y las acciones de la OPS a nivel nacional, subregional y regional —dentro de los marcos de las respectivas políticas,

estrategias y planes relacionados con la salud, de las estrategias de cooperación tanto del país como subregionales, y de los objetivos mundiales de salud y desarrollo— abordarán las prioridades establecidas de acuerdo con las necesidades y las brechas, al tiempo que se apoyan en los logros y las enseñanzas extraídas. Entre las prioridades se encuentran salud universal; el Reglamento Sanitario Internacional y la capacidad de respuesta frente a las emergencias y los desastres; la resistencia a los antimicrobianos, los servicios de salud equitativos para los grupos vulnerables (como mujeres y niños, grupos étnicos y poblaciones indígenas), con integración continua de los temas transversales de género, equidad, derechos humanos y etnicidad; la eliminación de las enfermedades transmisibles donde sea factible; la prevención y el control de las ENT principales y sus factores de riesgo; los determinantes de la salud y enfoques multisectoriales (entre otros, la respuesta al cambio climático); el acceso a los medicamentos esenciales y las tecnologías sanitarias; las metas de los ODS sobre la salud y las relacionadas con ella; y fortalecimiento institucional continuo. Las asociaciones, las alianzas y las colaboraciones con los interesados directos clave en los distintos sectores seguirán desempeñando una función primordial en la labor de la Organización y en el progreso que logren los Estados Miembros en pro del desarrollo sostenible de la salud.

INTRODUCCIÓN – LA OPS A LOS 115 AÑOS

26. Desde que se estableció la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en diciembre de 1902, su centro de interés inicial se ha ampliado desde la prevención y el control de ciertas enfermedades infecciosas para incluir muchos otros retos para la salud y el bienestar de los pueblos de la Región de las Américas. Es crucial determinar y abordar los factores subyacentes y las causas fundamentales de las amenazas a la salud y el bienestar, mediante la consideración de temas como las emergencias y los desastres tanto naturales como provocados por el hombre; las enfermedades transmisibles emergentes y reemergentes; las enfermedades no transmisibles, entre otras, los trastornos mentales; y la promoción de la salud a lo largo del curso de la vida.

27. Los 115 años de experiencia de la OPS a la vanguardia de la salud pública de la Región y sus 69 años de contribuciones significativas a la salud pública mundial en su calidad de Oficina Regional de la OMS para la Región de las Américas han sido muy provechosos para la Organización. La OPS sigue centrándose en las necesidades prioritarias de los Estados Miembros, desempeñando sus funciones básicas, innovando y mejorando e intercambiando experiencias y éxitos, todo en la búsqueda de la salud.

28. Sin embargo, debido a las constantes limitaciones de recursos es indispensable establecer “prioridades entre las prioridades” para las actividades de la Organización a nivel regional, subregional y nacional, en especial con respecto a los países que exigen una mayor atención debido a su situación sanitaria más precaria y vulnerable. Los planes estratégicos de la OPS, formulados en colaboración con los Estados Miembros y otros interesados directos clave, proporcionan el marco para la cooperación técnica de la Organización en los períodos definidos, con miras a lograr resultados regionales concretos. Los planes también facilitan las intervenciones adaptadas a nivel subregional y nacional, prestando especial atención a los ocho “países clave” designados y contribuyendo a la reducción de las inequidades y al cumplimiento de las obligaciones en materia de derechos humanos (los países clave son Bolivia, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Suriname). Es importante señalar que la armonización estrecha de los planes estratégicos con el Programa General de Trabajo de la OMS para los períodos especificados facilita la contribución regional a los resultados y las metas mundiales en materia de salud.

29. En este informe se presentan algunos de los aspectos destacados de la cooperación técnica de la OPS con sus Estados Miembros en el período 2013-2017, en el marco del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. En gran medida, los capítulos del informe reflejan las seis categorías¹ y las 30 áreas programáticas del Plan Estratégico, pero el informe no está organizado estrictamente según la estructura del Plan Estratégico. Se presentan ciertos procesos, logros, innovaciones y retos, relacionados tanto con la cooperación

¹ Las categorías son: enfermedades transmisibles; enfermedades no transmisibles y factores de riesgo; determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida; sistemas de salud; preparación, vigilancia y respuesta; y servicios corporativos y funciones habilitadoras.

técnica de los programas de la Organización, como con la estructura interna, los sistemas y los procesos de la Oficina Sanitaria Panamericana.

30. En el informe se incorporan las enseñanzas extraídas durante el período y se presentan temas para la consideración y la acción a medida que la Organización se prepara para el futuro. En este informe también se describen las amenazas y las oportunidades para el mantenimiento y la sostenibilidad de la calidad de la cooperación técnica de la OPS con los Estados Miembros, sus alianzas con interesados directos clave para el desarrollo de la salud y la contribución continua de la Organización a la salud de los pueblos de la Región de las Américas y más allá, en la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

1. HACIA EL LOGRO DEL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD Y LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD

Aplicación de la estrategia regional para la salud universal

31. Los países de la Región de las Américas han progresado considerablemente en el mejoramiento del acceso a los sistemas y servicios de salud. Sin embargo, las inequidades en cuanto a la riqueza y otros determinantes sociales de la salud² persisten en toda la Región y tienen una repercusión considerable sobre la salud y el acceso a los servicios de salud. El porcentaje de la población que refiere obstáculos al acceso varía enormemente entre los países, de 7% a 66%, y es más alto en los hogares más pobres. Treinta por ciento de la población no tiene acceso a la atención de salud por razones financieras, mientras que 21% no solicita atención debido a los obstáculos geográficos. Entre los grupos más afectados se encuentran las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, como las personas muy jóvenes y las de mucha edad; las mujeres y los niños; las poblaciones indígenas y de ascendencia africana; los migrantes; las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y transgénero (LGBT por su sigla en inglés); y las personas con enfermedades crónicas o incapacitantes. En los últimos cinco años se podrían haber evitado cerca de 1,2 millones de muertes en la Región si los sistemas de atención de salud ofrecieran servicios de salud accesibles, de calidad y oportunos. En varios países, de 10% a 15% de la población todavía debe afrontar gastos catastróficos, con pagos directos del bolsillo que los exponen al riesgo de empobrecimiento.³

32. Los países de la Región presentan una gran diversidad en cuanto a su tamaño, capacidad de recursos y niveles de desarrollo, y la salud universal aporta un poderoso concepto unificador para orientar el desarrollo de la salud y hacer avanzar la equidad en el ámbito de la salud. Los Estados Miembros de la OPS reafirmaron su compromiso con la mejora de la equidad, de la salud y el desarrollo con la aprobación de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (documento [CD53/5, Rev. 2](#)) por el 53.º Consejo Directivo de la OPS, en octubre del 2014. En esta estrategia se establece la meta, tanto a nivel regional como de país, de conseguir que “todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de

² Los determinantes sociales de la salud son las condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, viven trabajan y envejecen. Estas circunstancias se configuran por la distribución del dinero, el poder y los recursos a los niveles mundial, nacional y local.

³ Atun R, de Andrade LO, Almeida G, et al. Health system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet*. 2015;385:1230-47.

vulnerabilidad”.⁴ El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud exigen la adopción y ejecución de políticas multisectoriales y de intervenciones para abordar los determinantes sociales de la salud, que promuevan un compromiso de toda la sociedad para fomentar la salud y el bienestar.

Avances regionales hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud

- Veinte países y territorios de la Región han elaborado políticas, estrategias o planes nacionales integrales sobre la salud, dentro del contexto de los elementos de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*: Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Montserrat, Perú, República Dominicana, Saba, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.
- Quince países han elaborado y ejecutado marcos financieros para la salud universal: Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Uruguay. Asimismo, Chile, Colombia, Guyana, Haití y Perú han incluido la protección social en la salud como un principio básico de sus sistemas de salud; mientras que El Salvador, México, Perú y Uruguay han mejorado o actualizado sus conjuntos garantizados de prestaciones de salud.
- La Oficina también prestó apoyo a los ministerios de salud en su trabajo con los ministerios de finanzas y las instituciones financieras a fin de aumentar el financiamiento de las actividades relacionadas con la salud; en el 2016, Barbados y Santa Lucía finalizaron sus estrategias detalladas de financiamiento de la salud.
- Once países han elaborado marcos normativos para avanzar hacia la salud universal: Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Perú, Suriname y Uruguay.
- Bolivia, Costa Rica, El Salvador, México y Uruguay, junto con la República Dominicana y otros países del Caribe, han trabajado para mejorar la cobertura con el apoyo de la OPS y del Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido (DPDI), el Organismo Australiano de Desarrollo Internacional (AusAID) y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).
- La Oficina emprendió actividades de cooperación técnica con los países a fin de elaborar y aplicar las hojas de ruta y los planes de acción destinados a avanzar hacia el logro de la salud universal. Esto incluyó la creación de herramientas, formación de capacidad y capacitación. En el transcurso del período, 715 profesionales recibieron capacitación en cuanto a las funciones esenciales de salud pública, el diseño y la gestión de los servicios de atención de salud, la acción parlamentaria y el derecho a la salud, la metodología de gestión productiva para los servicios de salud, la economía de la salud en el contexto del progreso hacia la cobertura universal de salud, y las cuentas nacionales de salud.

Ampliación del acceso a los servicios de salud

33. La transformación de la organización y la gestión de los servicios de salud mediante la elaboración de modelos de atención centrados en la persona y en la

⁴ Esto incluye los servicios y las intervenciones para promover la salud, prevenir las enfermedades, prestar atención a la enfermedad (diagnóstico, tratamiento, paliativo y rehabilitación) y ofrecer los cuidados necesarios a corto, mediano y largo plazo.

comunidad es fundamental para la ampliación del acceso a los servicios. Los países de la Región han avanzado mucho en esa dirección a lo largo de este período y han otorgado prioridad a la ampliación del acceso a la atención primaria de salud. La cooperación técnica de la Oficina contribuyó al diseño, la ampliación y la organización de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Perú y Suriname.

34. En el 2015, la Oficina convocó el foro regional “Ampliación del acceso equitativo a servicios de salud: Experiencias e intervenciones clave”, que se celebró en Washington, D.C. En este foro, que contó con la participación de representantes de 16 Estados Miembros, se analizaron experiencias y se formularon recomendaciones para transformar la organización y la gestión de los servicios de salud, aumentar la capacidad resolutive del primer nivel de atención dentro de las RISS, priorizar y definir la ampliación gradual de los servicios de salud de buena calidad, y llevar adelante los cambios. El evento demostró la riqueza de experiencias que se están acumulando en la Región en cuanto a la organización de redes de atención de salud, a medida que los países siguen ampliando el acceso a una atención de salud amplia, integrada y de calidad. Una actividad estrechamente vinculada con este trabajo fue la actualización, por parte de la Oficina, de la metodología de gestión productiva de los servicios de salud, una metodología utilizada para formar y fortalecer la capacidad de gestión en los sistemas y servicios de salud mediante el mejoramiento del uso de la información y la evidencia para la toma de decisiones. La Oficina prestó cooperación técnica directa a varios países, como Brasil, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, México, Panamá, Perú y República Dominicana, en el uso de estas herramientas para mejorar la gestión de los servicios de salud.

Mais Médicos

35. En el 2013 se estableció el programa innovador *Mais Médicos* (“más médicos”) en Brasil, donde la atención de salud es un derecho constitucional, y se tornó operativo a través del Sistema de Salud Unificado (Sistema Único de Saúde o SUS). El programa *Mais Médicos* busca aumentar la disponibilidad de formación médica en las universidades nacionales del país, mejorar los incentivos para los profesionales de la salud que trabajan en las zonas subatendidas y reclutar personal en el exterior del país para prestar servicios de salud en esas zonas, según sea necesario. De conformidad con una serie de acuerdos legales, se estableció la colaboración entre la Oficina Sanitaria Panamericana, el Ministerio de Salud del Brasil y el Gobierno de Cuba para atender las necesidades a corto plazo de profesionales de la salud, con la intención de aumentar la cobertura de servicios de salud y el acceso al SUS.

36. El programa ha llegado a unos 63 millones de personas en comunidades históricamente desatendidas, con el despliegue de más de 18.000 profesionales de la salud brasileños y extranjeros a más de 4.000 municipios, la mayoría de ellos áreas socioeconómicamente vulnerables en zonas remotas, en las afueras de las ciudades, o en 34 distritos especiales de salud de los indígenas del Brasil. Si bien los médicos extranjeros han proporcionado los medios para ampliar rápidamente el acceso a los

servicios de salud a corto plazo, Brasil ha invertido en la ampliación de la matrícula en las facultades de medicina y la creación de nuevos puestos de residencia para especialistas a fin de ampliar a mayor escala la fuerza laboral nacional de salud.

37. La Oficina prestó cooperación técnica en aspectos específicos del programa, en particular en la integración de los médicos cubanos en el sistema de salud, la planificación y la formación de capacidad para la fuerza laboral de salud, la elaboración y ejecución de un marco de evaluación y de seguimiento, y la documentación de las mejores prácticas y las enseñanzas extraídas. Además de haber aumentado el acceso a la atención primaria de salud de más de 60 millones de personas en Brasil, las evaluaciones independientes del programa *Mais Médicos* también han mostrado una mayor satisfacción de los usuarios, ya que 95% de ellos expresaron satisfacción por el desempeño de los médicos participantes y 86% dijo que había mejorado la calidad de la atención; una disminución de 89% en los períodos de espera por el servicio, a pesar de un aumento de 33% del número promedio de consultas de atención primaria por mes; y un aumento de 32% del número de visitas a domicilio por los médicos.

Fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza: transformación de los sistemas de salud y legislación relacionada con la salud

38. La Oficina llevó a cabo actividades de cooperación técnica de alto nivel, dirigidas a 16 países⁵ que se encuentran en proceso de efectuar transformaciones importantes de sus sistemas de salud para avanzar hacia la salud universal; para ello, la Oficina centró su cooperación en enfoques multidisciplinarios e intersectoriales de la reforma de la salud. Se asignó prioridad a varios de los países clave de la OPS y se intensificó la cooperación técnica con Bolivia, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras y Suriname. Además de la cooperación técnica de la Oficina, destinada a aumentar la capacidad de las autoridades nacionales de salud en materia de gobernanza, rectoría y liderazgo, en el transcurso de sus visitas a los países, la Directora abogó por un mayor diálogo entre diferentes sectores y con múltiples interesados directos, entre otros, del área de la salud, finanzas, desarrollo social, la sociedad civil y el poder legislativo de los países.

39. La Oficina elaboró un marco para vigilar el progreso de los países hacia la salud universal y lo aplicó en la cooperación técnica con Chile, Cuba, El Salvador, Jamaica, Panamá, Perú y Trinidad y Tabago, con lo cual se determinaron áreas clave para el trabajo futuro en estos países. En el 2015, la OPS emprendió un examen del marco de referencia y las herramientas para las funciones esenciales de salud pública (FESP), como un medio de fortalecer la rectoría y mejorar las capacidades de apoyo al acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud en toda la Región y, así, contribuir al desarrollo de sistemas de salud resilientes, a la seguridad de la salud y a la reducción de los riesgos. El examen de las FESP concuerda con las recomendaciones del Consejo Ejecutivo de la OMS en su 138.^a reunión celebrada en enero del 2016 (resolución

⁵ Bahamas, Bolivia, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Islas Turcas y Caicos, Jamaica, Panamá, Perú, República Dominicana y Suriname.

[EB138.R5](#)). A mediados del 2017, se estaba analizando con los países de la Región y con otras oficinas regionales de la OMS una propuesta y una lista actualizada de funciones, además de un marco conceptual analítico.

Estrategia sobre legislación relacionada con la salud

40. Las leyes nacionales son instrumentos importantes para el establecimiento de los marcos jurídicos destinados a fortalecer los sistemas nacionales de salud, contribuir al cumplimiento del derecho a la salud y otros derechos humanos, además de promover el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr. En la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* se insta a los Estados Miembros a que ejerzan el liderazgo a fin de influir en las políticas, los planes, la legislación, los reglamentos y las actividades más allá del sector de la salud que estén relacionados con los derechos humanos, en particular los que inciden en los determinantes subyacentes de la salud. En consecuencia, la legislación relacionada con la salud es una herramienta de importancia cada vez mayor para promover la salud, la equidad y el acceso a los servicios de salud. Los marcos jurídicos pueden utilizarse para establecer derechos, límites y responsabilidades en áreas como el control del tabaco, los alimentos, los entornos saludables y sin riesgos, la comercialización de las bebidas alcohólicas, el acceso a los medicamentos y las tecnologías sanitarias, la salud de los trabajadores y los derechos de las personas en situación de vulnerabilidad.

41. En octubre del 2015, el 54.º Consejo Directivo de la OPS aprobó una *Estrategia sobre legislación relacionada con la salud* (documento [CD54/14, Rev. 1](#)). El enfoque, elaborado mediante un proceso de consulta impulsado por un grupo de trabajo de los Estados Miembros y coordinado por la Oficina, promueve la redacción, la aplicación y el examen de las leyes y los marcos jurídicos para proteger los derechos humanos, impulsar la equidad en la salud, promover la solidaridad y la no discriminación en materia de salud, reducir los factores de riesgo y abordar los determinantes sociales de la salud. En la *Estrategia sobre legislación relacionada con la salud*, que concuerda con lo estipulado en la resolución [CD50.R8](#) relativa a la salud y los derechos humanos, se promueve el fortalecimiento de las capacidades técnicas del personal de salud para mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud, haciendo hincapié en los grupos que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad. En la estrategia también se recomienda el intercambio de información estratégica —como, por ejemplo, mejores prácticas y decisiones judiciales— entre los Estados Miembros y con las organizaciones internacionales, además, de una mayor coordinación y colaboración entre las autoridades de salud y las instancias legislativas a nivel nacional.

42. A nivel de país, la Oficina contribuyó a la actualización de la legislación básica sobre la salud, como la actualización y formulación de leyes que guíen la organización del sistema de salud y el acceso a los servicios, las vacunas, la reducción de los factores de riesgo para las ENT (como el control del tabaco, la reglamentación de las bebidas alcohólicas, la comercialización y reglamentación del etiquetado de los alimentos poco saludables, y la comercialización de sucedáneos de la leche materna), la salud mental, la seguridad vial y la investigación con seres humanos. La Oficina apoyó a El Salvador en

la redacción de su nueva Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud; a Honduras en la elaboración de un nuevo marco legislativo para la protección social en el ámbito de la salud que integra a diversos prestadores de servicios en un sistema único con una canasta uniforme de servicios garantizados para toda la población; a Panamá en la redacción de un nuevo código de salud; y a Cuba en el examen de su legislación de salud pública. Estas actividades contribuyen a formar capacidad y a promover intercambios entre los asesores legales de los ministerios de salud, las comisiones parlamentarias de salud, así como entre organizaciones parlamentarias internacionales subregionales, como el Parlamento centroamericano y el Parlamento andino, con los cuales la Oficina ha firmado acuerdos de cooperación.

Fortalecimiento de los sistemas regulatorios de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias

43. El mejoramiento del acceso a medicamentos seguros, eficaces y con garantía de calidad, así como a otras tecnologías sanitarias, constituye una esfera de trabajo prioritaria para la Oficina en el contexto del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. La cooperación técnica de la OPS procura fortalecer los sistemas regulatorios de productos médicos para que sean funcionales y específicos al contexto, al tiempo que promueve la convergencia y la armonización de los sistemas a nivel regional y mundial. El enfoque adoptado por la OPS comprende la evaluación del desempeño en cuanto a la regulación; la recopilación y el análisis de datos acerca de la regulación a fin de brindar apoyo al desarrollo institucional; la formulación de modelos regulatorios adaptados a las necesidades del sistema de salud; y la intermediación para ampliar la colaboración entre las autoridades reguladoras nacionales, las redes y otros interesados directos, con el objeto de establecer sistemas regulatorios y funciones regulatorias específicas. Como resultado de estas actividades, en la actualidad hay ocho autoridades reguladoras nacionales que se consideran autoridades reguladoras nacionales de referencia regional, mientras que más de 20 de estos organismos nacionales han logrado avances considerables en el establecimiento de funciones regulatorias. El enfoque también ha generado varias innovaciones, ejemplificadas por el modelo de regulación colaborativa que se establecerá en el Caribe.

La iniciativa del Sistema Regulator de Medicamentos del Caribe

44. La Oficina contribuyó al establecimiento del Sistema Regulator de Medicamentos del Caribe (SRC), una iniciativa que abarca a todos los países del Caribe, destinada a fortalecer la capacidad regulatoria, mejorar la armonización y establecer un punto único de acceso a los mercados farmacéuticos de los países miembros de la Comunidad del Caribe (CARICOM). El SRC se estableció en el 2015 a fin de respaldar a los países en la ejecución transparente y responsable de las actividades regulatorias clave, además de acelerar los procesos regulatorios de aprobación para los medicamentos principales, lo que comprende apoyarse en las autoridades reguladoras nacionales designadas por la OPS como organismos de referencia regional que ya han aprobado los productos. A julio del 2017, se habían examinado y recomendado nueve medicamentos para recibir la autorización de comercialización en los países miembros de CARICOM.

45. La Oficina está trabajando con el SRC a fin de realizar evaluaciones, establecer una red regional para informar sobre la farmacovigilancia y los problemas de vigilancia luego de la comercialización, además de consolidar e intercambiar información acerca de productos problemáticos que estén en circulación. La Oficina también ofreció oportunidades de formación de capacidad al colaborar con las actuales autoridades reguladoras nacionales de referencia regional en Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Cuba, Estados Unidos y México. Esas iniciativas incluyeron la movilización exitosa de recursos con miras a brindar apoyo a la aplicación del SRC, con asociados como la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, Salud Canadá y la Fundación Bill y Melinda Gates.

Mejora del financiamiento para la salud: evidencia, eficiencia y uso del margen fiscal

46. En la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* aprobada en la Región, se recomienda un punto de referencia de 6% del producto interno bruto (PIB) como nivel mínimo del gasto de salud necesario para que los países puedan alcanzar la meta de la salud universal. Con el objetivo de apoyar esta meta, la Oficina emprendió estudios en varios países e impulsó un proceso participativo destinado a elaborar un marco conceptual para mejorar la eficiencia en el financiamiento de la salud y generar otros recursos financieros para el ámbito de la salud. A lo largo del período que se está analizando, la Oficina recopiló información acerca del gasto en efectivo destinado a la atención de salud en Canadá y los países miembros de Mercado Común del Sur (MERCOSUR), a fin de facilitar el análisis de los determinantes del gasto y el impacto de los gastos de salud en los resultados de la atención de salud. Varias unidades de economía de la salud de ministerios de salud de la Región sostuvieron conversaciones con los asociados —como la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) de las Naciones Unidas, el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI)— acerca de problemas como la atención de salud no remunerada, el margen fiscal y las perspectivas de ampliar el gasto destinado a la salud pública.

47. En el 2015, la Oficina encargó un estudio regional sobre el margen fiscal para la salud, que analizó las experiencias de 14 países de la Región. Los resultados se incorporaron en un documento de trabajo titulado *Espacio fiscal para el aumento de la prioridad de la salud en el gasto público en la Región de las Américas*.⁶ En el documento se presenta evidencia de que los países pueden generar con éxito nuevos recursos para la salud a fin de alcanzar el umbral de 6% del PIB para la salud universal; además, allí se recomienda que estos recursos se movilicen de fuentes internas. Una recomendación específica formulada consiste en agregar impuestos nuevos o aumentar los ya existentes, en especial sobre los productos que son nocivos para la salud, mejorar la eficiencia de los sistemas de salud y del gasto dedicado a la salud pública, y mejorar la administración

⁶ Documento disponible en: <http://www.paho.org/uhexchange/index.php/es/uhexchange-documents/informacion-tecnica/41-espacio-fiscal-para-el-aumento-de-la-prioridad-de-salud-en-el-gasto-publico-en-la-region-de-las-americas/file>.

fiscal. En el informe también se indica que los países que procuran crear un nuevo margen fiscal lo hagan por medio del diálogo inclusivo, basado en los principios establecidos en la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*: el derecho al goce del grado máximo de salud, la equidad y la solidaridad. La Oficina ha seguido colaborando con diversas organizaciones asociadas —como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Mundial, el FMI, la CEPAL y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)— con miras a concientizar acerca de opciones de política e intervenciones para elevar el nivel de prioridad del financiamiento de la salud y mejorar la eficiencia del financiamiento dedicado a la salud.

48. La Oficina prestó cooperación técnica directa en el examen de las políticas y los sistemas nacionales de financiamiento de la salud a fin de reducir la segmentación y mejorar la equidad y la eficiencia. La Oficina ha apoyado a los países en la generación de las cuentas nacionales de salud, aplicando la metodología del 2011 del sistema de cuentas de salud, una metodología estándar mundial creada conjuntamente por la OMS, la OCDE y Eurostat (la oficina de estadística de la Unión Europea), para llevar a cabo el seguimiento del gasto anual relacionado con la salud y la enfermedad. Como resultado, profesionales de la salud de 15 países recibieron capacitación y sus respectivos equipos de país están preparados ahora para generar cuentas de salud por medio de esa metodología.

Mejoramiento de los recursos humanos para la salud

49. Los sistemas de salud que procuran garantizar la salud universal deben asignar prioridad a la atención primaria de salud y a los servicios integrados prestados por los profesionales que trabajan en los equipos interdisciplinarios; asimismo, deben prestar atención especial a los grupos cuyas necesidades de salud tradicionalmente han estado subatendidas. Por primera vez, la Región ha alcanzado la meta recomendada de 25 médicos y enfermeras por 10.000 personas. A pesar de ese progreso, muchos sistemas de salud de la Región de las Américas todavía están fragmentados, cuentan con poco personal de atención primaria de salud y sus médicos especialistas está muy concentrados en las zonas urbanas. Los países tienen que superar tanto la escasez de recursos humanos para la salud como su distribución desigual. Por ende, se ha fortalecido la cooperación técnica de la Oficina a nivel nacional y subregional para abordar la formulación de políticas, la planificación y la gestión, así como la formación de capacidad.

50. La Oficina Sanitaria Panamericana, el centro colaborador de la OPS/OMS en planificación de la fuerza de trabajo en salud e investigación en la Universidad Dalhousie (Canadá) y el centro colaborador en planificación de la fuerza de trabajo en salud e información en la Universidad Estatal de Rio de Janeiro (Brasil), colaboraron para completar la evaluación segunda y final de las 20 metas regionales para los recursos humanos de salud (2007-2015), así como un análisis de los programas de recursos humanos vinculados con las metas prioritarias establecidas a nivel nacional. Los resultados de esta evaluación se analizaron por medio de consultas en los países y las subregiones (MERCOSUR, subregiones de Centroamérica, el Caribe y andina), a fin de

determinar las prioridades y la orientación estratégica destinadas a fortalecer los recursos humanos para apoyar el progreso hacia la salud universal.

51. Sobre la base de la orientación estratégica, la Oficina redactó una *Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* que se presentará a la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre del 2017. En esa estrategia se destaca la necesidad de mejorar la gobernanza y la rectoría de los recursos humanos para la salud, aumentar las capacidades de estos recursos a fin de ampliar el acceso a servicios de salud basados en los principios de la equidad y la calidad, y de forjar asociaciones con el sector de la educación para responder a las necesidades del sistema de salud. La estrategia regional está en consonancia con la *Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: Personal de salud 2030*, aprobada por la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud en el 2016, y el *Plan de acción quinquenal para el empleo en el ámbito de la salud y el crecimiento económico inclusivo (2017-2021)*⁷ adoptado por la 70.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2017.

Fortalecimiento de las capacidades de recursos humanos para la salud

52. Además de los métodos tradicionales de capacitación, las tecnologías de ciberaprendizaje y la telemedicina han resultado herramientas muy útiles para formar capacidad de recursos humanos para la salud, reducir el aislamiento profesional, ofrecer oportunidades costoeficaces para mantener y desarrollar más la competencia clínica y contribuir a una mejor calidad de atención en las zonas rurales y de difícil acceso. El Campus Virtual de Salud Pública de la OPS es una red de personas, instituciones y organizaciones que intercambian cursos, recursos, servicios y actividades relacionadas con la educación, la información y la gestión del conocimiento. La Oficina invirtió en el Campus Virtual durante el período que se analiza en este informe, lo que dio lugar a un importante aumento en el número de cursos y de usuarios. Se diseñaron cincuenta y ocho cursos con instructores y 56 cursos de autoaprendizaje, en consonancia con los objetivos de la *Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. El Campus Virtual tenía más de 330.000 usuarios a junio del 2017.

Aprendizaje virtual dedicado a los recursos humanos para la salud

- El Programa de Líderes en Salud Internacional Edmundo Granda Ugalde, de la OPS, ha seguido fortaleciendo la capacidad de los gerentes de nivel medio y alto, así como de las autoridades a nivel de país, subregional y regional. Estas personas provenían de organismos gubernamentales, organismos internacionales, la comunidad académica y otros segmentos de la sociedad civil, relacionados o no con la salud. Durante el período 2013-2017, 201 profesionales de 36 países participaron en el programa anual de nueve meses, que se imparte por medio del Campus Virtual de Salud Pública de la OPS.
- El proyecto de la Clínica Virtual Docente, puesto en marcha como parte del Campus Virtual de Salud Pública de la OPS en el 2013, permite a los profesionales y los técnicos de salud, recibir capacitación en su lugar de trabajo; es posible tener acceso a la clínica con una

⁷ Documento [A70/18](#).

computadora personal, computadora portátil o con tabletas y teléfonos inteligentes. Actualmente se utiliza para crear sitios web y aplicaciones para el seguimiento de algunos proyectos como el de *Mais Médicos*.

- La Biblioteca Virtual en Salud (BVS), que también está disponible por medio del Campus Virtual de la OPS, permite a los países que tienen un nódulo en el Campus Virtual compartir recursos educativos.

53. La Oficina prestó cooperación técnica a 19 Estados Miembros⁸ en una iniciativa para promover una “misión social” en la formación de los médicos y otro personal de salud. La iniciativa buscaba formar a profesionales de la salud con capacitación y experiencia en atención primaria y prestación de servicios de salud integrados, comprometidos con las necesidades de salud de las personas más vulnerables de la sociedad y dispuestos a ejercer su profesión en zonas subatendidas, cuando fuese necesario. Varios expertos de la Oficina también colaboraron con los ministerios de salud e instituciones académicas de los países para definir los requisitos nacionales en cuanto a formación y capacitación de los profesionales que trabajan en los centros comunitarios de salud, así como para formular recomendaciones técnicas acerca de los programas de capacitación en el servicio en esos centros. El proyecto generó un medio de diagnóstico preliminar e indicadores básicos para medir el progreso en la incorporación del concepto de misión social en las facultades de medicina y en la capacitación de los médicos.

54. La cooperación técnica subregional de la Oficina para el fortalecimiento de las capacidades de los recursos humanos de salud complementó sus intervenciones a nivel de país:

- a) La Coordinación Subregional de Programas en el Caribe colaboró con los ministerios de salud de los países de CARICOM y con otros interesados para elaborar una hoja de ruta subregional 2012-2017 de recursos humanos para la salud, con hitos específicos destinados a mejorar la gobernanza y las aptitudes de esos recursos en el Caribe. Los planes relativos a los recursos humanos de salud se finalizaron en las Islas Vírgenes Británicas, Granada, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas.
- b) En la subregión andina, la Oficina brindó apoyo a la formulación y el seguimiento de una política sobre recursos humanos para la salud en el marco del Organismo Andino de Salud del Convenio Hipólito Unanue.
- c) En Centroamérica, en su función como órgano consultivo del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA), la Oficina colaboró con los equipos de los Estados Miembros que forman parte del Sistema de Integración Centroamericana (SICA), con miras a ejecutar un plan de desarrollo de los recursos humanos para la salud en Centroamérica en el período 2013-2015 y formular un nuevo plan para el período 2016-2018.

⁸ Argentina, Barbados, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, Estados Unidos, Guatemala, Guyana, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Perú, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

Mejora del acceso a medicamentos eficaces, inocuos y de calidad y a otras tecnologías sanitarias

55. Los Estados Miembros siguen asignando prioridad al acceso a los medicamentos y las tecnologías sanitarias, con la adopción de varias resoluciones que guían a la Oficina en la promoción del acceso equitativo a vacunas, medicamentos y otras tecnologías sanitarias de calidad como un requisito fundamental para el logro de la salud universal. En la resolución [CSP28.R9](#), *Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud*, aprobada por la 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana en el 2012, se recomendaba el fortalecimiento y la ampliación del uso de los procesos de evaluación para fundamentar la toma de decisiones. En el 2016, el 55.^o Consejo Directivo aprobó la resolución [CD55.R12](#), *El acceso y uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias estratégicos y de alto costo*. En ella se insta a los Estados Miembros a que elaboren políticas y marcos jurídicos para regular el sector farmacéutico, promover la transparencia en el establecimiento de los precios, fortalecer los sistemas regulatorios para velar por la calidad de los medicamentos y aumentar la acción colectiva mediante la utilización de mecanismos de compras conjuntas, incluidos los dos fondos de la OPS, el Fondo Estratégico y el Fondo Rotatorio.

56. El Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública, conocido como el Fondo Estratégico de la OPS, ha sido sumamente exitoso al recurrir a la mancomunación de las compras a nivel regional para mejorar el acceso a los medicamentos y otros suministros de salud. En la actualidad, 30 países y territorios de la Región utilizan este fondo, que ha mantenido su importante función de promover el acceso a insumos de salud pública esenciales y de alta calidad para los Estados Miembros, con lo cual ha ayudado a los países a evitar la escasez y superar las dificultades en las compras de medicamentos nuevos y costosos. El Fondo Estratégico ha ampliado su cartera de medicamentos y productos médicos; asimismo, ha renovado su énfasis en el mejoramiento de las capacidades de gestión de la cadena de suministros, al colaborar con los Estados Miembros en todas las áreas de la cadena de suministro, brindando apoyo a la planificación de las compras de medicamentos, tecnologías sanitarias y equipo. En el 2013, la OPS negoció y emitió sus primeros convenios a largo plazo con los fabricantes a fin de establecer precios estándares al alcance de todos los Estados Miembros de los medicamentos esenciales seleccionados para el tratamiento de las ENT. En el año 2016, el costo total de los productos básicos adquiridos por conducto del Fondo Estratégico fue de US\$ 82 millones, lo que representa un aumento acumulativo de 800% a lo largo de los 10 años anteriores.

57. Desde el 2015, la Oficina ha colaborado con el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (el Fondo Mundial) y los Estados Miembros para evitar desabastecimientos de medicamentos antirretrovirales en Ecuador, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Paraguay y República Dominicana, al mejorar las proyecciones de la demanda y otros aspectos de la gestión de la cadena de suministros. Esto incluyó la incorporación de una herramienta especial de seguimiento del inventario dentro de la Plataforma Regional sobre Acceso e Innovación para Tecnologías Sanitarias (PRAIS).

Las proyecciones acertadas de las necesidades nacionales de antirretrovirales y reactivos de laboratorio en Ecuador, Honduras, Nicaragua y Paraguay evitaron desabastecimientos en el 2016.

58. En el 2015, el Fondo Estratégico de la OPS recibió un nuevo impulso mediante un acuerdo entre la Oficina Sanitaria Panamericana y el Fondo Mundial que permite el acceso del Fondo Estratégico al mecanismo de compras conjuntas del Fondo Mundial, lo que facilita la resolución de problemas clave relacionados con las compras como asegurar la disponibilidad ininterrumpida de suministros, la calidad del producto y su inocuidad, además de la negociación de precios justos. Se espera que este convenio con el Fondo Mundial arroje otros beneficios, como un mejor desempeño de los proveedores y un acceso más rápido a medicamentos con precios aceptables en situaciones de necesidad urgente.

59. La Oficina consolidó una red de países e instituciones para fortalecer la capacidad en la toma de decisiones con respecto a la evaluación, la incorporación y el uso de medicamentos y otras tecnologías sanitarias en los sistemas de salud. La Red de Evaluación de Tecnologías Sanitarias para las Américas (RedETSA), coordinada por la OPS, se estableció en el 2011 y actualmente comprende 14 países y 28 instituciones que intercambian mejores prácticas, elaboran informes y respaldan la capacidad de evaluación. La red regional de puntos focales de farmacovigilancia, establecida en el 2012, ahora incluye a 35 países que trabajan en estrecha colaboración con la Red de Centros de Información de Medicamentos de Latinoamérica y el Caribe (Red CIMLAC), con el propósito de generar y evaluar información acerca de la inocuidad de los medicamentos para la toma de decisiones regulatorias. Las alertas acerca de productos médicos de calidad inferior al promedio y falsificados se intercambian por conducto de una red regional de 16 países, que envía la información al sistema de alerta mundial coordinado por la OMS.

60. La Oficina brindó apoyo a las iniciativas destinadas a asegurar la disponibilidad de sangre segura y de productos sanguíneos seguros en la Región. Se elaboraron análisis técnicos y legales, así como planes subregionales para la seguridad de la sangre y el VIH correspondientes al período 2013-2017, para la subregión andina, Centroamérica y la República Dominicana. Un proyecto de cooperación técnica, en el que participaron la OPS y el laboratorio de hemoderivados de la Universidad Nacional de Córdoba (Argentina), permitió a Brasil lograr avances considerables en la producción y la seguridad de los productos sanguíneos que cubrirán las necesidades a nivel nacional y regional.

61. Al abordar la seguridad radiológica, la colaboración de la Oficina con el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA) desempeñó un papel importante en la formulación del plan estratégico de la OIEA para el período 2016-2021 y en asegurar la seguridad y la eficiencia de los equipos de radioterapia en la Región. En abril del 2016, se celebró en Jamaica la primera reunión de coordinación para el proyecto “Fortalecimiento del control de las fuentes radiactivas desde la cuna hasta la tumba” en los Estados Miembros de la OIEA de la subregión del Caribe. La Oficina promovió y

alentó la afiliación en la OIEA de varios países miembros de CARICOM, a fin de facilitar el progreso hacia la formación de la capacidad básica para manejar las situaciones de emergencia radiológica, de acuerdo con lo dispuesto en el RSI. Entre el 2012 y el 2016, Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Dominica, Guyana, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas y Trinidad y Tabago se afiliaron a la OIEA.

Fortalecimiento de los sistemas de información, de gestión del conocimiento, de comunicación para la salud, y de la investigación

62. La recopilación oportuna, el análisis, el desglose, la gestión y la notificación de datos de calidad sobre la salud y relacionados con la salud son aspectos esenciales de los sistemas de información eficientes y eficaces para la salud. La formulación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de políticas y programas basados en la evidencia que abordan el tema de la salud y sus determinantes sociales dependen de esta información, dado que el desglose de los datos por edad, sexo, etnia, ubicación geográfica y otras variables permite la determinación de las inequidades y el diseño de intervenciones para reducirlas. Además, los sistemas de vigilancia que funcionan a los niveles subnacional y nacional son esenciales para detectar las enfermedades emergentes y reemergentes con potencial epidémico.

63. La notificación de la información de salud actualizada y su difusión en los formatos apropiados a una amplia gama de interesados directos, entre ellos los responsables de las políticas, el público y los asociados en el desarrollo, son fundamentales para respaldar la promoción de la causa, la planificación, la programación y los ajustes a las intervenciones a fin de alcanzar los objetivos prioritarios relativos a la salud. Con demasiada frecuencia, la información importante sobre la salud, producida en los países de la Región o acerca de ellos (en especial en el caso de los países más pequeños) no recibe la atención que merece y, por lo tanto, su uso y aplicación son limitados. El fortalecimiento de los sistemas de información y de gestión del conocimiento relacionados con la salud se encuentra entre las prioridades más altas de la OPS, junto con la comunicación para la salud.

64. Se han registrado mejoras considerables en la calidad y la recopilación oportuna de los datos de salud en la Región de las Américas, aunque subsisten algunos retos:

- a) Antigua y Barbuda, Bahamas, Haití y Jamaica elaboraron nuevas políticas y planes de acción para sus sistemas de información de salud, con el propósito de mejorar la calidad de sus datos de vigilancia.
- b) Ecuador, Islas Vírgenes Británicas, República Dominicana y San Martín empezaron a utilizar un sistema de vigilancia epidemiológica basado en la web.
- c) Jamaica instaló un sistema integrado de vigilancia de las enfermedades prevenibles mediante vacunación.
- d) Se impartió capacitación sobre la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.^a edición (CIE-10) a facilitadores de Bolivia, Ecuador, Paraguay y Perú y a codificadores de El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua. Luego Bolivia y

- Ecuador impartieron capacitación sobre la CIE-10 a técnicos de salud a nivel subnacional. Por medio de la capacitación relacionada y el Campus Virtual de Salud pública, se ha capacitado a más de 60.000 médicos con el propósito de mejorar la preparación de los certificados de defunción.
- e) Argentina, Chile, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Paraguay, Uruguay y Venezuela empezaron a utilizar un sistema electrónico suministrado por México para la codificación de la mortalidad según la CIE-10; además se organizaron talleres para verificar la calidad de los datos en Chile, Guatemala y Trinidad y Tabago.
 - f) Con el propósito de mejorar los análisis de la mortalidad, la base de datos de mortalidad de la OPS se encuentra en un proceso avanzado de ampliación, para pasar de 5 a 32 variables, lo que ofrece la posibilidad de llevar a cabo análisis estadísticos y epidemiológicos más avanzados, que incluirán múltiples causas de muerte (comorbilidades), además de la causa usual subyacente de la defunción.

65. En el 2014, la Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud y Perfiles de País de la OPS celebró el vigésimo aniversario de su publicación *Situación de salud en las Américas: Indicadores básicos*. El folleto, que se publica anualmente, presenta datos actualizados de alta calidad para guiar la cooperación técnica de la Oficina y facilitar el monitoreo y el seguimiento de las metas regionales y mundiales de salud. Los datos se recaban, se procesan y se analizan en colaboración con los ministerios de salud y de planificación y las oficinas de estadística en los Estados Miembros. En esta iniciativa, los 52 países y territorios de la Región suministran sus indicadores básicos de salud todos los años; asimismo, 20 países de la Región elaboran folletos nacionales “de indicadores básicos” para guiar el establecimiento de prioridades y la toma de decisiones en el sector de la salud. En el 2016, se modificó el diseño del folleto de indicadores básicos de salud y se analizaron y actualizaron más de 100 indicadores. En el folleto se presentan datos de seguimiento de 17 de las 27 metas del ODS 3 y hay planes para incluir otras metas de los ODS para el 2018.

66. La [Plataforma de Información Sanitaria](#) (PLISA) es un sistema institucional cuyo objetivo es suministrar datos, estadísticas e información sobre salud a fin de apoyar el análisis de salud en los Estados Miembros y la Oficina para alcanzar sus objetivos estratégicos, incluido el seguimiento de las metas regionales y nacionales. La PLISA recaba y almacena diferentes tipos de datos e indicadores de salud en un formulario sistematizado, periódico y estandarizado, que facilita el análisis de los datos, la preparación de informes y la difusión de los resultados. La PLISA es también un sitio web con visualización interactiva de los datos que hace que la gestión de la información y los datos sea más dinámica.

67. En noviembre del 2016, la OPS colaboró con el Ministerio de Salud de Jamaica para convocar una reunión ministerial en Kingston acerca de los sistemas de información para la salud. La reunión contó con la participación de países del Caribe, de entidades y expertos regionales y de asociados en el desarrollo en la formulación de un plan de acción conjunto destinado a innovar y mejorar una variedad de sistemas de información y

asociaciones para la salud en todo el Caribe. En la reunión se preparó una hoja de ruta integral a fin de fortalecer los sistemas de información para la salud y mejorar la colaboración y la coordinación entre los ministerios de salud nacionales y los actores del Caribe, utilizando el modelo de la OPS. La Oficina ha iniciado actividades de cooperación técnica, como varias evaluaciones de los sistemas de información para la salud, en Anguila, Belice, Bermudas, Guyana, Islas Vírgenes Británicas, Islas Turcas y Caicos y Jamaica. El marco de evaluación incluye una herramienta de “modelo de madurez” que analiza la fase de desarrollo de los sistemas de información. La herramienta se ha puesto a prueba en varios países del Caribe y se prevé que la prueba piloto de la versión en español se hará en Ecuador. Se ha previsto efectuar una reunión de alto nivel en agosto del 2017, dirigida a países de Mesoamérica, el Caribe latino y la subregión andina, con la finalidad de presentar el marco de los sistemas de información para la salud.

68. La edición del 2017 de la publicación emblemática de la OPS, *Salud en las Américas+*, se presentará en la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre del 2017. Como testimonio del mejoramiento en la disponibilidad de información sobre salud en la Región, todos los 52 países y territorios produjeron análisis integrales de su situación de salud con una visión prospectiva de la salud pública. La publicación sigue siendo muy apreciada por los datos y análisis de salud, tanto regionales como nacionales, esenciales, concisos e “integrados” que presenta, y la mejor accesibilidad de la información para las autoridades de salud, los responsables de formular políticas, académicos, estudiantes, analistas y el público en general, por medio de sus formatos digital e impreso.

69. Durante el período en análisis, la ejecución a nivel regional de la *Estrategia y plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones* (documento [CSP28/12, Rev. 1](#)) dio lugar a importantes resultados, como la puesta en marcha del [Repositorio institucional de la OPS para el intercambio de información](#), que ha mejorado la capacidad de sistematizar, preservar y dar acceso a más de 30.000 documentos. Los documentos incluyen mandatos de los Cuerpos Directivos, publicaciones científicas y documentos técnicos elaborados por la OPS. Veinte países de la Región obtuvieron acceso a la [plataforma HINARI de la OMS](#), que permite el acceso en línea gratuito, o a muy bajo costo, en más de 100 países a las revistas principales de biomedicina y ciencias sociales afines; la Oficina brindó apoyo a los ministerios de salud de Guatemala, Guyana, Jamaica, Nicaragua, Paraguay y República Dominicana a fin de facilitar el acceso y organizar capacitación acerca de la plataforma HINARI.

70. A junio del 2017, el modelo de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) se había aplicado en 107 iniciativas nacionales, temáticas e institucionales en 30 países como resultado de la cooperación técnica prestada por el Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME) de la OPS. La BVS cuenta con más de 26,7 millones de documentos, de los cuales más de 9,6 millones están disponibles en su texto completo; además, su plataforma tecnológica sigue actualizándose para apoyar a las instituciones coordinadoras a nivel nacional y regional. Por otro lado, la base de datos

de Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS) indiza cerca de 920 revistas científicas de 27 países de América Latina y el Caribe.

71. Las tecnologías de comunicación de la información tienen un importante papel que desempeñar en las intervenciones encaminadas a mejorar la salud. La *Estrategia y plan de acción sobre eSalud* para el período 2012-2017 (documento [CD51/13](#)), aprobada por el 51.º Consejo Directivo en el 2011, aporta un marco para la cooperación técnica de la Organización en esta esfera. En la actualidad, 15 países y territorios están formulando o adoptando políticas de ciber salud. Asimismo, la OPS ha elaborado documentos metodológicos para definir las prioridades políticas con respecto a la ciber salud, además de directrices que sirvan como punto de partida de una estrategia destinada a fortalecer y determinar la infraestructura básica institucional y tecnológica relacionada con la información y los servicios de salud. En un examen de mitad de período de la aplicación de la *Estrategia y plan de acción sobre eSalud* presentado al 55.º Consejo Directivo en el 2016 (documento [CD55/INF/12](#)) se determinaron las actividades necesarias para el progreso, entre otras: promover la formulación de estrategias nacionales en países que no las tienen; trabajar en la incorporación de temas en los que se han logrado avances, como la internet de las cosas (*Internet of things*), los datos abiertos y los datos a gran escala; fomentar la generación de evidencia y la formulación de directrices sobre la ciber salud que favorezcan la toma de decisiones y la elaboración de proyectos de manera estratégica y sostenida; y establecer una hoja de ruta acerca de la función de la ciber salud en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en especial el ODS 3.

72. La *Revista Panamericana de Salud Pública* (RPSP), la revista científica de la OPS sometida a arbitraje editorial, trilingüe y de acceso libre, publicó 53 números a lo largo del período abarcado por este informe. Entre estos números hubo números especiales acerca de prevención de las enfermedades cardiovasculares y la reducción de la sal en los alimentos, la equidad en los sistemas de salud, los sistemas regulatorios de los medicamentos, la tuberculosis, el cambio climático, la nutrición, la economía del control del tabaco, la infección por el VIH, el chikunguña y la reforma de los sistemas de salud en Ecuador. En esta revista se ha adoptado una política de “acceso abierto” y un proceso de publicación continua, que han contribuido a acelerar la difusión de los artículos nuevos a medida que se aprueban.

73. En este período se designaron 58 nuevos centros colaboradores de la OPS/OMS en la Región de las Américas, con lo cual el número de centros colaboradores activos en la Región aumentó a 182, además de más de 800 centros a nivel mundial. Los centros colaboradores incluyen institutos de investigación, departamentos universitarios, laboratorios y otras organizaciones y entidades que llevan a cabo actividades en apoyo de los programas de la OPS/OMS en una amplia gama de especialidades. Estas áreas comprenden desde los recursos humanos para la salud y las tecnologías sanitarias hasta las enfermedades transmisibles y no transmisibles, la nutrición y la salud mental.

74. La Oficina ha seguido prestando cooperación técnica de acuerdo con la *Política de investigación para la salud* (documento [CD49/10](#), aprobado en el 2009) y con la *Estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud* (aprobada en el 2010). Las

iniciativas de investigación cobraron impulso a lo largo del período en análisis, a medida que los países y las entidades subregionales formularon políticas y programas de investigación. La OMS inauguró su Observatorio Mundial de la Investigación y el Desarrollo Sanitarios, publicó el análisis de los resultados y las capacidades de investigación y aumentó el número de investigaciones registradas. Actualmente, este registro es exigido por nueve países (Bolivia, Brasil, Colombia, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Panamá, Perú y Uruguay) y cinco países (Argentina, Brasil, Cuba, Estados Unidos y Perú) tienen registros al alcance del público. En el 2013, comenzó sus actividades Caribe Cochrane para brindar apoyo a la utilización y ejecución de revisiones sistemáticas relacionadas con la salud pública. La competitividad en materia de investigación está mejorando gracias a los programas de capacitación de instructores impartidos en América Latina y el Caribe. Las asociaciones con las autoridades de salud, la comunidad académica, las instituciones de investigación y los patrocinadores permitieron la capacitación de varios equipos de investigación de Colombia y del SICA, así como de países miembros de CARICOM en la elaboración de propuestas de subvenciones y el arbitraje editorial.

75. La Oficina ha seguido impulsando la integración de la ética en la esfera de la salud, de conformidad con lo establecido en el 2012 por los Estados Miembros mediante el documento conceptual *Bioética: hacia la integración de la ética en el ámbito de la salud* (documento [CSP28/14, Rev.1](#)). Los sistemas de ética de la investigación se han fortalecido mediante la elaboración, en colaboración con BIREME, de una nueva versión de ProEthos —un software para mejorar el análisis de los aspectos éticos de la investigación con seres humanos— que facilita los procesos de aplicación por los comités de ética en nueve países de la Región (Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá y Perú), además de la elaboración de marcos normativos que están en consonancia con las directrices internacionales sobre ética. Se ha institucionalizado el proceso de examen de los aspectos éticos para la investigación apoyada por la OPS, además, se han triplicado las propuestas presentadas al Comité de Revisión Ética de la OPS. Se formuló orientación ética en respuesta a las emergencias por los brotes del [ébola](#) y del zika; la OPS organizó una consulta sobre cuestiones éticas y la elaboración de la [Consulta de ética sobre el zika: Orientación ética sobre cuestiones clave planteadas por el brote](#), que ha sido respaldada por *The Lancet* e integrada en la cooperación técnica de la Organización. La integración de la ética en la salud pública se ha fortalecido con la publicación del informe *Cómo tomar decisiones justas en el camino hacia la cobertura universal de salud*, que brinda orientación sobre la asignación de prioridades éticas mientras se avanza hacia la salud universal. Además, la Oficina preparó material didáctico sobre la salud pública e impartió capacitación de acerca de la ética y la salud pública al personal del Ministerio de Salud de ocho países latinoamericanos (Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Perú y Puerto Rico) y a los médicos jefes del Caribe.

76. La Oficina siguió apoyando la investigación acerca de las políticas y los sistemas de salud, incluida la investigación relacionada con la ejecución. La iniciativa de mejoramiento de la ejecución de los programas mediante la investigación integrada, apoyada por la Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud de la OMS,

determinó los beneficios aportados por la investigación acerca de la ejecución de programas en 10 países (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Santa Lucía). Se establecieron las prioridades nacionales de investigación y se están ejecutando en diversos grados en Brasil, Ecuador, Guyana, Honduras, Panamá, Perú, República Dominicana y en 18 países y territorios del Caribe.⁹ La coordinación de la investigación y la evidencia sobre el brote de la infección por el virus del Zika ha facilitado una agenda regional de investigación, la armonización de las normas de investigación y el apoyo a la investigación entre países. Se han observado mejoras considerables en la institucionalización de mecanismos estandarizados para generar y utilizar los resultados de la investigación en los Estados Miembros. Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Trinidad y Tabago están integrando el enfoque recomendado por la OPS/OMS para formular directrices de alta calidad. Argentina, Brasil, Chile, Colombia y México han establecido mecanismos de respuesta rápida fundamentados en la evidencia para brindar apoyo a la toma de decisiones. A nivel subregional, se elaboró una hoja de ruta subregional del Caribe y se estableció un grupo de trabajo técnico de países del Caribe a fin de integrar los mecanismos para la evaluación de las tecnologías sanitarias, la selección de medicamentos y la formulación de directrices.

⁹ Anguila, Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Bermudas, Dominica, Granada, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, Montserrat, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname y Trinidad y Tabago.

2. RESPUESTA A DESASTRES Y EMERGENCIAS DE SALUD, Y FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES BÁSICAS DE SALUD PÚBLICA DE CONFORMIDAD CON EL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL

77. La OPS ha proseguido su larga trayectoria de cooperación técnica con los países en materia de prevención, preparación y respuesta en caso de emergencias y desastres, tanto naturales como ocasionados por el hombre; asimismo, ha colaborado con los Estados Miembros a fin de formar las capacidades básicas necesarias para la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y para la detección de brotes de enfermedades y la respuesta ante ellos.

Fortalecimiento de la respuesta ante emergencias y desastres naturales y ocasionados por el hombre

78. La Oficina adoptó varias medidas con el propósito de mejorar su cooperación técnica en cuanto a los preparativos para situaciones de emergencia y socorro en caso de desastres, entre otras:

- a) la revisión de su enfoque estratégico a fin de abarcar tres líneas principales de trabajo: *a)* mejora de la capacidad de los Estados Miembros para dar una respuesta oportuna y apropiada a los desastres, las emergencias complejas y otras crisis; *b)* mejora de la capacidad de los sistemas nacionales de salud en cuanto a los preparativos para situaciones de emergencia y la reducción de los riesgos de desastres; y *c)* aumento de la eficacia de la OPS y del Grupo de Acción Sanitaria de las Naciones Unidas al responder a los desastres;
- b) establecimiento de un nuevo Centro de Operaciones de Emergencia en su sede de Washington, D.C., y adopción de nuevas normas y procedimientos para mejorar la cooperación durante las operaciones de respuesta a las emergencias;
- c) capacitación de los miembros actuales y nuevos del equipo regional de respuesta a los desastres para aumentar la capacidad de respuesta acelerada.

79. A lo largo del período, la cooperación técnica subregional de la OPS en esta esfera contribuyó a los logros en las subregiones que se indican a continuación.

Subregión andina

- a) formulación del Plan Estratégico andino para la Gestión de Riesgos de Desastres en el Sector de la Salud 2013-2017; tras la aprobación por los ministros de salud de la zona andina, se llevaron a la práctica sus líneas estratégicas de acción, en colaboración con los ministerios de salud de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador y

- Perú y se incluyó en la formulación de los planes transfronterizos para situaciones de emergencia;
- b) elaboración de una guía para la ayuda humanitaria entre países andinos, que fue aprobada por el Comité Andino para la Prevención y Atención de Desastres (CAPRADE) y sirvió de referencia técnica para una guía similar destinada a los países del MERCOSUR.

Centroamérica

- c) creación de la Comisión Técnica para la Gestión del Riesgo en Salud de Centroamérica y República Dominicana, en colaboración con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, como un organismo asesor del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA), para dar seguimiento a la preparación, la respuesta y la cooperación en caso de desastres;
- d) elaboración de un *Plan centroamericano de gestión integral de riesgos a desastres y emergencias de salud pública 2013-2018*, que fue aprobado por COMISCA.

Caribe

- e) ampliación de la Iniciativa Hospitales Seguros en la subregión e inicio de la ejecución de la iniciativa de hospitales inteligentes, conjuntamente con el Departamento para el Desarrollo Internacional (DFID, por su sigla en inglés), del Reino Unido;
- f) fortalecimiento institucional del grupo de asociados para el desarrollo del Caribe oriental sobre la gestión de desastres, que facilita la coordinación de la ayuda externa a los países del Caribe oriental afectados por desastres graves;
- g) finalización de la *Estrategia integral de manejo de desastres y marco de resultados 2014-2024* para los Estados Miembros de CARICOM;
- h) establecimiento de un nuevo equipo de evaluación y coordinación en caso de desastres, de CARICOM, que presta mejor apoyo a los países durante las emergencias y coordina mejor la evaluación de los daños y el análisis de las necesidades.

Las actividades relacionadas con la Iniciativa Hospitales Seguros lleva a la iniciativa de "Hospitales inteligentes"

Iniciativa Hospitales Seguros

La OPS siguió promoviendo la reducción de riesgos en el sector de la salud por medio de la Iniciativa Hospitales Seguros y el índice de seguridad hospitalaria, una herramienta para evaluar la probabilidad de que un establecimiento de salud siga funcionando en situaciones de emergencia. La Iniciativa Hospitales Seguros se llevó a la práctica por primera vez en el Caribe en el 2004 y luego se incluyó en los planes estratégicos de la Reunión de Ministros de Salud de la

Zona Andina (REMSAA), el Organismo Andino de Salud del Convenio Hipólito Unanue y en CAPRADE. Colombia, Guatemala, México, Perú y República Dominicana avanzaron en la actualización de sus respectivos códigos de construcción para que todos los hospitales recién construidos puedan seguir funcionando en caso de desastres; Colombia, México y Perú han hecho importantes inversiones para mejorar la seguridad de los establecimientos de salud, tanto nuevos como existentes.

La iniciativa ha influido en los conceptos mundiales sobre el funcionamiento de los hospitales en caso de desastres y se ha convertido en una prioridad mundial que se aplica en más de 80 países en todas las regiones de la OMS. Sin embargo, en muchos países sigue siendo un reto lograr que todos los establecimientos de salud nuevos sean seguros en caso de un desastre y que se mejoren los establecimientos existentes, debido principalmente a las limitaciones financieras y a las prioridades que compiten entre sí. La Oficina elaboró un tablero en línea para el seguimiento de los nuevos establecimientos de atención de salud, ya sea que estén en etapa de planificación o sean un proyecto futuro; además, está procurando lograr acuerdos con instituciones financieras y organismos de desarrollo internacionales para incluir los criterios de los hospitales seguros en los instrumentos de financiamiento.

Iniciativa de “Hospitales inteligentes”

Sobre la base de la Iniciativa Hospitales Seguros, en el 2012 se puso en marcha la iniciativa de “Hospitales inteligentes” para promover un distanciamiento del modelo tradicional de respuesta a los desastres a fin de adoptar uno que busque, de manera proactiva, reducir al mínimo el impacto de los desastres en la salud mediante la adaptación al clima y medidas de mitigación y preparación, la reducción del impacto ambiental del sector de la salud (que es uno de los mayores consumidores de energía) y la mejora de la resiliencia ante los desastres.

Por medio del financiamiento inicial del DFDI (de alrededor de US\$ 11 millones) se brindó apoyo a la conversión a hospitales inteligentes de los establecimientos de salud de Saint Kitts y Nevis y de San Vicente y las Granadinas. Entre los resultados clave de la primera fase de la iniciativa se encontraban: una caja de herramientas para guiar la ejecución de las medidas de mitigación del cambio climático en los establecimientos de atención de salud existentes; el análisis de costos y beneficios de convertir un hospital para que sea “inteligente ante el clima”, mediante medidas respetuosas del medioambiente y capaces de resistir los efectos de los desastres; y la ejecución de dos sitios de demostración de establecimientos de salud inteligentes, en el Pogson Hospital en Saint Kitts y Nevis y en el Hospital de Georgetown en San Vicente y las Granadinas.

Otra fase del proyecto empezó en mayo del 2015 con un financiamiento de cerca de US\$ 12,6 millones para apoyar la conversión a hospitales inteligentes de los establecimientos de salud en Dominica, Granada, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas. En septiembre del 2015, el Primer Ministro del Reino Unido anunció un aumento del financiamiento (alrededor de US\$ 35 millones) para extender el proyecto a Belice, Guyana y Jamaica y aumentar el apoyo a los países que habían sido los participantes iniciales. Esta segunda etapa de la iniciativa de “Hospitales inteligentes”, que se extenderá hasta mayo del 2020, incluye capacitación en el uso del índice de seguridad hospitalaria y el sistema de clasificación de edificios, denominado *Green Checklist*, la evaluación de los establecimientos de salud para determinar su seguridad e impacto ambiental, y la selección de los establecimientos para la modernización. Además, se está impartiendo capacitación en la planificación de contingencias y en los métodos para responder eficazmente a eventos futuros a los coordinadores de salud en los desastres, al personal de los servicios contra incendios y otro personal relacionado, con la meta de asegurar que cada uno de

los establecimientos participantes formule y mantenga un plan integral de contingencias. La meta del proyecto es lograr que 50 establecimientos de salud en estos países sean más seguros y más ecológicos para el 2020. Asimismo, se evaluará un total de 600 establecimientos para documentar, en una base de datos en línea, sus necesidades en cuanto a mejoras futuras.

La Oficina colabora con la Organización de los Estados del Caribe Oriental (OECS) para llevar a cabo estudios sobre los conocimientos, actitudes y prácticas, y capacitación para la conservación dirigida al personal de establecimientos de salud en Dominica, Granada, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas con el propósito de concientizar e influir en el cambio de comportamiento para reducir el consumo de energía y de agua. Se celebraron reuniones nacionales de numerosos interesados directos en Belice, Guyana y Jamaica para fomentar la participación de los ministerios de salud, de obras públicas, de planificación, de energía y finanzas; asimismo, se celebró una reunión abierta en San Vicente y las Granadinas para promover la participación de las comunidades.

La iniciativa de “Hospitales inteligentes” está ayudando a mejorar la conciencia nacional acerca de las intervenciones prácticas para la adaptación al cambio climático y la mitigación de sus efectos, además de promoverlas, y ha catalizado el interés y la participación más allá del sector de la salud. Varios países han estado promoviendo el concepto de que los proyectos de infraestructura sean “inteligentes” ante los asociados para el desarrollo y adaptándolo a “comunidades inteligentes, escuelas inteligentes” y “hoteles inteligentes”.

80. La cooperación técnica de la OPS con los Estados Miembros frente a varias emergencias importantes de salud incluyó la respuesta en los casos que se indican a continuación, aunque sin limitarse solamente a ellos:

- a) Las lluvias graves y los vientos fuertes debidos a un sistema de vaguada baja que repercutió en Dominica, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas en diciembre del 2013. La denominada “vaguada de Navidad” costó al sector de la salud en San Vicente y las Granadinas unos US\$ 2,1 millones y causó daños graves al Milton Cato Memorial Hospital, el único hospital de referencia del país, e inundó muchos de los 39 centros distritales de salud.
- b) La tormenta tropical Erika, que ocasionó una inundación grave y generalizada, además de grandes daños en Dominica en agosto del 2015. La Oficina desplegó rápidamente a su equipo regional de respuesta a los desastres para ayudar a las autoridades nacionales en la coordinación de la emergencia, la evaluación de los daños, la vigilancia de enfermedades y la prevención y control de vectores. La Oficina movilizó recursos financieros internos y externos para adquirir medicamentos y suministros esenciales para los servicios de atención de salud, permitir el acceso al agua potable y el saneamiento, y reducir los riesgos ambientales para la salud.
- c) El huracán Joaquín, que tuvo un gran impacto en seis islas en las Bahamas en octubre del 2015. La Oficina nuevamente desplegó a su equipo regional de respuesta a los desastres para ayudar en la evaluación del impacto del huracán, la determinación de intervenciones prioritarias, y la gestión y coordinación de los suministros. La Oficina donó suministros esenciales para facilitar la comunicación

- sobre el terreno, los servicios continuos de atención de salud, las intervenciones de urgencia relacionadas con el agua y el saneamiento y el control de vectores.
- d) El huracán Matthew fue el más serio de varios que azotaron al Caribe durante la temporada de huracanes en el Atlántico en el 2016. Clasificado como una tormenta de categoría 5, Matthew afectó a cientos de miles de personas a finales de septiembre y principios de octubre, en especial en las Bahamas, Cuba, Haití y la República Dominicana. La OPS movilizó recursos que permitieron el despliegue de 80 expertos, algunos de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN), para apoyar los aspectos logísticos, la coordinación de los equipos médicos de emergencia, la evaluación de los daños y el análisis de las necesidades, el agua, el saneamiento y la higiene, y la coordinación de la respuesta de salud. Estos esfuerzos garantizaron el abastecimiento de agua potable, la distribución del equipo y los suministros esenciales, la capacidad de vigilancia epidemiológica y los servicios médicos ininterrumpidos en las zonas afectadas. En Haití, donde Matthew afectó a más de dos millones de personas, de manera directa o indirecta, la Oficina movilizó más de US\$ 1,6 millones para apoyar a las autoridades locales y nacionales en su respuesta y esfuerzos de recuperación. La Oficina brindó apoyo al despliegue de más de 1,5 millones de dosis de vacuna oral contra el cólera, así como a su distribución y administración a más 800.000 personas, en los departamentos más perjudicados, de Grand'Anse y Sud.
- e) Un incendio tóxico en el Paraguay, ocurrido en octubre del 2015, en el que la Oficina contribuyó a una evaluación preliminar de los riesgos para la salud pública como parte de un equipo conjunto de varios organismos que incluyó dependencias gubernamentales paraguayas, el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (PNUD), la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas (OCHA), el Organismo Ambiental de São Paulo y las secretarías de los convenios ambientales de Basilea, Rotterdam y Estocolmo. La Oficina entregó un informe rápido de evaluación que indicaba una posibilidad alta de exposición a dioxinas y recomendó una serie de medidas de seguimiento, que se incorporaron en una propuesta de financiamiento de la Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial.
- f) Un episodio prolongado de sequía en Guatemala, que duró desde fines del 2013 hasta marzo del 2016, dio lugar a pérdidas considerables de las cosechas y precipitó una crisis de alimentación y nutrición, con tasas más elevadas de desnutrición aguda en los grupos más vulnerables como los menores de 5 años y las embarazadas. La Oficina canalizó más de US\$ 1,6 millones del Fondo Central de las Naciones Unidas para la Acción en Casos de Emergencia (CERF), del Mecanismo Europeo de Protección Civil y de las operaciones de ayuda con fines humanitarios, a fin de ejecutar intervenciones que salven vidas y adoptar medidas preventivas para proteger las necesidades de salud y nutrición de los grupos vulnerables. La Oficina también brindó apoyo a la coordinación y los preparativos del Ministerio de Salud y otros asociados, mediante la capacitación del personal de salud sobre los protocolos de detección y tratamiento de la desnutrición

- moderada y grave aguda, las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades transmitidas por los alimentos; el establecimiento de los equipos móviles de salud; obtención de suministros esenciales de salud; seguimiento y notificación de datos de salud; ejecución de campañas de vacunación; además de la adopción de medidas de protección para las mujeres durante el embarazo y la lactancia.
- g) Un terremoto de magnitud 7,8 azotó a Ecuador en abril del 2016. En menos de 24 horas, desde la sede de la OPS y varias representaciones de la OPS/OMS en los países se desplegó personal técnico al país; estos técnicos ayudaron a usar el Sistema de Apoyo Logístico/Sistema de Manejo de Suministros Humanitarios de la Oficina Sanitaria Panamericana (LSS/SUMA), a fin de registrar y coordinar el movimiento de medicamentos y suministros médicos. El Ministerio de Salud Pública de Ecuador utilizó las nuevas normas mínimas y los mecanismos coordinadores de los equipos médicos de emergencia de la OPS/OMS para desplegar a 28 equipos médicos de emergencia nacionales y a 5 equipos médicos de emergencia internacionales (de Alemania, Colombia, España, Estados Unidos y Perú), lo que hizo que Ecuador fuera el primer país de la Región en el que se pusieron en práctica estas normas.
- h) La inundación relacionada con El Niño en Perú que empezó en febrero del 2017 y afectó a más de 1,2 millones de personas. La inundación ocasionó el colapso de 9 establecimientos de salud, deterioró otros 300 más y causó aumentos de los casos notificados de leptospirosis, dengue, zika y chikunguña, entre otras enfermedades. La Oficina desplegó expertos nacionales e internacionales para respaldar las actividades sobre el terreno y aumentar la capacidad nacional de respuesta acelerada en cuanto a la coordinación, los servicios de salud, agua y saneamiento, los aspectos epidemiológicos, la salud mental y la vigilancia de enfermedades infecciosas en las zonas más afectadas.
81. Tan solo en el 2014 la Oficina movilizó más de US\$ 8,6 millones en ayuda humanitaria para satisfacer las necesidades de salud de las personas afectadas por las inundaciones en Bolivia y Paraguay, las crisis alimentarias en Guatemala y Honduras, y la “vaguada de Navidad” en el Caribe oriental.
82. Según estimaciones correspondientes al 2015, casi 64 millones de personas en la Región de las Américas vivían fuera de su país de origen, 36% más que en el año 2000. Para abordar los efectos sobre la salud de la migración irregular, la Oficina prestó apoyo a varios Estados Miembros que tuvieron flujos migratorios inesperados o poblaciones desplazadas internamente en el transcurso del período en análisis.
- a) La Oficina siguió brindando apoyo a Colombia para abordar las necesidades de salud de las poblaciones desplazadas internamente y ayudó al país a hacer frente a una afluencia masiva tanto de inmigrantes venezolanos como de expatriados colombianos que habían vivido en Venezuela.
- b) En Costa Rica, la Oficina movilizó recursos para la coordinación de las iniciativas de respuesta que atendían las necesidades de miles de ciudadanos cubanos varados en distritos de la frontera norte mientras viajaban hacia los

- Estados Unidos. Entre otras actividades, se desplegó personal de la oficina de la OPS/OMS en Costa Rica y el Equipo Regional de Respuesta a Desastres para equipar y administrar los albergues y respaldar al Ministerio de Salud en sus actividades de apoyo psicosocial a los migrantes.
- c) En Haití, la Oficina apoyó al Gobierno durante una repatriación masiva de ciudadanos haitianos que vivían en la República Dominicana. Con el apoyo financiero de Canadá, la Oficina se asoció con el Ministerio de Salud Pública y Población de Haití para establecer un puesto de salud de avanzada y fortalecer el acceso a la atención de salud en los centros fronterizos existentes, mejorar la vigilancia epidemiológica y el tratamiento de la enfermedad diarreica, y adquirir botiquines de primeros auxilios y suplementarios.

Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional y lucha contra los virus emergentes

83. Seis de los 35 Estados Partes del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) en la Región de las Américas —Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica y Estados Unidos— determinaron que sus capacidades básicas de vigilancia y respuesta, incluso en los puntos de entrada designados, estaban establecidas a la fecha límite fijada en el RSI, de junio del 2012. Los otros 29 Estados Partes obtuvieron prórrogas y la Oficina prestó cooperación técnica para la formulación y la ejecución de los planes nacionales de acción.

84. En el 2016, por primera vez, todos los Estados Partes de la Región de las Américas presentaron informes sobre el progreso en la aplicación del RSI a la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud, un mejoramiento considerable de la tasa de respuesta que había sido de 51% en el 2011, cuando se instituyeron los informes anuales de los Estados Partes en su formato actual. Los informes anuales de los Estados Partes del RSI de la Región de las Américas correspondientes al 2016 presentados a la 70.^a Asamblea Mundial de la Salud en el 2017¹⁰ siguen mostrando una considerable heterogeneidad en la situación con respecto a las capacidades básicas. Se han logrado avances en todas las 13 capacidades básicas exigidas por el Reglamento, en particular las relacionadas con los puntos de entrada designados, los laboratorios, la vigilancia y el manejo de eventos zoonóticos y de inocuidad de los alimentos. Sin embargo, subsisten puntos débiles críticos en las esferas de los recursos humanos y el manejo de los eventos químicos y las situaciones de emergencia radiológica.

85. En agosto del 2016, los Estados Miembros de la OPS participaron en la consulta regional formal acerca del *Proyecto de plan mundial de aplicación de las recomendaciones del Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de ébola y la respuesta que se le ha dado*. Las recomendaciones que surgieron de la consulta indicaron que la Oficina debía centrarse en

¹⁰ El informe puede consultarse [en inglés] en <http://bit.ly/2r5Vwej>, Región de las Américas, páginas 3 y 4.

la aplicación del RSI y no en las evaluaciones, que el marco de seguimiento y evaluación de las capacidades básicas del RSI debe ser adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud, según lo estipulado en el artículo 54 del RSI, y que las brechas conceptuales e institucionales entre el RSI y los sistemas de salud de países deben cerrarse a diferentes niveles. En septiembre del 2016, el 55.º Consejo Directivo respaldó las recomendaciones y conclusiones por medio de la decisión [CD55\(D5\)](#) y, en mayo del 2017, la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud aceptó el plan mundial de aplicación del RSI (2005) (documento [A70/16](#)). Este plan mundial de aplicación está orientado, entre otros objetivos, a mejorar el seguimiento y la evaluación de la notificación acerca de las capacidades básicas, de conformidad con el RSI. En previsión de la puesta en marcha del marco de seguimiento y evaluación de las capacidades básicas del RSI, Belice, Estados Unidos y Haití recibieron misiones conjuntas de evaluación externa. El objetivo principal de estas misiones es evaluar las capacidades del país anfitrión en 19 áreas técnicas a fin de disponer de datos iniciales para hacer el seguimiento del progreso hacia la reforma y el mejoramiento de la seguridad de salud pública.

Fortalecimiento de la vigilancia y la capacidad de laboratorio

86. La vigilancia de la gripe siguió mejorando, con la puesta en práctica de un sistema de vigilancia de las infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) en hospitales nacionales seleccionados en varios Estados Miembros. El sistema se instituyó de conformidad con la orientación elaborada después de la pandemia de gripe por H1N1 del 2009 e incluye actualizaciones para que el sistema esté en consonancia con las recomendaciones de las normas mundiales de la OMS para la vigilancia de la gripe. En la actualidad, la Región de las Américas dispone de una capacidad fuerte de diagnóstico para la detección de la gripe, con 28 centros nacionales de gripe y un centro colaborador de la OMS. Casi todos los países de la Región cuentan actualmente con sistemas de vigilancia de las infecciones respiratorias agudas graves o de vigilancia de la gripe en los hospitales y 17 países¹¹ llevan a cabo esta vigilancia de manera sistemática, según muestran las mediciones de los datos de infección respiratoria aguda grave notificados semanalmente a la OPS. Por otro lado, los centros nacionales de gripe de toda la Región recaban, analizan y difunden datos virológicos semanales para vigilar los virus de la gripe estacional y los virus que tienen potencial pandémico, además de contribuir a la selección de cepas de vacuna de todo el mundo. Con la finalidad de integrar los datos epidemiológicos y de laboratorio en los países, la OPS estableció un sistema de información, el PAHOflu, que ya se ha instalado en varios países. Al 2017, 11 países¹² están notificando sistemáticamente a la OPS datos integrados de vigilancia epidemiológica y de laboratorio.

87. Varios países de la Región participan en un sistema de vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos sobre la base de los datos corrientes de los laboratorios

¹¹ Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Honduras, Jamaica, México, Suriname, Santa Lucía, Paraguay y Uruguay.

¹² Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Estados Unidos, México, Paraguay y Suriname.

microbiológicos. Barbados, Ecuador, Guatemala, Panamá y Paraguay fortalecieron su capacidad de detectar, investigar y responder a los brotes vinculados a la atención de salud. La difusión de las normas de microbiología contribuyó a la normalización y el acuerdo sobre los procedimientos para la Red Latinoamericana de Vigilancia de la Resistencia Antimicrobiana. La Red, puesta en marcha por la OPS en 1996, tiene un programa de garantía de la calidad coordinado por el Instituto Malbrán de Argentina.

88. La cooperación técnica de la Oficina también contribuyó con:

- a) el mejoramiento de la calidad de los centros de información y los laboratorios para efectuar pruebas en tiempo real de la reacción en cadena de la polimerasa y de inmunofluorescencia para la gripe y otros virus respiratorios; y el mantenimiento de suministros esenciales para el diagnóstico de laboratorio de la meningitis bacteriana y la neumonía, tanto en los países como en el Organismo de Salud Pública del Caribe (CARPHA);
- b) la inspección de laboratorios en Brasil (Instituto Nacional de Control de Calidad en Salud), Colombia (Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos) y México (Comisión de Control Analítico y Ampliación de Cobertura);
- c) la ejecución de la décima fase del programa de control de calidad externo de la OPS para los laboratorios oficiales de control de medicamentos en 23 países, en colaboración con la U.S. Pharmacopeia y con la participación de laboratorios nacionales oficiales de control de calidad de los medicamentos;
- d) la elaboración de una guía basada en el proceso de mejoramiento gradual para fortalecer los sistemas de laboratorios de gestión de calidad en el Caribe, en consulta con expertos de salud de países y territorios de la subregión; varios profesionales de países del Caribe recibieron capacitación en gestión de los riesgos biológicos y obtuvieron la certificación en el transporte seguro de muestras infecciosas.

89. La Oficina desempeñó una importante función en los preparativos para los acontecimientos multitudinarios en la Región en el 2016. La Oficina prestó cooperación técnica a Brasil para la gestión de información, en las operaciones de alerta y respuesta, y en el mando y el control a través de niveles clave del gobierno, en el contexto del brote del zika y los preparativos de salud pública para los Juegos Olímpicos de Verano del 2016 celebrados en Rio de Janeiro. En colaboración con expertos de Brasil y de la Oficina, Perú llevó a cabo evaluaciones conjuntas del riesgo en eventos masivos en preparación para la 24.^a reunión de líderes económicos de la APEC [Foro de Cooperación Económica Asia Pacífico], celebrada en Lima en noviembre del 2016.

Abordar los virus emergentes

90. El virus del chikunguña, que apareció por primera vez en la Región de las Américas a fines del 2013, siguió propagándose en todo el Caribe y más allá, con 40 países y territorios que notificaban la transmisión local del virus a mediados del 2015.

En colaboración con los CDC de los Estados Unidos y el Servicio de Salud Militar Francés, la Oficina creó y puso a prueba las herramientas para caracterizar los casos y clasificar las muertes debidas al chikunguña, además de mejorar el manejo de casos para la fiebre chikunguña aguda y crónica. Se establecieron mecanismos para intercambiar muestras de laboratorio y se suministró a los países reactivos de laboratorio y paneles de control de calidad para el diagnóstico de la enfermedad. Asimismo, la Oficina publicó actualizaciones epidemiológicas semanales sobre la propagación de la enfermedad.

91. La importancia de lograr y mantener las capacidades básicas a nivel nacional según sea necesario de conformidad con el RSI (2005) se hizo aún más patente después de la propagación exponencial de la enfermedad por el virus del Ébola (EVE) en África Occidental durante la segunda mitad del 2014. La Oficina colaboró activamente con sus Estados Miembros a fin de concientizar y fortalecer los preparativos para una posible introducción del virus en la Región. En octubre del 2014, después de que los Estados Unidos confirmaron el primer caso importado de ébola, la Directora activó el Centro de Operaciones de Emergencia de la Oficina y por primera vez puso en marcha formalmente el sistema de gestión de incidentes. La Directora también estableció un grupo de estudio para evaluar el riesgo que representaba la EVE en la Región de las Américas, lo que dio lugar a un marco para fortalecer los preparativos nacionales relacionados con esta enfermedad en la Región. La Oficina colaboró con más de 26 países para actualizar los planes nacionales del RSI en el contexto de dicho marco. La Oficina movilizó varias misiones conjuntas a los países, con expertos de la Oficina misma, del CARPHA, de la oficina de los CDC en el Caribe y de la Red Mundial de la OMS de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN).

92. Las misiones de expertos de la OPS detectaron varias brechas en los preparativos de los Estados Miembros en caso de una posible introducción de la EVE, entre ellas:

- a) confianza excesiva en el tamizaje en el puerto de entrada para la detección de los casos, a la vez que se asignaba menos importancia a los servicios de salud, donde había grandes probabilidades de que se presentase el primer caso;
- b) coordinación inadecuada de la capacidad epidemiológica y los servicios de salud, con poca importancia asignada a la detección de eventos de salud inusitados y a la utilización combinada de información clínica y epidemiológica;
- c) fragmentación de los servicios de salud, desde la detección hasta el tratamiento y la desinfección;
- d) dificultades considerables para el envío de muestras a los laboratorios de nivel 4 de bioseguridad para la confirmación de los casos de EVE;
- e) número limitado de personal capacitado para dotar a las áreas de aislamiento designadas, debido a la infraestructura deficiente de los hospitales y a los programas inadecuados de prevención y control de la infección en algunos países;
- f) equipo de protección personal (EPP) insuficiente.

93. La Oficina prestó cooperación técnica a fin de poner en práctica las recomendaciones de las misiones de expertos y evaluar las necesidades futuras de los países. Otro tipo de apoyo para los preparativos relacionados con el virus del Ébola fue el establecimiento de un centro de acopio regional de EPP y la capacitación en cuanto al manejo clínico de la EVE, la comunicación de riesgos, la prevención y el control de infecciones, así como el diagnóstico de laboratorio y la bioseguridad.

94. La Oficina también se asoció con la OEA, el BID, la unidad regional del Banco Mundial para América Latina y el Caribe y el Banco de Desarrollo de América Latina a fin de crear mecanismos financieros para fortalecer las capacidades de preparación y respuesta de los países frente a los brotes de enfermedades epidémicas, de conformidad con los requisitos del RSI. El BID, el CARPHA y la OPS elaboraron un proyecto para fortalecer los preparativos relacionados con el virus del Ébola en los países del Caribe. Además de su labor en la Región, la Oficina también brindó apoyo a la respuesta al virus en los países afectados de África occidental, mediante el despliegue de personal a esas zonas y la asistencia a los Estados Miembros con el despliegue de sus ciudadanos.

95. Una vez más se pusieron a prueba las capacidades de respuesta a las emergencias y de cooperación técnica de la OPS en mayo del 2015, cuando Brasil confirmó el primer caso de transmisión local en la Región de las Américas del virus del Zika, un arbovirus que ocasiona síntomas similares a los de las fiebres del chikunguña y dengue. Este virus se detectó por primera vez en el continente americano en la Isla de Pascua (Chile), en febrero del 2014, lo que coincidió con una serie de brotes confirmados en las islas de la Polinesia francesa y en otros sitios en el Pacífico. La notificación inmediata de Chile a la Oficina acerca de la presencia del virus del Zika, de conformidad con el RSI, puso a la Oficina en alerta acerca de una posible introducción del virus en los países de América continental.

Hitos en la epidemia de la infección por el virus del Zika en la Región de las Américas

- *Febrero del 2015:* Brasil responde a la solicitud de la Oficina de información sobre los conglomerados de casos que se presentan con fiebre, dolor muscular y de las articulaciones, erupciones cutáneas y cefalea en el estado de Maranhão, situado al nordeste del país.
- *Mayo del 2015:* La OPS emite su primera alerta epidemiológica acerca del virus del Zika, en la que suministra información sobre la infección, las pruebas de laboratorio, el manejo de casos y las medidas de prevención y control.
- *Julio del 2015:* Detección de la circulación amplia del virus del Zika en el estado de Bahía, en Brasil, con una incidencia cada vez mayor de anomalías neurológicas y del síndrome de Guillain-Barré.
- *Agosto del 2015:* Informes de los médicos clínicos de un aumento de la microcefalia en recién nacidos en otros tres estados brasileños del nordeste: Paraíba, Pernambuco y Rio Grande do Norte.
- *Octubre del 2015:* Confirmación de un número 70 veces mayor de casos detectados de microcefalia en Pernambuco, con muchas madres que notificaban una erupción cutánea febril durante el embarazo.
- *Noviembre del 2015:* La Oficina envía un equipo de expertos de la GOARN a Brasil.
- *Fines de diciembre del 2015:* Circulación local del virus del Zika notificada en 11 países y

territorios de la Región, desde Brasil al sur hasta Puerto Rico al norte.

- *Diciembre del 2015:* La Directora activa formalmente el Sistema de Gestión de Incidentes relacionados con el virus del Zika, lo que permite el acceso al Fondo de Emergencia para Epidemias de la OPS y la movilización rápida de otros recursos humanos y financieros a fin de coordinar la respuesta regional ante el virus del Zika. Entre las actividades se cuentan:
 - compras de materiales y suministros, como inmunoglobulina para tratar a pacientes con el síndrome de Guillain-Barré e insecticidas preaprobados de acuerdo con el plan de la OMS de evaluación de plaguicidas;
 - movilización de misiones multidisciplinarias de expertos a los países y territorios, centrada en los países clave y otros países prioritarios;
 - formación de capacidad en el país en todos los aspectos fundamentales para una respuesta eficaz;
 - redacción o actualización de documentos de orientación técnica, en coordinación con la OMS;
 - convocatoria de talleres y consultas de expertos regionales y subregionales, entre otros, el primer debate mundial acerca de una agenda de investigación del virus del Zika, que reunió a representantes de organizaciones asociadas, como los CDC de los Estados Unidos, la red Institut Pasteur International Network y la Fundación Oswaldo Cruz de Brasil (FIOCRUZ).
- *Enero del 2016:* La Oficina convoca a expertos internos y externos con la finalidad de formular directrices para el diagnóstico y la vigilancia de la microcefalia, así como para la atención de las embarazadas expuestas al virus del Zika y de los recién nacidos con microcefalia o síndrome congénito por el virus del Zika. La Oficina coordina las actividades con la Secretaría de la OMS para formular criterios destinados al diagnóstico temprano de la microcefalia y del síndrome, por medio de las ecografías.
- *Febrero del 2016:* La OMS convoca una reunión del Comité de Emergencias del RSI, que concluye que los conglomerados de casos de microcefalia relacionados con el zika satisfacen los criterios del RSI para la declaración de una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII). La Directora General de la OMS declara formalmente una ESPII y pide la coordinación y colaboración urgentes a nivel internacional para afrontar la enfermedad.
- *Marzo del 2016:* Primera reunión del nuevo Grupo Consultivo Técnico sobre Entomología de Salud Pública, establecido por la Directora de la OSP, para abordar el tema fundamental del control de vectores. Entre los participantes se encontraban la OMS, FIOCRUZ, los CDC de los Estados Unidos, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Australia Monash University y la Oficina de la Casa Blanca para Políticas de Ciencia y Tecnología (Estados Unidos). Entre otras recomendaciones, el grupo subraya la necesidad de emprender actividades intersectoriales más fuertes, en especial por conducto de asociaciones con las comunidades y los sectores productivos pertinentes, a fin de elaborar, ejecutar y mantener intervenciones eficaces y económicamente viables de reducción de la población de mosquitos.
- *Marzo del 2016:* La Oficina organiza una reunión titulada “Hacia la elaboración de una agenda de investigaciones para caracterizar el brote del virus del Zika y sus consecuencias para la salud pública en las Américas”, en Washington, D.C.
- *Abril del 2016:* Con financiamiento del Wellcome Trust, la Oficina convoca una consulta internacional sobre el virus del Zika y la ética, en la que participaron expertos en ética y otros profesionales de los ministerios de salud, la OPS y la OMS. Las recomendaciones incluyen acceso para todas las mujeres a información y servicios integrales sobre salud sexual y reproductiva; el suministro de información completa, exacta y actualizada acerca del virus del Zika y el síndrome congénito por el virus del Zika; y la prestación del apoyo social adecuado

a las decisiones reproductivas de las mujeres relacionadas con la infección por el virus del Zika y el síndrome congénito por el virus del Zika.

- *Junio del 2016:* En medio de una inquietud cada vez mayor por los riesgos que el brote de zika planteaba para los deportistas y otras personas que asistirían a los Juegos Olímpicos de Verano de agosto del 2016, en Rio de Janeiro (Brasil), la Oficina suministra información y análisis para la consideración en la reunión de junio del 2016 del Comité de Emergencias del RSI. En el informe de la Oficina, junto con la información suministrada por Brasil, se examinan las tendencias epidemiológicas y se demuestra una disminución en la incidencia de infecciones por el virus del Zika. El Comité de Emergencias del RSI llega a la conclusión de que su recomendación anterior contra la imposición de restricciones a los viajes y al comercio seguía siendo válida.
- *Julio del 2016:* Quince países y territorios de la Región notifican trastornos neurológicos relacionados con el zika y hay informes de casos de microcefalia o de malformaciones congénitas que se cree que están relacionados con la infección por el virus del Zika contraída localmente en Brasil, Colombia, El Salvador, Estados Unidos, Guayana Francesa, Martinica, Panamá, Paraguay y Puerto Rico.
- *Noviembre del 2016:* Prácticamente toda la Región, a excepción del Uruguay, confirma la transmisión local vectorial del virus del Zika, mientras que cinco países (Argentina, Chile, Canadá, Estados Unidos y Perú) informan sobre la transmisión no vectorial del virus, posiblemente por contacto sexual.

96. La Oficina adoptó otras medidas a fin de formular directrices para el apoyo psicosocial de las embarazadas en las zonas con circulación del virus del Zika, así como para las transfusiones de sangre seguras y la producción de hemoderivados inocuos en el contexto de la epidemia del virus del Zika. La Oficina suministró actualizaciones frecuentes sobre la epidemia a interesados directos clave en los Estados Miembros y a las entidades regionales y subregionales. Además, aprovechando iniciativas de cooperación técnica anteriores para el fortalecimiento de los sistemas de salud y los preparativos relacionados con el virus del Ébola, elaboró un nuevo instrumento de evaluación para analizar las capacidades de los países para responder a la epidemia del zika y las complicaciones de la enfermedad. La Oficina también se asoció con el Banco Mundial y el BID para diseñar una herramienta combinada de evaluación y determinación de costos a fin de determinar las brechas en las capacidades de respuesta de los sistemas nacionales de salud y calcular el costo de las intervenciones necesarias. Se hicieron pruebas piloto de la herramienta en Dominica y Honduras y, desde entonces, se la ha aplicado en El Salvador, Granada, Guyana, Haití, Nicaragua, y Panamá y en dos estados de Brasil.

97. Al apoyar a Brasil y ejercer la coordinación regional para la respuesta al virus del Zika, la Oficina se apoyó en gran medida en las asociaciones y las redes existentes, como la antigua Red de laboratorios para diagnóstico del dengue de las Américas. Los laboratorios de la red estuvieron de acuerdo en ampliar su alcance para ejecutar la vigilancia de laboratorio integrada de todos los arbovirus y la red ahora se conoce como la Red de Laboratorios de Diagnóstico de Arbovirus de las Américas.¹³ Otro apoyo crucial a la respuesta de la Oficina ante el virus del Zika provino del Fondo de la OPS de Respuesta a las Emergencias causadas por epidemias, el Fondo de Contingencia de la

¹³ Se puede consultar información sobre la red en: <http://bit.ly/2r8HdYE>.

OMS para Emergencias, el Organismo de Salud Pública de Canadá, Global Affairs Canada, DFID, los CDC de los Estados Unidos, la Fundación Bill y Melinda Gates, el BID, Noruega (por conducto de la OMS) y España (por conducto de AECID). Se movilizaron más de US\$ 7 millones y se realizaron varias misiones técnicas sobre el terreno con más de 170 expertos a 30 países y territorios para brindar apoyo a la respuesta de los países al virus del Zika. Además, la USAID aportó US\$ 7 millones para la aplicación del manejo integrado de vectores, haciendo hincapié en contribuir al logro de las metas mundiales y regionales fijadas para el control, la interrupción y la eliminación de las enfermedades transmitidas por vectores en el período 2016-2018.

98. Muchos aspectos de la epidemia del zika reforzaron varios de los enfoques y las prioridades de la cooperación técnica de la Oficina, mientras que otros aspectos han señalado la necesidad de cambiar el énfasis y de fortalecer las actividades en ciertas esferas. La respuesta al zika demostró que los procedimientos y los canales establecidos como parte del RSI son esenciales y eficaces para procesar e intercambiar información acerca de los brotes, y que está tanto merecida como justificada la importancia asignada por la Oficina a la cooperación técnica a fin de lograr las competencias básicas del RSI, de establecer sistemas de salud fuertes y resilientes y de impulsar el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. La respuesta también puso de relieve la importancia y el valor de la colaboración y la cooperación transfronterizas entre los países como estrategias para las intervenciones de detección y de contención. Por otro lado, resultó evidente que el programa de control de vectores para reducir la infestación de mosquitos *Aedes aegypti* en la Región debería ser innovador, integral, intersectorial, participativo, sostenido y contar con los recursos adecuados. La vigilancia integrada, la prevención y el control de las enfermedades arbovirales de importancia para la salud pública, en particular las fiebres de dengue y chikunguña, la fiebre amarilla y el zika son fundamentales. Los prestadores de servicios de salud de primera línea deben mantener un índice alto de sospecha y estar muy atentos a los cuadros clínicos y eventos atípicos, a fin de garantizar la detección oportuna de toda enfermedad emergente. Estas características también deben existir a nivel regional al examinarse los datos de vigilancia acerca de eventos y responder apropiadamente, incluso en ausencia de evidencia confirmatoria sólida. Además, la comunicación de riesgos bien adaptada es esencial para transmitir las incertidumbres de manera que amerite y mantenga la confianza del público. Internamente, la colaboración interprogramática y la formación de nuevas sinergias entre los programas técnicos de la Oficina —en especial los que se ocupan de la vigilancia y control de enfermedades transmisibles, los preparativos y la respuesta para casos de desastre, los sistemas y servicios de salud, así como de la salud de la mujer y el niño— dio lugar a mayor eficiencia y eficacia en la respuesta.

99. La constatación crucial de que el virus del Zika también podía transmitirse sexualmente fue motivo de gran inquietud, debido a que este modo de transmisión tiene el potencial de amplificar la propagación del virus aun en ausencia de mosquitos vectores. El zika permanecerá en la agenda regional de salud pública en el futuro cercano y la OPS seguirá respondiendo de manera apropiada y eficaz. La Organización ha

establecido un portal especial sobre el virus del Zika que presenta información adaptada a una variedad de públicos;¹⁴ además, ha publicado un documento que detalla una estrategia para mejorar la capacidad nacional de respuesta ante la epidemia del virus del Zika en la Región.¹⁵

100. En enero del 2017, se notificó en el sudeste de Brasil un aumento repentino de los casos de fiebre amarilla selvática y su propagación a zonas con cobertura baja de vacunación. La Oficina intensificó la vigilancia epidémica para los casos epizooticos y humanos de fiebre amarilla y se activaron los centros de operaciones de emergencia a nivel regional y de país a fin de apoyar al Ministerio de Salud de Brasil en su respuesta al brote. Más tarde, la Oficina activó su sistema de gestión de incidentes para coordinar su respuesta y la representación de la OPS/OMS en Brasilia declaró una emergencia en todo el país. Esto desencadenó el despliegue inmediato de expertos técnicos en diagnóstico de laboratorio, manejo clínico, vigilancia epidemiológica y control de vectores, coordinado por la Oficina, para brindar apoyo a las autoridades nacionales y prestar cooperación técnica directa a los estados afectados por el brote.

101. La Oficina colaboró con el grupo consultivo científico y técnico de la OMS acerca de la distribución geográfica del riesgo de fiebre amarilla y con el Grupo internacional de coordinación del suministro de vacunas para el control de la fiebre amarilla a fin de facilitar las campañas de vacunación masiva dirigidas a los estados afectados y a las zonas de riesgo recién definidas. La Oficina también brindó apoyo al Ministerio de Salud de Brasil con el objeto de actualizar el plan de respuesta a las emergencias frente a la fiebre amarilla, mediante la introducción del uso de una fracción de la dosis de la vacuna en situaciones específicas, según recomienda el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización (SAGE) de la OMS, adquirir vacunas y suministros por conducto del Fondo Rotatorio de la OPS, fortalecer la vigilancia de los eventos adversos después de la vacunación, y elaborar un plan de vacunación integral y actualizado que incluya la producción de vacunas y la comunicación de riesgos.

Innovaciones para la respuesta a emergencias, desastres y brotes

Asegurar que los sistemas de salud sean resilientes

“La resiliencia es un atributo de los sistemas de salud que funcionan bien y que están orientados al acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud”.

Los sistemas de salud resilientes (documento CD55/9, 2016)

¹⁴ Se puede consultar el portal de la OPS sobre el virus del Zika en: <http://bit.ly/1NOCAmv>.

¹⁵ El documento de la estrategia se encuentra en: <http://bit.ly/2mnUDNR>.

102. Los sistemas de salud resilientes tienen la capacidad de hacer frente a las crisis y de responder y recuperarse con la prestación oportuna de los servicios necesarios. En esos sistemas, los profesionales de salud, las instituciones y la población tienen la capacidad de prepararse para las crisis y de responder eficazmente ante ellas y de mantener las funciones básicas; además, gracias a lo aprendido de experiencias anteriores, pueden reorganizarse, si las condiciones así lo exigen. En reconocimiento de la importancia de los sistemas de salud resilientes en la preparación de una respuesta eficaz a las emergencias y los desastres, y aprovechando sus actividades de cooperación técnica en las esferas de fortalecimiento de los sistemas de salud y la salud universal, la Oficina elaboró una política sobre los sistemas de salud resilientes (documento [CD55/9](#)), que fue aprobada por el 55.º Consejo Directivo en el 2016.

103. En esa política se afirma que la inversión en la resiliencia de los sistemas de salud es mucho más costoeficiente que el financiamiento de la respuesta a las emergencias y que facilitará un enfoque integrado a la cooperación técnica de la Oficina en las áreas de preparativos para casos de desastre, reducción de los riesgos y respuesta ante ellos; vigilancia de enfermedades y manejo de los brotes; y el fortalecimiento de sistemas de salud hacia el logro de la salud universal. En la política se hace un llamamiento a la acción en un marco de desarrollo sostenible más amplio, que fomenta el desarrollo humano, la participación social y la estabilidad económica y social. Las esferas clave de la inversión destinada a mejorar la resiliencia incluyen el fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública (FESP), en especial la gobernanza y la reglamentación, la vigilancia de salud y los sistemas de información sobre salud, y la reducción y comunicación de riesgos.¹⁶

104. En la política también se aboga por que haya capacidad de reserva, con el suministro necesario de personal de salud apropiado, financiamiento, medicamentos y tecnologías sanitarias a fin de permitir una ampliación acelerada a mayor escala de los servicios de salud en caso de eventos de salud agudos o sostenidos. Las inversiones en los servicios de atención primaria de salud también son cruciales para asegurar su disponibilidad universal y su integración en redes de servicio que sean adaptables y receptivas. Un componente clave de estos esfuerzos está relacionado con el RSI: en la política se insta a los países a que sigan fortaleciendo la aplicación del RSI, por medio de un proceso holístico insertado en la formulación y la planificación de las políticas nacionales, así como de una acción legislativa y marcos normativos. La aplicación del RSI debe incluir mejoras en la organización de los servicios de salud para permitir la prevención y el control de las infecciones, el fortalecimiento de las redes de vigilancia sanitaria y de la capacidad de laboratorio, y el desarrollo de las competencias del personal en las áreas relativas a la respuesta a los brotes y las emergencias.

105. Para abogar por el desarrollo continuo de sistemas de salud resilientes, la Oficina organizó una sesión de alto nivel sobre los sistemas de salud resilientes y receptivos en el

¹⁶ En el documento [CD42/15](#) (2000) de la OPS del año se presenta información acerca de las funciones esenciales de salud pública.

transcurso del Cuarto Simposio Mundial de Investigación sobre Sistemas de Salud, celebrado en Canadá en noviembre del 2016.

Impulso de la iniciativa de los equipos médicos de emergencia

106. La Oficina elaboró una nueva plataforma de operaciones relacionadas con la salud en caso de emergencias (HOPE, por su sigla en inglés) para facilitar el registro de los equipos internacionales de respuesta. Además, se elaboró una guía para un equipo de asistencia médica del Caribe y normas para los equipos médicos extranjeros de respuesta, estas últimas en colaboración con la OMS. Estos mecanismos procuran mejorar considerablemente la respuesta de los países y la cooperación internacional en cuestiones de salud en caso de desastres, al suministrar criterios comunes acerca de la composición, las aptitudes y el equipamiento esencial para los grupos, además de procesos bien definidos para su movilización.

107. La Oficina logró avances en la ejecución de la iniciativa de equipos médicos de emergencia, con énfasis marcado en el fortalecimiento de las capacidades del país. A mediados del 2017, 15 países (Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú y Venezuela) estaban adoptando la iniciativa como parte de sus sistemas nacionales, a fin de asegurar que los equipos médicos de emergencia puedan solicitarse y desplegarse a la brevedad posible dentro del país, a los países vecinos o internacionalmente. La Oficina elaboró un registro regional de coordinadores de equipos médicos de emergencia que pueden ser movilizados por los países cuando surge la necesidad. En el 2016, la Oficina organizó un curso de capacitación regional para los coordinadores que contó con la asistencia de participantes de 12 países.¹⁷ Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú y Venezuela organizaron talleres nacionales sobre los equipos médicos de emergencia con apoyo de la Oficina, mientras que Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador y Perú avanzaban en el proceso de establecer sus respectivas Células de Información y Coordinación Médica (CICOM) y de formar sus equipos médicos de emergencia en cumplimiento de las normas mundiales.

108. La Oficina instruyó a los equipos médicos de emergencia de Barbados, Costa Rica, Ecuador y Estados Unidos a fin de que se prepararan para la clasificación internacional que lleva a cabo la OMS de los equipos médicos de emergencia. En febrero del 2017, después que un proceso estricto de comprobación, una misión internacional de expertos confirmó que el equipo médico de emergencia de la Caja Costarricense de Seguro Social cumplía con las normas y principios establecidos por la OMS y estaba preparado para el despliegue internacional en caso de emergencias y desastres. Costa Rica se convirtió en el primer país de la Región en recibir esta clasificación internacional de equipo médico de emergencia en la 70.^a Asamblea Mundial de la Salud en el 2017. A

¹⁷ Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras, Panamá, Perú y República Dominicana.

mediados del 2017, 29% de las solicitudes para participar en la clasificación mundial de los equipos médicos de emergencia eran de la Región.

109. La Oficina apoyó a las autoridades nacionales en el uso de las CICOM y en la iniciativa de los equipos médicos de emergencia para el manejo de las respuestas al huracán Matthew en Haití y al huracán Otto en Costa Rica, a fines del 2016. Un proyecto de declaración sobre las normas mínimas para los equipos de personal médico de emergencia, propuesto por Ecuador, se aprobó en la 10.^a Reunión de los Ministros de Salud del Consejo Suramericano de Salud (SSC) de la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR), en marzo del 2017. En abril del 2017, se ultimó la fase beta de la plataforma virtual regional de las CICOM, una herramienta en línea para la gestión de la información y la coordinación de los equipos médicos de emergencia en casos de emergencias. A nivel de país, las pruebas de la herramienta estarán a cargo del Ministerio de Salud de Chile, que contribuyó a su desarrollo, mientras que las pruebas a nivel regional las hará la Oficina.

110. Junto con la iniciativa de equipos médicos de emergencia, la Oficina respaldó las actividades de los países a fin de fortalecer los preparativos para todos los riesgos. Este apoyo incluyó al Ministerio de Salud de Perú y al programa de seguro nacional “EsSalud” con el objeto de formular planes de preparación y de acción para abordar los riesgos asociados con El Niño, además del primer plan de contingencia en caso de un terremoto de gran magnitud en Lima y Callao. Este último plan se validó en octubre del 2016 por medio de un simulacro sectorial. Las directrices para situaciones de emergencia química, epidemias y crisis migratorias fueron modificadas por la Oficina y se comunicaron al Ministerio de Salud de Costa Rica. En Haití, la Oficina colaboró estrechamente con los departamentos de Grand’Anse y Nord-Est para establecer los centros de operaciones de emergencia departamentales, capaces de responder de manera rápida y eficiente ante emergencias médicas y de salud pública.

Mejorar la adecuación al propósito institucional

111. Sobre la base de las evaluaciones de su respuesta al brote del ébola, de las recomendaciones formuladas y de las enseñanzas extraídas, en el 2016 la OMS estableció un nuevo Programa de Emergencias Sanitarias. En ese mismo año, la Oficina reorganizó su trabajo en cuanto a las emergencias para estar en consonancia funcional con el programa de la OMS, al tiempo que mantenía las áreas de trabajo prioritarias para la Región de las Américas que no están incluidas en el programa mundial. El nuevo Departamento de Emergencias de Salud (PHE) de la OPS combina el anterior Departamento de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre (PED) y la Unidad del Reglamento Sanitario Internacional/Alerta y Respuesta ante Epidemias y Enfermedades Transmitidas por el Agua (CHA/IR) bajo una estructura de gestión consolidada que depende del Director. Este nuevo departamento seguirá respondiendo plenamente a las necesidades de los Estados Miembros de la Región de las Américas, mediante la colaboración y la coordinación con el programa de la OMS según corresponda. PHE aborda cinco áreas técnicas: gestión de amenazas infecciosas, preparativos para situaciones de emergencia de salud a nivel de país y el RSI;

información sobre emergencias de salud y evaluación de riesgos; operaciones de emergencia; y reducción del riesgo de desastres y programas especiales.

112. En el 55.º Consejo Directivo celebrado en el 2016, los Estados Miembros de la OPS expresaron que estaban “profundamente preocupados por las posibles manifestaciones graves y los desenlaces crónicos de las enfermedades virales nuevas en la Región” y aprobaron una nueva *Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales* (documento [CD55/16](#)). Esta estrategia, que orientará las medidas adoptadas por la OPS en esta esfera, abarca cuatro líneas de acción:

- a) promover un enfoque integrado para la prevención y el control de las arbovirosis;
- b) fortalecer los servicios de salud en cuanto a su capacidad para el diagnóstico diferencial y el manejo clínico de las arbovirosis;
- c) evaluar y fortalecer capacidad en los países para la vigilancia y el control integrado de los vectores;
- d) establecer y fortalecer la capacidad técnica de la Red de Laboratorios de Diagnóstico de Arbovirus en la Región de las Américas (RELDA).

113. El 55.º Consejo Directivo además aprobó el *Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021* (documento [CD55/17, Rev. 1](#)), en el que se incorporan los temas transversales de género, equidad, derechos humanos, etnicidad y discapacidad para atender las necesidades que surgen en emergencias y desastres de ciertos grupos específicos.

114. El prestigioso Premio de Salud Pública en Memoria del Dr. LEE Jong-wook fue otorgado a la Brigada Médica Internacional Henry Reeve de Cuba en la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2017, en reconocimiento de su asistencia médica de emergencia a más de 3,5 millones de personas en 21 países afectados por desastres y epidemias, desde la fundación de la Brigada en septiembre del 2005. La persona a cargo de presentar el premio informó que se habían salvado unas 80.000 vidas como resultado directo del tratamiento médico de urgencia de primera línea administrado por la Brigada a pacientes en estos países.

3. MEJORA DE LA SALUD A LO LARGO DEL CURSO DE LA VIDA

115. La OPS reconoce la función importante de la familia y la comunidad en la promoción y la protección de la salud como un valor social y un derecho humano, y ha adoptado un enfoque de la totalidad del curso de la vida, desde antes de la concepción hasta la vejez, para atender necesidades específicas en cada etapa clave de la vida. Este enfoque es transversal por su naturaleza misma; por ende, las intervenciones relacionadas con los determinantes sociales de la salud y la equidad son fundamentales para mejorar los resultados en materia de salud. La cooperación técnica en esta esfera procura acelerar la reducción de la mortalidad materna, neonatal y de menores de 1 año; promover la salud, la nutrición y el desarrollo integral de los niños desde la lactancia hasta la adolescencia; y abordar el tema de la salud de las personas mayores.

Promoción de la salud de la madre, el niño y el adolescente

Salud de la madre y el niño

116. La cooperación técnica de la OPS con los Estados Miembros para reducir la mortalidad de la madre y el niño ha incluido la cobertura ampliada de la atención prenatal y del parto asistido por personal capacitado; el acceso a los anticonceptivos modernos y su utilización; así como directrices y capacitación para mejorar la atención obstétrica y pediátrica. Varios países, entre los que se encuentran Argentina, Colombia, Dominica, Haití, Paraguay y República Dominicana, han elaborado o fomentado la ejecución de programas nacionales a fin de reducir la mortalidad neonatal y de mejorar la salud materna. Guyana puso en marcha un programa de atención neonatal en su hospital principal que redujo considerablemente las muertes de recién nacidos en ese establecimiento. Bolivia, Brasil, Colombia, Guatemala, México y Nicaragua adaptaron y aplicaron la estrategia Código Rojo para controlar la hemorragia obstétrica; y Brasil puso en marcha la red de cigüeñas (Rede Cigonha), que recurre a comités de expertos y la movilización social para reducir la mortalidad materna y neonatal.

117. Con el apoyo de la OPS y del Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo-América Latina y el Caribe (GNUM ALC), Bolivia, Brasil, Guatemala, Honduras, México y Perú elaboraron una hoja de ruta con la finalidad de llevar a la práctica el marco de información y rendición de cuentas sobre la salud de las mujeres y los niños, destinado a la notificación, supervisión y rendición de cuentas acerca de la salud de las mujeres y los niños. Las necesidades de información en esta materia también se abordan desde el Sistema de Información Perinatal (SIP), del Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva de la OPS (CLAP/WR). El Salvador, Honduras, Nicaragua y Panamá participaron en un proyecto de cooperación técnica entre países a fin de fortalecer la utilización del SIP y generar información mejorada y más completa, en particular en el ámbito de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis. Hasta junio del 2017, el SIP se estaba utilizando como el patrón nacional en 13 países de la Región, así como en algunos estados de México y en Bogotá (Colombia), para

recopilar datos sobre la salud materna y neonatal. Otros cinco países más están en proceso de adoptar el SIP; por su parte, la Oficina ha establecido una red de sistemas centinela de información perinatal integrada por 20 establecimientos de salud en Argentina, Brasil, Colombia, Guatemala, Honduras, Nicaragua y República Dominicana, para la vigilancia de la morbilidad materna grave.

118. A pesar de estos logros, la salud materna sigue siendo un tema de gran preocupación en toda la Región, además de un reto especial para el progreso hacia la salud universal. El quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio fue uno de los pocos que América Latina y el Caribe no cumplieron, ya que la reducción de 40% de la mortalidad materna entre 1990 y el 2015 se ubicó por debajo de la reducción proyectada de 75%. Esta insuficiencia fue el resultado de las brechas en las capacidades de los países de asegurar servicios de salud de buena calidad, integrales y universalmente accesibles (entre ellos, los servicios de salud sexual y reproductiva), además de la pobreza y otros determinantes sociales de la salud.

119. Las causas principales de muerte materna son las hemorragias obstétricas, las complicaciones del aborto en condiciones peligrosas y los trastornos médicos preexistentes como la diabetes, la infección por el VIH, la malaria y la obesidad (cuyos efectos sobre la salud pueden agravarse por el embarazo). Aunque el acceso a la atención de salud ha aumentado en forma sostenida en la Región, la escasez de parteras capacitadas y la prevalencia de los partos en el domicilio sin atención capacitada siguen poniendo a las mujeres y sus bebés en grave riesgo, y contribuyen a una carga elevada de mortalidad materna.

120. CLAP/WR diseñó un módulo nuevo de registro basado en las variables definidas por la OMS para documentar los casos de morbilidad materna grave y los cuasieventos maternos. El registro clínico se ha incorporado en el SIP a fin de ayudar a los profesionales de la salud a prever y evitar complicaciones graves en la atención de las embarazadas. Además, se prepararon versiones para dispositivos móviles y basadas en la web de los programas informáticos del SIP para que los usuarios puedan utilizar todas las funciones del SIP desde una variedad de dispositivos. CLAP/WR contribuyó a preparar versiones adaptadas del SIP en Antigua y Barbuda, Bahamas, Bolivia, Granada, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas y Trinidad y Tabago, así como al mapeo de las buenas prácticas para el intercambio y la cooperación entre países. Como parte de la respuesta al brote del zika, CLAP/WR también ha diseñado otros módulos especiales del SIP para fortalecer la vigilancia epidemiológica de los defectos congénitos y de la infección por el virus del Zika en las embarazadas.

121. CLAP/WR ha adoptado medidas para mejorar la recopilación y el análisis de los datos sobre la calidad de la atención prestada a las mujeres en situaciones relacionadas con el aborto, ya sean legales o ilegales, y en los casos del aborto espontáneo incompleto, a fin de documentar y abordar mejor este tema sensible y pertinente. Las normas de referencia para la atención utilizadas se han publicado recientemente como parte de las directrices y recomendaciones de la OMS, así como en las normas de la OMS para la atención de abortos basada en la evidencia. CLAP/WR formó la Red de Asistencia a

Mujeres en Situación de Aborto (Red MUSA), con centros centinela que abarcan a casi todos los países de América Latina. Se formuló un plan de trabajo y se inició su ejecución para perfeccionar el formulario de recopilación de datos (SIP-A) según las necesidades del país e incorporarlo en las aplicaciones ubicadas en la web y las aplicaciones móviles del SIP. En colaboración con la OMS, el formulario de registro clínico SIP-A se usará en un estudio multinacional sobre la atención de los abortos.

122. CLAP/WR encabezó la iniciativa “Cero muertes maternas por hemorragia”, con el apoyo de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Como parte de esta iniciativa, la Oficina impartió capacitación a profesionales de salud en el tratamiento eficaz de la hemorragia obstétrica en los entornos clínicos y por conducto de los planes de trabajo nacionales, y suministró equipo para su utilización en talleres nacionales de capacitación. La iniciativa está dirigida a zonas subnacionales con razones de mortalidad materna elevadas (más de 70 por 100.000 nacidos vivos) en los países participantes (Bolivia, Brasil, Colombia, Guatemala, Haití, Honduras, Paraguay, Perú, República Dominicana y Trinidad y Tabago), cinco de los cuales son países clave para la OPS.

123. Aunque en la Región de las Américas se redujo en 58% la tasa de mortalidad neonatal estimada, al pasar de 22,1 a 9,3 por 1.000 nacidos vivos entre 1990 y el 2014, su contribución relativa a la mortalidad infantil aumentó. La mortalidad neonatal representa hoy en día 52% de las defunciones de menores de 5 años de edad. Las causas de la mortalidad neonatal no han cambiado, ya que más de 85% de las defunciones de recién nacidos se deben a prematuridad, defectos congénitos, asfixia y enfermedades infecciosas, y para la mayoría de estas causas hay intervenciones eficaces y de bajo costo. Por lo tanto, como parte de su cooperación técnica en esta área, la Oficina compiló, actualizó y difundió evidencia sobre las intervenciones perinatales a lo largo del proceso continuo de la atención (preconcepción, prenatal, parto y posnatal). CLAP/WR diseñó una herramienta para evaluar la ejecución de estas intervenciones a fin de fundamentar la toma de decisiones y así mejorar la calidad de la atención, en particular en las zonas y los grupos de población más vulnerables.

Salud del adolescente

124. La OPS contribuyó con las actividades emprendidas por los Estados Miembros para afrontar los múltiples desafíos a la salud que deben afrontar los adolescentes y los jóvenes en la Región de las Américas, como las tasas de fecundidad elevadas, el consumo de sustancias psicoactivas, la violencia, la inactividad física y el sobrepeso y la obesidad. Los jóvenes de ingresos bajos y pertenecientes a minorías étnicas, así como los que residen en zonas transfronterizas, se ven afectados desproporcionadamente por muchos de estos problemas y la Oficina ha centrado tanto la investigación como las intervenciones en estos grupos. Hasta el 2013, 28 países habían establecido programas nacionales de salud de los adolescentes. La cooperación técnica de la Oficina abordó las áreas de trabajo clave, como la prevención de violencia de género, los servicios integrales de salud sexual y reproductiva, además de la prevención del embarazo en adolescentes y la infección por el VIH/sida.

125. El embarazo en adolescentes tiene un gran impacto en la salud de las madres y de los niños, así como en los resultados socioeconómicos. Estos embarazos aumentan los riesgos para la salud tanto de las madres como de los niños, y reducen las perspectivas de las adolescentes de estudiar y conseguir empleo en el futuro. Las tasas de fecundidad en las adolescentes en América Latina y el Caribe se encuentran entre las más altas del mundo, superadas solo por el África subsahariana. La OPS ha sido un actor clave en la promoción de asociaciones y actividades para afrontar este desafío. En el 2014, COMISCA y las Primeras Damas de Centroamérica respaldaron un plan subregional para evitar el embarazo en adolescentes, basado en los resultados de un simposio internacional conducido por la Oficina a comienzos de ese año. Los ámbitos prioritarios para las actividades y la cooperación técnica de la Oficina comprenden el mejoramiento de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes, la capacitación del personal de salud, la promoción de entornos legislativos y de política favorables, la ampliación y el mejoramiento de la educación sexual, además del fomento de la participación de la población joven.

“Una promesa renovada para las Américas”: trabajar para reducir las inequidades

La Oficina ha actuado como secretaría técnica de la iniciativa “Una promesa renovada para las Américas” (APR LAC, por su sigla en inglés) desde el 2013, cuando se creó el capítulo regional del movimiento interinstitucional. El movimiento tiene por objeto reducir las inequidades profundas en materia de salud reproductiva, materna, neonatal, de los niños y de los adolescentes que persisten en América Latina y el Caribe. Los organismos participantes incluyen el BID, la Iniciativa de Salud de Mesoamérica, la OPS/OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la USAID y el Banco Mundial.

Mediante el trabajo coordinado con la iniciativa mundial “Una promesa renovada”, la APR LAC ha determinado tanto brechas como oportunidades en cuanto al financiamiento, ha creado una base de datos digital para artículos y documentos sobre las desigualdades en la salud, y ha ejecutado una serie de eventos regionales encaminados a fomentar el debate político y técnico acerca de la equidad en la salud de la madre y el niño. A nivel de país, el movimiento ha impartido una serie de talleres de capacitación destinados a formar capacidad en los ministerios de salud para la medición y seguimiento de las desigualdades en la salud a nivel nacional y subnacional.

En el 2016, la iniciativa APR LAC apoyó a varios países del Caribe y Centroamérica en la determinación de los grupos poblacionales que han quedado rezagados a pesar de los esfuerzos pasados y presentes en la esfera del desarrollo y la salud, en el análisis de los obstáculos que existen en múltiples niveles que impiden la cobertura y el acceso eficaz a la salud y el desarrollo de estos grupos poblacionales, y en lograr una mejor comprensión de los mecanismos sociales subyacentes que crean estos obstáculos. La iniciativa APR LAC también ayudó a los países a que respondieran a las desigualdades actuales en materia de salud por medio de soluciones prácticas y fundamentadas en la evidencia.

En el 2017, la APR LAC pasó a ser oficialmente el mecanismo coordinador regional interinstitucional responsable de apoyar a los países de América Latina y el Caribe en la interpretación y la adaptación a sus situaciones específicas de la *Estrategia Mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente*. A lo largo de los próximos 15 años, el mecanismo ayudará a los países a que elaboren y ejecuten planes nacionales operativos para la salud de la mujer, del

niño y del adolescente que respondan de manera adecuada a las inquietudes de equidad y que estén acompañados por indicadores y marcos de seguimiento con objetivos y metas basados en la equidad. En el período de transición, los organismos de miembros celebraron tres consultas subregionales para lograr una comprensión multisectorial común de la estrategia mundial y sus consecuencias en cada uno de los contextos subregionales específicos.

En julio del 2017, Michelle Bachelet, Presidenta de la República de Chile, en su calidad de copresidenta del grupo asesor de alto nivel de la iniciativa “Todas las mujeres, todos los niños”, convocó la reunión “Cada mujer, cada niño, cada adolescente”, en la que se aprobó el Compromiso a la Acción de Santiago. Con este compromiso regional se procura iniciar la aplicación regional de la *Estrategia Mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente* e instar a los interesados directos, multisectoriales y regionales, a que aseguren que cada mujer, niño y adolescente de América Latina y el Caribe no solo sobreviva, sino también prospere, en un entorno transformador ([véase el compromiso aquí](#)).

Mejorar la salud de las personas mayores

126. La Oficina prestó asistencia en la formulación de una nueva Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Mediante su participación en un grupo de trabajo especial de la OEA, los expertos de la Oficina contribuyeron a la incorporación de los temas relacionados con la salud de importancia especial para las personas mayores, entre otros, el acceso a los cuidados paliativos, los derechos humanos en los establecimientos de atención a largo plazo, el acceso preferente a servicios de salud integrales y mecanismos legales para garantizar el consentimiento fundamentado y la expresión explícita de preferencias con respecto al apoyo al final de la vida. Adoptada por la Asamblea General de la OEA en junio del 2015, la Convención es el primer tratado internacional acerca de los derechos de las personas mayores.

127. La OPS siguió apoyando las actividades de los Estados Miembros con la finalidad de adaptar sus políticas y sistemas de salud para atender las necesidades cambiantes de las poblaciones que están envejeciendo rápidamente, además de prevenir la enfermedad y promover los modos de vida saludables para lograr el envejecimiento con salud. A mediados del 2017, 18 países habían elaborado políticas, marcos jurídicos o planes nacionales relativos al envejecimiento y la salud. Al menos seis países (Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Costa Rica y Uruguay) han firmado la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores y cinco la han ratificado.

128. Los gerentes de salud de varios países y territorios de América Latina y el Caribe participaron en un programa de especialización de 10 meses acerca de la salud pública y el envejecimiento, creado por la OPS y algunos asociados a fin de mejorar la atención primaria de salud para las personas mayores. La OPS también gestionó un convenio con el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social y más de 15 universidades de América Latina y el Caribe, a fin de crear el Consorcio Universitario en Salud Pública y Envejecimiento, que aboga por el envejecimiento saludable como una prioridad de salud pública importante. Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Estados

Unidos y México están representados en el Consorcio. Con la cooperación técnica de la Oficina se aplicaron programas de autocuidado basados en la evidencia en los servicios de atención primaria y de salud comunitaria en Argentina, Chile, Perú y los países del Caribe oriental.

Mejorar la nutrición

129. La nutrición logró una mayor visibilidad en la agenda política de los países, con el reconocimiento de la función crucial que desempeña la nutrición poco saludable en la etiología de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes, luego de la Reunión de Alto Nivel sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles, convocada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el 2011. A lo largo del período en análisis, la OPS brindó apoyo a la formulación y la ejecución de políticas, planes y programas nutricionales en varios países de la Región. Estos abarcaban políticas de alimentación del lactante y del niño pequeño (en particular, la aplicación y el seguimiento del Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna) y la certificación de los hospitales como parte de la iniciativa “Hospitales amigos del niño”. Se aprobaron leyes sobre el código de comercialización en Bolivia, Brasil, Ecuador, El Salvador, Honduras y Panamá.

130. La Oficina brindó apoyo a varios países y territorios del Caribe, entre otros, Barbados, Bermudas, Granada, Guyana, Jamaica y Suriname, para avanzar hacia la certificación de hospitales como “amigos del lactante”. La Oficina también facilitó la visita de equipos de Chile y México a Brasil para conocer los programas exitosos de lactancia materna y de bancos de leche materna ejecutados en este último país. Se elaboraron y difundieron varias publicaciones, como ProPAN (Proceso para la Promoción de la Alimentación del Niño), una herramienta para promover la programación de la alimentación complementaria.

131. La Región demostró liderazgo mundial en la lucha contra la obesidad infantil, con la aprobación unánime por el 53.º Consejo Directivo en el 2014 del *Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia* (documento [CD53/9, Rev. 2](#)). La cooperación técnica de la OPS con los Estados Miembros ha abordado la ejecución de varias opciones eficaces de política expuestas en el plan para prevenir la obesidad, entre otras, los impuestos a las bebidas azucaradas y los productos alimenticios poco saludables (Barbados, Chile, Dominica, Ecuador y México); el etiquetado en el frente del envase (Chile y Ecuador); directrices innovadoras para la nutrición (Brasil y Uruguay); reglamentación de la mercadotecnia de productos poco saludables, especialmente la que está dirigida a los niños (Chile y México); calles dedicadas exclusivamente a la recreación, como las ciclovías (Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Estados Unidos, Guatemala, México y Perú); y la nutrición escolar (Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, Estados Unidos, Trinidad y Tabago y Uruguay). La Región también abogó de manera activa por el Decenio de la Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición 2016-2025, proclamado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el 2016.

4. REDUCCIÓN DE LAS INEQUIDADES EN LA SALUD, CON ESPECIAL ÉNFASIS EN LAS MINORÍAS ÉTNICAS, LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y LAS PERSONAS QUE VIVEN EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

132. En el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 se especifican cuatro temas transversales —género, equidad, derechos humanos y etnicidad— que deben incorporarse de manera prioritaria en toda la cooperación técnica de la Organización. En el 2014, la Directora estableció un grupo de trabajo interprogramático para facilitar este proceso, con responsabilidades que incluyeron asegurar que los departamentos y las unidades intercambien la información pertinente sobre estos temas, así como diseñar y aplicar iniciativas para promover el trabajo colaborativo en estas áreas. El grupo de trabajo organizó un curso de capacitación para todos los funcionarios de la OPS acerca de los determinantes sociales de la salud en el contexto de los temas transversales; además, se terminaron de preparar las directrices para integrar estos temas en el trabajo de la Organización.

Impulso de los temas relacionados con el género, la equidad, los derechos humanos, la etnicidad y la salud

Cuestiones relativas al género

133. La Oficina encabezó la elaboración de herramientas para prestar atención integral a las personas transgénero y sus comunidades, en respuesta a la resolución [CD52.R6](#) del 52.º Consejo Directivo de la OPS para *Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans*, según lo recomendado en el documento [CD52/18](#) de exposición de conceptos. Sobre la base de la experiencia y los conocimientos técnicos adquiridos en este ámbito, la Oficina contribuyó a promover el diálogo técnico a fin de reestructurar los temas relacionados con las personas transgénero en la nueva Clasificación Internacional de Enfermedades; como resultado, en el 2014, organizó la primera reunión regional sobre la salud de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans (LGBT) y los derechos humanos. En este evento, representantes de ministerios de salud, organizaciones de derechos humanos, universidades y la sociedad civil formularon recomendaciones con miras a definir estrategias e iniciativas para recopilar y analizar datos acerca del grado en que los servicios de salud de la Región están satisfaciendo las necesidades de la comunidad LGBT. En el 2016, la Oficina convocó otra reunión para determinar las causas de las disparidades en el acceso a los servicios de salud. Por otro lado, un grupo de trabajo ha examinado y analizado las leyes y las políticas nacionales en el contexto de la discriminación y la exclusión de las personas LGBT de los servicios de atención de salud. A mediados del 2017, se habían recabado datos de los ministerios de salud de más de 30 Estados Miembros y de más de

25 organizaciones no gubernamentales (ONG), y se estaba terminando de elaborar el informe al respecto.

134. En el 2015, la Oficina presentó al 54.º Consejo Directivo una *Evaluación del plan de acción para la ejecución la política en materia de igualdad de género y líneas estratégicas de acción propuestas* (documento [CD54/INF/2](#)), basada en autoevaluaciones de los Estados Miembros. Según la evaluación, hubo un pequeño aumento de la proporción de Estados Miembros que han aprobado políticas, planes y presupuestos relacionados con el género y la salud. Además, un porcentaje relativamente alto de unidades técnicas de la Oficina (72%) y de los Estados Miembros de la OPS (88%) dijeron haber utilizado datos desglosados por sexo en las directrices que emitieron. Sin embargo, apenas 20% de los Estados Miembros informaron haber hecho un seguimiento activo de los compromisos del sector de la salud de su país en cuanto a la integración de la perspectiva de género. En el informe de evaluación se concluyó que la Oficina y los Estados Miembros habían logrado avances desiguales en la aplicación de la *Política en materia de igualdad de género* aprobada por la OPS; por lo tanto, se instó a que las asignaciones presupuestarias fuesen más sostenibles para esta área de trabajo y a que se aumentaran la recopilación y el análisis de los datos desglosados por sexo, a fin de apoyar la promoción de la causa, la formulación de políticas y las actividades programáticas.

135. De conformidad con la evaluación sobre la aplicación de la *Política en materia de igualdad de género*, en el 2015 el 54.º Consejo Directivo respaldó nuevas prioridades para impulsar la igualdad de género en el ámbito de la salud, entre otras, el fomento de la investigación y la aplicación de metodologías innovadoras para atender las inequidades por razón de género en la salud; la generación de evidencia y de análisis en materia de género específicos por sectores; y el abordaje de los temas emergentes como la masculinidad y las preocupaciones de salud de las comunidades LGBT.

136. Con el propósito de promover la generación de evidencia relacionada con el género, en el 2014 la Oficina publicó la 6.ª edición del folleto *Género, salud y desarrollo en las Américas: Indicadores básicos 2013*. En el 2016, la Oficina convocó a un grupo de expertos a fin de examinar un conjunto básico de indicadores sobre el género y la salud para todos los países de la Región de las Américas, dentro de los marcos de la salud universal y los ODS. Los expertos de la Oficina además proporcionaron contribuciones con respecto a un conjunto de indicadores acerca de la igualdad de género para el Caribe —bajo la coordinación de ONU-Mujeres— que se presentó a Dominica, Guyana, Jamaica y Suriname para fines de consulta y, más tarde, a CARICOM para validación y adopción final por sus países miembros.

137. La labor de la Oficina en las cuestiones relativas al género cobró nuevo impulso mediante un documento innovador, la *Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer* (documento [CD54/9, Rev. 2](#)), aprobado por el 54.º Consejo Directivo de la OPS en el 2015. Este marco es el primero de su clase en todas las regiones de la OMS y adopta una estrategia de salud pública acerca del problema de la violencia contra la mujer; además, representa una hoja de ruta para que los sistemas de salud desempeñen una función clave

en las actividades multisectoriales destinadas a prevenir este tipo de violencia y a responder ante ella. A petición de COMISCA, la Oficina llevó a cabo el mapeo de los enfoques con respecto a la igualdad de género dentro de las políticas de salud y a la salud dentro de las políticas en materia de igualdad de género. Las recomendaciones basadas en el mapeo se publicarán en la segunda mitad del 2017.

138. La Oficina también finalizó el trabajo sobre los indicadores básicos para el género y la salud (de acuerdo con la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente*), haciendo hincapié en un indicador básico relativo al gasto directo de salud como una medición clave acerca de los adelantos hacia la igualdad de género en materia de salud. En la CEPAL se está debatiendo si este indicador debe incluirse en el Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe.

Inequidades étnicas

139. La Oficina prestó cooperación técnica a nivel nacional, subregional y regional para abordar las inequidades étnicas notorias en la salud que persisten en toda la Región. Esto incluyó desempeñar un papel importante como copresidente del Grupo de Apoyo Interinstitucional sobre Cuestiones Indígenas, del Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de América Latina y el Caribe (GNUD ALC), y trabajar para mejorar la disponibilidad y la calidad de los datos sobre etnicidad y salud.

140. En la zona del Chaco sudamericano,¹⁸ la Oficina prestó cooperación técnica para una reunión titulada “Unidos para la acción, avanzar hacia la salud universal en el Chaco sudamericano”. En este foro participaron representantes de los ministerios de salud de los países interesados y de varios pueblos indígenas, y uno de sus importantes resultados fue la formulación de un proyecto entre países para el avance de la cobertura universal de salud de los pueblos indígenas.

141. En Paraguay, la Oficina contribuyó a la aplicación de una estrategia para la red integrada de servicios de salud en el Chaco y a la utilización de autopsias sociales en las comunidades indígenas del Chaco. Las autopsias sociales permiten detectar las muertes por causas prevenibles, al tiempo que promueven el poder de decisión de las comunidades, como parte de una estrategia participativa destinada a evitar las muertes maternas y perinatales.

142. La Oficina participó en una reunión técnica regional sobre la salud de los afrodescendientes celebrada en Cartagena (Colombia), en noviembre del 2015. La reunión brindó una oportunidad única de determinar y abordar las prioridades de salud y los retos de las personas de ascendencia africana, así como de formular y ejecutar políticas y programas de salud eficaces con una perspectiva intercultural. Como

¹⁸ La zona del Chaco sudamericano abarca el norte de Argentina, el oeste de Bolivia, parte de los estados brasileños de Mato Grosso y Mato Grosso do Sul, y Paraguay. Es el mayor bosque seco continuo del mundo y el segundo bioma forestal más grande (un área que puede clasificarse según las plantas y animales que viven allí) de América del Sur.

seguimiento a esta reunión (y dentro del contexto del Decenio Internacional para los Afrodescendientes [2015-2024], cuyo tema es “Afrodescendientes: reconocimiento, justicia y desarrollo”), la Oficina presentó un informe, que contenía los resultados de salud más pertinentes en la Región, al Grupo de Trabajo de las Naciones Unidas de Expertos sobre las Personas de Ascendencia Africana. La Oficina también elaboró una propuesta sobre planes de salud para las personas de ascendencia africana destinada a las subregiones centroamericana y andina, con la participación de representantes de ministerios de salud, expertos en salud de las personas de ascendencia africana y líderes de ascendencia africana. Esta propuesta constituyó la base de un plan de salud específico para los afrodescendientes de la subregión andina, que se presentó en la 36.^a Reunión de REMSAA, en abril del 2017.

143. En el 2015, se celebró en la sede de la OPS en Washington, D.C., la Reunión Regional de Etnicidad y Salud en las Américas para ministros de salud, expertos regionales e internacionales, así como representantes de las poblaciones indígenas y de ascendencia africana. En la reunión se destacaron y trataron temas clave para abordar las disparidades étnicas en salud, se facilitó el diálogo acerca del plan de acción conjunto de Estados Unidos y Brasil para eliminar la discriminación racial y étnica y promover la igualdad;¹⁹ asimismo, se determinaron los pasos siguientes para la formulación de una nueva política regional sobre etnicidad y salud.

144. La Oficina redactó la nueva *Política sobre etnicidad y salud* para someterla a la consideración de la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, en septiembre del 2017. La política promueve un enfoque intercultural de la salud, orientado a las siguientes líneas prioritarias: *a)* generación de evidencia; *b)* impulso de la formulación de políticas; *c)* participación social y alianzas estratégicas; *d)* reconocimiento de los conocimientos ancestrales y de la medicina tradicional y complementaria; y *e)* desarrollo de las capacidades a todos los niveles. Sobre la base de la política propuesta, la Oficina impulsó la elaboración de indicadores clave sobre etnicidad y salud, de acuerdo con una de las prioridades estratégicas fundamentales de la Organización, la de mejorar los datos y la evidencia acerca de la salud de los pueblos indígenas, los afrodescendientes y los romaníes.

145. La labor de la Oficina en el área de género, etnicidad y salud se fortaleció notablemente mediante una mayor colaboración interprogramática entre las unidades técnicas. La Oficina colaboró con los Estados Miembros, entre otros, Bolivia, Brasil, Ecuador, Guatemala, Guyana, Honduras, Nicaragua, Panamá y Perú en la elaboración y ejecución de intervenciones culturalmente apropiadas para las personas indígenas y de ascendencia africana dentro de los programas para la infección por el VIH, tuberculosis, hepatitis, malaria, reducción del riesgo de desastres, salud mental y salud materno-infantil, entre otros.

¹⁹ El plan de acción conjunto se firmó en marzo del 2008 y fue el primer acuerdo bilateral centrado en el racismo.

146. Algunos de los logros recientes a nivel de país en cuanto a las inequidades étnicas incluyen:

- a) Bolivia: Preparación y difusión de información acerca de la medicina ancestral tradicional boliviana en todas sus formas, modalidades y procedimientos terapéuticos, a fin de promover y fortalecer su ejercicio y práctica, así como la incorporación gradual de médicos tradicionales, parteras y naturistas, en calidad de prestadores de servicios.
- b) Guyana: Convocatoria de una reunión en el pueblo indígena de Baramita en el 2016 para tratar los problemas de salud mental emergentes en los residentes indígenas y la formulación de un plan de acción basado en los debates de la reunión.
- c) Panamá: En el 2016, promulgación de la ley 17 sobre el establecimiento de la protección del conocimiento de la medicina tradicional indígena, lo que representa un paso importante en el enfoque de la salud de los pueblos indígenas. En marzo del 2017 se instaló el Comité Consultivo sobre Medicina Tradicional Indígena, en cumplimiento del artículo 6 de esta ley.
- d) Ecuador: En febrero del 2017, adopción del *Manual de articulación de las parteras ancestrales*, en el que se propone establecer mecanismos para el mejoramiento de la salud materna y neonatal de los pueblos y las nacionalidades del país, en el marco del modelo de atención integral del Sistema Nacional de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural, y de los derechos individuales y colectivos.

Salud de los migrantes

147. En el 55.º Consejo Directivo celebrado en el 2016, los Estados Miembros de la OPS aprobaron una nueva política sobre *La salud de los migrantes* (documento [CD55/11, Rev.1](#)). En la política se destacan las vulnerabilidades de los migrantes y se insta a los Estados Miembros a que protejan la salud y el bienestar de los migrantes mediante: el establecimiento de servicios de salud que sean incluyentes y que respondan a sus necesidades de salud; arreglos institucionales que brinden acceso a servicios de salud integrales, de calidad y centrados en las personas; mecanismos para ofrecer protección financiera en torno a la salud; y actividades intersectoriales y establecimiento de asociaciones, redes y marcos multipaíses.

148. En abril del 2017, México y la Oficina organizaron una reunión de países mesoamericanos en Ciudad de México para tratar el tema de la salud de los migrantes, en especial los determinantes sociales; las intervenciones para reducir los riesgos para la salud y aumentar el acceso de los migrantes a los servicios de salud, en particular en las zonas fronterizas; y los mecanismos y oportunidades existentes para mejorar la colaboración y la coordinación entre los países. Varios ministros de salud y autoridades de salud de alto nivel procedentes de Belice, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá y República Dominicana estuvieron de acuerdo en colaborar para satisfacer las necesidades de salud de los migrantes en

Mesoamérica. Representantes de los 10 países firmaron la Declaración Ministerial sobre Migración y Salud, que establece una serie de acuerdos sobre iniciativas conjuntas destinadas a mejorar la información disponible acerca de la situación de salud de los migrantes y a forjar asociaciones para satisfacer sus necesidades de salud de manera integral y oportuna. Los ministros de salud también contrajeron un compromiso con la promoción de cambios y mejoras en los marcos normativos de sus respectivos países, con miras a permitirles satisfacer las necesidades de salud de los migrantes, intercambiar experiencias, fortalecer las políticas nacionales y regionales sobre la migración y la salud que permitan prestar atención integral a los migrantes, y mejorar la vigilancia de la salud de la población migratoria.

Personas con discapacidad

149. En el período en análisis, la cooperación técnica de la OPS contribuyó a la formulación de una política común para los países andinos acerca de la atención de las personas con discapacidad, en la que se abarca la formulación de planes para la gestión de riesgos en caso de emergencias y desastres naturales, que tienen en cuenta las necesidades de estas personas. La aplicación de la política empezó en Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela en los ámbitos de creación y fortalecimiento de las redes de servicios para la rehabilitación integral; utilización de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la OMS; e intervenciones para la protección social de las personas con discapacidades. Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Paraguay y Venezuela ya empezaron a aplicar la estrategia de rehabilitación comunitaria de la OPS; asimismo, se actualizó la información de referencia acerca de la situación de las personas con discapacidad en Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, México, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

150. La OPS emprendió actividades de cooperación técnica con el Ministerio de Salud de Chile para mejorar la recopilación de datos sobre las discapacidades. Se creó la herramienta IVADEC-CIF,²⁰ basada en el marco de la CIF, para evaluar el desempeño de las actividades de la vida cotidiana por las personas con discapacidad. La herramienta puede utilizarse para evaluar el grado de discapacidad, así como los efectos de las intervenciones. Está diseñada para ser aplicada en entornos comunitarios y puede usarse para la autoevaluación por las personas discapacitadas o informantes significativos. La información cualitativa suministrada se analiza y se transforma en indicadores cuantitativos, lo que incluye índices de discapacidad y de desempeño, así como las razones de dependencia y de movilidad.

151. La cooperación técnica de la OPS ha abordado la adaptación y el uso de la herramienta en otros Estados Miembros, en vista de que IVADEC-CIF contribuye a mejorar la atención de las personas con discapacidad de varias maneras. Esta herramienta:

²⁰ Instrumento de Valoración del Desempeño en la Comunidad, basado en la Clasificación Internacional de Funcionalidad, Discapacidad y Salud (OMS).

- a) apoya la transición a un enfoque biopsicosocial al permitir un análisis del desempeño en el contexto de la comunidad;
- b) proporciona un método de medición de los efectos de las tecnologías asistenciales y los medicamentos;
- c) facilita la armonización de los sistemas nacionales de calificación y certificación de las discapacidades con la evaluación del impacto que tienen las políticas en las discapacidades y la rehabilitación;
- d) facilita la inclusión o la reformulación de preguntas acerca de las discapacidades en las encuestas demográficas;
- e) contribuye a los diagnósticos y a los análisis de situación para elaborar perfiles locales sobre discapacidades.

152. En el 2014, el 53.º Consejo Directivo reconoció la discapacidad como un problema de salud pública y de derechos humanos, así como una prioridad del desarrollo, y aprobó el *Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación* (documento [CD53/7, Rev. 1](#)). Este plan de acción (que está en consonancia con el *Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021*) tiene tres líneas estratégicas de acción:

- a) promover la equidad en el marco de las políticas, planes y legislación de salud en materia de discapacidad para fortalecer la gobernanza;
- b) fortalecer la red de servicios de habilitación y rehabilitación del sector de la salud, lo que comprende el suministro de dispositivos de asistencia técnica y la rehabilitación comunitaria;
- c) promover la producción y análisis de datos acerca de la discapacidad y apoyar la investigación.

153. Para mediados del 2017, con la cooperación técnica de la Oficina, los países habían logrado importantes avances en la revisión de las leyes nacionales y la formulación de planes nacionales sobre la discapacidad y la rehabilitación;²¹ en el fortalecimiento de los componentes de discapacidad de sus sistemas de vigilancia de salud mediante uso de la CIF;²² y en el desarrollo y el fortalecimiento de los servicios integrales de rehabilitación en el sector de la salud, vinculados a la atención primaria de salud.²³

²¹ Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Guyana, Haití, México, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

²² Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Honduras, México, Panamá, Perú y Venezuela.

²³ Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Guyana, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela.

Derechos humanos y salud

154. La Oficina siguió brindando orientación acerca de la integración de los principios de los derechos humanos en las políticas, los programas y las intervenciones en los países y abogando por ella, lo que incluye el desglose de los datos para que se puedan determinar los grupos vulnerables, el fortalecimiento de la atención primaria de salud y el progreso hacia la salud universal. El documento conceptual del 2010, titulado *La salud y los derechos humanos* (documento [CD50/12](#)), sirvió de guía en esta labor. En dicho documento se reconocía que la legislación internacional de derechos humanos es un valioso marco jurídico y conceptual para unificar las estrategias de mejoramiento de la salud de los grupos sociales pobres y excluidos y de la equidad en materia de salud. A mediados del 2017, 20 de los países de la Región incluían el derecho a la salud en sus constituciones.

Medición de las inequidades en materia de salud

155. Los indicadores que muestran los promedios nacionales no revelan las inequidades en materia de salud. Como parte del compromiso de larga data y renovado de la OPS con la equidad en la salud y el desarrollo sostenible en el marco de los ODS, en el 2014 el 53.º Consejo Directivo aprobó un nuevo conjunto de métodos de medición para cuantificar los cambios en torno a las desigualdades en la salud (documento [CD53/10, Rev. 1](#)). Estos métodos comprenden dos mediciones de la desigualdad para ser utilizadas conjuntamente con cuatro indicadores clave: mortalidad de menores de 1 año, mortalidad materna, muerte prematura debida a ENT y mortalidad por causas evitables mediante la atención de salud (defunciones prematuras que no hubieran ocurrido de haber estado disponible de manera oportuna y eficaz la atención de salud). La adopción de estos métodos de medición hicieron de la Oficina Sanitaria Panamericana la primera oficina regional de la OMS y el primer organismo del sistema de las Naciones Unidas en utilizar indicadores cuantificables de la equidad en la salud y metas para evaluar la repercusión de sus propios programas de cooperación técnica.

156. Como parte de otras iniciativas destinadas a apoyar el progreso hacia el logro de los ODS, la equidad en la salud y la salud universal, e impulsada por la adopción de nuevos métodos de medición de la desigualdad en cuestiones de salud, en el 2016 la Oficina estableció una Comisión de Equidad y Desigualdades en la Salud en la Región de las Américas. La Comisión, resultado de una asociación entre la OPS y el Instituto de Equidad en Salud del University College London, está integrada por expertos internacionales destacados en políticas de salud y determinantes sociales de la salud. La Comisión hará un análisis de la equidad y las desigualdades en la esfera de la salud en la Región, la primera iniciativa integral de este tipo para recabar evidencia sobre las inequidades en materia de salud en la Región. A lo largo de dos años, la Comisión investigará de qué manera los factores socioeconómicos y estructurales, así como la identidad, inciden en la salud en los países de la Región; generará evidencia; formulará recomendaciones para la acción con miras a reducir o eliminar las brechas persistentes en cuanto a la equidad en la salud; y formulará orientaciones a los Estados Miembros de la OPS para abordar los determinantes sociales de la salud y los temas transversales de

género, equidad, derechos humanos y etnicidad. Como parte de la evaluación de la Comisión, 15 Estados Miembros²⁴ están cumpliendo su compromiso de examinar y hacer frente a las inequidades y las desigualdades en la salud.

157. La Oficina intensificó su cooperación técnica para fortalecer las capacidades nacionales de medir, analizar y monitorear las desigualdades sociales, económicas y ambientales en la esfera de la salud a nivel nacional y subnacional, lo que permitirá que los Estados Miembros se responsabilicen de “que nadie se quede atrás”, mientras prosiguen con la ejecución de la Agenda 2030. La Oficina está colaborando con todos los países para que sus programas nacionales de salud estén en consonancia con los ODS; entretanto, 15 países²⁵ de la Región han efectuado consultas nacionales para la integración de los ODS en sus planes nacionales de salud.

158. En términos generales, los países han fortalecido sus capacidades institucionales de cuantificación y análisis de las desigualdades sociales en la salud, lo que comprende la producción de perfiles de la equidad en la salud —en especial en el ámbito de la salud maternoinfantil— que abordan las tres dimensiones del desarrollo sostenible: social, económica y medioambiental. La Oficina colaboró con los Estados Miembros para elaborar una serie de perfiles de la equidad en la salud en toda la Región, por medio de estratificadores de la equidad como indicadores indirectos de los determinantes sociales de la salud; por ejemplo, ingresos, ubicación geográfica, educación, sexo y raza. El análisis de los perfiles facilita la determinación de las brechas de la desigualdad en la salud y los gradientes en todo el espectro socioeconómico; además, sirve de apoyo a los países en la formulación de planes y la ejecución de actividades para lograr una distribución más justa de la salud y el bienestar. A mediados del 2017, 11 países²⁶ habían finalizado sus perfiles de la equidad en la salud, mientras que tres más los estaban elaborando (Bolivia, Colombia y Paraguay). Asimismo, los ministerios de salud de ocho países —Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana— firmaron una resolución política de alto nivel en la que se comprometieron a incorporar las mediciones de las desigualdades en la salud materna, salud de los niños y salud de los adolescentes en sus sistemas nacionales de información estratégica.

159. La Oficina colaboró con el estado de Tocantins y el Centro para la información y las decisiones estratégicas de salud (INTEGRA Saúde) en Brasil para establecer un observatorio de las inequidades y los determinantes sociales de la salud, que orientará la formulación de políticas, programas y proyectos pertinentes. La Oficina también contribuyó a la creación del Observatorio Nacional de Inequidades en Salud, en México. Se han puesto en marcha algunas actividades con el propósito de elaborar un método

²⁴ Argentina, Belice, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Estados Unidos, Jamaica, México, Perú, Suriname y Trinidad y Tabago.

²⁵ Argentina, Belice, Brasil, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, República Dominicana y Venezuela.

²⁶ Argentina, Aruba, Bahamas, Brasil, Canadá, El Salvador, Honduras, México, Nicaragua, Panamá y Venezuela.

institucional estratégico para la cooperación técnica de la Oficina hacia el logro de los ODS, armonizar los indicadores en todos los marcos y establecer puntos de comparación para los indicadores de los ODS. Por solicitud de los Estados Miembros, en el 2015, la Oficina elaboró el documento *Preparar a la Región de las Américas para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible sobre la Salud*,²⁷ que proporciona una referencia cruzada entre el ODS 3 y los recursos programáticos y técnicos disponibles en la OPS y en los países, incluidos los mandatos y documentos técnicos más pertinentes.

160. Como parte de su compromiso con las asociaciones estratégicas y el progreso hacia el ODS 17 (“Fortalecer los medios de implementación y revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible”), la Oficina colaboró con el Grupo de Trabajo Conjunto de Cumbres y el Grupo de Revisión e Implementación de Cumbres de la OEA para que el documento final “Mandatos para la acción” de la Séptima Cumbre de las Américas, celebrada en abril del 2015, incluyera el apoyo a los problemas prioritarios de salud, como la salud universal, el RSI (2005), las ENT, los alimentos y la nutrición, el agua y el saneamiento y la salud maternoinfantil. La OEA y la OPS establecieron un grupo de trabajo informal en septiembre del 2015 para determinar actividades conjuntas centradas en los ODS y sus metas; en febrero del 2016, el grupo empezó una colaboración de cinco años encaminada a guiar y apoyar los esfuerzos nacionales y regionales para impulsar la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en especial, aquellas metas que se encuentran fuera del alcance del sector de la salud. El primer resultado de la colaboración fue una publicación en la que se establece la correlación entre cada ODS y los mandatos existentes y las colaboraciones interinstitucionales, cuyo objetivo es promover sinergias y cooperación, simplificar las actividades de coordinación y de presentación de informes por parte de los países que están tratando de alcanzar objetivos bajo diversos marcos internacionales, y establecer una alianza interinstitucional más amplia en torno a un enfoque regional a los ODS que tenga en cuenta la equidad en la salud y los determinantes subyacentes de la salud.

161. En septiembre del 2016, en una actividad paralela en ocasión del 55.º Consejo Directivo, los Estados Miembros acordaron elaborar un nuevo marco de alto nivel para contar con una visión y orientación a largo plazo para el desarrollo de la salud en la Región, en el contexto de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y otros mandatos mundiales y regionales relacionados con la salud. La Oficina prestó apoyo a un grupo de trabajo integrado por 16 Estados Miembros, presidido por Ecuador, con Panamá y Barbados como vicepresidentes, para redactar dicho marco, la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030. Esta agenda, que se someterá a la consideración de la 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre del 2017 para su aprobación, contiene once objetivos y más de cincuenta metas que se espera que los Estados Miembros de la OPS puedan alcanzar para el 2030 a fin de avanzar en el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, los sistemas de salud resilientes y los servicios de salud de calidad. La agenda constituirá el marco de política y planificación estratégica de más alto nivel para las actividades colectivas con miras a

²⁷ Puede consultarse en: <http://bit.ly/2rq0ZPa>.

mejorar la salud y el bienestar en todo el continente, lo que complementa el trabajo para lograr los ODS mundiales.

162. La OPS siguió participando en los Equipos de las Naciones Unidas en los países, mesas redondas, grupos de cooperación, los mecanismos de coordinación de país del Fondo Mundial, grupos de arbitraje, grupos temáticos interinstitucionales, los grupos de trabajo de los ODS y otros grupos similares que asesoran, coordinan, dan seguimiento y evalúan la ejecución de los programas de salud y relativos a la salud, a fin de garantizar la consonancia con las prioridades de salud nacionales. La Organización ha desempeñado una función activa al dirigir o codirigir el componente de salud del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD) en no menos de 20 países de la Región²⁸ y contribuyó a la formulación del marco plurinacional de desarrollo sostenible de las Naciones Unidas en el Caribe. En el período 2017-2021, este marco abarca 18 países y territorios²⁹ en el Caribe y tiene cuatro áreas prioritarias en consonancia con los ODS,³⁰ con el propósito de acelerar el progreso de los países hacia estas metas mundiales. El área prioritaria “Caribe Saludable” del marco tiene resultados sobre: *a)* el acceso universal a servicios y sistemas de atención de salud de calidad, y *b)* leyes, políticas y sistemas introducidos para fomentar modos de vida saludables en todos los segmentos de la población. Ambos temas son prioridades para la cooperación técnica de la OPS.

²⁸ Argentina, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname, Trinidad y Tabago y Uruguay.

²⁹ Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Barbados, Belice, Curaçao, Dominica, Granada, Guyana, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, Montserrat, Santa Lucía, San Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, San Martín, Suriname y Trinidad and Tabago.

³⁰ Se puede encontrar información sobre el marco en: www.2030caribbean.org.

5. REDUCCIÓN Y ELIMINACIÓN DE LA CARGA Y LAS REPERCUSIONES DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, INCLUIDAS LAS ENFERMEDADES PREVENIBLES MEDIANTE VACUNACIÓN, LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS DESATENDIDAS Y LAS ENFERMEDADES CUBIERTAS POR EL FONDO MUNDIAL

163. Durante el período en análisis, la OPS brindó apoyo mediante la cooperación técnica a las actividades de los Estados Miembros para prevenir y controlar las enfermedades transmisibles y avanzar hacia la eliminación de aquellas que pueden eliminarse. Las intervenciones se centraron en fortalecer la capacidad, los preparativos, la vigilancia, la detección, la reducción de riesgos y la respuesta frente a los riesgos para la salud humana, incluidos los eventos de posible importancia internacional según se definen en el RSI. Los decididos esfuerzos de los Estados Miembros, desplegados en colaboración con la Oficina, las instituciones nacionales, la sociedad civil, el sector privado, los asociados en el desarrollo y otros interesados directos clave, han dado lugar a logros continuos contra las enfermedades infecciosas en los niveles nacional y regional.

Logros en cuanto a la eliminación de las enfermedades infecciosas

Hitos recientes en la eliminación de las enfermedades infecciosas en la Región de las Américas

Enfermedad de Chagas

Aunque se han realizado avances en la reducción de la prevalencia de la enfermedad de Chagas, una enfermedad de transmisión vectorial causada por el protozooario *Trypanosoma cruzi*, se calcula que en la Región de las Américas unos 6 millones de personas siguen infectadas. La Oficina encabezó la cooperación Sur-Sur subregional que promovió la adopción de medidas para el control de vectores, el tamizaje universal de los donantes de sangre y una mejor calidad y cobertura de la atención médica. Gracias a estos esfuerzos, varios países obtuvieron la certificación de interrupción de la transmisión por el principal vector de la enfermedad de Chagas en la totalidad de sus territorios o en zonas geográficas específicas, con lo cual alcanzaron el objetivo regional establecido anteriormente.

- En el 2012, cuatro países o departamentos obtuvieron la certificación de interrupción de la transmisión por sus respectivos vectores principales: Belice; todos los municipios del Departamento de La Paz, en Bolivia; varias zonas endémicas de la Argentina; y el Departamento de Alto Paraguay, en el Paraguay.
- En el 2014, un equipo internacional de expertos convocado por la OPS/OMS comprobó la eliminación de la enfermedad de Chagas como problema de salud pública en el estado de São Paulo en Brasil.
- En el 2016, se certificó la interrupción de la transmisión por *T. cruzi* en el Departamento Boquerón en Paraguay, lo que supuso un hito importante de salud pública dado que ese departamento forma parte del Chaco sudamericano, una zona con importantes factores de

riesgo sociales, epidemiológicos y ambientales para la enfermedad de Chagas.

- También en el 2016 se recertificó la interrupción de la transmisión vectorial en las seis zonas de Chile donde la enfermedad de Chagas era endémica.

Oncocercosis

- En el 2013, los funcionarios de la OMS certificaron a Colombia como país sin transmisión de oncocercosis (“ceguera de los ríos”), con lo cual se convirtió en el primer país del mundo en eliminar la enfermedad. Este logro fue el fruto de 16 años de control de la enfermedad en una comunidad remota mediante la administración del medicamento antiparasitario ivermectina, la vigilancia epidemiológica y la educación comunitaria. La campaña estuvo dirigida por el Instituto Nacional de Salud de Colombia, con apoyo del Ministerio de Salud y Protección Social, la OPS, el Programa del Centro Carter para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas y el Programa de Donación de Mectizan de Merck.
- En el 2014, Ecuador se convirtió en el segundo país del mundo donde se comprobó la eliminación de la oncocercosis.
- En el 2015, México se convirtió en el tercer país del mundo donde se comprobó la eliminación de la oncocercosis.
- En el 2016, la Directora General de la OMS envió una carta oficial a Guatemala en la que se confirmaba la eliminación de la transmisión de la oncocercosis, con lo cual el país pasó a ocupar el cuarto lugar entre los países de la Región y del mundo donde se ha comprobado la eliminación de esta enfermedad.

En la actualidad solo persisten dos focos de oncocercosis en la Región de las Américas, ambos situados en la zona yanomami a ambos lados de la frontera entre Brasil y Venezuela. La eliminación en esa zona plantea un reto mayor debido a su aislamiento —se llega a ella en helicóptero o tras un largo trayecto por río— y a la gran movilidad de su población nómada, integrada principalmente por indígenas. A pesar de ello continúan las intervenciones para la eliminación mediante la cooperación Sur-Sur entre los dos países y la cooperación técnica de la OPS y de otros interesados directos clave.

Tracoma

- En enero del 2017, la OMS validó la eliminación del tracoma como problema de salud pública en México, que se convirtió en el tercer país del mundo y el primero de la Región en alcanzar esta meta.

Transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis

En junio del 2015, la Región de las Américas se convirtió en la primera región de la OMS en llevar a cabo una validación oficial del logro de la eliminación a nivel nacional de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis. La Oficina elaboró, en estrecha colaboración con la OMS, la estrategia y las herramientas de validación, y la Directora de la OSP nombró un comité de validación regional independiente para que emprendiera el proceso con apoyo de expertos de la Oficina y el UNICEF.

- En junio del 2015 Cuba se convirtió en el primer país del mundo en recibir la validación por parte de la OMS de la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis.
- A mediados del 2017, 22 países y territorios de la Región de las Américas notificaban datos coincidentes con la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH, y 20 de ellos también tenían datos congruentes con la eliminación de la transmisión maternoinfantil de la sífilis. A mediados de ese mismo año, varios países del Caribe habían presentado solicitudes de validación de la eliminación simultánea de la transmisión maternoinfantil de una o de ambas enfermedades. Anguila, Bermudas, las Islas Caimán y Montserrat recibieron la

validación de la OMS por haber cumplido todos los objetivos y las metas de eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis.

La OPS ha estado vigilando los progresos realizados por los Estados Miembros a lo largo del período quinquenal (2010-2015) de la *Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita* (documento [CD50/15](#)). El último informe (*Eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis en las Américas: Actualización 2016*) muestra que el número de casos nuevos de infección por el VIH en los niños de 0 a 14 años de edad en América Latina y el Caribe disminuyó 55% entre el 2010 y el 2015 (de 4.700 a 2.100), lo que indica que se evitaron 28.000 infecciones por el VIH gracias a las intervenciones de prevención de la transmisión maternoinfantil. En cambio, en ese mismo período los casos nuevos de síndrome de sífilis congénita se duplicaron en los niños de la Región y pasaron de 10.850 a 22.800.

La Oficina ha comenzado a preparar una segunda etapa de la iniciativa de eliminación doble, a fin de abordar la transmisión maternoinfantil de otras infecciones, como la hepatitis B y la enfermedad de Chagas. La iniciativa ampliada fortalecerá los esfuerzos de prevención de la transmisión maternoinfantil como parte integral de las intervenciones para el logro de los ODS.

Rubéola y síndrome de rubéola congénita

- En abril del 2015 el Comité Internacional de Expertos para la documentación y verificación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas determinó, tras examinar los datos epidemiológicos presentados por los Estados Miembros de la OPS, que la transmisión endémica de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita había sido eliminada en la Región. Estas enfermedades son la tercera y cuarta en haberse eliminado en la Región después de la viruela en 1971 y la poliomielitis en 1994. En los cuatro casos, la Región de las Américas fue la primera región del mundo en lograr su eliminación.

Sarampión

- En septiembre del 2016 el Comité Internacional de Expertos declaró que el sarampión era la quinta enfermedad viral prevenible mediante vacunación que se eliminaba de la Región de las Américas, lo que culminaba un esfuerzo de 22 años que incluyó la vacunación masiva contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola en toda la Región.

Poliomielitis

- La Región ha trabajado por mantener su condición de región libre de poliomielitis y, al mismo tiempo, ha respaldado las iniciativas mundiales de erradicación de la poliomielitis en el marco del *Plan estratégico para la erradicación de la poliomielitis y la fase final 2013-2018*, elaborado por la Iniciativa Mundial de Erradicación de la Poliomielitis y aprobado por la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud en el 2012. Un componente central del plan estratégico para la fase final es el retiro definitivo a escala mundial de todas las vacunas orales contra la poliomielitis y la incorporación de la vacuna antipoliomielítica con virus inactivados (IPV) mediante un proceso gradual. Los 32 países y territorios de la Región que no utilizaban la IPV ya la han incorporado a sus esquemas y 36 cambiaron la formulación trivalente de la vacuna antipoliomielítica oral por la bivalente como parte del cambio gradual. Otro componente fundamental del plan estratégico para la fase final es la destrucción o contención de todos los poliovirus del serotipo 2 en instalaciones esenciales para poliovirus; además, el plan regional exige la contención de los poliovirus salvajes de los serotipos 1 y 3. Los Estados Miembros de la OPS están en proceso de presentar informes sobre sus actividades de contención.

Mantenimiento de los logros en materia de enfermedades prevenibles mediante vacunación

164. El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) es uno de los éxitos más importantes de la Región en el ámbito de la salud pública. De proporcionar en sus primeros años vacunas contra seis enfermedades infantiles, el programa ha sido ampliado para incluir 14 vacunas. En los casos en que contaban con la evidencia adecuada, los países de la Región siguieron abriendo camino en materia de introducción de vacunas nuevas contra el rotavirus, la enfermedad neumocócica y el virus del papiloma humano (VPH).

165. Durante el período en análisis, la cooperación técnica de la OPS incluyó la formación de capacidad para el seguimiento rápido de la cobertura y la vigilancia de la vacunación, y el análisis de datos sobre las enfermedades prevenibles mediante vacunación. La Iniciativa ProVac de la OPS continuó prestando ayuda a los países para mejorar la capacidad de tomar decisiones basadas en la evidencia sobre la introducción de vacunas nuevas. Esta iniciativa faculta a los equipos nacionales para que realicen sus propios análisis económicos y proporciona ventajas indirectas importantes como mayor colaboración entre las instituciones nacionales, planificación más eficaz para la introducción de vacunas, mejor infraestructura para la toma de decisiones y una plataforma sólida para promover más ampliamente la toma de decisiones basada en la evidencia.

166. Como parte del enfoque integral de cooperación técnica de la OPS en el ámbito de la inmunización, el Fondo Rotatorio siguió prestando apoyo fundamental para los logros de la Región en materia de prevención, control y eliminación de las enfermedades prevenibles mediante vacunación. El Fondo Rotatorio proporciona líneas de crédito y hace compras en grandes cantidades en nombre de los Estados Miembros con la finalidad de garantizar un suministro continuo de vacunas y jeringas de alta calidad para los programas nacionales de vacunación. También ha contribuido a la introducción de vacunas nuevas. Algunos logros dignos de mención son las negociaciones fructíferas de la Oficina para que las vacunas contra el VPH disponibles actualmente en el mercado puedan adquirirse mediante el Fondo a precios reducidos, y la introducción de la vacuna antirrábica para perros en el Fondo para apoyar la meta de eliminación de la rabia en la Región. Cuarenta y un países y territorios participan actualmente en el Fondo Rotatorio, que se ha convertido en un ejemplo para otras organizaciones internacionales y otras regiones de la OMS de mecanismo eficaz que garantiza el suministro ininterrumpido de vacunas asequibles y de calidad. Los elementos fundamentales de la cooperación técnica de la OPS en esta esfera incluyen aumentar la conciencia de los Estados Miembros sobre la dinámica del mercado mundial de vacunas y sobre los desafíos, apoyar la planificación de la demanda y garantizar la disponibilidad oportuna de vacunas y suministros de calidad.

167. El aumento de los costos asociados a la introducción de vacunas nuevas y más caras y la ampliación de los grupos de población destinatarios exige un examen detenido de la eficiencia en relación con los costos al elaborarse los planes de acción anuales del

PAI. En respuesta a las inquietudes de los Estados Miembros por la sostenibilidad programática y la demostración del uso eficiente de los recursos para facilitar su movilización satisfactoria, la Organización dirigió la revisión de la plantilla del plan de acción del PAI introducida en los años setenta. Esta revisión tuvo por objeto comprobar la sistematicidad en la presentación de información y utilizar un método más riguroso para definir los presupuestos mediante ejercicios periódicos de determinación de los costos de las intervenciones del PAI.

168. La OPS también creó una nueva herramienta complementaria a la plantilla del plan de acción del PAI llamada COSTVAC, que apoya a los equipos del PAI en la recopilación de datos sobre los costos de inmunización en todos niveles del programa y permite estimar los costos totales del programa de vacunación para un año determinado, con miras a elaborar presupuestos más exactos. Honduras fue uno de los primeros países del mundo en utilizar COSTVAC para realizar un análisis completo de los costos de la inmunización ordinaria. Los resultados de su análisis fueron fundamentales para formular planes de sostenibilidad antes de ser excluido del financiamiento de Gavi, la Alianza para las Vacunas. El Fondo Rotatorio de la OPS ha fortalecido su colaboración con Gavi, en particular mediante apoyo a las compras y a la transición exitosa de los países que dejarán de recibir apoyo de Gavi. Al 30 de abril del 2017, seis países de la Región habían sido aprobados para recibir distintos tipos de apoyo de Gavi: Bolivia, Cuba, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua.

169. La cooperación técnica de la OPS para mejorar la costoeficacia de los programas de vacunación también incluye orientación sobre la utilización de nuevas tecnologías de la información y la comunicación, habida cuenta de la importancia de disponer de información oportuna de calidad y de análisis de datos para la toma de decisiones basada en la evidencia. Los Estados Miembros utilizan cada vez más innovaciones como los tableros de control y los registros electrónicos de vacunación, que pueden mejorar el seguimiento de la cobertura de vacunación. Sin embargo, es importante velar por que los registros electrónicos de vacunación se establezcan dentro del contexto de las estrategias nacionales de cibersalud, sean interoperables con otros sistemas de información para la salud, y se ejecuten, evalúen y financien adecuadamente.

170. Desde su puesta en marcha en el 2003, la Semana de Vacunación en las Américas, que se celebra cada año, se ha convertido en la mayor iniciativa de salud de la Región. Ha permitido vacunar a más de 500 millones de personas en la Región, en especial en los grupos poblacionales vulnerables y de difícil acceso, y los Estados Miembros de la OPS la aprovechan cada vez más para combinar la vacunación con otras intervenciones de salud pública, como la eliminación de parásitos y la administración de suplementos de vitamina A; el tamizaje de la diabetes y la hipertensión; las pruebas de detección del VIH; la educación sobre salud sexual y reproductiva; y la vacunación de los animales domésticos. Algunos asociados de la Semana de Vacunación en las Américas han sido el UNICEF, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas Conjunto sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), el PNUD, el Instituto de Vacunas Sabin y los CDC de los Estados Unidos. La Semana de Vacunación en las Américas sirvió de inspiración y modelo para la Semana Mundial de la Inmunización, una iniciativa mundial respaldada por la OMS que

tuvo lugar por primera vez en el 2012 y también se observa anualmente. La 15.^a Semana de Vacunación en las Américas, celebrada del 22 al 29 de abril del 2017, se centró en hacer llegar vacunas a los grupos indígenas y los residentes de las zonas rurales y las zonas fronterizas.

Respuesta frente a la infección por el VIH, las infecciones de transmisión sexual, la tuberculosis y la hepatitis

Infección por el VIH e infecciones de transmisión sexual

171. Se han logrado considerables avances en relación con la respuesta a la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). La evaluación de mitad de período del *Plan regional de VIH/ITS para el sector salud 2006-2015* indicó que durante el período comprendido entre el 2005 y el 2011 la incidencia estimada de la infección por el VIH en América Latina y el Caribe disminuyó de 21,1 a 19,1 por 100.000 habitantes. Además, entre el 2001 y el 2011 se registraron disminuciones de los casos pediátricos de infección por el VIH de 38% y 60% en América Latina y en el Caribe, respectivamente.

172. En el 2014 unos dos millones de personas estaban infectadas por el VIH en la subregión de América Latina y el Caribe (1,7 millones en América Latina y 289.000 en el Caribe), de las cuales 46.000 eran niños de 0 a 14 años de edad. La cobertura del tratamiento antirretroviral en la población con la infección por el VIH en la subregión aumentó de forma importante, al pasar de 8% en el 2000 a 55% a fines del 2015 (56% en América Latina y 52% en el Caribe), que es la tasa de cobertura más elevada alcanzada en los entornos de ingresos bajos y medianos a escala mundial. Tan solo en el período comprendido entre el 2012 y el 2015, la cobertura del tratamiento antirretroviral aumentó 16%. A fines del 2014, el porcentaje de niños de 0 a 14 años con infección por el VIH que estaban bajo tratamiento antirretroviral era de 81% en América Latina y de 35% en el Caribe. Este aumento de la cobertura del tratamiento antirretroviral ha dado lugar a una disminución importante de la mortalidad relacionada con el sida en la subregión; en los adultos la disminución entre el 2012 y el 2015 fue de 25% y en los niños alcanzó el 78% entre el 2000 y el 2014.

173. La OPS reorientó su cooperación técnica en cuanto a la infección por el VIH y las ITS, dando prioridad a la optimización de la atención y el tratamiento de la infección por el VIH; la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita; la prevención y atención dirigidas a los grupos poblacionales clave; y la generación de información estratégica general. Como parte de estas actividades, la Organización:

- a) desplegó la iniciativa Tratamiento 2.0 para mejorar la eficiencia y eficacia del tratamiento y la atención de la infección por el VIH mediante la optimización del uso de medicamentos antirretrovirales, la ampliación del acceso a medios de diagnóstico en el lugar de atención, la adaptación de modelos de prestación de servicios y la movilización de la participación comunitaria;

- b) se asoció con el Fondo Mundial para fortalecer la capacidad de los países en materia de compras y gestión de la cadena de suministro, a fin de reducir los desabastecimientos de medicamentos antirretrovirales y productos sanitarios conexos, y establecer una nueva plataforma regional destinada a vigilar los antirretrovirales y administrada por el Fondo Estratégico de la OPS;
- c) colaboró con los CDC de los Estados Unidos para ayudar a los países a que analicen y revisen los algoritmos de las pruebas de la sífilis e introduzcan las pruebas en el lugar de atención;
- d) concibió un módulo de capacitación sobre la integración de la perspectiva de género y los derechos humanos en los servicios de atención del VIH y de salud sexual y reproductiva, dirigido a los prestadores de atención de salud; y
- e) colaboró con la Comisión de Salud de la Asamblea Nacional de Nicaragua y facilitó asesoramiento técnico para celebrar una consulta nacional que contribuyó a que la Asamblea aprobara una nueva ley que garantiza los derechos de las personas con infección por el VIH.

Mejoramiento del tratamiento y la atención de la infección por el VIH: la iniciativa Tratamiento 2.0

La optimización del tratamiento antirretroviral en el marco de la iniciativa Tratamiento 2.0 se basa en los principios del uso racional de los medicamentos antirretrovirales; la simplificación y normalización de los regímenes antirretrovirales en los distintos grupos de población; la revisión de las directrices nacionales conforme a la evidencia y las recomendaciones mundiales de la OMS más recientes; la innovación en la selección de medicamentos; y la administración de dosis fijas de combinaciones medicamentosas para fomentar el cumplimiento del tratamiento de por vida. El aumento del acceso a los antirretrovirales genéricos y de su uso ha disminuido los costos del tratamiento, permitiendo a los países ampliar los programas de tratamiento antirretroviral en respuesta a los criterios de selección más generales recomendados por la OMS en el 2013 y, posteriormente, adoptar el enfoque de “tratar a todos” recomendado en el 2016, es decir, suministrar tratamiento antirretroviral a todas las personas infectadas por el VIH.

La Oficina organizó consultas subregionales para preparar la puesta en práctica de la plataforma de la iniciativa Tratamiento 2.0, a las que siguieron misiones en 12 países.³¹ Las misiones permitieron aunar las perspectivas técnicas, programáticas y financieras, y aplicaron una estrategia estructurada para determinar y superar los obstáculos a la ampliación y la sostenibilidad de los programas de tratamiento antirretroviral. Los equipos de misión estuvieron integrados por personal de la Oficina (expertos en VIH, tuberculosis, medicamentos y tecnologías, y sistemas de salud y del Fondo Estratégico de la OPS); el ONUSIDA y otros organismos de las Naciones Unidas; el Fondo Mundial; asociados bilaterales como los CDC de los Estados Unidos, el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR) y la USAID; y la sociedad civil. Guiadas por los programas nacionales de lucha contra el sida, las misiones cooperaron con los programas nacionales de lucha contra la tuberculosis; la seguridad social; las oficinas de compras, planificación y finanzas; los organismos regulatorios; la comunidad

³¹ Argentina, Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

académica y otros representantes de la sociedad civil; las organizaciones profesionales; y el sector privado.

Los resultados de estas misiones incluyeron directrices para el tratamiento actualizadas y acordes con las recomendaciones de la OMS; uso optimizado de los planes del tratamiento antirretroviral para reducir el número de pautas terapéuticas; uso cada vez mayor de combinaciones medicamentosas en dosis fijas para cambiar a los pacientes a las nuevas pautas terapéuticas recomendadas; aumento considerable del uso del Fondo Estratégico de la OPS para las compras de antirretrovirales y otros productos básicos; y mayor participación de la sociedad civil y las organizaciones de pacientes.

La puesta en práctica de la iniciativa Tratamiento 2.0 representa un enfoque innovador y participativo de la colaboración y el trabajo con un grupo mayor de interesados directos multisectoriales, y ha aumentado el liderazgo y la visibilidad de la OPS. Actualmente se reconoce a la Organización como un asociado fundamental en el ámbito de la cooperación técnica para velar por que los países apliquen una estrategia actualizada a la prevención y el control de la infección por el VIH, en especial cuando preparan nuevas propuestas para presentarlas al Fondo Mundial.

174. Durante el período en análisis, Barbados y cinco países clave de la OPS — Guatemala, Guyana, Nicaragua, Paraguay y Suriname— solicitaron a la Oficina que realizara misiones técnicas conjuntas o evaluaciones para examinar su respuesta nacional frente a la infección por el VIH, incluidos los principios sobre la atención y el tratamiento establecidos en la iniciativa Tratamiento 2.0. Los países también pidieron que se llevara a cabo una evaluación exhaustiva de la respuesta de sus sistemas de salud frente a la infección por el VIH y las ITS, y se formularan recomendaciones al respecto. Estas misiones y evaluaciones conjuntas fueron fundamentales para ayudar a los países a afrontar las dificultades financieras y técnicas que supone impulsar el acceso universal a los servicios relacionados con la infección por el VIH, promover la innovación y mejorar la calidad, la eficiencia, la eficacia y la sostenibilidad de los programas de prevención, atención y tratamiento de esta infección. Desde mediados del 2017, Argentina, Barbados, Brasil, Canadá, Estados Unidos, México, Panamá, Paraguay y Perú examinaron y adaptaron sus directrices a la nueva recomendación de la OMS de “tratar a todos”. Bahamas, Bolivia, Haití, Jamaica, Suriname y Trinidad y Tabago prevén adoptar esta recomendación en el 2017.

175. Bajo la dirección de la Oficina y el ONUSIDA, en el 2015 los Estados Miembros se comprometieron a lograr ambiciosas metas de prevención de la infección por el VIH para el 2030, con algunos hitos intermedios previstos para el 2020. Desde diciembre del 2016 se han realizado evaluaciones de país que han incluido el análisis de los datos nacionales, la elaboración de notas descriptivas de país y actos presenciales para celebrar el “día nacional de la prevención de la infección por el VIH” en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay. También se han celebrado reuniones sobre la prevención de la infección por el VIH en Brasil, Costa Rica, Panamá, República Dominicana y Trinidad y Tabago. Este proceso, que ha permitido intercambiar las mejores prácticas y acelerar el examen de las estrategias y políticas nacionales en el ámbito de la prevención de la infección por el VIH, dará lugar a una publicación regional

sobre la prevención de esta infección en América Latina y el Caribe que se ofrecerá como herramienta a los encargados de formular las políticas y a los planificadores de los programas.

176. En el 2016, el 55.º Consejo Directivo de la OPS aprobó el nuevo *Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021* (documento [CD55/14](#)), en el que se aprovechan los logros del plan de acción regional anterior para el período 2006-2015 y de la estrategia y plan de acción del 2010 para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis. En el plan para el período 2016-2021 se insta a los Estados Miembros a que aumenten y optimicen su inversión en la respuesta frente a la infección por el VIH y las ITS, y se establecen medidas para acabar con el sida y las ITS como problemas de salud pública en la Región de las Américas para el 2030. A fines del 2016, 19 países y territorios³² habían elaborado estrategias nacionales que mostraban consonancia entre las metas nacionales y regionales y, a mediados del 2017, los países estaban en el proceso de actualizar las estrategias que se aproximan a su fecha de terminación, utilizando como modelo los documentos de orientación de la OMS, el ONUSIDA y la OPS.

Tuberculosis

177. En el 2013 la Región de las Américas ya había logrado y superado las metas mundiales de la Alianza Alto a la Tuberculosis, a saber, reducir los casos de tuberculosis y las muertes por esta enfermedad en un 50% para el 2015. En el 2015 se registraron unos 268.200 casos nuevos de tuberculosis en la Región, es decir, 27 casos por 100.000 habitantes. Sin embargo, la tuberculosis multirresistente y la coinfección por el bacilo de la tuberculosis y el VIH siguen siendo retos importantes para la Región. La tuberculosis afecta principalmente a las poblaciones más pobres y los datos nacionales procedentes de varios países indican que la enfermedad se concentra en las grandes ciudades, donde la urbanización acelerada ha creado barrios pobres cuyos residentes son sumamente vulnerables a la enfermedad.

178. Durante el período en análisis, varios países ejecutaron programas de alcance nacional para el tratamiento de casos de tuberculosis multirresistente recomendado por la OPS, introdujeron tecnologías nuevas para el diagnóstico de la tuberculosis (GeneXpert y ensayos con sondas en línea) y adoptaron estrategias especiales para el control de la enfermedad en las poblaciones indígenas. Suriname adoptó un nuevo plan estratégico nacional para el control de la tuberculosis; y en El Salvador se estableció un centro regional de excelencia sobre tuberculosis para capacitar a los nuevos funcionarios de los programas de lucha contra la tuberculosis en la ejecución de la estrategia Alto a la Tuberculosis.

³² Anguila, Antigua y Barbuda, Belice, Brasil, Costa Rica, Cuba, Dominica, El Salvador, Guyana, Haití, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, y Suriname.

179. En colaboración con la USAID, la OPS elaboró un marco innovador para el control de la tuberculosis en las grandes ciudades que procura incluir a las autoridades nacionales y locales en la lucha contra la enfermedad. La iniciativa incorpora los enfoques intersectoriales y de toda la sociedad, la atención a los determinantes sociales de la salud y la protección social de las personas que padecen tuberculosis y de sus familias. En el 2014 se puso a prueba en tres ciudades: Bogotá (Colombia), Guarulhos (Brasil) y Lima (Perú). Las intervenciones incluyeron la participación de diversos prestadores de servicios de salud en las actividades de lucha contra la tuberculosis, la incorporación de otros actores sociales en las actividades de control y la integración con otros programas en el nivel de atención primaria. En el 2016 otras cuatro ciudades se unieron a la iniciativa: Ciudad de Guatemala (Guatemala), Tijuana (México), Asunción (Paraguay) y Montevideo (Uruguay); y otras tres ciudades están en proceso hacerlo, a saber, San José (Costa Rica), Santiago (Chile) y Guayaquil (Ecuador). La iniciativa ha generado un fuerte compromiso político y participación activa por parte de las autoridades de diferentes sectores, la sociedad civil y el sector privado. Este compromiso se ha traducido, por primera vez, en asignaciones presupuestarias de fondos municipales para el control de la tuberculosis, lo que promueve los resultados exitosos y la sostenibilidad.

180. La Oficina coordinó las evaluaciones para determinar los progresos realizados en la eliminación de la tuberculosis en los países miembros de la Organización de Estados del Caribe Oriental (OECS), con el apoyo del Comité Luz Verde Regional del Fondo Mundial. Además coordinó una reunión de los directores de los programas nacionales de lucha contra la tuberculosis y la infección por el VIH para examinar los resultados de las evaluaciones y definir las maneras de impulsar la eliminación de la tuberculosis en sus países. La Oficina también prestó cooperación técnica para crear una iniciativa regional encaminada a fortalecer las redes de laboratorios para la tuberculosis en 20 Estados Miembros y mejorar la capacidad de tres laboratorios de la red de laboratorios de referencia supranacionales para la tuberculosis en la Región, ubicados en la Argentina, Chile y México. Esta iniciativa cuenta con el financiamiento del Fondo Mundial y el Organismo Andino de Salud del Convenio Hipólito Unzué es el principal beneficiario de la subvención regional de tres años, que terminará en diciembre del 2019; la OPS es subadjudicataria mediante un acuerdo firmado en marzo del 2017.

Hepatitis virales

181. La falta de información estratégica sólida sobre las hepatitis virales en la Región ha impedido entender cabalmente la carga que suponen y establecer una respuesta de salud pública. En el 2013, la OPS incluyó a las hepatitis virales en un área de trabajo a cargo de una unidad recién establecida dedicada a la infección por el VIH, las ITS, la tuberculosis y las hepatitis virales. En el 2015, el 54.º Consejo Directivo aprobó el *Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales* (documento [CD54/13, Rev. 1](#)), que se basa en el marco regional vigente para combatir las hepatitis virales en la Región de las Américas y lo amplía. Sus líneas estratégicas de acción son las siguientes: promover una respuesta integrada amplia; fomentar el acceso equitativo a la atención preventiva; fomentar el acceso equitativo a la atención clínica; fortalecer la información

estratégica; y fortalecer la capacidad en materia de laboratorios para apoyar el diagnóstico, la vigilancia y el suministro de sangre segura.

182. Con la finalidad de apoyar la ejecución del plan regional de acción y subsanar la escasez de datos e información, la OPS organizó en el 2015 una consulta técnica sobre la información, la vigilancia y el seguimiento estratégicos relacionados con las hepatitis virales. Esa consulta dio lugar a la publicación de un marco de seguimiento de las hepatitis B y C, incluida una lista de los indicadores y las definiciones que se recomienda utilizar al establecer los sistemas a nivel de país. En el 2016 la OPS organizó dos consultas subregionales sobre información estratégica, la primera con Cuba y los países sudamericanos y la segunda con los países centroamericanos y la República Dominicana. En estos encuentros subregionales se evaluaron y revisaron las normas y prácticas para preparar respuestas de salud pública frente a las hepatitis virales, con un gran hincapié en la información estratégica y los sistemas pertinentes.

183. La OPS también preparó un protocolo de análisis de grandes volúmenes de datos que permite a los países recopilar datos e información que es posible que estén disponibles, pero que se encuentran muy dispersos en todo el sistema de salud. Estos datos se utilizan para elaborar informes de referencia en los que se destacan las deficiencias y los obstáculos en los sistemas de información de salud y para sustentar la preparación de las respuestas de salud pública. Desde mediados del 2017, Argentina, Brasil, Chile, Colombia, El Salvador, Panamá, Paraguay y Perú publican informes basados en este protocolo, y Guatemala, Honduras, Haití y Jamaica están en proceso de recopilar y analizar los datos. Veintiún países han establecido una estructura orgánica dentro de sus ministerios de salud para coordinar la respuesta a las hepatitis virales, y 15 han ultimado una estrategia o plan nacional para su prevención y control. En el 2016, la OPS publicó el documento *La hepatitis B y C bajo la lupa*, que fue el primer informe sobre las hepatitis virales B y C en la Región de las Américas. Ofrece un panorama de las epidemias de las hepatitis virales en la Región y de la respuesta del sector de la salud, además de evaluar los progresos hacia el logro de las metas del plan de acción regional para su prevención y control.

184. El Fondo Estratégico de la OPS prestó apoyo a los países en su respuesta frente a las hepatitis virales mediante la negociación de precios más bajos para los antivirales nuevos y de acción directa, que tienen un precio mayor pero permiten lograr tasas de curación superiores al 90% en el caso de la hepatitis C crónica. En el 2017, Colombia se convirtió en el primer país en emprender el proceso de compra de antivirales de acción directa mediante el Fondo Estratégico.

185. En noviembre del 2017, Brasil acogerá la segunda Cumbre Mundial sobre Hepatitis, en São Paulo. La Cumbre es un evento mundial de alto nivel coorganizado por la OMS y la Alianza Mundial contra la Hepatitis con el objetivo de impulsar el programa de salud pública contra las hepatitis. La OPS participa en los preparativos del encuentro, que se espera aumente la respuesta frente a la epidemias de las hepatitis mediante un mayor compromiso político y mejores alianzas con la sociedad civil —incluidas la comunidad académica y las asociaciones de profesionales— y las instituciones de salud

pública. Se espera que la importante sinergia con los programas de lucha contra la infección por el VIH ofrezca una plataforma apropiada para desplegar la respuesta de salud pública.

Avances en la prevención y el control la malaria y las enfermedades infecciosas desatendidas

El trabajo para alcanzar la eliminación de la malaria

186. Aunque la malaria sigue siendo endémica en 21 Estados Miembros de la OPS, varios países alcanzaron la meta del sexto ODM de reducir la incidencia de la malaria y las defunciones por esa enfermedad, al lograr una disminución de los casos superior a 62% y una reducción de las defunciones de 61% durante el período 2000-2015. A pesar de ello, en el 2015 se notificaron un mayor número de casos en siete países (Colombia, República Dominicana, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Perú y Venezuela), que los llevaron a actualizar sus planes estratégicos de lucha contra la malaria, fortalecer sus sistemas de vigilancia y mejorar su capacidad de respuesta rápida.

187. La Oficina se unió oficialmente al Consorcio para la Eliminación de la Malaria en Haití, establecido en febrero del 2015 con una subvención de la Fundación Bill y Melinda Gates para apoyar la eliminación de la enfermedad en la isla La Española. El Consorcio está integrado por los CDC de los Estados Unidos (organismo principal), la OPS, el Centro Carter, la Iniciativa Clinton de Acceso a la Salud, la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y el Center for Applied Malaria Research and Evaluation de la Universidad de Tulane. La labor del Consorcio ayudará a alcanzar las metas de la iniciativa de eliminación de la malaria y del plan binacional de Haití y la República Dominicana para eliminar la malaria y la filariasis linfática en La Española a más tardar en el 2020.

188. El Escudo Guayanés, que incluye a la zona septentrional de Brasil, una pequeña zona de Colombia oriental, la Guayana Francesa, Guyana, Suriname y los estados venezolanos de Bolívar y Amazonas, es conocido por sus reservas de oro. La minería es una importante fuente de empleo que fomenta desplazamientos transfronterizos en zonas propicias a la transmisión de la malaria y con acceso limitado a los servicios de salud. Los países que conforman el Escudo Guayanés mejoraron la coordinación transfronteriza de sus métodos de lucha contra la malaria, y, como consecuencia del aumento de la incidencia de la enfermedad en Guyana y Venezuela, la OPS promovió un marco estratégico que destaca el riesgo de aparición y propagación de la resistencia a los antimaláricos en esta zona y apoya la eliminación de la malaria por *P. falciparum*. En la Guayana Francesa, la OPS también colaboró estrechamente con el Instituto Pasteur, que fue designado centro colaborador de la OMS para el control, la eliminación y la erradicación de la malaria.

189. Los Estados Miembros adoptaron oficialmente el *Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016-2020* (documento [CD55/13](#)) en el 55.º Consejo Directivo de la OPS, celebrado en septiembre del 2016. A mediados del 2017, 20 de los 21 países

de la Región donde la malaria es endémica habían manifestado su compromiso de eliminar la enfermedad y 14 habían elaborado planes nacionales de eliminación u hojas de ruta. El proceso de certificación de la eliminación de la malaria empezó en el 2015 en Argentina y un año después en Paraguay. Otros seis países —Belice, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México y Suriname— figuran entre los 21 países del mundo con posibilidades de alcanzar la meta de cero casos autóctonos de malaria para el 2020.

190. Desde el 2007 la OPS ha celebrado el Día del Paludismo en las Américas en noviembre de cada año, con la finalidad de fomentar la concientización, reconocer las campañas pasadas y presentes, aumentar el compromiso y adoptar medidas encaminadas a la eliminación de la enfermedad. La Organización también ha reconocido y promovido las mejores prácticas de lucha contra la malaria mediante el concurso Campeones contra el Paludismo en las Américas, que se lleva a cabo en coordinación con la Fundación de las Naciones Unidas, el instituto Milken de salud pública de la Universidad George Washington, el centro para programas de comunicación de la Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins y el consorcio para la salud mundial en el colegio Stampel de salud pública y trabajo social de la Universidad Internacional de Florida. Los ganadores y finalistas del concurso se anuncian en ocasión del Día del Paludismo en las Américas, destacándose sus innovaciones de alcance nacional.³³ Entre los países premiados han figurado Brasil, Colombia y la República Dominicana (2013); la República Dominicana, Guatemala y Honduras (2014); Brasil y Honduras (2015); y Costa Rica, El Salvador y Suriname (2016).

191. A pesar de los muchos adelantos, la transmisión de la malaria aumentó en unos cuantos países durante el 2016, particularmente en Colombia, Ecuador, Nicaragua y Venezuela. El aumento obedeció principalmente a las condiciones ambientales, sociales, políticas y económicas de las zonas afectadas, y confirma la fragilidad de los logros. Las campañas de eliminación de la malaria afrontan dificultades relacionadas con la capacidad de llegar a las poblaciones itinerantes, a las comunidades fronterizas y a otros grupos vulnerables; los efectos de las emergencias, los desastres y las epidemias; y cuestiones relativas a la escasez de medicamentos y la gestión de la cadena de suministro.

Mobilización de recursos del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria

192. Una esfera fundamental de la cooperación técnica de la OPS con los Estados Miembros en materia de prevención y control de las enfermedades infecciosas es la movilización de recursos del Fondo Mundial. Para el ciclo de financiamiento correspondiente al período 2014-2016, se presentaron al Fondo Mundial 37 solicitudes de financiamiento procedentes de la Región de las Américas y todas fueron aprobadas. Este financiamiento suministró US\$ 626 millones en nuevos recursos para que la Región combata la infección por el VIH, la tuberculosis y la malaria. El financiamiento

³³ Se puede consultar información sobre el concurso Campeones contra el Paludismo en: <http://www.paho.org/campeonesmalaria/?lang=es>.

contribuyó, entre otras intervenciones, al despliegue de campañas en tres de países clave de la OPS, a saber: Haití, donde la elevada prevalencia de la tuberculosis y la infección por el VIH disminuyó; Honduras, donde el número de casos de malaria transmitidos localmente disminuyó y se alcanzó la meta de cero casos de malaria por *P. falciparum* en el 2017; y Suriname, donde el diagnóstico, el tratamiento y la vigilancia de la malaria se mejoraron y ampliaron, en especial en las zonas mineras. En abril del 2017 seis países presentaron otras siete propuestas al Fondo Mundial a fin de hacer frente a dificultades concretas relacionadas con la infección por el VIH (Cuba, Guyana, Nicaragua y Paraguay), la infección por el VIH y la tuberculosis (Haití) y la malaria (Haití y Honduras).

193. La cooperación técnica de la OPS permitió abordar la evaluación epidemiológica, el examen de los programas de país, el análisis de las deficiencias programáticas y financieras, y la elaboración de planes nacionales estratégicos, junto con el apoyo constante a la fase de ejecución de estas propuestas sobre la base de las necesidades específicas de cada país. La Oficina desempeñó la importante función de coordinar a los interesados directos y comprobar la validez técnica de la concepción y propuesta definitiva para la Iniciativa de Eliminación de la Malaria en Mesoamérica y la Isla La Española. En el marco de esta iniciativa regional respaldada por el Fondo Mundial, Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana —cuatro de ellos países clave de la OPS— se beneficiaron de capital generador de inversiones para acelerar la eliminación de la malaria. La Oficina organizó una segunda ronda de misiones de verificación de datos relacionados con la malaria en los nueve países participantes y observó un mejoramiento general de la calidad de los sistemas de vigilancia en la mayoría de ellos; en el 2016 se aprobó otra subvención para esta iniciativa.

194. En el marco de la *Estrategia del Fondo Mundial 2017-2022: invertir para poner fin a las epidemias*, los 17 países de América Latina y el Caribe que reúnan los requisitos necesarios podrán acceder a financiamiento nuevo por un total de US\$ 303,3 millones durante el período comprendido entre el 2017 y el 2019. Sin embargo, 8 países —Belice, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Panamá, Paraguay, República Dominicana y Suriname— dejarán de cumplir los requisitos para recibir financiamiento del Fondo Mundial durante el mismo período. La cooperación técnica de la OPS contribuirá a localizar y movilizar otros recursos para mantener los logros en estos países.

Eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas

195. Durante el período en análisis, varios países pusieron en marcha nuevos planes de acción e intervenciones nacionales para el control y la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas.

- a) Haití proporcionó tratamiento a casi 8 millones de personas afectadas por la filariasis linfática, que representaron cerca de 60% de la población total en riesgo de contraer esta enfermedad en la Región de las Américas. A fines del 2016, 46 comunas (3,1 millones de habitantes) de ese país satisficieron los criterios para

- suspender la administración masiva de medicamentos y entraron en la fase de vigilancia para la eliminación.
- b) En el 2016, Brasil y la República Dominicana también habían interrumpido la transmisión de la filariasis linfática en la mayoría de las zonas endémicas iniciales, y solo uno de varios focos permanecía activo en ambos países.
 - c) En julio del 2017, una misión de la OPS en Guyana comprobó que se habían realizado progresos importantes hacia la eliminación de la filariasis linfática y formuló recomendaciones para acelerar las actividades en curso.
 - d) Colombia puso en marcha una nueva campaña para ofrecer corrección quirúrgica de la triquiiasis tracomatosa (pestaña encarnada inducida por tracoma), así como prevenir la ceguera y acelerar la eliminación del tracoma. En el 2015 y el 2016 se descubrieron otros focos de transmisión en las poblaciones indígenas de la zona amazónica y mediante la cooperación técnica de la OPS se ha aplicado la estrategia SAFE (operación quirúrgica, administración de antibióticos, higiene facial y mejoras ambientales).

196. Varios países elaboraron planes de acción para el control de las infecciones causadas por geohelminetos; Honduras y Paraguay, dos países clave de la OPS, realizaron campañas antihelmínticas masivas, mientras que Brasil puso en marcha una campaña dirigida a los niños en edad escolar para tratar las infecciones geohelmínticas, detectar y tratar los signos tempranos de la lepra y detectar el tracoma entre los niños de alto riesgo. En el 2014, 8,7 millones de niños en edad preescolar (67% de la población en riesgo) recibieron tratamiento para infecciones geohelmínticas en 9 países, y 27,2 millones de niños en edad escolar (81% de la población en riesgo) fueron desparasitados en 12 países. Diez reciben periódicamente donaciones de medicamentos antihelmínticos de la OMS, con el apoyo de la OPS, que también prestó cooperación técnica para documentar la eliminación de la esquistosomiasis en algunos países del Caribe.

197. La OPS combinó sus conocimientos especializados sobre enfermedades infecciosas desatendidas y prevenibles mediante vacunación para prestar apoyo a la integración de las actividades de eliminación de geohelminetos y de inmunización durante la Semana de Vacunación en las Américas 2014. Como resultado de ello, Honduras ejecutó su primera campaña nacional para desparasitar y vacunar a los niños, y Nicaragua integró un nuevo componente para el monitoreo rápido de la cobertura a su campaña actual de vacunación y desparasitación dirigida a los menores de 5 años de edad. El plan del PAI de Suriname para el período 2017-2021 incluye el control de las infecciones geohelmínticas y, en el marco del proyecto de sistemas de salud integrados en América Latina y el Caribe (2016-2019), se realizarán actividades relacionadas en paralelo con el programa de vacunación. Este proyecto es el resultado de una alianza de cooperación entre la OPS y el Ministerio de Asuntos Exteriores, Comercio y Desarrollo de Canadá.

198. El número de casos de rabia humana ha ido en disminución desde 1983, año en que se estableció el programa regional de eliminación de la rabia transmitida por el perro. Durante el período en análisis, la cooperación técnica de la OPS contribuyó al fortalecimiento de los laboratorios de diagnóstico de la rabia en Brasil, Chile, Colombia,

Ecuador, Haití, Perú y la República Dominicana mediante capacitación y el establecimiento de una nueva red de laboratorios de diagnóstico de la rabia. La Oficina también cooperó con la República Dominicana y Haití para actualizar sus programas de control de la rabia transmitida por el perro. En el 2016 se notificaron 12 casos de rabia humana transmitida por el perro en tres países de América Latina y el Caribe (Bolivia, Guatemala y Haití).

199. La cooperación técnica de la OPS también contribuyó a mejorar la capacidad de controlar la rabia en virtud de los acuerdos alcanzados en varios actos importantes, a saber: una reunión de directores de los programas nacionales de control de la rabia en la Región de las Américas; un taller sobre la vigilancia, la prevención y el control de la rabia en el que participaron los países centroamericanos; y la puesta en marcha del plan de control de la rabia en la subregión andina, que da prioridad a Bolivia, un país clave de la OPS. Gracias a la cooperación técnica prestada por el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) de la OPS, en 18 países se reforzó la vigilancia, la prevención y el control de la rabia tanto en seres humanos como en animales.³⁴ La cooperación técnica de la OPS contribuye actualmente a fortalecer las campañas nacionales de vacunación masiva de perros en El Salvador, Guatemala y Nicaragua. En Haití, el acceso al tratamiento profiláctico tras la exposición ha mejorado mediante la capacitación del personal de salud, el suministro de directrices para el tratamiento y las donaciones de vacunas antirrábicas para el ser humano procedentes de Brasil y Paraguay, como muestra de solidaridad y panamericanismo.

200. En el marco del 55.º Consejo Directivo de la OPS, celebrado en el 2016, los Estados Miembros respaldaron el *Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022* (documento [CD55/15](#)), que proporciona el marco general y el mandato político para las actividades encaminadas a controlar y prevenir las enfermedades infecciosas desatendidas en la Región durante ese período. Sin embargo, el escaso compromiso político para lograr las metas concretas de control y eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas ha sido una dificultad persistente en algunos países.

Intervención para la eliminación del cólera en La Española

201. En enero del 2010 un terremoto devastador asoló Haití y, 10 meses después, el país se vio afectado por una de las epidemias de cólera de mayor magnitud en la historia moderna. En La Española, la transmisión del cólera se ha frenado considerablemente desde las fases iniciales de la epidemia, pero Haití y la República Dominicana siguen luchando contra esta enfermedad. A principios del 2012, los presidentes de Haití y de la República Dominicana se comprometieron a emprender actividades conducentes a la eliminación del cólera en La Española. Con el apoyo técnico de la OPS, el UNICEF y los CDC de los Estados Unidos, los dos líderes hicieron un llamamiento a la acción para

³⁴ Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

eliminar el cólera en La Española. El Ministerio de Salud Pública y Población de Haití y la Dirección Nacional de Agua Potable y Saneamiento (DINEPA, por su sigla en francés), en colaboración con la OPS, el UNICEF y los CDC de los Estados Unidos, elaboraron el *Plan nacional para la eliminación del cólera en Haití 2013-2022*, que hace hincapié en cuatro esferas de acción: el agua potable y el saneamiento, la vigilancia epidemiológica, la promoción de la salud para el cambio de comportamientos y la atención en instituciones de salud de las personas infectadas. La cooperación técnica de la OPS, que desde un principio abordó el control y la eliminación del cólera, incluyó la colaboración directa entre las representaciones de la OPS/OMS en Haití y la República Dominicana, la movilización de recursos y la prestación de asistencia técnica adicional por conducto de la Coalición Regional sobre Agua y Saneamiento para Eliminar la Transmisión del Cólera en la Isla La Española, donde la Oficina actúa en calidad de secretaría. La OPS ha ayudado a caracterizar la dinámica del cólera en Haití mediante la mejora de las capacidades de vigilancia. El objetivo es fortalecer las intervenciones focalizadas, entre ellas, la administración de la vacuna anticolérica oral, la sensibilización de la población y las actividades relacionadas con el agua y el saneamiento.

Coalición Regional sobre Agua y Saneamiento para Eliminar la Transmisión del Cólera en la Isla La Española

En junio del 2012 la OPS, en asociación con el UNICEF, los CDC de los Estados Unidos, la AECID y la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS), fundaron la Coalición Regional sobre Agua y Saneamiento para Eliminar la Transmisión del Cólera en la Isla La Española.

La Coalición se fundó en el marco del 33.º Congreso de AIDIS, celebrado en Bahía (Brasil) como respuesta al llamamiento a la acción que los Gobiernos de Haití y la República Dominicana hicieron en el 2012 para exhortar a la comunidad internacional a movilizar recursos para hacer importantes inversiones en el ámbito del agua y el saneamiento, con miras a eliminar el cólera. Mediante la cooperación técnica prestada por la Coalición ambos países elaboraron planes de acción nacionales detallados para eliminar el cólera a más tardar en el 2022. El plan de Haití pide US\$ 2.200 millones en inversiones a lo largo de 10 años, incluidos US\$ 443,7 millones en los dos primeros años, mientras que el plan de la República Dominicana solicita US\$ 77 millones en inversiones en un período de 10 años, incluidos US\$ 33 millones en los dos primeros años.

Los casos de cólera notificados en Haití disminuyeron de un punto máximo de 340.311 en el 2011 a 58.809 en el 2013 y 41.421 en el 2016, lo que representa una disminución general de 87,8%. Gracias a las mejoras en la detección de la enfermedad y al tratamiento rápido, la tasa de letalidad disminuyó de 2,2% en el 2010, cuando comenzó la epidemia, a 1,1% en el 2016. El número de casos notificados mostró una tendencia similar en la República Dominicana, al pasar de 20.851 casos en el 2011 a 1.954 en el 2013 y 1.159 en el 2016. Sin embargo, en el 2011 y 2016 se registraron tasas de letalidad de 1,6% y 2,3%, respectivamente, lo que fue motivo de preocupación con respecto al tratamiento de las personas que padecen la enfermedad.

202. En el 2014, la OPS prestó cooperación técnica para el despliegue de una campaña de vacunación contra el cólera en seis comunas haitianas consideradas de alto riesgo y de una campaña de saneamiento total puesta en marcha en varias comunas por el Gobierno de Haití y el antiguo Secretario General de las Naciones Unidas, Ban Ki-Moon. La

Organización también se asoció con el UNICEF para convocar una reunión de expertos mundiales en cólera y funcionarios del Ministerio de Salud Pública y Población de Haití y de DINEPA. Los debates de carácter técnico permitieron concluir que cabe la posibilidad de eliminar el cólera en un plazo de 10 años y que es crucial aumentar las inversiones para ampliar la cobertura de agua y saneamiento en las zonas urbanas y rurales.

203. La Organización facilitó la transferencia tecnológica de un innovador sistema de vigilancia de la calidad del agua, llamado SIS-KLOR (sistema de vigilancia del cloro residual), de Haití a la República Dominicana y Colombia. Esta tecnología móvil de bajo costo utiliza mensajes de texto (SMS) para transmitir información en tiempo real que es recopilada por los equipos encargados de obtener y analizar las muestras de agua; puede usarse en zonas remotas y de acceso difícil. Se concibió como respuesta al terremoto de Haití del 2010, mediante alianzas entre la Oficina, DINEPA, el Ministerio de Educación Nacional y Formación Profesional, el UNICEF y diversas ONG.

Progresos en el ámbito de la interrelación entre sanidad animal y salud humana

204. En el 2016 se celebró en Paraguay la 17.^a Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSA 17), con el lema “Una salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible”. El nexo entre la sanidad animal y la salud pública en los diversos ecosistemas se refleja plenamente en el concepto de “Una salud”, que exige gobernanza intersectorial, interprogramática e interdisciplinaria de las iniciativas para promover y proteger la salud de las personas, los animales y el ambiente de una manera integrada. En la RIMSA 17 se analizaron cuestiones de salud pública veterinaria del campo de la inocuidad alimentaria, la erradicación de la fiebre aftosa en la Región de las Américas y la prevención y el control de zoonosis. También se aceptó la recomendación de adoptar el enfoque de “Una salud” en las cuestiones relativas a la interrelación entre la sanidad animal y la salud humana. Este enfoque es fundamental para la prevención y el control de las enfermedades, así como la mitigación y contención de la resistencia a los antimicrobianos.

205. El año 2016 marcó el hito de sanidad animal de cuatro años consecutivos en la Región de las Américas sin fiebre aftosa, una enfermedad pecuaria debilitante y a menudo mortal. En el 2015, Bolivia, Ecuador y Paraguay recibieron de la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) el reconocimiento oficial de país sin fiebre aftosa. Se les unió Perú, que lo obtuvo en el 2012, y se prevé que Brasil y Suriname lo reciban en el 2018. La ausencia continua de fiebre aftosa es prueba del éxito que ha tenido el Programa Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (PHEFA) en la Región. De todas maneras, el brote que sobrevino en Colombia en junio del 2017 demuestra el riesgo constante de circulación viral en la Región y la necesidad de fortalecer los programas nacionales de vacunación que se centran en las poblaciones bovinas en riesgo. PANAFTOSA elaboró, probó sobre el terreno y promovió las estrategias de vigilancia basadas en el riesgo encaminadas a aumentar el umbral de detección de la fiebre aftosa, garantizando al mismo tiempo el uso eficaz de los recursos. Las innovadoras estrategias

basadas en el riesgo, que también están dirigidas a la gripe, son herramientas importantes para que los países tomen decisiones de gestión de riesgos para la salud pública derivados de la interrelación entre la sanidad animal, la salud humana y el medioambiente. Dado que fortalecen la capacidad de los países de detectar y notificar con rapidez los riesgos para la salud pública, estas nuevas herramientas contribuyen también a la creación de capacidades básicas para aplicar el RSI.

206. PANAFTOSA produjo una vacuna contra la fiebre aftosa y estableció un banco de antígenos, a petición de la Comisión Sudamericana para la Lucha contra la Fiebre Aftosa (COSALFA). También trasladó el laboratorio de referencia de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la OIE para la fiebre aftosa al Laboratorio Nacional Agrícola del Brasil, ubicado en Minas Gerais. Con la finalidad de garantizar el apoyo continuo a la erradicación de la fiebre aftosa, incluida la coordinación del plan de acción del 2011-2020 del PHEFA, la OPS estableció un fondo fiduciario como mecanismo de financiamiento adicional. PANAFTOSA ha contribuido a mejorar la vigilancia, los preparativos y las respuestas frente a la gripe aviar hiperpatógena, la hidatidosis (equinocosis quística), las epizootias de los primates no humanos y los vectores de la fiebre amarilla en la Región.

207. Bolivia, Panamá, Perú, Uruguay y Venezuela fortalecieron su capacidad en materia de laboratorios de análisis de los microorganismos patógenos transmitidos por los alimentos. Además, se amplió un proyecto de cooperación Sur-Sur en el que participaron Brasil, Colombia y Cabo Verde, así como un proyecto de cooperación Norte-Sur entre Canadá y los países del Caribe, con la finalidad de incluir el fortalecimiento de la inocuidad de los alimentos y la formación de capacidad para evaluar los riesgos microbiológicos y químicos.

208. En el Caribe, la Oficina se coordinó con la Universidad de las Indias Occidentales, el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA) y la FAO para lanzar la serie de liderazgo sobre “Una salud”. Esta serie es un programa de formación de capacidad que promueve actividades intersectoriales que reúnen a profesionales de los sectores sanitario, agropecuario y ambiental. El programa se basa en la política de CARICOM de “Una salud”, formulada por la OPS y la FAO y ratificada por los ministros de salud de CARICOM y los ministros de medioambiente en el 2014 y el 2015, respectivamente. Esta serie de política y liderazgo aborda cuestiones de salud relativas a la interrelación entre la sanidad animal, la salud humana y el medioambiente, entre ellas, la inocuidad y seguridad de los alimentos, el turismo, las zoonosis, el suministro y la calidad del agua, y el cambio climático.

Contención de la resistencia a los antimicrobianos

209. La Región de las Américas ha sido pionera en hacer frente a la resistencia a los antimicrobianos desde la perspectiva de la salud pública. La cooperación técnica de la OPS ha consistido en fortalecer la vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos mediante laboratorios; fomentar el uso adecuado de los antimicrobianos; fortalecer las prácticas de control y prevención de las infecciones; promover la vigilancia integrada de

la resistencia a los antimicrobianos; y mejorar los procesos regulatorios. Con todo, en los últimos decenios la situación con respecto a la resistencia a los antimicrobianos ha empeorado debido al uso inapropiado de estos medicamentos en la medicina humana y veterinaria, a la falta de medidas de prevención y control de las infecciones relacionadas con la atención de salud, y a la falta de antimicrobianos nuevos. Ha quedado claro que será necesario trabajar más para incidir en la contención de la resistencia a los antimicrobianos y medir sus efectos.

210. En el 2015, la Oficina presentó al 54.º Consejo Directivo el *Plan de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos* (documento [CD54/12, Rev. 1](#)), que se basa en el plan de acción mundial de la OMS sobre la resistencia a los antimicrobianos (documentos [A68/20](#) y [A68/20 Corr.1](#)) aprobado por la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en el 2015, el trabajo realizado en la Región desde los años noventa, los aportes de los expertos dentro y fuera de la Organización, los resultados de la consulta y el diálogo intersectoriales, y las contribuciones de diversos ministerios de salud de la Región. El Consejo Directivo aprobó mediante la resolución [CD54.R15](#) este plan de acción e instó a los Estados Miembros a renovar su compromiso para elaborar y ejecutar planes nacionales de acción que aborden este problema, establecer sistemas eficaces de vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos, y promover el uso apropiado y responsable de los medicamentos antimicrobianos. En esa resolución también solicitó a la Oficina que consolidara y ampliara su colaboración con la FAO y la OIE para combatir la resistencia a los antimicrobianos, en consonancia con la iniciativa “Una salud”, y aplicara un enfoque multidisciplinario e intersectorial a su cooperación técnica con los Estados Miembros, teniendo en cuenta la promoción de la salud, los derechos humanos, la igualdad de género, el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

211. Todos los países de la Región cuentan con vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos, que se lleva a cabo en laboratorios. Además, Canadá y Estados Unidos están inscritos en el Sistema Mundial de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos administrado por la OMS, y Argentina, Brasil y Nicaragua están en proceso de inscribirse. En Barbados, Belice, Granada, San Vicente y las Granadinas y Suriname se han llevado a cabo evaluaciones de laboratorio para la detección y notificación de la resistencia a los antimicrobianos. Con el apoyo de Canadá se han ejecutado proyectos piloto sobre la vigilancia integrada de la resistencia a los antimicrobianos en Belice, Granada y Guyana.

212. La cooperación técnica de la OPS en materia de la resistencia a los antimicrobianos se centra en la elaboración de planes de acción nacionales que estén en consonancia con los planes mundiales y regionales, y que hagan hincapié en las actividades multisectoriales de los sectores sanitario y agropecuario, en el marco del enfoque de “Una salud”. En enero del 2017, la Oficina colaboró con el Consorcio Mundial de Salud de la Universidad Internacional de Florida para convocar en Washington, D.C., una consulta regional de expertos sobre el seguimiento y la evaluación de las intervenciones para contener la resistencia a los antimicrobianos. Los expertos examinaron las estrategias específicas de cada país para la vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos, y propusieron indicadores preliminares de resultados intermedios

para supervisar y evaluar la concientización, vigilancia y contención de la resistencia a los antimicrobianos, así como la investigación económicamente sostenible en la materia, de conformidad con el plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos elaborado por la OMS en el 2015.

6. REDUCCIÓN Y ELIMINACIÓN DE LA CARGA Y LAS REPERCUSIONES DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y SUS FACTORES DE RIESGO

213. Las enfermedades no transmisibles son la principal causa de enfermedad, discapacidad y muerte en la Región de las Américas. Representan 79% de todas las defunciones en la Región y 35% de esas defunciones son prematuras, es decir, suceden en personas de 30 a 69 años de edad. La cooperación técnica de la OPS facilitó las actividades de promoción por parte de los países del Caribe, que por mucho tiempo han reconocido la necesidad de abordar estas enfermedades. Este trabajo ayudó a llevar las ENT a la atención mundial y contribuir de forma importante a los eventos que dieron lugar en el 2011 a la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles y a la Declaración Política resultante.

214. En el 2012, la 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó la *Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles* (documento [CSP28/9, Rev.1](#)), en consonancia con la estrategia mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Tras la adopción por la OMS en el 2013 del *Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020*, la OPS puso en marcha su *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles* (documento [CD52/7, Rev.1](#)), que está adaptado a las necesidades de la Región y orienta la cooperación técnica de la Organización en esta esfera.

215. Al igual que los marcos mundiales, la estrategia y el plan de acción regionales de la OPS destacan las cuatro ENT que representan la mayor carga para la Región de las Américas, a saber, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas, así como sus cuatro factores de riesgo principales: el consumo de tabaco, la alimentación poco saludable, la inactividad física y el consumo nocivo de alcohol. Los marcos procuran dar mayor visibilidad a las ENT en los programas económicos y de desarrollo de los países, a fin de promover los enfoques de todo el gobierno, de la salud en todas las políticas y de toda la sociedad mediante una respuesta multisectorial a las ENT que incluya al gobierno, a la sociedad civil y al sector privado.

La lucha contra las ENT y sus factores de riesgo

Políticas, planes y programas

216. Durante el período en análisis, la cooperación técnica de la OPS contribuyó a lo siguiente:

- a) Formulación o revisión de las políticas, estrategias o planes nacionales multisectoriales sobre las ENT en Antigua y Barbuda, Belice, Costa Rica, Dominica, Ecuador, Guyana, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Saint Kitts y Nevis y Suriname.
- b) La integración de programas nuevos o mejorados para la atención de las ENT en los servicios nacionales de salud. En Dominica, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas y Suriname se pusieron en marcha programas para el manejo integrado de las enfermedades crónicas centrado en la atención primaria, mientras que en Colombia, Ecuador, Jamaica, México y Perú se elaboraron nuevos programas específicos para la prevención y el control del cáncer.
- c) El mejoramiento del autocuidado de las enfermedades crónicas mediante la creación del pasaporte de atención a las enfermedades crónicas, una libreta a cargo del paciente que fomenta el cumplimiento del tratamiento, el autocuidado y la prevención, además de facilitar la recopilación de datos sobre las ENT; la formación de capacidad en autocuidado de la diabetes mediante un curso en línea ofrecido por el Campus Virtual de Salud de la OPS; y la puesta en práctica del programa de autocuidado de las enfermedades crónicas, que consta de talleres comunitarios dirigidos por pares que preparan a las personas mayores para que controlen sus trastornos crónicos en coordinación con los equipos de atención de salud y sigan siendo miembros activos de la sociedad. La evidencia muestra que los participantes mejoran su estado de salud, su comportamiento con respecto a la salud y el autocuidado, y acuden menos a la sala de urgencias. Este modelo de atención de las enfermedades crónicas fue adaptado por CARICOM para atender mejor las necesidades de los países del Caribe y su puesta en práctica figura en las estrategias o planes de acción contra las ENT de varios países que integran esa comunidad. El programa de autocuidado de las enfermedades crónicas se ha desplegado en todos los países del Caribe oriental y se ha integrado bien en los servicios de salud de todos los niveles. La experiencia ha sido documentada y presentada a Brasil, Chile, Perú y Estados Unidos con la finalidad de promover la cooperación entre países.

217. La OPS puso en marcha el Consorcio SaltSmart y la Iniciativa del Cáncer en la Mujer, en el marco del Foro Panamericano de Acción sobre las Enfermedades No Transmisibles (PAFNCD):³⁵

- a) El Consorcio SaltSmart, que reúne a expertos en salud y nutrición del gobierno y a representantes de la sociedad civil (incluidas las universidades) y la industria, respaldó un plan plurianual para reducir a la mitad el consumo alimentario de sal en la Región de las Américas para el 2020. Este plan incluye campañas para aumentar la conciencia del público sobre la importancia de reducir la sal

³⁵ La OPS estableció el PAFNCD en el 2009 como plataforma abierta para ayudar a afrontar la epidemia de ENT en la Región de las Américas, facilitar un enfoque de toda la sociedad, y promover y contribuir a la aplicación de la estrategia regional para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

- alimentaria y medidas para reducir la sal en los productos procesados industrialmente. En el 2014, el Consorcio formuló una serie de principios y metas específicas para orientar los esfuerzos de la Región encaminados a reducir el contenido de sal en diversos alimentos. Antigua y Barbuda, Barbados y San Vicente y las Granadinas han estado ejecutando un proyecto de reducción de la sal que aplica una estrategia de mercadeo social dirigida a las madres jóvenes con niños en edad escolar. En el 2017 se proporcionó capacitación a equipos técnicos de Brasil, Costa Rica, Paraguay y Perú para emplear estrategias de mercadeo social encaminadas a reducir el consumo discrecional de sal.
- b) La Iniciativa del Cáncer en la Mujer es fruto de una asociación entre la OPS y destacadas organizaciones mundiales y regionales dedicadas a la prevención del cáncer. Está destinada a reducir los cánceres de mama y cervicouterino, que son los que más afectan a las mujeres de América Latina y el Caribe. Se emprendió en el 2013 y abarca tres años; sus actividades se han puesto en práctica a nivel regional y en países como Argentina, Bolivia, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Perú, Saint Kitts y Nevis, y San Vicente y las Granadinas. Esta iniciativa aborda la promoción de la causa y la comunicación; la formación de capacidad para la detección, el diagnóstico, el tratamiento y la atención; mayor acceso a los servicios y el tratamiento; mayor vacunación contra el VPH; y ampliación de los programas de investigación. La Oficina ha preparado un análisis y un informe sobre los progresos realizados en el ámbito de la prevención y el control del cáncer cervicouterino que se examinará en la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, en septiembre del 2017.

Innovaciones tecnológicas para el tamizaje del cáncer cervicouterino

El cáncer cervicouterino es prevenible en gran medida. La Oficina ha estado impulsando las pruebas de detección de VPH, una nueva técnica que permite mejorar la eficacia de los programas de tamizaje, así como las vacunas contra el VPH, con miras a prevenir este tipo de cáncer.

En el 2013, la OPS y la OMS publicaron nuevas directrices basadas en la evidencia sobre el tamizaje del cáncer cervicouterino, que incluyen las pruebas de detección de VPH como herramienta principal de tamizaje. Con la finalidad de difundir la nueva evidencia y analizar los cambios de política, la Oficina organizó diálogos de política de múltiples interesados directos en Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala y Nicaragua, que dieron lugar, con el apoyo de la Oficina, a la formulación y el despliegue de nuevas políticas y planes nacionales que apoyan los programas de tamizaje a base de pruebas de detección de VPH.

La Oficina también dirigió proyectos experimentales sobre las pruebas de detección de VPH en Chile, Saint Kitts y Nevis, y San Vicente y las Granadinas, y preparó una guía sobre la planificación, ejecución y evaluación de los programas de tamizaje que incorporan las pruebas de VPH, basándose en las experiencias adquiridas en los entornos de ingresos bajos y medianos.

La Oficina facilitó una serie de encuentros para intercambiar información científica y transmitir las experiencias de los países, entre ellos, una reunión regional con los interesados directos de 20 países y seis organizaciones internacionales, y un diálogo de los sectores público y privado con los fabricantes de las pruebas de VPH para examinar las posibilidades de hacerlas más

asequibles y accesibles. A raíz de ese diálogo, la Oficina estableció criterios y normas para seleccionar las pruebas de VPH y ha colaborado con el Programa OMS de Precalificación de Medicamentos para que las pruebas se incluyan en el Fondo Estratégico de la OPS y que, de ese modo, los Estados Miembros puedan adquirirlas a precios asequibles.

Legislación y reglamentación

218. Las iniciativas legislativas y reglamentarias desempeñan una función importante en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, en particular para hacer frente a los factores de riesgo de las ENT. Las medidas encaminadas a reducir la exposición al tabaco y el consumo de alimentos poco saludables y bebidas alcohólicas, y posibilitar la actividad física al hacer que lo más fácil sea elegir la opción saludable han demostrado ser muy costoeficaces para reducir las ENT. Las políticas fiscales, como aumentar los impuestos sobre los productos nocivos, pueden desalentar el consumo de estos productos y disminuir los costos de salud, generando al mismo tiempo ingresos que pueden destinarse a intervenciones de salud. Durante el período en análisis, la cooperación técnica de la OPS contribuyó a la formulación de varias iniciativas legislativas y reglamentarias en los países de la Región.

219. La OPS puso en práctica la Iniciativa REGULA, cuya finalidad es mejorar las capacidades de los países de elaborar y ejecutar las medidas legislativas, reglamentarias y fiscales para reducir los factores de riesgo de las ENT. Esta iniciativa aprovecha la cooperación técnica en curso para aplicar medidas eficaces encaminadas a frenar el consumo del tabaco y el consumo perjudicial de alcohol y fomentar la alimentación saludable y la actividad física. Incluye introducir o aumentar los impuestos sobre el tabaco, las bebidas alcohólicas y las bebidas azucaradas; incentivos de precios para los productos alimenticios saludables; etiquetado nutricional eficaz; advertencias sanitarias para el tabaco y los productos alimenticios; y restricciones al mercadeo de los productos nocivos, incluida una prohibición completa en el caso del tabaco. Como parte de su labor en el marco de esta iniciativa, la Oficina elaboró un documento técnico de referencia y convocó un grupo de expertos de Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Estados Unidos, México y Perú para que lo examinaran y propusieran líneas de acción para la cooperación técnica en este ámbito. El grupo determinó cuatro principales líneas de acción para la Oficina: *a)* la vigilancia continua de los factores de riesgo de las ENT y la evaluación de los procesos regulatorios; *b)* la creación de estructuras orgánicas, financiamiento y procesos para las entidades regulatorias; *c)* la adquisición de conocimientos técnicos especializados para controlar los riesgos de las ENT; y *d)* el fomento de la investigación sobre la eficacia de las medidas regulatorias para reducir los riesgos de las ENT y las mejores prácticas en ese ámbito. Mediante una subvención del Fondo de la OPEP para el Desarrollo Internacional, la iniciativa se centra actualmente en las actividades que se llevan a cabo en Bolivia, Guatemala y Honduras, que son tres países clave de la OPS.

Control del tabaco

220. Varios países siguieron avanzando para aplicar el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT):

- a) En el 2013, Suriname promulgó leyes estrictas sobre el control del tabaco que prohíben fumar productos de tabaco en todos los lugares públicos interiores y los centros de trabajo, establecen normas sobre el empaquetado y etiquetado de los cigarrillos y prohíben todas las formas de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.
- b) En el 2016, Colombia promulgó la Ley 1819, Reforma Tributaria, que modifica la Ley 223 de 1995 al aumentar los impuestos al tabaco de 659 pesos a 1.400 pesos por paquete de 20 unidades en el 2017 y a 2.100 pesos en el 2018. La nueva ley también introdujo un aumento progresivo del componente específico de los impuestos al tabaco, que a partir del 2019 se ajustarán al índice de precios al consumidor más cuatro puntos.
- c) En el 2016, el Ministerio de Economía y Finanzas del Perú aprobó mediante el Decreto Supremo N° 112-2016-EF un aumento de 157% al impuesto sobre el consumo de los productos de tabaco, es decir, de 0,07 a 0,18 soles peruanos por cigarrillo.
- d) En enero del 2017, Barbados aprobó una legislación para garantizar que los cigarrillos electrónicos estén sujetos a los mismos controles y advertencias sanitarias en el paquete que los cigarrillos normales.
- e) En junio del 2017, en la Asamblea Nacional de Guyana tuvo lugar la primera lectura de la ley de control del tabaco del 2017, encaminada a prevenir la exposición pasiva al humo de tabaco en los lugares públicos y a prohibir la publicidad de los productos de tabaco, incluidos los cigarrillos electrónicos.

221. Nicaragua y Uruguay se convirtieron en el 2013 y el 2014, respectivamente, en los primeros dos países del mundo en ratificar el nuevo *Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco*, elaborado por la OMS. En el 2015, Ecuador se convirtió en el tercer país, seguido de Panamá en el 2016 y Costa Rica en el 2017. En el protocolo, que complementa al CMCT pero también es un nuevo tratado en sí mismo, se establecen medidas para luchar contra el comercio ilícito del tabaco, las cuales incluyen autorizar, rastrear y detectar los productos de tabaco, así como vigilar y reglamentar su venta. El protocolo también promueve la cooperación internacional, incluida la extradición de los presuntos participantes en el comercio ilícito de tabaco. El Servicio Federal de Rentas Internas de Ecuador estableció un sistema de seguimiento y detección de los productos de tabaco (y las bebidas alcohólicas, incluida la cerveza), que ha estado en funcionamiento desde marzo del 2017. Mediante la Red Intersectorial Latinoamericana de Política Fiscal para el Control del Tabaco, Ecuador ha colaborado con otros países interesados en implantar sistemas similares como parte de la cooperación Sur-Sur.

222. La Oficina organizó talleres subregionales sobre el tabaco y el comercio en los que los funcionarios de los ministerios de salud y finanzas trabajaron juntos para establecer escenarios fiscales a fin de modificar las estructuras tributarias aplicadas a los productos de tabaco, con miras a alcanzar las metas tanto del ámbito de la salud como del fiscal. Los talleres organizados en América Central y del Sur dieron lugar a propuestas

para aumentar los impuestos sobre el tabaco en Colombia y Perú, y a la creación de redes subregionales para analizar la armonización tributaria y las estrategias para eliminar el comercio ilícito de los productos de tabaco.

223. En el 2017, Colombia y El Salvador fueron los únicos dos países de la Región de las Américas seleccionados para participar en el Proyecto CMCT 2030, de entre 15 países seleccionados a nivel mundial. La Secretaría del CMCT concibió ese proyecto con la finalidad de apoyar a las Partes en el CMCT que reúnen los requisitos para recibir asistencia oficial para el desarrollo. Se ejecutará desde abril del 2017 hasta marzo del 2021 y contribuirá al cumplimiento de los ODS al fomentar la ejecución del CMCT y apoyar su incorporación en los programas nacionales de salud y desarrollo.

Nutrición saludable, actividad física y prevención del sobrepeso y la obesidad

224. Trece países³⁶ aprobaron leyes o aplicaron políticas o reglamentaciones nacionales para fomentar la nutrición saludable y la actividad física, en conformidad con las directrices de la OPS/OMS. Las medidas incluyeron impuestos sobre las bebidas azucaradas, restricciones a la comercialización de los alimentos y las bebidas poco saludables dirigidas a los niños, suministro de comidas escolares saludables, y requisitos relativos al etiquetado de los productos procesados industrialmente, a fin de afrontar el problema cada vez mayor del sobrepeso y la obesidad tanto en los niños como en los adultos. Paraguay aprobó reglamentaciones nuevas para reducir el contenido de sal del pan producido industrialmente y Argentina aprobó una ley de reducción del consumo de sodio (Ley 26905), que entró en vigor en diciembre del 2014.

Impuestos sobre las bebidas azucaradas

México ocupa el primer lugar en el consumo per cápita de refrescos en el mundo y tiene una de las tasas más elevadas de defunción por diabetes. En respuesta a este problema, el país aprobó en el 2013 una nueva ley para gravar las bebidas azucaradas, como medida de salud pública para reducir la demanda. La ley estipula un impuesto de 1 peso por litro de bebida azucarada, tanto en presentación líquida como en polvo, y un impuesto de 8% a los productos procesados de alto contenido calórico (“comida chatarra”). También contempla nuevas restricciones a los anuncios publicitarios de productos alimenticios insalubres dirigidos a los niños, así como nuevos requisitos para el etiquetado de los alimentos.

Este logro pionero de México fue producto de los esfuerzos conjuntos del Ministerio de Finanzas, el Ministerio de Salud, el Congreso Federal, la comunidad académica, la sociedad civil y las organizaciones internacionales. La Oficina organizó tres foros especiales —uno económico, otro legislativo y un tercero para los medios informativos— a fin de apoyar la promulgación de la ley, en los que participaron expertos e instancias normativas internacionales. Además, la Oficina compiló evidencia, elaboró notas descriptivas sobre la aplicación de políticas fiscales para modificar pautas de consumo a favor de opciones más saludables, y facilitó el diálogo entre el Gobierno y la sociedad civil. Los ingresos que generen los nuevos impuestos se invertirán en

³⁶ Barbados, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, México, Paraguay, Perú y Uruguay.

suministrar agua potable a las escuelas de todo México.

En el 2014, la Oficina publicó el informe *Experiencia de México en el establecimiento de impuestos a las bebidas azucaradas como estrategia de salud pública*, que documenta las actividades de ese país y describe cómo los defensores de la iniciativa tributaria lograron vencer la oposición activa de la industria de bebidas gaseosas y de sus aliados. En el informe figuran los resultados preliminares del estudio realizado conjuntamente por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) de México y la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill (Estados Unidos) que encontró que las ventas de las bebidas gravadas disminuyeron un promedio de 6% durante el primer año de imposición del impuesto, en comparación con el año anterior. Otra evaluación indicó una disminución de 10% en el segundo año, esto es, un promedio de 8% en el período de dos años.

La experiencia de México ha servido de sustento en esfuerzos similares realizados por Barbados, Chile, Dominica y Ecuador, que gravaron las bebidas azucaradas entre el 2014 y 2016. A mediados del 2017, Jamaica prohibió que se incluyeran bebidas azucaradas en los almuerzos escolares proporcionados por el Gobierno, y Trinidad y Tabago prohibió el suministro o la venta de bebidas azucaradas en las escuelas públicas y en las subvencionadas por el Estado, así como en las zonas circundantes; además, ambos países están examinando la posibilidad de gravar con impuestos las bebidas azucaradas.

Consumo nocivo de alcohol

225. La Oficina reunió a expertos en publicidad y reglamentación del alcohol procedentes de América, Europa, Australia, India y Sudáfrica para que examinaran la evidencia sobre los efectos de la publicidad del alcohol, en particular en la población joven, y la eficacia de la reglamentación voluntaria, en contraposición con la obligatoria. Los expertos llegaron a la conclusión de que la publicidad y la promoción del alcohol deben ser reglamentadas, vigiladas y evaluadas por los gobiernos de forma independiente de la industria del alcohol, y que las prohibiciones integrales de la publicidad del alcohol son más eficaces. Instaron a la Oficina a que facilitara orientación a los Estados Miembros sobre la formulación y promulgación de leyes a este respecto. En el 2017, la Oficina publicó una nota técnica sobre la evidencia a favor de la reglamentación de la publicidad del alcohol y los elementos fundamentales para formular y aplicar leyes eficaces, incluida la aplicación de los principios y normas de derechos humanos para proteger a los niños y otros grupos vulnerables.

226. La Oficina emprendió cooperación técnica con Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Granada, Jamaica, Paraguay, Perú, Saint Kitts y Nevis y Suriname para formular o fortalecer políticas y planes nacionales en materia de alcohol, promoviendo las medidas orientadas a la población como base de las actividades nacionales relacionadas con el consumo de alcohol. Las intervenciones nacionales se complementaron con un taller subregional sobre la formulación de políticas en materia de alcohol y legislación relacionada con la salud, que tuvo lugar en Belice y estuvo dirigido a los países centroamericanos. Otra medida consistió en incluir el tema de la prevención del consumo nocivo de alcohol en los talleres subregionales de la Iniciativa REGULA,

que abordan las políticas fiscales y los argumentos a favor de las inversiones en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

Contrarrestar la resistencia de la industria

227. Tras la introducción de legislación y reglamentación, ha habido resistencia y rechazo por parte de los productores y abastecedores de los productos considerados nocivos para la salud. Sus esfuerzos han ido desde intentos por influir en el público y los funcionarios del gobierno hasta la interposición de demandas para impedir la aplicación de las medidas. A petición de los Estados Miembros, la Oficina no solo prestó apoyo sobre los aspectos técnicos de las leyes y reglamentaciones eficaces, sino también para contrarrestar las tácticas de la industria. Este apoyo consistió en lo siguiente:

- a) Chile: Colaboración entre la OPS/OMS y las oficinas de país de la FAO para contrarrestar los intentos de la industria por impedir la aplicación de la nueva reglamentación que exige colocar etiquetas de advertencia en la parte frontal de los paquetes de los productos procesados de alto contenido en azúcar, sal o grasas saturadas; y proveer argumentos para rebatir las afirmaciones de la industria del alcohol sobre los datos de la OPS/OMS del consumo de alcohol y los daños que provoca.
- b) Costa Rica: Provisión de argumentos al ministro de salud sobre los conflictos de intereses percibidos en relación con la participación de representantes de la industria del alcohol en una comisión encargada de examinar y aprobar la publicidad de bebidas alcohólicas. La propuesta de que la industria participara no prosperó porque se consideró inconstitucional.
- c) Ecuador: Presentación de una comunicación *amicus curiae*³⁷ para defender la reglamentación que exige colocar el etiquetado nutricional en la parte frontal del envasado de los productos procesados.
- d) Jamaica: Prestación de ayuda al ministerio de salud para defender las nuevas medidas de control de tabaco frente a la oposición de la industria; la ayuda incluyó la promoción a nivel ministerial y un estudio sobre el efecto del comercio de alcohol sobre el turismo y el impacto percibido de la tributación del alcohol. El estudio reveló que el turismo no se percibe como un obstáculo a la tributación del alcohol.
- e) Perú: Apoyo por escrito de la Directora al comité de salud del Congreso y al ministro de salud para defender la legislación sobre los alimentos saludables para los niños y los adolescentes; además, los expertos técnicos de la Oficina facilitaron evidencia para los debates sobre las nuevas reglamentaciones para aplicar la ley. La OPS también apoyó la provisión de pruebas periciales para

³⁷ Las comunicaciones *amicus curiae* son documentos legales mediante los cuales una persona, que no es una parte litigante pero tiene gran interés en el asunto en cuestión, facilita al tribunal información o argumentos adicionales pertinentes que quizá desee examinar.

- contrarrestar los argumentos de la industria del alcohol en relación con la legislación propuesta sobre las medidas fiscales relacionadas con el alcohol.
- f) Uruguay: Presentación en el Centro Internacional de Arreglo de Diferencias relativas a Inversiones (CIADI) del Banco Mundial de una comunicación *amicus curiae* que defendía la legislación sobre el control del tabaco a la que se oponía Philip Morris International. En un hito histórico, Uruguay ganó el juicio en julio del 2016.

Otras intervenciones para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles

228. En el 2014, los Estados Miembros de la OPS adoptaron el *Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia* (documento [CD53/9, Rev. 2](#)), que fue el primero en su tipo en adoptarse en alguna de las regiones de la OMS. Tiene por objeto detener la epidemia de la obesidad que está en rápido aumento en los niños, los adolescentes y los jóvenes de la Región de las Américas, y se dirige a los entornos cada vez más obesogénicos de la Región que surgen como consecuencia de la urbanización, la modernización, la mercadotecnia y el comercio mundiales. Estos fenómenos han aumentado tanto la disponibilidad como la asequibilidad de los alimentos y las bebidas de alto contenido calórico, bajo valor nutricional y ultraprocesados, a expensas de los alimentos integrales y frescos y, al mismo tiempo, han reducido las posibilidades de realizar actividad física. En el plan se proponen cinco líneas de acción estratégica para contrarrestar esas condiciones: *a)* atención primaria de salud y promoción de la lactancia materna y la alimentación saludable; *b)* mejoramiento del entorno con respecto a la nutrición y la actividad física en los establecimientos escolares; *c)* políticas fiscales y reglamentación de la publicidad, promoción y etiquetado de alimentos; *d)* otras medidas multisectoriales; y *e)* vigilancia, investigación y evaluación. Con la cooperación técnica de la OPS, varios países de la Región, particularmente los del Caribe, han elaborado estrategias y planes para prevenir la obesidad en la niñez. La Oficina colaboró también con la Coalición Caribe Saludable en la formulación de su plan de acción de la sociedad civil para la prevención de la obesidad en la niñez del Caribe.³⁸

229. La cooperación técnica de la OPS en el ámbito de la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles incluyó varias asociaciones y alianzas, entre ellas las siguientes:

- a) Colaboración con los CDC de los Estados Unidos y otros interesados directos para dirigir el Proyecto de Reducción de Riesgos de Enfermedades Cardiovasculares (conocido anteriormente como el proyecto de tratamiento estandarizado de la hipertensión) como parte de un esfuerzo innovador para concebir y ejecutar un marco para el tratamiento estandarizado de la hipertensión.

³⁸ La Coalición Caribe Saludable es una organización no gubernamental paraguas para las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en el Caribe; mantiene relaciones oficiales con la OPS.

La iniciativa, puesta en marcha en el 2013 en América Latina y el Caribe, consta de tres ejes fundamentales: *a)* determinar un grupo básico de medicamentos esenciales para tratar la hipertensión, *b)* aumentar la disponibilidad de esos medicamentos; y *c)* mejorar la atención de la hipertensión. La Oficina colaboró en la concepción del proyecto y forjó alianzas con los interesados directos y los ministerios de salud para promover su aplicación en Barbados, Chile, Colombia y Cuba. Los resultados de los 18 primeros meses de puesta a prueba del proyecto en Barbados incluyeron un mejor control de la hipertensión y mejores prácticas de prescripción. En el 2016, de entre los países que buscan integrar el enfoque en sus sistemas de prestación de servicios de salud y programas nacionales de lucha contra las ENT, Chile, Colombia y Cuba fueron los primeros en lograrlo. La Oficina concibió dos cursos virtuales encaminados a fortalecer la ejecución del enfoque en los países participantes. A mediados del 2017, 30.000 personas se habían inscrito en el curso de control de la hipertensión y 5.000 en el de prevención secundaria, puesto en marcha más recientemente y dirigido a los equipos de atención primaria. Las enseñanzas extraídas a partir de la ejecución del marco en la Región de las Américas ayudarán a facilitar su aplicación a escala mundial.

- b) Liderazgo en las actividades interinstitucionales a cargo del Grupo de Trabajo Interamericano sobre las Enfermedades No Transmisibles, que apoya la coordinación y colaboración entre los organismos en materia de enfoques multisectoriales para la prevención y el control de las ENT. Entre los miembros de este grupo de trabajo figuran la OEA, el BID, el Banco Mundial, el IICA y la CEPAL. Las actividades han abordado cuestiones como la tributación del tabaco, la economía de las ENT y las labores de promoción entre los ministros de desarrollo social.
- c) Asociación con la FAO en la Región para conservar, fortalecer o recuperar los sistemas alimentarios que promueven la salud y son sostenibles, con miras a acabar con todas las formas de desnutrición.

230. La Oficina fortaleció su labor en el ámbito de la economía de las enfermedades no transmisibles, los factores de riesgo y la salud mental con los objetivos de facilitar el diálogo intersectorial para comprender mejor los aspectos económicos de las cuestiones relacionadas con las ENT dentro y fuera del sector de la salud; potenciar la eficacia de las actividades de promoción encaminadas a conseguir más recursos para la prevención y el control de las ENT; y fomentar la coherencia de las políticas sobre las ENT y los factores de riesgo en todos los sectores. De conformidad con este marco, en el 2016 la Oficina reunió a investigadores del campo de la economía de las ENT de dentro y fuera de la Región para que determinaran las deficiencias, oportunidades y esferas prioritarias de las investigaciones futuras sobre economía orientada a las políticas para apoyar la adopción de medidas multisectoriales relacionadas con las ENT. En mayo del 2017, la Oficina convocó una reunión en Barbados con los representantes de los ministerios de salud y finanzas de 17 países y territorios del Caribe. Los participantes presentaron y analizaron la evidencia sobre la costoeficacia de la tributación del tabaco, el alcohol y las bebidas azucaradas como instrumento para combatir las ENT y facilitar el diálogo intersectorial y

la coherencia de las políticas. Entre los asociados internacionales que asistieron a la reunión estuvieron Bloomberg Philanthropies, CARICOM, CARPHA, académicos y otros representantes de la sociedad civil.

231. En el marco de su colaboración con la Escuela de Salud Pública T.H. Chan de la Universidad de Harvard, la Oficina aplicó el modelo EPIC de la OMS para estimar las repercusiones de las ENT sobre la producción económica consolidada. También aplicó el modelo EPIC-H Plus de Harvard, que cuantifica las repercusiones de las ENT sobre la producción consolidada mediante la reducción de la fuerza laboral (debido a la morbilidad y la mortalidad) y de capital resultante del mayor gasto en salud debido a las ENT y los trastornos mentales. La aplicación del modelo en Costa Rica, Jamaica y Perú permitió calcular que, si no se adoptan medidas, el PIB perdido entre el 2015 y el 2030 como consecuencia de las ENT equivaldría a 142% del PIB de Costa Rica en el 2013, a 105% del PIB de Jamaica en el 2013 y a 255% del PIB de Perú en el 2013. Estos resultados y otros obtenidos a partir de la colaboración se presentaron en el Foro Económico Mundial sobre América Latina, que tuvo lugar en Medellín (Colombia) en junio del 2016. La colaboración también incluyó la formulación de directrices para que los países de la Región realicen cálculos similares por su cuenta con el modelo EPIC-H Plus. Actualmente, se llevan a cabo estudios en Jamaica y Perú sobre los argumentos a favor de las inversiones en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, a fin de calcular la rentabilidad de invertir en un conjunto selecto de intervenciones contra esas enfermedades.

232. La Oficina contribuyó a mejorar la vigilancia de las ENT y sus factores de riesgo mediante la formulación de una serie de medidas técnicas destinadas a evaluar la capacidad nacional de vigilar las ENT y sus factores de riesgo; determinar las deficiencias del seguimiento; establecer prioridades; y realizar un seguimiento de los avances hacia el cumplimiento de los compromisos mundiales y regionales en materia de ENT. Las medidas se aplicaron en los países de la subregión andina en el 2015 y facilitaron información útil para la elaboración de planes destinados a mejorar la capacidad nacional de vigilancia de las ENT; su aplicación se ampliará a otras subregiones. La Oficina también continuó su cooperación técnica con los países para realizar encuestas de población encaminadas a fortalecer la vigilancia de las ENT y sus factores de riesgo, así como los trastornos de salud mental. En el 2016 puso a prueba dos nuevas tecnologías para recopilar datos mediante encuestas domiciliarias: tabletas con aplicaciones informáticas en web para la introducción de datos y dispositivos de mediciones bioquímicas que permiten hacer un seguimiento más exacto de las concentraciones de colesterol y glucosa en sangre. Ecuador fue el primer país de la Región en utilizar dispositivos móviles para ejecutar la encuesta STEPS de la OMS, incluso a nivel subnacional, y el proceso fue objeto de comentarios positivos por parte del Ministerio de Salud y de la Oficina Nacional de Estadística y Censos. La Oficina ha adquirido una reserva de estos dispositivos y los hará rotar entre los Estados Miembros para que sean utilizados en estas encuestas nacionales.

Actualización sobre la enfermedad renal crónica de causas no tradicionales o desconocidas en Centroamérica

La Oficina ha prestado cooperación técnica interprogramática que ha permitido movilizar recursos y entablar un diálogo entre los equipos de investigación, los encargados de formular las políticas y los grupos con intereses especiales, con miras a impulsar intervenciones basadas en la evidencia para hacer frente a la epidemia de la enfermedad renal crónica de causas no tradicionales o desconocidas (ERCnT). Este trastorno afecta principalmente a los hombres adultos jóvenes de las comunidades agrícolas de Centroamérica, agobiadas ya por desventajas socioeconómicas.

Como respuesta a una propuesta de El Salvador, la Oficina elaboró un documento conceptual (documento [CD52/8](#)) en el que se exponen las repercusiones de la ERCnT en Centroamérica y los desafíos que supone, y se solicita que se adopten medidas internacionales urgentes. La declaración, que reafirma la Declaración de San Salvador suscrita por los países centroamericanos en abril del 2013, fue aprobada oficialmente por el 52.º Consejo Directivo de la OPS en octubre del 2013 (resolución [CD52.R10](#)). Un número cada vez mayor de grupos de investigación, incluidos los centros colaboradores de la OPS/OMS, han emprendido investigaciones sobre el terreno y la Oficina está prestando apoyo para elaborar un programa integral de investigación que permita aumentar los conocimientos sobre la evolución natural de la enfermedad y sus causas. Se formó el Consorcio para la Epidemia de Nefropatía en Centroamérica y México (CENCAM) con la finalidad de emprender trabajos de investigación pertinentes.

En colaboración con los CDC de los Estados Unidos, la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH), la Secretaría Ejecutiva de COMISCA y los representantes de los ministerios de salud de los países centroamericanos, la Oficina elaboró una propuesta de definición de caso para que se utilice en la vigilancia epidemiológica, así como una definición de caso clínico. Aunque no se conoce aún la etiología de la enfermedad, la comunidad científica ha alcanzado consenso acerca de su caracterización y ha establecido que es fundamentalmente de carácter ocupacional. Por consiguiente, el fortalecimiento de la salud ambiental y ocupacional es una estrategia decisiva para la prevención de esta enfermedad.

El Salvador ha actualizado su marco jurídico para el control de los plaguicidas, por el cual se prohíbe el uso de 53 principios activos sumamente tóxicos. Guatemala ha aprobado nuevas reglamentaciones nacionales en materia de salud y seguridad ocupacionales, incluidas medidas para la prevención de la enfermedad renal crónica; también trabaja en modificar su reglamentación sobre el manejo de los plaguicidas domésticos.

Se ha fortalecido la colaboración entre la Oficina y los centros colaboradores de la OPS/OMS en salud ambiental y ocupacional, que han incorporado la lucha contra la ERCnT en sus actividades de apoyo. Los países han realizado cursos de capacitación sobre medidas intersectoriales para hacer frente a los riesgos ambientales, toxicología clínica y métodos de evaluación de riesgos. La Oficina, junto con los centros colaboradores de la OPS/OMS en salud ambiental y ocupacional, está preparando protocolos para los análisis de situación y la ejecución de las intervenciones preventivas y correctivas en los entornos laborales. La Oficina también puso en marcha un curso tutorial en línea con expertos regionales en prevención, diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda por plaguicidas, así como un curso virtual sobre la enfermedad renal crónica, accesible en el Campus Virtual de Salud Pública de la OPS/OMS.

Se han hecho adelantos en cuanto a incorporar la atención integral de la enfermedad renal crónica en los servicios de salud, incluida la formulación de directrices para la atención clínica de las personas afectadas por esta enfermedad en el primer nivel de atención, la actualización de las normas nacionales, y el establecimiento de servicios de prevención y atención integral de la enfermedad renal crónica.

233. El personal de la Oficina emprendió una evaluación de mitad de período de la ejecución del plan de acción regional para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, cuyo objetivo es reducir las muertes prematuras debidas a las cuatro principales ENT en 15% para el 2019. En la evaluación se determinó que la mortalidad prematura por ENT seguía una pauta estable o mostraba una disminución moderada en casi todos los países y territorios de la Región. Sin embargo, menos de la mitad de los países estaban en vías de alcanzar la meta de reducción del 15%; el avance más lento se observó en Centroamérica y el Caribe.

234. Los ministerios de salud de 38 países y territorios de la Región suministraron información para el examen del plan de acción regional. Destacaron las medidas necesarias para mejorar la situación actual con respecto de la lucha contra las ENT, entre ellas, intensificar los compromisos políticos, técnicos y económicos en el ámbito de las ENT, sobre todo en las subregiones de Centroamérica y el Caribe; priorizar el establecimiento de planes nacionales de lucha contra las ENT, y de metas y comisiones multisectoriales de control de las ENT en los países que aún no los tengan; centrarse en la prevención de la obesidad; dar prioridad a las políticas sobre el alcohol en el marco del programa de lucha contra las ENT y la agenda de salud, y poner en marcha intervenciones de reducción de la demanda; y aprovechar plenamente el Fondo Estratégico de la OPS para aumentar el acceso a los medicamentos esenciales para tratar las ENT y su asequibilidad, en particular los medicamentos para mejorar el control de la presión arterial y prevenir las enfermedades cardiovasculares.

235. La OMS y el Ministro de Salud Pública de Uruguay convocaron conjuntamente la conferencia mundial sobre prevención y control de las ENT que se celebrará en Montevideo (Uruguay) en octubre del 2017. Se espera que los presidentes y ministros de salud de varios países asistan y acuerden una hoja de ruta que oriente a los países sobre la manera de influir en las políticas públicas de los sectores no relacionados con la salud y mejorar la coherencia normativa sobre el problema de las ENT. La Oficina desempeña una función importante en los preparativos de esta conferencia y participará en su ejecución y seguimiento.

Adelantos e innovaciones en el campo de la salud mental

236. La OPS siguió prestando cooperación técnica para mejorar las políticas, los programas y las intervenciones de salud mental en la Región de las Américas, colaborando con sus contrapartes nacionales y la sociedad civil para atender este problema de salud pública desatendido que, sin embargo, es prioritario. La cooperación técnica permitió a los países de toda la Región realizar avances en la ejecución del programa de acción para superar la brecha en salud mental (mhGAP) de la OMS, que

promueve la ampliación de los servicios para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas a nivel de la atención primaria. La Oficina contribuyó a proporcionar capacitación constante sobre el mhGAP, incluso mediante el Campus Virtual de Salud Pública de la OPS; miles de trabajadores de atención primaria de salud recibieron capacitación y se lograron cambios positivos en las actitudes y prácticas con respecto a estos trastornos. Belice repitió con resultados satisfactorios esta capacitación tras la participación de algunos de sus médicos generales en el curso de capacitación virtual del 2013 y Colombia emprendió su propia capacitación, dirigida a las instituciones académicas y las asociaciones profesionales, por conducto del Campus Virtual de la OPS. Chile ha incorporado sistemáticamente la capacitación y ejecución del mhGAP en sus sistemas de salud y en el programa de estudios para los profesionales de la salud no especializados. En una ciudad del norte de México, donde el mhGAP se emprendió en el 2012, se notificó un aumento superior a 300% del número de personas que recibieron tratamiento para trastornos de salud mental en la atención primaria de salud.

237. Varios países y territorios de la Región terminaron de formular políticas y leyes sobre salud mental o hicieron avances al respecto.

- a) Anguila, Antigua y Barbuda, Barbados, Islas Vírgenes Británicas, Costa Rica, Panamá, Suriname y Venezuela formularon políticas y planes nacionales de salud mental o actualizaron los vigentes.
- b) Argentina anunció reglamentos relacionados con su Ley Nacional de Salud Mental, que protege los derechos de las personas que padecen trastornos mentales, mientras que Jamaica y las Islas Vírgenes Británicas realizaron exámenes de sus legislaciones sobre salud mental.
- c) Los profesionales de Anguila, Antigua y Barbuda y Jamaica recibieron capacitación en primeros auxilios psicológicos en situaciones de desastres y emergencias, y redactaron los componentes de salud mental y psicosocial de sus planes nacionales para hacer frente a los desastres sanitarios. Bahamas, Suriname y Trinidad y Tabago también proporcionaron capacitación sobre salud mental en situaciones de desastres y sobre primeros auxilios psicológicos.

238. La OPS ha estado colaborando con la República Dominicana en sus actividades para renovar su sistema nacional de salud mental. Se han hecho adelantos considerables, en particular durante los dos últimos años. Una inversión importante permitió transformar el hospital psiquiátrico nacional en centro de rehabilitación psicosocial para personas con trastornos mentales prolongados y graves. El centro en cuestión ofrece un excelente alojamiento residencial y ha mejorado apreciablemente la calidad de vida de los pacientes, lo que aumenta sus posibilidades de reincorporarse con éxito a sus comunidades. El país ha priorizado la atención de salud mental ambulatoria y el establecimiento de unidades especializadas dentro de los hospitales generales, a fin de que los casos agudos y de urgencia, que antes eran atendidos en el hospital psiquiátrico, reciban ahora atención en los hospitales generales.

239. En la cooperación técnica de la OPS para aumentar el acceso al tratamiento en el área de la salud mental y mejorar la calidad de los servicios se considera que los usuarios de los servicios de salud mental y sus familias son participantes activos del proceso de atención. En colaboración con el Ministerio de Salud de Brasil, en el 2013 la Oficina organizó en Brasilia una reunión regional, la primera de su tipo, a la que asistieron los representantes de las organizaciones y los familiares de los usuarios. Los objetivos de la reunión fueron transmitir experiencias personales e institucionales en relación con los derechos humanos, la autonomía y el empoderamiento de los usuarios y sus familias, y fomentar su participación en las decisiones relacionadas con la atención de salud mental. Unos 100 representantes de 18 países³⁹ participaron en la reunión, de la cual emanó el Consenso de Brasilia, por el cual se exige a los países que adopten medidas concretas para aplicar los principios internacionales de salud mental y derechos humanos, con miras a establecer y fortalecer asociaciones de usuarios y sus familias, y crear una red regional de esas asociaciones.

240. En el período en análisis, la Oficina coordinó una serie de intercambios entre Chile y Canadá sobre las necesidades de salud mental de los grupos indígenas. Los países compartieron y compararon las iniciativas y prácticas relativas a los problemas de salud mental comunes que afectan a diversas comunidades indígenas. De esos intercambios surgió el compromiso conjunto de hacer frente a los problemas detectados. En las conversaciones preliminares se expusieron las medidas futuras orientadas a la capacitación y las intervenciones de salud mental, así como la inclusión de Argentina y Brasil, que participaron en los debates de planificación.

241. Cada año, cerca de 65.000 personas en la Región de las Américas se quitan la vida, y de entre ellas, casi 70% son hombres. Sin embargo, el suicidio es una causa evitable de muerte. En mayo del 2016 se celebró en Costa Rica un taller regional encaminado a fortalecer la capacidad de los países de aplicar medidas de prevención del comportamiento suicida. Ese mismo año, en el marco del Día Mundial para la Prevención del Suicidio que se celebra cada año en septiembre, la OPS dio a conocer una nueva publicación titulada *Prevención de la conducta suicida*, que facilita información fundamental sobre el comportamiento suicida y las principales estrategias para combatirlo, desde la vigilancia hasta la evaluación de las intervenciones.

Observatorio del suicidio para Centroamérica y República Dominicana

Más de 800.000 personas se suicidan cada año en todo el mundo y de esas defunciones, 76% se registran en los países de ingresos bajos y medianos. El suicidio es la segunda causa principal de muerte en las personas de 15 a 29 años de edad y es una causa importante de muerte durante toda la vida que afecta a personas de todas las edades. La prevalencia, las características y los métodos del comportamiento suicida varían mucho entre las comunidades y los grupos demográficos, lo que hace indispensable disponer de información actualizada sobre el suicidio para concebir intervenciones de prevención eficaces.

³⁹ Argentina, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Suriname.

En Centroamérica, los datos sobre el suicidio adolecen de una subnotificación considerable y de heterogeneidad en los métodos de recopilación, lo que dificulta realizar una evaluación fiable del problema. Para subsanar esto, la Oficina se asoció con COMISCA para crear el Observatorio del Suicidio, que se puso en marcha en diciembre del 2013 y ofrece una plataforma virtual para recabar información oportuna sobre el comportamiento suicida, con miras a apoyar la planificación basada en la evidencia y permitir a los países afrontar con mayor eficacia los factores de riesgo.

A mediados del 2016, los ocho países miembros del SICA (Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana) ya introducían en la plataforma los datos sobre suicidios desde el 2010, utilizando para ello un conjunto común de variables. El Observatorio también ha comenzado a recopilar datos sobre los intentos de suicidio, ya que constituyen el principal factor de riesgo predictivo de muerte por suicidio en la población general. La Oficina sigue prestando cooperación técnica, incluida la formación de capacidad, para llevar a cabo este proceso y le dará seguimiento mediante supervisión y evaluación; además prevé ampliar a otros países esta red, que es la primera en su tipo en la Región, para mejorar la calidad de los datos sobre suicidios del registro civil.

Actualización sobre la prevención del consumo nocivo de alcohol, la violencia y los traumatismos

Prevención del consumo nocivo de alcohol

242. El consumo nocivo de alcohol es un importante factor de riesgo para los trastornos mentales y otras ENT, así como para los traumatismos y los problemas reproductivos. En el período en análisis, gran parte de la cooperación técnica de la OPS en esta esfera estuvo orientada por la *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol* (documento [A63/13](#)), aprobada por la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud en el 2010, y por el plan de acción regional del 2011 para reducir el consumo nocivo de alcohol (documento [CD51/8, Rev. 1](#)). Mediante estos marcos se promovió la creación de la Red Panamericana de Alcohol y Salud Pública (PANNAPH), cuyo objetivo es conectar a los puntos focales del ministerio de salud encargados de las cuestiones relacionadas con el alcohol con los expertos regionales y la sociedad civil. PANNAPH examina los avances en relación con el plan de acción regional y cuatro puntos focales de la Región participan en un consejo mundial para la ejecución de la *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*. Otra entidad nueva es Inebria Latina, la sección latinoamericana de Inebria creada sobre la base del modelo de Inebria de una red mundial de investigadores y médicos clínicos interesados en el potencial de las intervenciones breves para reducir los daños producidos por el consumo de alcohol y otras drogas.

243. En el 2013, la OPS puso en marcha una serie de seis cursos en línea sobre la reducción del consumo nocivo de alcohol. Uno de ellos está dirigido a los responsables de las políticas de salud y se centra en la formulación y ejecución de las políticas sobre el alcohol y las drogas; y otro, dirigido a los profesionales de la salud, examina el tamizaje y las intervenciones breves para reducir el consumo nocivo de alcohol y drogas, sobre todo en los entornos de atención primaria de salud. Los cursos se imparten de forma gratuita y

Guatemala, México y Uruguay los han adoptado y complementado con sesiones de capacitación presencial y seminarios virtuales organizados conjuntamente con las principales universidades, los expertos locales, los consejos nacionales de medicamentos y los centros colaboradores de la OPS/OMS. En el 2017 se pusieron en marcha dos cursos virtuales nuevos, uno sobre la promoción de las políticas en materia de alcohol y otro sobre el consumo de alcohol durante el embarazo.

244. La Organización coordinó la investigación colaborativa sobre el papel del consumo de alcohol en los traumatismos no mortales que se tratan en las salas de urgencias. Diez países (Argentina, Brasil, Canadá, Estados Unidos, Guatemala, Guyana, México, Nicaragua, Panamá y República Dominicana) aplicaron el mismo protocolo para investigar el riesgo relativo de traumatismos relacionado con el alcohol en las personas mayores de 18 años de edad. Los datos se analizaron en el marco de una asociación con dos centros colaboradores de la OPS/OMS ubicados en México y Estados Unidos, y los resultados se resumieron, junto con recomendaciones basadas en la evidencia, en el libro *Prevención de las lesiones relacionadas con el alcohol en las Américas: de los datos probatorios a la acción política*, que se publicó en diciembre del 2013. En ese libro se documenta la importante carga que el consumo de alcohol supone para los sistemas de salud y las sociedades en su conjunto. También se describen las opciones para reducir los traumatismos relacionados con el consumo de alcohol, incluida la aplicación de políticas costoeficaces para reducir el consumo nocivo tanto a nivel de población como individual.

245. En el 2015 la Oficina publicó el *Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas*, en el que se examinan los patrones y las consecuencias del consumo de alcohol en la Región y se evalúan los avances logrados desde la aprobación de la estrategia mundial de la OMS y el plan de acción regional de la OPS. Una nueva esfera de interés en la Región se refiere a la función del alcohol durante el embarazo y la aparición de diversos trastornos fetales causados por el alcohol. En Argentina, Brasil, Chile y Uruguay se emprendieron investigaciones afines sobre la integración de los servicios, y en Chile se comenzaron actividades de formación de capacidad a mediados del 2017. Se prevé poner en marcha un curso virtual sobre este tema en el 2017.

246. En el período en análisis, la Organización también trabajó para que los países de la Región fortalezcan la ejecución del *Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública* (documento [CD51/9](#)) del 2011, para lo cual emprendió cooperación técnica con los ministerios de salud, en coordinación con otros sectores. En el 2017 se iniciaron nuevas colaboraciones para examinar la relación entre el consumo de alcohol y drogas y la conducción, así como entre el consumo de alcohol y la tuberculosis, en este último caso tanto a nivel regional como en Perú. Esta iniciativa incluye una revisión sistemática de la bibliografía e investigación sobre la integración de los servicios.

247. A pesar de estos esfuerzos, la tasa de consumo de alcohol per cápita sigue siendo muy elevada en la Región y se prevé que seguirá aumentando si no se adoptan otras medidas. Los episodios de consumo excesivo de alcohol y los trastornos debidos al consumo de alcohol son frecuentes en los adultos y los adolescentes, y las tasas de

mortalidad por consumo de alcohol son elevadas. Al igual que los indicadores relacionados con el alcohol establecidos en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, el examen de mitad de período del plan de acción regional del 2011, presentado al 55.º Consejo Directivo (documento [CD55/INF/12](#)) en el 2016, mostró progresos poco satisfactorios. El examen dio lugar a que se propusieran varias medidas para mejorar la situación, incluidos el establecimiento de normas de política sobre el consumo de alcohol para su adopción por los Estados Miembros; la formulación de planes y políticas nacionales sobre el alcohol que den lugar a una reducción relativa del consumo nocivo de por lo menos 10%; el control de la mercadotecnia de las bebidas alcohólicas para cambiar las normas culturales y proteger a la población joven de la presión de beber; la promoción de políticas fiscales como instrumento eficaz para reducir el consumo nocivo de alcohol y aumentar los ingresos de los gobiernos; y la promoción para concientizar.⁴⁰ La Oficina estableció un grupo consultivo técnico para formular orientaciones y apoyar el trabajo de la Organización en la esfera de las políticas en materia de alcohol. El grupo también hará recomendaciones concretas a la Directora sobre las estrategias para fortalecer la cooperación técnica con los Estados Miembros y el diálogo político entre los interesados directos clave de la Región. La primera reunión del grupo está prevista para noviembre del 2017.

Prevención de la violencia

248. El trabajo técnico de la OPS en el ámbito de la prevención de la violencia abarcó lo siguiente:

- a) En colaboración con los CDC de los Estados Unidos, publicó el informe *Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe. Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países*, que es el primer informe comparativo con datos representativos a nivel nacional sobre la violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe.
- b) Cooperación con la Comunidad Andina para estandarizar los indicadores de violencia de género, a fin de facilitar los análisis comparativos futuros.
- c) Participación en la formulación de los planes nacionales de prevención de la violencia y los traumatismos en Trinidad y Tabago y de la violencia de género en Guyana, conjuntamente con los centros colaboradores de la OPS/OMS.
- d) Fortalecimiento de la capacidad de prevención primaria de la violencia contra la mujer en Bolivia, Costa Rica, el Ecuador, El Salvador, Guatemala, Paraguay y Perú. En Guatemala, este trabajo incluyó la formulación de planes locales para la prevención de la violencia y la criminalidad, en el marco del programa conjunto de prevención de conflictos y consolidación de la paz patrocinado por el Fondo para el Logro de los ODM.

⁴⁰ A este respecto, la Coalición Caribe Saludable estableció a nivel de la subregión del Caribe el Día de reducción del consumo de alcohol, que se celebrará todos los años a partir del 2016. Puede encontrarse información al respecto en: <http://bit.ly/2tH5GCO>.

- e) Participación en la ejecución del proyecto de prevención de la violencia y los traumatismos en Ciudad Juárez financiado por la USAID, que se convirtió en un ejemplo para otras ciudades y municipios de México. Como parte de este proyecto, la Organización contribuyó fortalecer el Observatorio de Seguridad y Convivencia Ciudadanas del Municipio de Juárez, a cargo de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez; a crear capacidad entre los prestadores de atención primaria y servicios sociales, los equipos de respuesta inicial y las organizaciones comunitarias; y a mejorar las aptitudes de gestión del conocimiento y comunicación de los medios informativos y la comunidad.
- f) Capacitación en materia de recopilación y análisis de información sobre la prevención de la violencia, al habilitar en varios países el nombramiento de coordinadores nacionales encargados de facilitar datos para el *Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014*, elaborado por la OMS.
- g) Participación en la evaluación y el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia de la violencia y los traumatismos en varios países, entre ellos, Belice, Haití y Trinidad y Tabago, con el apoyo del Centro Nacional para la Prevención y el Control de Lesiones de los CDC de los Estados Unidos, que funciona como centro colaborador de la OPS/OMS.

249. La Oficina publicó el *Informe sobre la situación de la prevención de la violencia en la Región de las Américas 2014*, que facilita información actualizada sobre la prevención de la violencia interpersonal en la Región y se basa en el *Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014*, elaborado conjuntamente por la OMS y sus oficinas regionales, el PNUD y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Para elaborar el informe regional, la Oficina recopiló información de 21 países de la Región de las Américas, que representan 88% de la población de la Región. En el informe se calcula que en el 2012 hubo 165.617 homicidios en los países de ingresos bajos y medianos de América Latina y el Caribe, lo que equivale a una tasa de 28,5 homicidios por 100.000 habitantes, que es cuatro veces superior a la tasa mundial de homicidios (6,7 por 100.000), pese a que tres cuartas partes de los países disponen de planes de acción nacionales para reducir la violencia. Tres cuartas partes de los homicidios se perpetraron con armas de fuego, a pesar de que los resultados del informe indican que todos los países cuentan con leyes para reglamentar las armas. Sin embargo, una tercera parte de los países no disponían de datos, lo que indica que gran parte de la planificación y formulación de políticas se lleva a cabo sin que haya evidencia. En el informe de situación se recomienda que los Estados Miembros formulen políticas y diseñen planes e iniciativas eficaces, entre ellos, programas para reducir la disponibilidad de alcohol y su consumo nocivo; leyes y programas para reducir el acceso a las armas de fuego y armas blancas; iniciativas para cambiar las normas de género que contribuyen a perpetuar la violencia contra la mujer; programas para mejorar la crianza y las aptitudes para la vida de los niños y los adolescentes; y campañas de información pública para prevenir el maltrato de los ancianos.

250. La Oficina realizó un examen de las intersecciones de la violencia contra los niños y la violencia contra las mujeres para determinar puntos de acceso que permitan

coordinar las actividades de prevención y de respuesta a lo largo de toda la vida; los resultados se publicaron en la revista *Global Health Action*. Otro examen, realizado en colaboración con el UNICEF y la Universidad Johns Hopkins, determinó los puntos fuertes y débiles de los protocolos nacionales de salud que orientan la respuesta del sector de la salud a los niños expuestos a la violencia. Este trabajo, publicado en [BMC Public Health](#), facilita orientación para la labor de la Oficina con los Estados Miembros, al igual que otras dos publicaciones: [INSPIRE. Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas](#), publicada conjuntamente con los Estados Miembros y otros nueve organismos y traducida por la Oficina, y [Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico](#), también traducida al español por la Oficina.

251. En colaboración con varios asociados, la Oficina concibió la campaña [Every Hour Matters](#) (cada hora importa) encaminada a concientizar acerca de la importancia de obtener acceso rápido a los servicios de atención después de una violación. La Oficina también colaboró con ONU-Mujeres, el UNICEF y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) para organizar reuniones y talleres regionales en Honduras, Panamá, Trinidad y Tabago y Washington, D.C., sobre la prevención de la violencia contra la mujer y la respuesta frente a ella; métodos para medir la prevalencia de la violencia; e indicadores para realizar un seguimiento de los progresos en la ejecución de las estrategias de prevención y respuesta.

Prevención de los traumatismos

252. Durante el período en análisis, y en el contexto del Decenio de Acción de las Naciones Unidas para la Seguridad Vial 2011-2020, varios países de la Región de las Américas, como Dominica, Ecuador, Guyana y Uruguay, elaboraron, aprobaron o ejecutaron nuevos planes y leyes encaminados a reducir las muertes causadas por el tránsito. En Ecuador, la OPS colaboró en la elaboración de normas técnicas sobre el uso del casco protector para motociclistas, y el país mejoró su legislación sobre los factores de riesgo y de protección de los traumatismos causados por el tránsito. El Salvador promulgó una ley para establecer un fondo nacional para las víctimas del tránsito, lo que dio mayor importancia pública a este problema. México avanzó en la ejecución de la Iniciativa Mexicana de Seguridad Vial en todos los estados.

253. En el 2015 se elaboró, con la cooperación técnica de la OPS y la OMS, un plan maestro para fortalecer la seguridad vial en las ciudades centroamericanas. El plan, concebido para los países del Proyecto Mesoamérica —Belice, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá y República Dominicana—, fue aprobado unánimemente por los ministros de salud, de infraestructura y de transporte de los países participantes. Este plan, que se fundamenta en un modelo mundial concebido por el Grupo de Colaboración de las Naciones Unidas para la Seguridad Vial, sienta las bases para la adopción de medidas, que pueden contextualizarse en las diferentes culturas y por los distintos gobiernos, empresas e instituciones.

254. La Oficina ha publicado informes sobre la seguridad vial en la Región de las Américas que contienen información actualizada sobre las tasas nacionales y regionales de los traumatismos causados por el tránsito, las leyes sobre los principales factores de riesgo y los avances de los países en esta esfera. En el *Informe sobre la situación de seguridad vial en la Región de las Américas* del 2015 se indica que unas 150.000 personas fallecieron debido a traumatismos causados por el tránsito en América Latina y el Caribe en el 2010; 27% eran peatones, 20% motociclistas y aproximadamente 4% eran ciclistas. Indica además que actualmente 42% de la población de América Latina y el Caribe está protegida por leyes sobre consumo de alcohol y conducción. Sin embargo, de los 14 países que disponen de leyes que fijan límites para la concentración de alcohol en la sangre, solo cinco (Costa Rica, Ecuador, Honduras, Panamá y San Vicente y las Granadinas) notificaron un cumplimiento estricto de esas leyes. De manera análoga, las leyes sobre el uso del casco por parte de los motociclistas han mejorado, pero se precisan mayores esfuerzos para hacerlas cumplir y garantizar que los cascos cumplan con las normas de calidad. En el informe se exige una aplicación más enérgica de las leyes de tránsito, a fin de reducir el número de muertes causadas por el tránsito y, sobre todo, de proteger a los usuarios más vulnerables de las vías de tránsito.

255. En el 2015, la Oficina participó en la Segunda Conferencia Mundial de Alto Nivel sobre Seguridad Vial, celebrada en el Brasil, que convocó a más de 100 ministros de transporte, de salud y del interior, y a sus representantes, y dio lugar a la Declaración de Brasilia, adoptada por los Estados Miembros de la OPS y posteriormente respaldada por la 70.^a Asamblea General de las Naciones Unidas y la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud. En la Declaración se acoge con beneplácito la inclusión de la seguridad vial en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y se recomienda la adopción de medidas regionales para fortalecer la gestión de la seguridad vial; mejorar las leyes y su cumplimiento; fomentar la seguridad de los caminos y los vehículos; promover los medios de transporte sostenibles; proteger a los usuarios vulnerables de las vías de tránsito; mejorar la respuesta posterior a las colisiones y los servicios de rehabilitación; y fortalecer la cooperación y coordinación mundiales en materia de seguridad vial.

256. En el 2016 la Oficina convocó una reunión regional sobre el alcohol, las drogas y los traumatismos causados por el tránsito, en colaboración con la OMS y con la participación de los Estados Miembros, a fin de examinar la situación en la Región. La reunión permitió preparar un protocolo regional que los países pueden adaptar para realizar estudios en las salas de urgencias sobre los traumatismos no mortales causados por el tránsito que afectan a los pasajeros, conductores y peatones, con el objetivo de evaluar la función y el riesgo asociado con el consumo de alcohol y otras drogas antes del traumatismo. Se espera que esta información promueva mejoras de la seguridad vial y la reducción de los daños ocasionados por los traumatismos relacionados con el consumo de alcohol y drogas. El BID colabora en la ejecución de estos estudios, que comenzarán en el 2017 en Jamaica y Chile.

257. En el 2015, el Brasil y México participaron en la puesta en marcha de la segunda fase de la iniciativa de Bloomberg Philanthropies para la seguridad vial en el mundo, dirigida a nivel mundial por la OMS y en la Región de las Américas por la OPS. Esta

iniciativa sin precedentes consolidó la función del sector de la salud en las actividades de prevención de los traumatismos causados por el tránsito sobre la base de los puntos de referencia que figuran en el *Informe mundial sobre la prevención de los traumatismos causados por el tránsito* del 2004. En el marco de la iniciativa, la Oficina promovió mejoras en los datos, la integración intersectorial y la formación de capacidad para los profesionales en el ámbito de la seguridad vial, los periodistas, las ONG y otros interesados directos. También emprendió cooperación técnica con los países para elaborar planes y políticas sobre seguridad vial, mejorar la legislación y preparar materiales didácticos.

7. AFRONTAR LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y ASEGURAR ENTORNOS SALUDABLES Y SEGUROS

La promoción de la salud en todas las políticas

258. El concepto de la salud en todas las políticas se considera una expresión innovadora de la acción intersectorial y como “la rama práctica” para ejecutar la Declaración Política de Río sobre los determinantes sociales de la salud. En la Declaración de Helsinki, adoptada en el 2013, se define la salud en todas las políticas como un enfoque para las políticas públicas en todos los sectores que, de manera sistemática, tiene en cuenta las consecuencias de las decisiones para la salud, busca sinergias y evita los efectos nocivos para la salud con el objetivo de mejorar la salud de la población y la equidad en salud. Aunque el concepto se refiere a “todas las políticas”, ello no implica que el enfoque deba estar presente en todas las iniciativas; más bien se refiere al objetivo de lograr que se tengan en cuenta de manera sistemática en todos los sectores las inquietudes y las responsabilidades en relación con el impacto para la salud y la equidad en la salud.

259. Con el apoyo de la Oficina, Canadá y la OMS, México realizó y documentó un análisis de las razones económicas por las cuales los sectores distintos al de la salud deben hacer frente a los determinantes sociales de la salud. La Oficina ayudó a Honduras y Perú a fortalecer su capacidad de medir y vigilar las disparidades de salud en el marco de los determinantes sociales de la salud. También colaboró con los países para aumentar la capacidad de emprender trabajo intersectorial, promover la salud en todas las políticas e impulsar la equidad en la salud.

260. La Organización además elaboró y difundió una herramienta para ayudar a los países a documentar y sistematizar ejemplos de trabajo intersectorial en los niveles nacional, subnacional y local que ilustren el enfoque de la salud en todas las políticas. Los países utilizaron la herramienta para elaborar sus propios estudios de casos, y Brasil, Chile, El Salvador y México reunieron pruebas de que este enfoque puede tener efectos importantes sobre la equidad en la salud. Los estudios de casos, varios de los cuales se presentaron en la 8.^a Conferencia Mundial de Promoción de la Salud celebrada en Helsinki en el 2013, incluyeron los programas *Bolsa Família* (subsidio familiar) y *Sem Miséria* (Brasil sin miseria) de Brasil; la experiencia de Canadá con la equidad en la salud en todas las políticas; la iniciativa *Elige Vivir Sano*, de Chile; el Plan Nacional para el Buen Vivir, de Ecuador; la Comisión Intersectorial de Salud, de El Salvador; y el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad, de México.

261. En el 2014, el 53.º Consejo Directivo aprobó el *Plan de acción sobre la salud en todas las políticas* (documento [CD53/10, Rev. 1](#)) para el período 2014-2019, el primero en su tipo en una región de la OMS. Este plan de acción regional está en consonancia con el marco de la OMS de incorporación de la salud en todas las políticas para la actuación

en los países elaborado en el 2014, que promueve un enfoque de políticas públicas que considera de forma sistemática las posibles consecuencias para la salud de todas las decisiones de política. En el plan de acción regional se señala que la sinergia entre la promoción de la salud, los determinantes sociales de la salud, la justicia social y los derechos humanos se incorpora al concepto de la salud en todas las políticas; asimismo, se destaca la contribución que este enfoque tendría al abordar los problemas de salud que precisan un enfoque intersectorial concertado, entre ellos, las enfermedades no transmisibles, la salud universal, la sostenibilidad ambiental y la equidad en salud.

262. En el 2015 la Oficina convocó una consulta en la que destacados expertos internacionales prepararon una hoja de ruta quinquenal con sus recomendaciones y actividades propuestas para ejecutar el *Plan de acción sobre la salud en todas las políticas*. De conformidad con esas recomendaciones, la Oficina estableció un grupo de trabajo especial encargado de definir un conjunto básico de indicadores procedentes de todo el marco de los ODS para promover las medidas intersectoriales y vigilar sus repercusiones sobre la salud. El grupo también proporcionará a los países conocimientos técnicos especializados y orientación sobre la ejecución de los ODS adaptadas a sus necesidades.

263. También en el 2015 la Oficina se unió al Gobierno de Suriname, la Universidad de Durham (Reino Unido) y el Gobierno de Australia del Sur para celebrar el primer taller de capacitación regional sobre la salud en todas las políticas, que tuvo lugar en Suriname. El Gobierno de Suriname respaldó el enfoque, manifestó su intención de institucionalizarlo y, con la cooperación técnica de la Oficina, convocó un segundo taller, celebrado en el 2016 en Suriname, para continuar con el proceso. Entre los participantes del taller estuvieron representantes de los ministerios del gobierno y algunas entidades no gubernamentales. Los asistentes formaron ocho grupos de trabajo intersectoriales que formularon y negociaron 12 políticas intersectoriales para su aprobación por parte del Consejo de Ministros del país. Por intermedio de la representación de la OPS/OMS, la Oficina ha continuado sus actividades de promoción y facilitación del proceso en ese país.

264. La Oficina se asoció con el Instituto Nacional de Salud Pública de México, la Fundación Oswaldo Cruz de Brasil y la Escuela Latinoamericana de Ciencias Sociales de Chile para crear capacidad relacionada con el enfoque de la salud en todas las políticas en los niveles regional, nacional y local. En febrero del 2017, los asociados realizaron una evaluación estratégica de la formación de capacidad sobre ese enfoque en la Región que permitió determinar los puntos fuertes y débiles del programa hasta la fecha, y elaborar un plan de trabajo de dos años y el esbozo de un informe analítico estratégico.

265. La gobernanza requerida para abordar los determinantes sociales de la salud no es factible sin la participación de la sociedad civil y las comunidades locales. Antes de la Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, que tuvo lugar en noviembre del 2016 en Shanghai (China), se celebró un Pre-Foro de alcaldes en Santiago (Chile) organizado conjuntamente por la OPS, el Ministerio de Salud de Chile y la Red Latinoamericana y del Caribe de Gestores de Promoción de la Salud. El encuentro se

celebró con la finalidad de que los alcaldes y los gobiernos nacionales de la Región de las Américas renueven su compromiso de fomentar ciudades, municipios y comunidades saludables. Más de 40 alcaldes firmaron una declaración en la que instaron a los países de la Región y a la comunidad internacional a promover la salud en el nivel municipal mediante las redes locales e impulsar políticas y medidas que aborden los determinantes de la salud, los derechos humanos y las inequidades mediante el enfoque de la salud en todas las políticas, así como actividades intersectoriales en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Intervenciones para lograr entornos saludables

Seguridad química

266. En el 2016, la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución [WHA69.4](#) (*Función del sector de la salud en el Enfoque Estratégico de la Gestión Internacional de los Productos Químicos de cara al objetivo fijado para 2020 y años posteriores*), en la que se menciona la meta 12.4 del ODS 12⁴¹ y se pide que se elabore y ejecute una hoja de ruta para la seguridad química. La OPS ha defendido enérgicamente la elaboración de esta hoja de ruta y ha desempeñado una función activa en la difusión de la resolución en cuestión, al facilitar consultas con los Estados Miembros que han incluido foros subregionales en Jamaica y Uruguay, para los países de habla inglesa y española, respectivamente. En febrero del 2017 la Oficina participó en la primera reunión intersesional, celebrada en Brasil, en relación con el *Enfoque estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional* (SAICM por su sigla en inglés), que es un marco de política para promover la seguridad química en todo el mundo. Se mantuvieron debates sobre la resolución WHA69.4 y se formularon recomendaciones para la elaboración de planes de trabajo nacionales destinados a ejecutar la hoja de ruta para la seguridad química. En el 2017, la 70.^a Asamblea Mundial de la Salud aprobó la hoja de ruta para mejorar la participación del sector de la salud en el SAICM.

267. La Oficina recibió una subvención del programa de iniciación rápida del SAICM, para realizar un proyecto encaminado a fortalecer la red de centros de control de intoxicaciones de Centroamérica (El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá) mediante el establecimiento de una plataforma virtual destinada a la red, así como cursos tutoriales sobre los plaguicidas y el mercurio impartidos en el Campus Virtual de Salud Pública de la OPS.

268. El Convenio de Minamata sobre el Mercurio, un tratado mundial firmado en el 2013 para proteger la salud humana y el medioambiente de los efectos nocivos del mercurio, entrará en vigor en agosto del 2017, y se ha confirmado para septiembre del 2017 la primera Conferencia de las Partes. El Convenio de Minamata asigna funciones

⁴¹ Meta 12.4: De aquí a 2020, lograr la gestión ecológicamente racional de los productos químicos y de todos los desechos a lo largo de su ciclo de vida, de conformidad con los marcos internacionales convenidos, y reducir significativamente su liberación a la atmósfera, el agua y el suelo a fin de minimizar sus efectos adversos en la salud humana y el medioambiente.

importantes a los ministerios de salud y a la OMS y la OPS, e insta a estas organizaciones a elaborar y aplicar estrategias y programas para determinar y proteger a los grupos de población en riesgo de exposición al mercurio, y promover el abandono gradual del uso del mercurio en los dispositivos y productos médicos. Conjuntamente con iniciativas de colaboración como la Coalición Salud sin Daño y la red mundial de centros colaboradores de la OMS para la salud ocupacional, la Oficina promueve actualmente el reemplazo de los termómetros y esfigmomanómetros de mercurio en los hospitales públicos como parte de su cooperación técnica para proteger al personal de salud. Además brinda apoyo, junto con la OMS, para la elaboración de una estrategia de salud para incluir en los planes de acción nacionales la eliminación o reducción del uso del mercurio en la extracción de oro a pequeña escala.

269. En mayo del 2014, la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución [WHA67.11](#) (*Repercusiones de la exposición al mercurio y a los compuestos mercuriales en la salud pública: la función de la OMS y de los ministerios de salud pública en la aplicación del Convenio de Minamata*), que orienta y facilita la labor de la Secretaría de la OMS y la Oficina con los Estados Miembros, el Comité Intergubernamental de Negociación del Convenio de Minamata, la Conferencia de las Partes, el PNUMA y el PNUD, el Fondo Mundial para el Medio Ambiente y otras organizaciones internacionales para poner en práctica las disposiciones del Convenio en los Estados Miembros. La Oficina está ayudando a difundir las directrices de la OMS sobre los niveles de exposición al mercurio y a fomentar el intercambio de información en la Región; además, ha traducido al español la guía técnica de la OMS *Reemplazo de los termómetros y de los tensiómetros de mercurio en la atención de salud* y la ha difundido en la Región de las Américas. De conformidad con el Convenio de Minamata y como participante del proyecto mundial de la OMS sobre los desechos procedentes de la atención sanitaria, Argentina ha estado trabajando activamente en retirar gradualmente el mercurio de los dispositivos y equipos utilizados en los servicios de salud, incluida la sustitución de los termómetros de mercurio por los digitales y la reducción del uso en odontología de las amalgamas que contienen mercurio.

La salud de los trabajadores y los consumidores

270. En el 2015, el 54.^o Consejo Directivo aprobó un nuevo *Plan de acción sobre la salud de los trabajadores* (documento [CD54/10, Rev. 1](#)) para el período 2015-2025 y la resolución [CD54.R6](#) conexas. En esa resolución se instó a los Estados Miembros a que abogaran por la igualdad y la promoción de la salud de los trabajadores como una prioridad, y tomaran medidas eficaces para controlar las condiciones de empleo y de trabajo como determinantes sociales de la salud, aumentar la cobertura universal de salud, y fortalecer los sistemas de salud y la equidad en salud. En colaboración con la OMS, la Oficina participó en esfuerzos de formulación de perspectivas nacionales sobre la salud de los trabajadores en Cuba, Colombia, Jamaica y República Dominicana, con miras a determinar las necesidades y deficiencias, y elaborar planes de acción nacionales sobre la salud de los trabajadores. En el 2017, Argentina, Guatemala y Guyana emprendieron la elaboración de sus planes de acción nacionales, y Bolivia y Honduras siguieron el ejemplo. En estos planes se subraya la necesidad de actualizar los marcos jurídicos y

reglamentos técnicos sobre la salud de los trabajadores, y se examina la grave situación del sector informal en expansión, incluido el empleo informal, que afecta el progreso y el desarrollo nacional y regional.

271. A principios del 2017 se hizo un nuevo esfuerzo para abordar el tema del personal de salud sobre la base del marco mundial de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la OMS para los programas nacionales de salud ocupacional dirigidos al personal de salud. La Oficina, en colaboración con la OMS y la red de centros colaboradores para la salud ocupacional, trabaja actualmente para aumentar las capacidades en materia de salud y seguridad ocupacionales de las instituciones de salud. Estas capacidades incluyen la puesta en práctica de la herramienta HealthWISE de la OIT y la OMS, que permite examinar las condiciones de trabajo y empleo del personal de salud. La herramienta se ha puesto a prueba en Estados Unidos y también se prevé ponerla a prueba en Bahamas y Granada; en Colombia y Honduras se pondrá a prueba una versión en español.

272. La Oficina ha encabezado iniciativas para hacer frente a las epidemias de enfermedades ocupacionales y a la falta de datos al respecto, como las que se indican a continuación:

- a) La detección de la exposición a carcinógenos. Para determinar qué trabajadores están expuestos a carcinógenos en el lugar de trabajo y dónde y cómo ocurre la exposición, los países están poniendo en marcha proyectos nacionales de CAREX (EXposición a CARcinógenos) con orientación de la OPS y conjuntamente con CAREX Canadá y los centros colaboradores de la OPS/OMS para la salud ocupacional. CAREX permite estimar la exposición ocupacional a los carcinógenos y suministra información importante para la formulación de políticas de salud pública y recomendaciones sobre la prevención del cáncer ocupacional mediante el control de la exposición. Un total de 24 países participaron en tres talleres internacionales para capacitar a los ministerios de salud, los institutos del cáncer, los higienistas industriales y otros interesados directos clave en la preparación de proyectos nacionales de CAREX.
- b) La actualización de las guías técnicas para el diagnóstico de las enfermedades ocupacionales, con el apoyo de dos centros colaboradores.
- c) La clasificación de la enfermedad renal crónica de causas no tradicionales o desconocidas entre las enfermedades ocupacionales. El marco para la vigilancia ocupacional y ambiental de la enfermedad renal crónica de origen indeterminado en los países mesoamericanos está por ultimarse.
- d) El fortalecimiento de los sistemas de información. Se ha completado un panorama de los sistemas de información para identificar, registrar y notificar las enfermedades ocupacionales, los traumatismos y las muertes en el trabajo, a fin de determinar las necesidades y deficiencias.
- e) El fortalecimiento de la colaboración con los interesados directos. La Oficina sigue colaborando con los Estados Miembros; otros organismos de las Naciones Unidas, en particular la OIT; la OEA; y otros interesados directos y redes, en la

formación de capacidad para vigilar, documentar y atender las enfermedades y tendencias que afectan la salud de los trabajadores.

273. La Oficina reconoce los importantes efectos que los productos de consumo pueden tener en la salud. En agosto del 2015 organizó el primer Taller Internacional sobre Lesiones Relacionadas con los Consumidores, que tuvo lugar en la República Dominicana y contó con la participación de los sectores nacionales de la salud y las asociaciones de consumidores de 19 países. Los participantes acordaron la definición del término “lesiones relacionadas con los consumidores” y se comprometieron a emprender la recopilación de los datos que permitirán estimar la carga de los productos inseguros y facilitar la formulación conjunta de medidas paliativas. Argentina, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica y Estados Unidos han realizado avances importantes en relación con los datos sobre las lesiones relacionadas con los consumidores. La OPS sigue participando en la Red Consumo Seguro y Salud (RCSS), que ha existido desde el 2010, organizada por la OEA y la OPS.

Agua y saneamiento

274. La Oficina colaboró con los países para elaborar y aplicar estrategias y planes de agua y saneamiento. Las intervenciones incluyeron la aplicación de parámetros para el monitoreo de la calidad del agua en Antigua y Barbuda; la evaluación del agua, el saneamiento y la higiene en las Bahamas; la ejecución de la metodología de la OMS y la International Water Association en los niveles ministerial y local con los asociados en Colombia, Costa Rica y Paraguay; la elaboración de un plan de seguridad del agua en Granada basado en la metodología concebida por la OMS y la International Water Association; y la puesta en práctica de un programa para eliminar el arsénico de los abastecimientos de agua de las comunidades rurales de Nicaragua. En Lima (Perú) se han determinado los lugares de recuperación y reutilización del recurso para que los proyectos piloto produzcan evidencia sobre la aplicación de los planes de seguridad del saneamiento que se incluirán en el manual de la OMS sobre el tema, en colaboración con el Instituto Internacional para el Manejo del Agua y el Instituto Suizo de Salud Tropical y Pública.

275. La Oficina ha seguido fortaleciendo la capacidad de los países en relación con el uso de los planes de seguridad del agua y el saneamiento, tanto mediante capacitación presencial como virtual. En Argentina, Brasil y Jamaica se emprendió la capacitación presencial sobre los planes de seguridad del agua, y desde mayo del 2016 se imparte un curso virtual de autoaprendizaje sobre los planes de seguridad del agua a través del Campus Virtual de Salud Pública de la OPS. En mayo del 2017, el curso virtual sobre los planes de seguridad del saneamiento, preparados en colaboración con la AECID, se pusieron a disposición en línea, con acceso gratuito para todos los profesionales interesados en el manejo seguro de los servicios de agua y saneamiento.

276. La Oficina preparó nuevas herramientas de coordinación regional para la gestión de riesgos en cuanto al agua, saneamiento e higiene durante las situaciones de emergencia, incluida una “lista de verificación de la coordinación” y una “guía rápida”

para definir las funciones del grupo de las Naciones Unidas y una nueva plataforma de coordinación virtual. Belice, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay incorporaron estas herramientas en sus mecanismos de coordinación de los servicios de agua y saneamiento.

El cambio climático y la salud

277. Se considera que el cambio climático es una amenaza grave para la salud pública. A escala mundial, la OMS estima que entre el 2030 y el 2050 el cambio climático producirá 250.000 muertes anuales por desnutrición, malaria, diarrea y estrés calórico. Como parte de su trabajo en esta esfera, la Oficina asumió un papel de liderazgo en la 20.^a Conferencia de las Partes (COP20) de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (UNFCCC), que se celebró en diciembre del 2014 en Lima (Perú). La Oficina defendió firmemente que se tengan en cuenta de forma explícita los aspectos sanitarios del cambio climático, sobre todo en relación con las cuestiones de equidad. Durante la COP21, celebrada en el 2015, la Oficina y la OMS colaboraron con otros organismos para abogar por que se incluyan temas relacionados con la salud en el Convenio de París, que fue firmado por 197 Estados Miembros y ratificado por 153.⁴² La Oficina prepara actualmente los perfiles de país OMS-UNFCCC sobre clima y salud para la Región de las Américas, que tienen por objeto hacer proyecciones sobre escenarios relacionados con la salud que guardan relación con el cambio climático, como las olas de calor, las inundaciones, los desastres y las enfermedades transmitidas por vectores y por el agua. Ya se han publicado escenarios para Brasil, Colombia, Estados Unidos, México y Perú, y se están ultimando los de Canadá, Costa Rica y Panamá. También se trabaja en escenarios para el Caribe y otros países de la Región.

278. En la Región de las Américas, la contaminación del aire es el principal riesgo de salud ambiental, y la Oficina se ha esforzado por fortalecer las capacidades de los Estados Miembros para hacer frente a la contaminación del aire ambiental y en interiores y sus efectos sobre la salud. En el 2014, la Oficina se asoció con la Alianza Mundial para Estufas Limpias⁴³ y en el 2016 participó en la reunión anual de la Coalición Clima y Aire Limpio (CCAC);⁴⁴ además, presentó las directrices de la OMS sobre la calidad del aire de interiores en una reunión regional celebrada en Honduras en el 2015, donde se destacó la importancia de incorporar al sector de la salud en los debates pertinentes. Las directrices de la OMS buscan mitigar la contaminación del aire y sus efectos sobre el cambio climático y la salud a nivel local. Los participantes de la reunión examinaron los programas nacionales vigentes en sus países para reducir el uso de combustibles sólidos y comenzar a utilizar tecnologías y combustibles más limpios. En el 2016, la OMS, el PNUMA y la CCAC pusieron en marcha la campaña BreatheLife⁴⁵ para aumentar la conciencia sobre la contaminación del aire y sus efectos sobre la salud. La Oficina

⁴² Situación hasta julio del 2017.

⁴³ Se puede consultar su sitio web en: <http://cleancookstoves.org/>.

⁴⁴ Se puede consultar su sitio web en: <http://www.ccacoalition.org/en>.

⁴⁵ Se puede consultar su sitio web en: <http://breathelife2030.org/>.

organiza actualmente un taller regional, que tendrá lugar en Colombia en octubre del 2017, para poner en marcha esa campaña en la Región de las Américas.

279. La Oficina ha preparado, en colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) de México, un curso abierto en línea sobre el cambio climático y la salud, con la finalidad de concientizar sobre el tema y fortalecer las capacidades en ese ámbito. Hasta mediados de julio del 2017, más de 3.400 participantes de 23 países habían realizado el curso. La Organización trabaja actualmente en actualizar ese curso y en preparar módulos en inglés; también está trabajando en otro curso de capacitación dirigido a los representantes de salud para facilitar la preparación de los capítulos sobre la salud que figurarán en los planes nacionales de adaptación al cambio climático. La Oficina también brinda apoyo a los países para que participen en los cursos de capacitación del PNUMA-PNUD para la elaboración de los planes nacionales de adaptación, como parte del esfuerzo para integrar los temas de salud en la agenda sobre el cambio climático.

8. IMPULSAR EL DESARROLLO INSTITUCIONAL Y LA CAPACIDAD DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

280. La Oficina continuó llevando adelante políticas y prácticas para mejorar su liderazgo, gestión, eficiencia, transparencia, rendición de cuentas y ética, y promover un tratamiento justo en el lugar de trabajo. Las recomendaciones de tanto las evaluaciones como las auditorías internas y externas se analizaron cuidadosamente, se trataron con los Estados Miembros y se pusieron en práctica según correspondiese, dando lugar a iniciativas y desarrollos al nivel institucional que mejoraron las operaciones y el impacto de la Oficina.

Liderazgo y gobernanza

Política del Presupuesto de la OPS

281. Durante el período en análisis, la asignación de recursos para las actividades en los niveles regional, subregional y de país ha estado orientada por la *Política del presupuesto de la OPS* aprobada por la 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana en el 2012. Esa política incorpora las recomendaciones formuladas por la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación (IES) sobre la base de su evaluación de la política del presupuesto anterior, así como cambios que reflejan las enseñanzas extraídas por la Organización. Entre los cambios figuran las nuevas normas y recursos para que la presencia de la OPS en los países mantenga un sólido compromiso con los Estados Miembros; la incorporación de la desigualdad de ingresos (coeficiente de Gini) en una evaluación ampliada basada en las necesidades de los países; un componente orientado a la consecución de resultados concebido para acelerar el logro de las metas programáticas en los países; y un modelo y métodos estadísticos perfeccionados para generar resultados más realistas y operables sobre la distribución de los recursos.

282. En junio del 2016 la Oficina presentó al Comité Ejecutivo de la OPS, en su 158.^a sesión, los resultados de la evaluación provisional de la aplicación de la Política del Presupuesto de la OPS del 2012 (documento [CE158/12](#)), que recomiendan la aplicación continua de la Política del Presupuesto para el bienio 2016-2017. Sin embargo, la Oficina señaló que desde que se la comenzó a aplicar se habían hecho varios cambios a las normas y procedimientos que podían afectarla. Está previsto realizar una evaluación minuciosa en el 2018 de esta política para comprobar que siga respondiendo a las necesidades cambiantes en materia de salud y asigne siempre los recursos en forma equitativa.

Reforma de la OMS

283. El proceso en curso de reforma de la OMS, emprendido en el 2011 en respuesta a las necesidades cambiantes de liderazgo mundial en el ámbito de la salud pública, siguió avanzando. La Directora de la OSP mantuvo un diálogo estrecho con los Estados

Miembros para mantenerlos plenamente informados de los nuevos acontecimientos, pedirles su opinión sobre cuestiones fundamentales, y prestarles asesoramiento sobre el proceso y sus implicaciones para la Organización. Varios Estados Miembros de la OPS desempeñaron funciones fundamentales en las negociaciones a escala mundial al dirigir o participar en los grupos de trabajo de la OMS.

284. Muchas de las reformas contempladas por la OMS ya habían sido adoptadas por la Oficina antes de que se pusieran en marcha en la sede de la OMS, incluidas las pertinentes a las áreas programáticas, de gestión y del presupuesto. La OMS impulsó tres cuestiones de especial importancia para la Oficina y los Estados Miembros de la OPS: *a)* cambios a la estructura de la gobernanza de la OMS, *b)* el nuevo marco para la colaboración con agentes no estatales (conocido como FENSA, por su sigla en inglés), y *c)* la creación de un nuevo Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS. Las propuestas incluyeron nuevas líneas de mando y rendición de cuentas, y plantearon la posibilidad de graves dificultades en relación con el marco constitucional de la OPS, que establece que la OPS es el organismo especializado en salud dentro del sistema interamericano y es una entidad independiente que, junto con su Director, rinde cuentas directamente a los Estados Miembros de la Región de las Américas. Teniendo en cuenta esta condición especial, única entre las oficinas regionales de la OMS, la Oficina y los Estados Miembros de la OPS hicieron aportes a las negociaciones para destacar la importancia de que la OPS estuviera en consonancia con las nuevas reformas de modo que se fortaleciera la toma de decisiones y la transparencia a escala mundial, al mismo tiempo que se respetaba su condición de organización internacional independiente.

285. Con respecto a las reformas de la gobernanza de la OMS, los Estados Miembros de la OPS respaldaron las recomendaciones con respecto a una mayor coordinación y consonancia a nivel regional con la OMS en las áreas de gestión y transparencia, pero también subrayaron la importancia de que se respeten los aspectos específicos regionales.

286. En las negociaciones en torno al *Marco para la colaboración con agentes no estatales*, los delegados de la Región de las Américas destacaron que desde el 2005 la OPS cuenta con sus propias directrices para colaborar con los agentes no estatales, incluidos el sector privado, las ONG, las fundaciones y las instituciones académicas. En el entendimiento de que el FENSA proporcionaría otros medios para asegurar la colaboración con los agentes no estatales mediante un enfoque responsable, ejecutable y equilibrado que no comprometa el carácter independiente de la Organización, ni su credibilidad o su reputación, en el 2016 la Oficina presentó el FENSA al 55.º Consejo Directivo de la OPS para su examen. Al aprobar la resolución [CD55.R3](#), el Consejo adoptó el FENSA, reemplazando específicamente las *Normas de la Organización Panamericana de la Salud sobre la colaboración con empresas privadas* y los *Principios que rigen las relaciones entre la Organización Panamericana de la Salud y las organizaciones no gubernamentales* con el FENSA, y dio instrucciones de que el FENSA se aplique de una manera coherente y uniforme, respetando la Constitución de la OPS y en conformidad con su condición jurídica.

287. Los Estados Miembros de la OPS presentaron una declaración conjunta a la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud en el 2016 en la que respaldaron el nuevo Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS, y subrayaron que el Departamento de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre (PED) de la OPS ha sido sumamente eficaz en su respuesta frente a las situaciones de emergencia y desastres en la Región de las Américas, gracias a sus 40 años de experiencia, conocimientos especializados y enseñanzas extraídas. Los países hicieron hincapié en que al respaldar el nuevo programa de la OMS dan por sentado que el programa regional de la OPS seguirá respondiendo plenamente a las necesidades de los Estados Miembros de la Región de las Américas, en coordinación con el programa de la OMS. La Oficina ha reestructurado PED, que ahora se llama Departamento de Emergencias de Salud (PHE), con el objetivo de mejorar la armonización de las funciones con la OMS.

Transparencia, rendición de cuentas y gestión de riesgos

Aprender de las auditorías y promover las evaluaciones

288. La Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación (IES) realizó auditorías en varias representaciones de la OPS/OMS y evaluó su cumplimiento de la gestión basada en resultados, entre otras cuestiones. En el 2014, la Oficina contrató a un auditor interno para que evaluara los riesgos y controles internos del programa *Mais Médicos* de Brasil y realizara cuatro misiones de auditoría interna por año del programa durante su duración. Además, por recomendación del Comité de Auditoría de la OPS, la Oficina de Ética colaboró con la Representación de la OPS/OMS en Brasil para impartir capacitación en portugués y español a todo el equipo del programa *Mais Médicos*. La capacitación se centró en los posibles riesgos del programa; las actividades e iniciativas existentes en toda la Oficina para detectar, prevenir y combatir el fraude, la corrupción y las faltas de conducta en el lugar de trabajo; y las políticas y los programas concebidos para propiciar un entorno de trabajo donde todos los miembros del personal sean tratados con dignidad y respeto.

289. La aplicación de las recomendaciones derivadas de las auditorías internas siguió mejorando. La tasa acumulativa de aplicación de las recomendaciones desde el 2011 aumentó de 87% (576 de 663 recomendaciones) al 31 de diciembre del 2015) a 90% (613 de 678 recomendaciones) al 31 de diciembre del 2016. La Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación también comenzó a recopilar y organizar la gran cantidad de información procedente de las evaluaciones anteriores y produjo la primera lista de la Organización de todas las evaluaciones realizadas tanto internamente como por los interesados directos externos, un primer paso fundamental para analizar y entender las enseñanzas de estas actividades. En marzo del 2015, la Oficina elaboró el primero de una serie de informes bianuales que consolidarán las principales enseñanzas extraídas de los informes de evaluación, para su difusión en toda la Organización. El objetivo es utilizar las evaluaciones, cuyo alcance va más allá de los programas individuales y las representaciones, para facilitar las mejoras en curso y los procesos decisorios en la Oficina, y que se sumen al desarrollo y la memoria institucionales.

290. La Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación siguió colaborando con la función de evaluación de la OMS para fomentar un método sistemático y armonizado para abordar el trabajo evaluativo. También distribuyó y promovió el *WHO Evaluation Practice Handbook* [manual de prácticas de evaluación de la OMS] en la Oficina y facilitó a la Oficina algunos elementos de la evaluación sobre la presencia de la OMS en los países, en la cual México fue uno de ocho países del mundo seleccionados para los estudios de casos analizados de forma exhaustiva.

Gestionar los riesgos

291. La OPS siguió ejecutando su programa de gestión de riesgos institucionales para detectar, vigilar, evaluar y gestionar los riesgos en curso inherentes a sus actividades institucionales y de cooperación técnica. En el 2013 se aprobó la *Política de gestión de riesgos institucionales de la OPS* y poco después se publicó el *Manual de gestión de riesgos institucionales*. Se realizaron las evaluaciones de riesgos de varios programas y proyectos técnicos y administrativos, y se proporcionó capacitación en materia de evaluación de riesgos a los puntos focales de gestión de riesgos en la sede de la OPS y en Barbados, Brasil y Panamá.

292. En el 2014 se creó un registro de riesgos institucionales para fortalecer la cultura de la gestión de riesgos en la Organización y permitir que los centros de costos documenten los principales riesgos para la ejecución de su plan de trabajo bienal, la probabilidad de que estos ocurran y sus posibles repercusiones, y la aplicación de medidas de mitigación. Este registro se examina periódicamente en coordinación con el proceso de planificación institucional.

293. En el 2015 se actualizó el programa de gestión de riesgos institucionales y se restableció el Comité Permanente de Gestión de Riesgos Institucionales, con el objetivo de que la gestión eficaz de los riesgos pueda concretarse como una función gerencial básica. La gerencia superior tiene una amplia representación en el Comité Permanente para asesorar a la Gerencia Ejecutiva acerca de cómo mejorar la cultura de rendición de cuentas e integrar la gestión de riesgos en otros procesos institucionales. En el 2016, el programa de gestión de riesgos institucionales se integró en el proceso de planificación del bienio 2018-2019. Sobre la base de un análisis integral del registro de riesgos del bienio 2016-2017, se modificó el registro correspondiente al bienio 2018-2019 a fin de concentrar los riesgos comunes a todas las entidades, y las orientaciones revisadas se difundieron a través de la red de gestión de riesgos institucionales recién establecida. En el marco del programa de gestión de riesgos institucionales, la Gerencia Ejecutiva examina periódicamente la evolución de los principales riesgos institucionales, establece los responsables de cada uno de esos riesgos y les proporciona sugerencias y orientación sobre medidas preventivas. Además, el Comité de Auditoría de la OPS recibe regularmente informes sobre la gestión de riesgos institucionales.

Planificación estratégica, coordinación de recursos y presentación de información

294. La Organización siguió ejecutando un marco de gestión basada en los resultados y realizó progresos importantes en conjunción con la elaboración del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, que fue el primero en elaborarse en colaboración con un grupo consultivo de Estados Miembros nombrado por el Comité Ejecutivo de la OPS. En el Plan Estratégico se abordan las necesidades prioritarias regionales en materia de salud y, al mismo tiempo, está en consonancia programática con el Programa General de Trabajo de la OMS; incluye una cadena perfeccionada de resultados para reflejar mejor los logros y la rendición de cuentas conjunta de la Oficina y los Estados Miembros, así como mejores definiciones de resultados e indicadores relativos a los resultados inmediatos, los resultados intermedios y el impacto. Los nuevos indicadores se incorporaron al proceso de seguimiento y evaluación del desempeño para mejorar la contribución de este componente fundamental del enfoque orientado a la consecución de resultados, permitiendo a las entidades de todos los niveles de la Organización seguir los progresos y mejorar la rendición de cuentas en el ámbito de la gestión.

295. En el 2014, la OPS elaboró una metodología innovadora y sólida para determinar de forma sistemática y objetiva las áreas programáticas prioritarias donde su cooperación técnica claramente agrega valor; se basa en el método de Hanlon para priorizar los problemas de salud. Mediante la resolución [CD53.R3](#), el 53.º Consejo Directivo solicitó a la Directora que “continúe realizando consultas con los Estados Miembros a fin de perfeccionar el marco de estratificación de las prioridades programáticas y de aplicarlo a los presupuestos y programas futuros”. En el 2016, en colaboración con el Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico de la OPS, integrado por los representantes de 12 Estados Miembros, la Oficina adaptó y refinó aún más el método de Hanlon para elaborar un marco modificado de estratificación de las prioridades programáticas (documento [CD55/7](#), 2016). Se celebraron consultas nacionales en más de 36 países y territorios de la Región para determinar las áreas programáticas prioritarias para el bienio 2018-2019. La metodología también se ha incorporado a las directrices del 2016 de la OMS para elaborar las estrategias de colaboración en los países.

296. La Oficina ha propuesto modificaciones del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 sobre la base de varios factores: las nuevas prioridades en la Región; los ajustes realizados en el 2016 a la método de Hanlon adaptado por la OPS para la asignación de prioridades; los resultados de las actividades de asignación de prioridades llevadas a cabo con los Estados Miembros; y la consonancia funcional de la OPS con el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS. La versión modificada del Plan Estratégico, que se someterá a la consideración de la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre del 2017, incluye, entre otras modificaciones, una revisión de las áreas programáticas de la categoría 1 (enfermedades transmisibles) y de la categoría 5 (emergencias sanitarias), lo que aumenta de 30 a 34 el número de áreas programáticas. Es posible que sea necesario hacer cambios al Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017 para que esté en consonancia con las modificaciones propuestas.

297. Una innovación importante en relación con el Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017 consistió en adoptar un enfoque presupuestario integrado mediante el cual los Estados Miembros pasaron a aprobar el presupuesto total, en lugar de aprobar solo la parte correspondiente al presupuesto ordinario de los programas de la OPS. Esto facilitó a los Estados Miembros un panorama presupuestario más completo y dio mayor flexibilidad a la Oficina para administrar los recursos y garantizar así el máximo financiamiento de todos los programas.

298. En noviembre del 2015 la Oficina y Estados Miembros de la OPS realizaron la primera evaluación conjunta de fin de bienio, el primer proceso en su tipo en llevarse a cabo en una región de la OMS. Al permitir evaluar la ejecución del Programa y Presupuesto de la OPS 2014-2015 y los dos primeros años del Plan Estratégico vigente, esta actividad brindó a la Oficina y a los Estados Miembros una oportunidad única de examinar conjuntamente los beneficios para la salud pública, las brechas, los desafíos, las oportunidades y las enseñanzas obtenidas. La evaluación se facilitó gracias a la puesta en marcha del nuevo Sistema de Seguimiento del Plan Estratégico de la OPS, creado en colaboración con los Estados Miembros y aprobado oficialmente por ellos como parte del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019.

299. La evaluación conjunta empezó con evaluaciones a nivel de país, que fueron validadas por los técnicos de la Oficina y consolidadas en los resultados a nivel de toda la Organización. En el 2016, los resultados se presentaron al 55.º Consejo Directivo en el *Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2014-2015/ Primer informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019* (documento [CD55/5](#)). La participación en esta primera evaluación conjunta fue del cien por cien, ya que participaron los 52 países y territorios de la Región. Los Estados Miembros de la OPS han recomendado que la experiencia se transmita a otras regiones de la OMS como mejor práctica en materia de transparencia, rendición de cuentas y presentación de información.

300. Todos los Estados Miembros de la OPS suscriben los acuerdos y mandatos subregionales, regionales y mundiales, y los países y territorios tienen mucho en común. Sin embargo, también hay variaciones importantes en cuanto al tamaño, las características geográficas, la capacidad, la etnicidad, la cultura y el estado de salud. La Oficina siempre ha reconocido que no hay una sola solución que sirva para todos y, si bien en su cooperación técnica ha procurado determinar las intervenciones que puedan beneficiar a grupos de países, también ha analizado y trabajado con las características específicas de los países que los hacen únicos.

Adaptación de la cooperación técnica

Cooperación centrada en los países

Una evaluación del 2013 sobre la ejecución en la Región de las Américas de la política de atención centrada en los países de la OMS dio lugar a recomendaciones para fortalecer la cooperación centrada en los países de la OPS. Esta evaluación fue la segunda en su tipo que se realiza en la Oficina; la primera se llevó a cabo en el 2003 y dio lugar al establecimiento de la Unidad de Apoyo a los Países (CSU) en la sede de la OPS. A raíz de la última evaluación, efectuada en enero del 2014, CSU se reestructuró y pasó a ser la Oficina de Coordinación de

Países y Subregiones (CSC), lo que refleja más adecuadamente sus funciones estratégicas y analíticas y mejora la consonancia con el plan de ejecución de alto nivel de la reforma de la OMS. La evaluación también reiteró la importancia de garantizar una estrategia de cooperación en los países de la OPS/OMS actualizada para cada país, a fin de facilitar un marco para prestar cooperación técnica adaptada desde todos los niveles de la Organización que permita atender las prioridades nacionales acordadas en materia de desarrollo de la salud.

Contribuciones voluntarias nacionales

Las contribuciones voluntarias nacionales son fondos que los Estados Miembros proporcionan a la OPS exclusivamente para la cooperación técnica en sus propios países. Permiten a la Organización centrarse en suministrar los conocimientos técnicos especializados necesarios —en lugar de dedicarse a conseguir el capital inicial o a movilizar recursos financieros— para abordar prioridades nacionales concretas en materia de desarrollo y salud. Durante el bienio 2014-2015 los Estados Miembros contribuyeron con un total de US\$ 254,2 millones en contribuciones voluntarias nacionales para la ejecución de los programas nacionales de cooperación técnica. Además, el programa *Mais Médicos* ha alcanzado niveles de implementación que superan los US\$ 1.163 millones.

Cooperación entre países para el desarrollo sanitario

La cooperación triangular y la cooperación técnica entre países (CTP) que conforman la imagen de la Organización se reconocen desde hace mucho tiempo como un excelente mecanismo para promover las prácticas adecuadas, intercambiar conocimientos y pericia, y dar muestras de solidaridad, panamericanismo y cooperación Sur-Sur. Conscientes de que tanto la cooperación internacional en materia de salud como la CTP han evolucionado con el transcurso del tiempo hacia un concepto más amplio de alianzas horizontales y cooperación entre países, los Estados Miembros de la OPS aprobaron en octubre del 2013 una nueva política sobre la cooperación para el desarrollo sanitario en la Región de las Américas (documento [CD52/11](#)).

La Oficina comenzó a ejecutar esta política con el establecimiento de un grupo de trabajo sobre la cooperación entre países para el desarrollo sanitario (CCHD por su sigla en inglés) y realizó una evaluación de la CTP prestada en el período comprendido entre el 2008 y el 2013. Se formularon recomendaciones para que la CCHD sea más estratégica e inclusiva con los sectores no sanitarios, la sociedad civil y el sector privado cuando proceda, a fin de seguir impulsando el desarrollo de la salud a nivel nacional. Esta modalidad más amplia aprovecha mejor los conocimientos especializados de desarrollo de la salud y genera nuevos modelos para las actividades futuras de colaboración, en particular para afrontar los desafíos relacionados con la Agenda para el Desarrollo Sostenible. La Oficina se encuentra en una posición única para dirigir la CCHD, ya que desde hace muchos años se desempeña como convocadora de los principales interesados directos de la Región en el ámbito de la salud pública. Además, ha puesto en práctica un mecanismo para financiar los proyectos de CCHD y elaborado directrices de procedimiento, plantillas de proyectos y métodos de evaluación que se distribuyen actualmente a los Estados Miembros y los asociados estratégicos. Desde el 2014, 51 proyectos, ya sea terminados o en curso, se han presentado en el marco de esta modalidad de cooperación.

Por otra parte, la Oficina estableció el Programa de Fortalecimiento de la Cooperación para el Desarrollo de la Salud en las Américas conjuntamente con el Centro de Relaciones Internacionales en Salud de la Fundación Oswaldo Cruz, que funciona como centro colaborador de la OPS/OMS para la salud mundial y la cooperación Sur-Sur. El objetivo del programa es fortalecer las capacidades de las oficinas de relaciones internacionales en los países. Los representantes de 33 Estados Miembros han participado en reuniones presenciales y virtuales, y

trabajan con mentores en esferas relacionadas con la cooperación en materia de diplomacia y salud, los problemas actuales de salud en el mundo, la gobernanza mundial de la salud, la salud en los procesos regionales y subregionales de integración, y la salud en la política exterior.

Perfeccionamiento de la cooperación técnica subregional

Desde mediados del siglo XX existen entidades subregionales de integración política en la Región de las Américas que representan una agrupación de países por medio de la cual los Estados Miembros de la OPS abordan conjuntamente asuntos, intercambian experiencias y colaborar entre sí. Habida cuenta de la importancia del poder político y decisorio de estas entidades y de la importante oportunidad que ofrecen para fortalecer la cooperación técnica, a lo largo de los años la Oficina ha explorado y puesto en marcha mecanismos para interactuar y cooperar con ellas en asuntos relacionados con salud.

Durante muchos años la subregión del Caribe ha tenido un coordinador del programa subregional, un plan de trabajo bienal para la subregión y, más recientemente, una estrategia de cooperación subregional oficial que responde principalmente a la agenda de salud de CARICOM: la Cooperación para la Salud en el Caribe. Esta estrategia subregional de cooperación complementa las estrategias de cooperación en los países de la subregión, evitando duplicarlas, y la Secretaría de CARICOM es la principal contraparte subregional de la Organización para su ejecución.

La desestructuración de cinco instituciones regionales de salud de CARICOM culminó en la incorporación de sus funciones en el CARPHA, establecido en el 2011 mediante un acuerdo intergubernamental entre los países miembros de CARICOM. El CARPHA comenzó a funcionar en enero del 2013 y la OPS, que antes administraba como centros especializados dos de las cinco instituciones regionales de salud,⁴⁶ facilitó importantes recursos humanos y económicos para su establecimiento. La Oficina sigue contribuyendo y colaborando con el CARPHA en esferas de interés común, como la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, las capacidades básicas para fortalecer la aplicación del RSI y la prevención de desastres y la respuesta frente a ellos.

Las subregiones centroamericana y sudamericana también han tenido planes de trabajo bienales subregionales y contado con asesores técnicos y personal de la Oficina de Coordinación de Países y Subregiones (CSC) de la OPS para supervisar su ejecución. De todas maneras, desde el 2013 la Oficina ha tomado medidas para fortalecer la cooperación técnica en estas subregiones mediante una colaboración más estructurada con las principales entidades de integración política a fin de realizar análisis subregionales de la situación y elaborar planes de trabajo bienales. En forma más reciente, la Oficina inició el proceso de nombramiento de un coordinador del programa subregional para cada una de estas subregiones.

La estrategia de cooperación técnica a nivel subregional de la OPS seguirá aprovechando las oportunidades de trabajar estratégicamente con las entidades de integración y fomentará los intercambios entre las subregiones cuando proceda, al mismo tiempo que fortalecerá y sacará partido de la colaboración que ya existe entre la CARICOM y el SICA.

301. A los países de América Latina y el Caribe —en su mayor parte, de ingresos medianos— les resulta cada vez más difícil movilizar los recursos necesarios para la

⁴⁶ Los centros especializados de la OPS eran el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) y el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI).

cooperación para el desarrollo. Por consiguiente, es indispensable que la Oficina extienda su base de apoyo más allá de los asociados tradicionales y establezca nuevos métodos para movilizar recursos. En marzo del 2017, la OPS y el Ministerio de Salud y Servicios Sociales de Quebec (Canadá) firmaron un acuerdo para emprender acciones conjuntas en asuntos prioritarios de salud, como el fortalecimiento de los sistemas de salud, la salud materno-infantil y los determinantes sociales de la salud. Entre las actividades previstas en el acuerdo se encontrarán la realización de sesiones de capacitación y seminarios, la difusión de información estratégica, la ejecución de proyectos conjuntos y el intercambio de conocimientos y experiencia.

302. Ante el cambiante panorama del financiamiento y la variedad de actores influyentes que invierten en el ámbito de la salud y el desarrollo, es necesario adoptar métodos innovadores y diferentes para fomentar la colaboración. La Oficina ha establecido explícitamente como prioridad la movilización de los recursos requeridos para cerrar la brecha de financiamiento y alcanzar los objetivos del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, al reestructurar departamentos específicos y redefinir su perfil, y contratar personal nuevo con el talento, las aptitudes profesionales y las competencias que la Organización necesita hoy en día.

Gerencia y administración

Gestión de los recursos humanos

303. En el 2014, la Oficina puso en marcha una iniciativa de recursos humanos denominada la *Estrategia de la Organización Panamericana de la Salud para el personal 2015-2019* con el objetivo de fortalecer el recurso más importante de la Organización: su capital humano. Esta estrategia tiene como propósito que la Oficina pueda atraer y retener a las personas más talentosas que tengan las aptitudes y las competencias adecuadas, y que el ambiente de trabajo de la Oficina les permita a los funcionarios rendir a su máximo potencial. Para elaborar la estrategia se organizaron grupos de trabajo y se realizaron encuestas al personal; en ambos casos se consideraron las tres áreas siguientes: la arquitectura de la fuerza laboral, la renovación de las aptitudes y la modernización de los centros y las representaciones. En la estrategia para el personal se desarrollaron y se integraron cinco temas principales: el fortalecimiento de la consonancia y la agilidad; el fomento del talento en todos los niveles; el impulso del desempeño y la rendición de cuentas; la promoción del liderazgo inspirador para el cambio; y la creación de un entorno de trabajo de primera clase y un función facilitadora de los recursos humanos.

304. La Oficina siguió brindando al personal amplias oportunidades para desarrollar nuevas aptitudes y adquirir nuevos conocimientos, en particular con la creación de un nuevo portal de aprendizaje y la elaboración de planes de aprendizaje específicos para las distintas unidades y departamentos. En el 2016, la Oficina, en cooperación con la OMS, puso en funcionamiento una nueva plataforma institucional de aprendizaje en línea y empezó a producir módulos de aprendizaje específicos de la OPS a fin de abordar el desarrollo de competencias clave para el mejoramiento profesional.

305. La Oficina puso en práctica un nuevo mapa de competencias en el cual se definen las competencias básicas de todo el personal de la Oficina (técnico, administrativo y gerencial); este mapa se incorporó plenamente en todas las descripciones de puestos y las entrevistas de los procesos de selección del personal. La Oficina también siguió fomentando una conducta ética en sus operaciones y actividades. Con este fin se emprendieron varias iniciativas importantes para que el personal comprendiera mejor los asuntos relacionados con la ética y abordara los posibles conflictos de intereses, así como para facilitar mejoras en el entorno de trabajo, a través del Sistema de la OPS de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos.

Mejoramiento del Sistema de la OPS de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos

El Sistema de la OPS de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos (SGAIC) tiene como propósito promover y facilitar la transparencia, la ética y la justicia en el lugar de trabajo. El SGAIC está conformado por varios recursos, entre los cuales se encuentran la Oficina de Ética (coordinadora del SGAIC), la Oficina del Mediador, la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación (IES), el Departamento de Gestión de Recursos Humanos (HRM), la Oficina del Asesor Jurídico (LEG) y la Junta de Apelación de la OPS. Hay un servicio de ayuda sobre ética gratuito y confidencial, y la Asociación de Personal de la OPS colabora activamente con el personal y la administración para asegurar que haya justicia y equidad. A continuación se resumen varios ejemplos de los logros que han alcanzado varias entidades que integran el SGAIC.

Oficina de Ética

- Brindó capacitación en temas relacionados con la ética, como el diseño y la realización de un curso nuevo en línea que se centra en los principios definidos en el *Código de principios éticos y conducta de la OPS*, la *Política de la OPS en materia de prevención y resolución del acoso en el lugar de trabajo* y la *Política de cero tolerancia frente al fraude y la corrupción*, entre otros. El objetivo del curso es ilustrar la manera en que el respeto mutuo y las relaciones de trabajo con los colegas pueden producir un entorno de trabajo más eficaz y productivo.
- En el 2014 puso en marcha una iniciativa para que el personal esté más consciente de las cuestiones éticas, por medio de un programa nuevo sobre notificación de los conflictos de intereses diseñado con el objetivo de que los intereses particulares del personal no interfieran con sus responsabilidades oficiales ni socaven la integridad de la Organización.
- Elaboró una nueva encuesta sobre el entorno de trabajo y el clima ético de la Oficina, con el fin de evaluar el entorno de trabajo en diferentes dependencias de la Oficina y medir qué tanto conoce el personal las políticas y los recursos del SGAIC. En la encuesta también se midió qué tan cómodas se sienten las personas al trabajar en la OPS y si creen que se valora su trabajo. Los resultados de la encuesta se usarán para determinar áreas específicas de preocupación que requieren atención adicional.

Oficina del Mediador

- Determinó cuáles eran las preocupaciones del personal de la OPS en torno al lugar de trabajo y elaboró recomendaciones para abordarlas. Entre las principales preocupaciones se encontraban la eficacia de la supervisión, el clima de trabajo en los departamentos, el trato y respeto, el progreso y desarrollo profesionales, el estrés vinculado al trabajo, el equilibrio entre la vida personal y el trabajo, y las decisiones administrativas y la aplicación de normas. Entre las recomendaciones se encontraron el restablecimiento de un programa de orientación “en persona” para los empleados nuevos; el examen de las disposiciones contractuales con

respecto a los consultores nacionales e internacionales de la OPS, con miras a fortalecer el cumplimiento de su letra y espíritu; y la aplicación sistemática de los reglamentos y las políticas relacionadas con los trabajadores de la OPS contratados por medio de agencias de colocaciones.

- Condujo la iniciativa de “Respeto en el lugar de trabajo”, una intervención desarrollada mediante un proceso participativo que incluyó grupos interdepartamentales de trabajo y representantes de la Asociación de Personal de la OPS. La iniciativa se puso en marcha en julio del 2015 para fomentar un clima de respeto e inclusión en toda la Organización y se basó en iniciativas previas emprendidas por HRM en el 2013 y la campaña “El buen trato es contagioso” que llevó adelante el Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud en el 2014. En el 2016, se diseñó un seminario sobre la resolución de conflictos y se ofreció al personal en la Sede y las representaciones. En el 2017 comenzará a funcionar un curso en línea para generar conciencia sobre las primeras señales de conflicto de intereses.

306. Para el año 2012, la Oficina había logrado la paridad entre los sexos en los profesionales, tanto en la Sede como en las representaciones. Esta tendencia ha seguido, como se observó en las estadísticas correspondientes al 2016 que muestran que 52% de los puestos en las categorías profesional y superior estaban ocupados por mujeres y 48% por hombres. En las representaciones y los centros de la OPS, el porcentaje de mujeres en las categorías profesionales aumentó de 47% en el 2015 a 50% en el 2016. Sin embargo, la Organización siguió afrontando el reto de lograr la paridad entre los sexos en los puestos gerenciales de alto nivel, por lo que se estaban tomando medidas para definir soluciones, como el establecimiento de un grupo de trabajo sobre la paridad a fin de considerar ideas innovadoras que permitan atraer y retener a buenos candidatos.

Sistema de Información Gerencial de la OSP

307. En el 2013, la Oficina firmó varios contratos con diversos proveedores de software y de servicios de gestión de cambios, y contrató a gerentes de proyecto externos e internos para seguir adelante con las actividades con el fin de poner en funcionamiento el Sistema de Información Gerencial de la OSP (PMIS, por su sigla en inglés) y lograr una infraestructura administrativa más ágil y eficaz. La Oficina creó y capacitó a un equipo para la ejecución del PMIS, y elaboró minuciosos planes de trabajo, capacitación y de gestión del cambio. En noviembre del 2014 empezó la capacitación formal sobre el PMIS para el personal.

308. La implementación de los primeros los componentes del sistema (el módulo de gestión del capital humano y el componente de nómina de sueldos [fase 1]), se reemplazaron muchos de los sistemas antiguos de recursos humanos de la Oficina y se estableció un centro de atención para la puesta en marcha del PMIS, el cual brindó apoyo al personal durante el período de puesta en funcionamiento. Se llevó un registro de las enseñanzas extraídas en la fase 1 a fin de mejorar la funcionalidad en la fase 2, durante la cual se pusieron en funcionamiento los módulos de finanzas del sistema para reemplazar

los principales sistemas financieros que se usaban hasta entonces.⁴⁷ La fase 2 se finalizó en enero del 2016; hubo un centro de atención para proporcionar apoyo después de la introducción del PMIS, el cual brindó ayuda a todo el personal de la Oficina. Algunos de los otros sistemas utilizados siguieron funcionando fuera del PMIS, como los de contratación en línea, impuestos, pensiones, seguro de enfermedad del personal y SharePoint.

309. En el 2016, la Oficina completó la implementación del PMIS, dentro del plazo y el presupuesto previstos. Plenamente operativo en cuatro idiomas, el PMIS permite realizar 180 procesos institucionales y manejar transacciones en 24 monedas diferentes, y es usado por más de 2.000 usuarios en más de 30 lugares diferentes en toda la Región de las Américas. La complejidad y la magnitud del proyecto plantearon retos importantes, entre los cuales se encontraron las pronunciadas curvas de aprendizaje para el personal, la necesidad de manejar comportamientos imprevistos del sistema y el efecto en el volumen de trabajo del personal. La Oficina dedicó una cantidad significativa de recursos y tiempo del personal a la capacitación en toda la Organización, la gestión del cambio y la estabilización del sistema. En términos generales, la puesta en funcionamiento se realizó con un número relativamente mínimo de perturbaciones en la ejecución de los programas técnicos y las actividades cotidianas de la Oficina. Esta experiencia contrasta de manera significativa con la que se ha observado en muchas de las grandes organizaciones internacionales cuando adoptan sistemas nuevos para la planificación de los recursos institucionales, y puede atribuirse a una buena planificación y los esfuerzos extraordinarios que realizó el personal de la Oficina tanto en la Sede como sobre el terreno.

310. El PMIS ha producido beneficios tangibles al simplificar muchos procesos institucionales, lo que ha potenciado al máximo la transparencia y ha fomentado la rendición de cuentas y la colaboración. La Oficina prevé que se obtendrán mayores beneficios una vez que el sistema se establezca plenamente y se asimilen por completo las nuevas formas de trabajar. El PMIS es único dentro de las Naciones Unidas porque está basado en la nube, lo que favorece la continuidad en las operaciones sin necesidad de usar papel, independientemente de la ubicación de los usuarios. La Escuela Superior del Personal del Sistema de Naciones Unidas (UNSSC) seleccionó a la OPS como un caso de estudio por la ejecución eficaz y eficiente de un sistema de planificación de recursos empresariales. La UNSSC reconoció que el PMIS ha generado mejoras en las políticas y los procedimientos normalizados de trabajo de la OPS y ha acentuado el profesionalismo del personal de la OPS.

311. Aprovechando la implementación del módulo de gestión del capital humano del PMIS, se examinaron e integraron los procesos administrativos relacionados con los recursos humanos. El sistema, basado en la nube, tiene una sólida interfaz móvil que permite a los usuarios no solo trabajar desde las computadoras personales, sino también

⁴⁷ Incluidos AmpesOmis, AMS/FMS (Sistema de Gestión de Adjudicaciones/Sistema de Gestión Financiera), FAMIS (Sistema de Gestión de Contabilidad y Finanzas e Información), ADPICS (Sistema Avanzado de Compras y Control de Inventario) y SOS (sistema simplificado de búsqueda en línea).

realizar tareas en sus celulares inteligentes y tabletas. Tener la capacidad de realizar tareas en dispositivos móviles es particularmente importante, considerando que la OPS requiere que los funcionarios puedan aprobar transacciones independientemente de su función y su ubicación. Además, para brindar apoyo a la selección y contratación de talento humano, a principios del 2017 se puso en marcha Stellis, la plataforma de contrataciones. Diseñado conjuntamente con la OMS, el sistema usa un programa informático basado en la nube para la gestión de talento que hace que la Oficina esté a la altura de las normas de la industria, y se prevé que mejorará la transparencia y la rendición de cuentas en la gestión de los procesos de selección en toda la Organización.

Tecnología de la información

312. Durante el período en análisis, la Oficina aprobó una nueva estrategia de tecnología de la información (TI) e introdujo un nuevo proceso de gobernanza en el ámbito de la TI para coordinar los gastos en proyectos tecnológicos en todas las entidades de la Organización. Además, los dominios de internet de las representaciones y los centros panamericanos de la OPS se fusionaron en un dominio único de la OPS, y se estandarizaron los programas de computación, a fin de reducir la complejidad, aumentar la seguridad, simplificar los servicios de apoyo y facilitar la ejecución de las iniciativas que se emprendan en el futuro en los ámbitos de la TI y la gestión del conocimiento. Se ejecutó una nueva iniciativa, “la OPS en la nube”, para permitir que el personal de la Sede tenga acceso a sus entornos de escritorio dondequiera que se encuentren y desde cualquier dispositivo que usen, así como que tengan acceso remoto a las herramientas, los servicios y los repositorios compartidos de la OPS.

313. En el 2014, la Oficina finalizó una amplia evaluación en el ámbito de la TI. A raíz de esa evaluación se hicieron recomendaciones con el fin de emprender una modernización adicional de esta área clave del apoyo institucional. Las recomendaciones se incorporaron a una estrategia de TI actualizada para el período 2015-2019, con cinco esferas principales: el apoyo a los programas técnicos, el apoyo a las representaciones, el PMIS, la innovación en el campo de la TI y el mantenimiento de operaciones estables de TI. La estrategia responde a cambios importantes en las necesidades y el entorno de la Oficina con respecto a la TI, como la introducción del PMIS, las crecientes exigencias de los programas técnicos de la OPS, la proliferación de servicios basados en la nube, las expectativas de un recambio excepcionalmente alto del personal de TI en los próximos cinco años, los retos en cuanto a la seguridad de la información, y la ampliación de las redes sociales en el lugar de trabajo. La nueva estrategia brinda un marco para la gestión de la TI, ofrece un mecanismo para determinar los niveles de inversión y asignación en toda la cartera de proyectos y actividades de TI y da un punto de referencia para el gasto total en TI. La Oficina revisó aún más el proceso de gobernanza de la TI para mejorar la toma de decisiones y el establecimiento de prioridades en todos los proyectos e inversiones relacionados con la TI.

314. Al continuar con la aplicación de la estrategia actualizada de TI, en el 2015 se adoptó el Service Request System (SRS), un sistema de solicitud de servicios innovador y multilingüe que se encuentra basado en la nube y se instituyó para brindar apoyo a todos

los usuarios y sistemas de toda la Oficina. El SRS permite a los usuarios seleccionar, priorizar, asignar y transferir a un nivel más elevado las solicitudes dirigiéndolas al recurso apropiado, y hacerles un seguimiento hasta su resolución. Asimismo, se creó un sistema que, por medio del uso de tabletas, permite reducir el uso de papel en las reuniones y conferencias; se mejoró la seguridad del acceso a internet en la Sede, con el uso de *firewalls* de última generación y de programas de computación nuevos para hacer un seguimiento a los contenidos de las páginas web y filtrarlos; y se hicieron actualizaciones de la red para mejorar velocidad de los datos y la respuesta de las aplicaciones, con mejoras adicionales en los sistemas de respaldo y recuperación de datos. Además, se fortalecieron los sistemas de colaboración virtual, y los antiguos servicios institucionales de videoconferencia se reemplazaron por WebEx, que tiene mayor ancho de banda y está basado en la nube. La adopción de los servicios de Microsoft Office (Office 365) también aumentó la eficiencia en las actividades de comunicación y colaboración en un entorno en la nube seguro, administrado y costoeficaz.

315. En el área de apoyo a los programas técnicos, las mejoras se centraron en el desarrollo y el apoyo a los sistemas de información técnica de salud y la integración de las plataformas existentes en el ámbito de la información de salud para mejorar la facilidad de uso y reducir los costos globales para la Organización. Las mejoras incluyeron la adopción de un sistema nuevo para la comprobación de facturas para el programa *Mais Médicos* en Brasil, mejoras en la base de datos de mortalidad de la OPS, la evaluación de la Plataforma de Información en Salud de la OPS (PLISA), y la puesta en funcionamiento de una herramienta para la vigilancia de las vacunas y una aplicación nueva sobre el dengue que permitirá a los países transmitir sus datos sobre vigilancia a PLISA usando un formato estandarizado.

316. El apoyo a las representaciones se centró en la centralización y la mejora de la prestación de servicios, con una reducción de la infraestructura física local al favorecer una conectividad sólida y segura y la simplificación de la gestión de los servicios de TI. Se aumentó el ancho de banda de Internet para mejorar la conectividad de las representaciones tanto con la nube como con los sistemas de la Sede; se mejoró la infraestructura de los teléfonos y los servidores; y se reemplazaron varias PC de escritorio.

Comunicación estratégica

317. La Oficina reconoció la necesidad de explicar mejor a los posibles asociados nuevos la extraordinaria historia de la OPS —incluidos los logros de los Estados Miembros y las innovaciones en el ámbito de la salud pública— y mejorar la capacidad del personal de toda la Organización para establecer relaciones más diversificadas con inversores no tradicionales del ámbito social y el de la salud. A este respecto, se definió una nueva estrategia de comunicaciones para la Organización, con el propósito de promover la OPS y fortalecer su reputación como organización discente con visión de futuro, como fuente creíble y preferencial para la búsqueda de información de salud, y como un asociado seguro y confiable en el ámbito del desarrollo de la salud. La Oficina

puso en práctica tecnologías y plataformas de comunicación innovadoras, como un mayor uso de las teleconferencias, para fortalecer la comunicación con los Estados Miembros y la participación en redes dentro y fuera de la Región.

318. La Oficina siguió produciendo y distribuyendo numerosos documentos técnicos y folletos informativos, afiches y otros productos para promover la salud y brindar orientación técnica, distribuyendo cada vez más materiales por medio de su sitio web y reduciendo la necesidad de imprimirlos. La Oficina mejoró su cobertura de eventos mundiales y regionales relacionados con la salud pública, al aprovechar las redes sociales como Twitter, Flickr, YouTube, Facebook y Facebook Live. Facebook Live facilitó la realización de entrevistas a la Directora de la OSP, ministros de salud y otras figuras clave del sector de la salud, y permitió a las entidades técnicas comunicarse más fácilmente “en vivo”. Se rediseñó el sitio web de la OPS y la intranet; en la intranet se incluyó la sección “Temas destacados de los países” para resaltar las noticias y los acontecimientos que envían los países.

319. Es importante señalar que las actividades de extensión con los medios se han fortalecido mediante el envío de mensajes de texto dirigidos a públicos específicos y la respuesta directa a las consultas de los medios. Las mejoras en las comunicaciones estratégicas contribuyeron a que la Organización fortaleciera su posicionamiento y jerarquización dentro de la comunidad internacional.

9. CONCLUSIONES Y VISIÓN HACIA EL 2030

320. La cooperación técnica de la OPS ha contribuido al fortalecimiento continuo de la capacidad y a muchos de los éxitos que se han logrado a nivel de país, subregional y regional en el período que se cubre en el presente informe. Para abordar los problemas prioritarios de salud pública en la Región de las Américas, los Estados Miembros de la OPS y la Oficina usaron modalidades que han sido comprobadas, como la formulación y el uso de políticas y directrices, pero también generaron ideas, herramientas y enfoques creativos e innovadores, como el uso de la *eSalud* y la introducción de nuevas tecnologías y plataformas para el intercambio de información. Asimismo, los Estados Miembros demostraron su solidaridad y colaboraron estrechamente con la Oficina y entre ellos mismos en sus esfuerzos por reducir las inequidades en la salud, lograr avances hacia la salud universal y asegurar el bienestar de su población. Sin embargo, también hubo numerosos retos, muchos de los cuales aún subsisten.

321. Aunque en el último decenio la pobreza ha disminuido considerablemente en la Región, la inequidad en la salud sigue siendo uno de los retos más importantes que enfrenta el continente en el ámbito de la salud pública. La mayor parte de los países de la Región reconocen que la salud es un derecho básico, y los esfuerzos que realizan en pro de la salud universal constituyen una expresión tangible de la consecución progresiva del derecho a la salud y la reducción de las inequidades en materia de salud. Con una frecuencia cada vez mayor, los países están conscientes de la importancia de los sistemas de información para la salud que proporcionan datos desglosados relacionados con los determinantes sociales de la salud y tienen en cuenta datos de otros sectores más allá de la salud, al elaborar políticas, planes y programas para alcanzar un desarrollo equitativo en el ámbito de la salud.

322. También está cobrando cada vez más importancia la inclusión como un enfoque estratégico para reducir las inequidades en materia de salud. El sector de la salud por sí mismo no puede hacer todo que se necesita en favor de la salud y el bienestar de la población nacional y los grupos poblacionales desfavorecidos, subatendidos y vulnerables. Es indispensable que haya colaboración y acción multisectoriales, con la participación de la sociedad civil y el sector privado. Esta participación debe circunscribirse al marco de las políticas, las estrategias y los planes nacionales de salud, para asegurar una acción cohesiva hacia el logro de los objetivos de desarrollo de salud que se hayan acordado y la definición de las funciones, las responsabilidades y los recursos.

323. La asignación y la movilización de recursos para apoyar la cooperación técnica de la Organización probablemente tendrán una importancia aún mayor en el futuro, si se prevé proteger los logros de la Región y abordar los retos nuevos de manera eficiente y eficaz. Será necesario hacer mayor hincapié en los mecanismos usados para mejorar las asociaciones tradicionales y no tradicionales y para crear métodos eficientes y eficaces que permitan sacarle mayor provecho a la capacidad y la experiencia de los países, y a recursos como la cooperación entre los países para el desarrollo en el ámbito de la salud.

324. La Región también enfrenta otros retos, que afectan a algunos países más a que otros. Entre ellos se encuentran los insuficientes recursos financieros debido a dificultades económicas; los frecuentes cambios en el gobierno y la administración pública, lo que a veces impide que haya continuidad en la formulación o la ejecución de políticas; las limitaciones en la capacidad de detectar, documentar y abordar las inequidades en materia de salud y los determinantes sociales de la salud, incluso mediante la interculturalidad y la protección social; la atención poco adecuada a la prevención y la atención primaria de salud, con un énfasis excesivo constante en el tratamiento y la atención terciaria; las limitaciones en cuanto a los recursos humanos para la salud (tanto en su número como categorías y distribución); la interferencia por parte de entidades relacionadas con la industria, en particular con respecto a la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles; la recurrencia de emergencias y brotes de enfermedades que distraen la atención y desvían los recursos alejándolos de otros asuntos importantes relacionados con el desarrollo en el ámbito de la salud; y la inmigración no controlada que tiene el potencial de saturar los sistemas nacionales y locales de salud.

325. Varios países están próximos a eliminar ciertas enfermedades transmisibles, como la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita y algunas enfermedades infecciosas desatendidas. Si se dispone de una voluntad política continua, suficientes recursos, sistemas de salud fortalecidos y asociaciones eficaces, la cooperación técnica de la OPS permitirá dar los pasos finales hacia la eliminación. Sin embargo, otras enfermedades transmisibles, como la infección por el virus del Zika y sus complicaciones, requieren intervenciones continuas para prevenirlas, detectarlas y controlarlas, y para abordar sus consecuencias sociales y de salud.

326. En el futuro previsible, las principales prioridades programáticas probablemente continuarán figurando en las agendas de desarrollo de los Estados Miembros de la OPS. Entre estas prioridades se encuentran el fortalecimiento de los sistemas de salud para el logro de la salud universal y de sistemas de salud resilientes; los preparativos para enfrentar brotes de enfermedades y desastres naturales y provocados por el hombre, así como la respuesta a estas situaciones; la prevención y el control de enfermedades transmisibles y no transmisibles; y la forma de abordar la salud a lo largo de todo el curso de la vida, lo que incluye los determinantes sociales y ambientales de la salud. Otros temas, como la salud de los migrantes, las poblaciones indígenas y los afrodescendientes, también se encuentran en las primeras posiciones de las agendas de los países.

327. La lucha contra las enfermedades no transmisibles debe seguir incluyendo marcos legislativos y normativos para prevenir y controlar los factores de riesgo. Esto facilitará el cambio de comportamientos y la adopción de modos de vida saludables, junto con una mejora continua de la calidad del tratamiento y la rehabilitación. Deben intensificarse los esfuerzos para suministrar evidencia sobre los efectos negativos que tienen las ENT en la economía y la productividad, incluidos los trastornos mentales, a fin de guiar la promoción de la causa, intensificar los esfuerzos de prevención y control dentro del sector de la salud, y fomentar una mayor participación de otros sectores. Será fundamental combatir la epidemia de sobrepeso y obesidad en la Región.

328. La cooperación técnica de la Oficina seguirá respondiendo a las prioridades de salud nacionales, subregionales y regionales, y fortaleciendo la capacidad nacional para abordar estas prioridades. Estos esfuerzos se guiarán por las resoluciones y recomendaciones de los Cuerpos Directivos de la OPS en el marco de los mandatos y los acuerdos mundiales, regionales y subregionales, así como las políticas, estrategias y planes nacionales. Entre los principales marcos internacionales que guían el trabajo que realiza la OPS para abordar estos desafíos se encuentran los ODS, el Convenio Marco para el Control del Tabaco, el Reglamento Sanitario Internacional, la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030, el período restante del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 y el nuevo plan estratégico que se formulará para el período 2020-2024. La adaptación de la cooperación técnica para alcanzar los objetivos establecidos en estos instrumentos se guiará por las estrategias regionales y subregionales de cooperación en los países formuladas en estrecha colaboración con las respectivas autoridades subregionales y nacionales y con la participación de otros interesados directos clave del ámbito de la salud.

329. Las principales prioridades para la cooperación técnica y el desarrollo institucional de la Organización en el próximo quinquenio serán:

- a) avanzar hacia la salud universal por medio de sistemas de salud resilientes basados en el enfoque de la atención primaria de salud, y garantizar el acceso universal a servicios integrales y de buena calidad a lo largo de todo el curso de la vida;
- b) garantizar que todos los países puedan cumplir las obligaciones establecidas en el RSI (2005) y mantener dicho cumplimiento, mostrando solidez en la preparación y la capacidad de respuesta ante situaciones de emergencia y desastre, tanto a nivel nacional como a nivel regional;
- c) impulsar la respuesta a la resistencia a los antimicrobianos en la Región de las Américas, en colaboración con el sector agropecuario y el sector de la salud animal;
- d) promover un renovado interés en el logro de una salud equitativa para todas las mujeres y los niños, los grupos étnicos, las poblaciones indígenas y las personas que viven en condiciones de vulnerabilidad, y continuar haciendo hincapié en el género, la equidad, los derechos humanos y la etnicidad para seguir incorporándolos en todas las actividades de la OPS;
- e) fomentar la eliminación de las enfermedades transmisibles, incrementando el número de países que certifican la eliminación de la malaria, la tuberculosis y las enfermedades infecciosas desatendidas; trabajar hacia la eliminación de la transmisión de la infección por el VIH en la Región para el 2030; y ampliar las iniciativas para el control de vectores;
- f) asegurar que la Región esté encaminada a reducir la mortalidad por ENT en 25% para el 2025 y 33% para el 2030, por medio de la reducción de los factores de riesgo, el fortalecimiento de los sistemas de salud y la mejora de la capacidad nacional de vigilancia y respuesta frente a las ENT;

- g) promover la causa a favor de una mejora de los determinantes de salud mediante la adopción de enfoques multisectoriales, y liderar la respuesta regional del sector de la salud al cambio climático;
- h) aumentar el acceso a los medicamentos en toda la Región, promoviendo un aumento de la producción, la transferencia de tecnologías, las compras conjuntas y la mejora de la gestión de la cadena de suministro;
- i) asegurarse de que la Región esté encaminada a lograr todas las metas del ODS 3, así como las metas de los otros ODS relacionadas con la salud;
- j) continuar con el fortalecimiento institucional de la OPS por medio de la profundización del compromiso con la cooperación centrada en los países, dando un impulso al desarrollo de la estrategia de cooperación entre países (ECP), la promoción de la cooperación entre países para el desarrollo sanitario, la realización de actividades diferenciadas de cooperación técnica para abordar las prioridades específicas de los países y la mejora de la cooperación subregional, realizando esfuerzos constantes para que la gobernanza y los sistemas administrativos y de gestión sean más eficientes y eficaces, y facilitando la sostenibilidad financiera mediante la diversificación de los recursos a largo plazo y una mayor eficiencia.

330. Al abordar estas prioridades, la Oficina procurará —entre otras estrategias— fortalecer constantemente los sistemas de información para la salud; medir las inequidades y hacerles un seguimiento; promover instrumentos acordados internacionalmente y jurídicamente vinculantes y contribuir a su aplicación; incorporar las enseñanzas obtenidas; intercambiar experiencias, buenas prácticas e información; promover y facilitar enfoques multisectoriales que comprendan a todos los sectores del gobierno y la sociedad e incluyan la salud en todas las políticas, y darles seguimiento; crear y fortalecer las asociaciones; e implementar estrategias para movilizar los recursos humanos, técnicos y económicos necesarios para alcanzar los objetivos de la cooperación técnica.

331. Los esfuerzos que realiza la OPS desempeñarán un papel importante en el logro de los objetivos de la cooperación técnica y las metas nacionales en cuanto al desarrollo en el sector de la salud. Entre tales esfuerzos se encuentran las asociaciones y las alianzas estratégicas de la Organización; la promoción de la cooperación Sur-Sur, Norte-Sur y triangular, y su contribución con estos tipos de cooperación; así como su capacidad de movilización de recursos. La naturaleza dual de la OPS como el organismo del sistema interamericano especializado en la salud y como Región de las Américas de la OMS le da acceso a una amplia gama de experiencias y proporciona valor agregado a su función como institución intermediaria, institución que convoca e institución facilitadora, al catalizar acciones a los niveles subnacional, nacional, subregional, regional y mundial.

332. La Oficina Sanitaria Panamericana trabajará para preservar la idoneidad de la OPS con respecto a sus objetivos, cumpliendo sus funciones básicas, explorando el entorno mundial, celebrando los éxitos y previendo las eventualidades y preparándose

para enfrentarlas, con el propósito de “cumplir con su trabajo” al servicio de los Estados Miembros de la OPS y la salud de los pueblos de la Región de las Américas.

Siglas y abreviaturas

AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
APR LAC	Una promesa renovada para las Américas
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BIREME	Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud
CAPRADE	Comité Andino para la Prevención y Atención de Desastres
CAREX	CARcinogen EXposure
CARICOM	Comunidad del Caribe
CARPHA	Organismo de Salud Pública del Caribe
CCHD	cooperación entre países para el desarrollo sanitario
CDC	Centros para la Prevención y el Control de las Enfermedades (Estados Unidos)
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CIF	Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud
CLAP/WR	Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva
CMCT	Convenio Marco para el Control del Tabaco
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana
CSC	Coordinación de Países y Subregiones (oficina de la OPS)
CTP	Cooperación técnica entre países
DINEPA	Dirección Nacional de Agua Potable y Saneamiento (Haití)
DPDI	Departamento para el Desarrollo Internacional (Reino Unido)
ECP	Estrategia de cooperación en los países
ENT	enfermedades no transmisibles
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FENSA	Marco para la colaboración con agentes no estatales
FIOCRUZ	Fundación Oswaldo Cruz (Brasil)
FMI	Fondo Monetario Internacional
GNUD ALC	Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo para América Latina y el Caribe
IES	Oficina de Servicios de Supervisión Interna y Evaluación
IICA	Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública (México)
ITS	infección de transmisión sexual
MERCOSUR	Mercado Común del Sur
mhGAP	Programa Mundial de Acción en Salud Mental
OEA	Organización de los Estados Americanos
OECS	Organización de los Estados del Caribe Oriental
OIEA	Organismo Internacional de Energía Atómica
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSP	Oficina Sanitaria Panamericana
PAI	Programa Ampliado de Inmunización

PED	Departamento de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre (OSP)
PHE	Departamento de Emergencias en Salud (OSP)
PHEFA	Programa Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa
PIB	producto interno bruto
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PNUMA	Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente
REMSAA	Reunión de ministros de salud de la zona andina
RIMSA	Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
SAICM	Enfoque estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional
SGAIC	Sistema de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos
SICA	Sistema de Integración Centroamericana
SIP-A	Registro clínico de sistema de información perinatal para aborto
SVA	Semana de Vacunación en las Américas
TI	tecnología de la información
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana
VPH	virus del papiloma humano

Agradecimientos

La Oficina Sanitaria Panamericana se siente sumamente agradecida con los Estados Miembros de la OPS por el apoyo que le brindan mediante sus contribuciones señaladas. Asimismo, expresa su profundo agradecimiento por las generosas contribuciones voluntarias que han otorgado diversos gobiernos, organismos e instituciones, entre los cuales se encuentran los siguientes:

Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos
Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo
Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
Alianza de las Naciones Unidas para Promover los Derechos de las Personas con Discapacidad
Asociación Estadounidense del Corazón
Asociación Odontológica Estadounidense
Banco de Desarrollo de América Latina
Banco Interamericano de Desarrollo
Banco Mundial
CBM - Oficina Regional de América Latina
Center for Public Service Communications
Centro de Investigaciones para el Desarrollo Internacional
Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos
Colgate Palmolive Company
Comisión Europea
Comunidad Europea
Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas
Consejo Nacional de Ganado Bovino (Brasil)
Corporación Andina de Fomento
Departamento de Relaciones Exteriores y Comercio de Australia
Departamento de Relaciones Exteriores, Comercio y Desarrollo del Canadá
Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido
Escuela de Economía de Londres
Estrategia Internacional de las Naciones Unidas para la Reducción de los Desastres
Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica
Fondation Mérieux
Fondo central para la acción en caso de emergencias de las Naciones Unidas
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
Fondo de Población de las Naciones Unidas
Fondo Distrital de Salud – Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad Humana
Fondo fiduciario del PHEFA
Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
Fundación Bill y Melinda Gates
Fundación de la OPS
Fundación de las Naciones Unidas
Fundación Mundial de la Diabetes

Fundación de los CDC
Fundación Universidad de Antioquia
Gavi, la Alianza para las vacunas
Global Affairs Canada
Gobierno de Argentina
Gobierno de Australia
Gobierno de Bahamas
Gobierno de Belice
Gobierno de Bolivia
Gobierno de Brasil
Gobierno de Colombia
Gobierno de Costa Rica
Gobierno de Ecuador
Gobierno de El Salvador
Gobierno de España
Gobierno de Guatemala
Gobierno de Guyana
Gobierno de Honduras
Gobierno de Italia
Gobierno de la República Bolivariana de Venezuela
Gobierno de la República de Corea
Gobierno de Luxemburgo
Gobierno de México
Gobierno de Panamá
Gobierno de Paraguay
Gobierno de Perú
Gobierno de República Dominicana
Gobierno de Uruguay
Gobierno del Reino Unido
Grupo de Trabajo para la Salud Mundial (TFGH)
Instituto de Vacunas Sabin
Japan Bank for International Cooperation
Japan Center for International Exchange
MAC AIDS Fund
Misión Permanente de Botswana ante las Naciones Unidas
Misión Permanente de Canadá ante la Organización de los Estados Americanos
Oficina de las Naciones Unidas de Coordinación de Asuntos Humanitarios
Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres
Open Society Foundations
Orbis Internacional
Organismo de Salud Pública de Canadá
Organismo de Salud Pública del Caribe (CARPHA)
Organismo Internacional de Prevención de la Ceguera
Organismo Noruego de Cooperación para el Desarrollo
Organismo Sueco de Cooperación para el Desarrollo Internacional
Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura

Population Services International
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente
Programa de Tecnología Sanitaria Apropriadada (PATH)
Programa de Transformación Productiva [Colombia]
Project High Hopes Global
Protección Civil y Operaciones de Ayuda Humanitaria Europeas
RAD-AID Internacional
Rockefeller Foundation
Sanofi Espoir Foundation
Servicio de Elaboración de Normas y Fomento del Comercio
Texas Children's Hospital
Together for Girls
Universidad de Washington
Universidad Emory
Vaccine Ambassadors

- - -