



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



51.º CONSEJO DIRECTIVO 63.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 26 al 30 de septiembre del 2011

Punto 8.5 del orden del día provisional

CD51/INF/5 (Esp.)

15 de agosto del 2011

ORIGINAL: INGLÉS/ESPAÑOL*

INFORMES DE PROGRESO SOBRE ASUNTOS TÉCNICOS

CONTENIDO

A.	Inmunización: retos y perspectivas	2
B.	Implementación de la Estrategia mundial y Plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual	6
C.	Avances en la implementación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.....	11
D.	Implementación del Reglamento Sanitario Internacional	14
E.	Informe sobre el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud en la Región de las Américas	18
F.	Situación de los Centros Panamericanos	26
G.	Iniciativa Regional para la Seguridad Transfusional y Plan de Acción para 2006-2010: Evaluación final	32

* Original en inglés: secciones D y G. Original en español: secciones A, B, C, E y F.

A. INMUNIZACIÓN: RETOS Y PERSPECTIVAS

Antecedentes

1. En el 50.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se presentó el documento conceptual *Fortalecimiento de los programas de inmunización* (CD50/14 [2010]), aprobado por medio de la resolución CD50.R5 en la cual se reiteran los importantes avances logrados en la materia en la Región y se insta a los Estados Miembros a ratificar a los programas nacionales de vacunación como un bien público, así como a reiterar la visión y la Estrategia Regional de Inmunización para mantener los logros, completar la agenda inconclusa y hacer frente a los nuevos desafíos. Se hace también un llamado a seguir respaldando al Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la OPS.

Avances

2. La cobertura de la vacunación a nivel regional se encuentra entre las más altas del mundo. Para la Región de las Américas en el 2009, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) estimaron coberturas de 94% para la BCG, de 91% para la VOP3 y de 92% para la DPT3 en menores de un año y 93% para la vacuna SRP en niños de un año. Sin embargo, para DTP3, 10 países informan coberturas nacionales de menos de 90%, y 43% de los municipios en América Latina y el Caribe reportaron una cobertura menor al 95%.

Mantener los logros

3. En nuestra Región no se han registrado casos de poliomielitis por poliovirus salvaje desde 1991. Desde el 2002 no hay casos de sarampión autóctono y desde el 2009 no ha habido ni rubéola autóctona ni casos de síndrome de rubéola congénita. En el 2010 se notificaron 63 casos de sarampión importados de otras regiones del mundo y 190 casos relacionados con importaciones. Los brotes de sarampión en Argentina y Brasil en el 2010 estuvieron relacionados con personas que asistieron a la Copa Mundial de Fútbol de Sudáfrica.

4. Ante la reintroducción de la poliomielitis en países libres de la enfermedad en otras regiones del mundo y la importación de casos de sarampión, en el 2010 todos los Estados Miembros analizaron el riesgo de reintroducción de estas enfermedades; la capacidad de detectar oportunamente la aparición de casos o la reintroducción del virus y la capacidad de detener oportuna y contundentemente la aparición de casos secundarios.

5. La vacunación contra *Haemophilus influenzae* de tipo b (Hib) ha permitido disminuir de manera drástica el número de casos y hospitalizaciones por esta causa y se

están reforzando las medidas que permitan evaluar el efecto de dicha vacuna. Es posible que muchos países ya hayan eliminado las enfermedades invasivas causadas por Hib.

Completar la agenda inconclusa

6. El uso de la vacuna contra la gripe estacional como parte de los programas de vacunación de los Estados Miembros ha ido en aumento; 36 países y territorios ya aplican la vacuna contra la gripe estacional. Con base en las enseñanzas extraídas de la vacunación contra la gripe pandémica H1N1 2009, el enfoque de la vacunación dirigida a grupos de riesgo ha sido muy importante, en especial en las embarazadas.

7. La vacunación contra la fiebre amarilla se ha mantenido como una prioridad en los Estados Miembros donde la enfermedad es enzoótica. En el 2010 esta vacunación se vio afectada por la baja de la oferta de la vacuna por parte de los productores. Esta situación se ha comenzado a corregir en el 2011 y se espera que los Estados Miembros se pongan al día con la vacunación de sus poblaciones en riesgo.

8. Cada Estado Miembro ha elaborado un plan de acción para lograr o mantener una cobertura de vacunación mayor o igual a 95% a nivel municipal, así como para fortalecer la vigilancia epidemiológica. En este esfuerzo, ha sido fundamental el apoyo técnico y financiero del Organismo Canadiense de Desarrollo Internacional (CIDA) y los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC).

9. La Semana de Vacunación en las Américas (SVA) representa una oportunidad para mantener el tema de la vacunación en la agenda política y social de los países, y llegar a las poblaciones vulnerables o de difícil acceso. En el 2011 se lleva a cabo la novena SVA con el lema “Vacuna a tu familia, protege a tu comunidad”. Otras cuatro regiones de la OMS llevan a cabo su propia semana de vacunación en el 2011: la Región de Europa realiza la sexta edición, la Región del Mediterráneo Oriental, la segunda y, por primera vez, se celebra también una Semana de Vacunación en las regiones de África y del Pacífico Occidental. La OPS ha brindado apoyo técnico a las otras regiones por medio de talleres, teleconferencias y visitas sobre el terreno para intercambiar materiales, experiencias y enseñanzas. La Región de Asia Sudoriental se ha comprometido a poner en marcha su propia iniciativa en el 2012, lo cual nos acerca a la meta a declarar una semana mundial de vacunación.

10. El riesgo de reintroducción o resurgimiento de enfermedades prevenibles por vacunación en Haití está presente, especialmente ante la fragilidad sanitaria generada por el terremoto y el brote de cólera del 2010, así como el número de personas susceptibles acumuladas. Ante esta situación, y bajo la coordinación del Ministerio de Salud Pública y Población de Haití, la OPS ha convocado a otras instituciones y asociados a trabajar conjuntamente para el fortalecimiento del programa de vacunación de Haití.

Hacer frente a los nuevos desafíos

11. Se han realizado avances extraordinarios en la introducción de nuevas vacunas, lo que permite salvar vidas y evitar gastos. Al 2010, 15 países y territorios han incorporado la vacuna antirrotavírica en su esquema regular, 18 disponen de la vacuna antineumocócica y 5 de la vacuna contra el virus del papiloma humano. Dieciséis países cuentan con centros centinelas de vigilancia que permitirán evaluar el efecto de la vacunación y detectar oportunamente cambios en el comportamiento epidemiológico de las enfermedades.

12. Por medio de la iniciativa ProVac, la OPS ha mantenido el apoyo técnico a los Estados Miembros en todos los aspectos referentes a la toma de decisiones sobre nuevas vacunas y el apoyo para los aspectos relacionados con estudios económicos.

13. Con los Estados Miembros y asociados técnicos, se han llevado a cabo estudios para consolidar las enseñanzas extraídas en la introducción de nuevas vacunas, de eficacia en función de la inversión, de impacto epidemiológico y de costo y vigilancia de eventos adversos. Estos estudios han servido de referencia a escala mundial.

14. El disponer de información adecuada y oportuna de la población vacunada, la cobertura y las necesidades de vacuna e insumos para la generación de estrategias y la planificación operativa, representa uno de los grandes desafíos que deben afrontar los programas de vacunación. Con el apoyo de la OPS, los Estados Miembros, han promovido la generación de registros nominales de vacunación informatizados. Algunos países tienen desde hace años este tipo de registros y otros están en plena etapa de desarrollo y ejecución. Los Estados Miembros se han comprometido a compartir experiencias y trabajar conjuntamente, lo que permite suponer que el uso de los registros nominales de vacunación informatizados se extenderá en la Región a corto plazo.

Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la OPS

15. Al cierre del 2010, 40 Estados Miembros habían comprado vacunas, jeringas e insumos por intermedio del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la OPS (FR). En el 2010, el FR ofreció 45 diferentes biológicos y el monto total de compras fue de \$510 millones de dólares.

Próximos pasos

- a) Mantener la vacunación como un bien público.
- b) Reforzar, en todos los niveles, las medidas de vigilancia epidemiológica y de vacunación ante el riesgo de reintroducción de enfermedades prevenibles por vacunaciones ya erradicadas o eliminadas en nuestra Región.

- c) Reforzar la comunicación, información y educación sobre el beneficio de las vacunas y la inmunización en la población.
- d) Continuar brindado apoyo técnico a los Estados Miembros desde la Oficina Sanitaria Panamericana.

Intervención del Consejo Directivo

16. Se solicita al Consejo Directivo que tome nota del presente informe de progreso y proporcione sus recomendaciones a este respecto.

B. IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA MUNDIAL Y PLAN DE ACCIÓN SOBRE SALUD PÚBLICA, INNOVACIÓN Y PROPIEDAD INTELECTUAL

17. En este informe de progreso se busca ofrecer una visión integral de la manera en que se está adaptando la *Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual* (resolución WHA61.21 [2008]), por medio de la perspectiva regional (resolución CD48.R15 [2008]), a la Región de las Américas, mencionando los principales ejes de acción, acceso, innovación y gestión de los derechos de propiedad intelectual desde una perspectiva de salud pública.

18. Los principios rectores de la salud pública, la innovación y los derechos de propiedad intelectual manifestados en la estrategia mundial se van incorporando progresivamente como parte integral de las políticas nacionales farmacéuticas, de investigación e innovación. Los mecanismos de integración subregional como la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR), el Organismo Andino de Salud (ORAS) y el MERCOSUR (y Estados Asociados) han adoptado elementos de la estrategia mundial.

19. Los Estados Miembros continúan ocupando una posición de liderazgo en el debate mundial relacionado con la estrategia mundial. De particular relevancia es el grupo consultivo de expertos sobre mecanismos de financiación y coordinación para la investigación y el desarrollo. De las trece candidaturas presentadas por los Estados Miembros de la Región de las Américas, el Consejo Ejecutivo de la OMS, en enero del 2011, incorporó cuatro representantes (Argentina, Brasil, Canadá y Estados Unidos de América) al grupo consultivo.

20. La voluntad política y de cooperación de los Estados Miembros y de los principales actores regionales se ha traducido en acciones concretas de cooperación, en particular, el trabajo en red. La Red de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de las Américas, creada recientemente y encabezada por las autoridades nacionales de salud, reúne a expertos de los centros colaboradores y de instituciones de referencia de la Región con el fin de fortalecer la capacidad de los países para sustentar las decisiones de incorporación, innovación, desarrollo y uso de las tecnologías sanitarias en los sistemas de salud. Por medio de la lista bilingüe de distribución electrónica ECONMED,¹ las autoridades sanitarias acceden a información clave para la gestión de tecnologías de la salud. La Red Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica (Red PARF) reúne a las autoridades reguladoras nacionales para facilitar la elaboración de normas y directrices regulatorias.² Los temas que estas redes abarcan son muy

¹ Para acceder a los documentos, comunicaciones y materiales públicos distribuidos por ECONMED consúltese www.paho.org/econmed

² Para consultar la situación actual, la evolución histórica y los grupos actualmente activos dentro de la red véase el sitio http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1054&Itemid=513&lang=es

diversos y reflejan prioridades de diferente índole, que van desde el uso de las plantas medicinales³ hasta la biotecnología,⁴ desde la salud y la innovación en la Pan-Amazonia⁵ hasta la realización de ensayos clínicos de alta envergadura.

21. La Región continúa priorizando la gestión de los derechos de propiedad intelectual desde la perspectiva de la salud pública. Bolivia y Paraguay han adoptado un instrumento denominado “anuencia previa” para evaluar la petición de patentes. Es destacable la cesión por parte de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos de una patente asociada a un medicamento antirretroviral a la cartera común de patentes creada por el Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos (UNITAID). Las flexibilidades previstas en el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) han sido empleadas en la Región: en Ecuador con la utilización de licencias obligatorias por parte de las autoridades nacionales y en Colombia con el anuncio por parte del gobierno de su voluntad de utilizar el mecanismo de importación paralela.

22. Once Estados Miembros han iniciado un análisis de los marcos legales e institucionales en materia de salud relacionados con la gestión de los derechos de propiedad intelectual. La información recogida está siendo analizada en cada país bajo la coordinación de las autoridades sanitarias a fin de mejorar la articulación del sector de la salud con otros sectores en la gestión de los derechos de propiedad intelectual para mejorar el acceso y la salud.⁶

23. Ante la solicitud oficial de los países de la Región, la OPS ha contribuido con diferentes actividades en relación con el comercio y el acceso a los medicamentos esenciales, apoyando la organización de talleres de capacitación en América Central y el Caribe con la participación de representantes de los ministerios de salud y otros actores nacionales. El Ministerio de Salud de Argentina recibió apoyo en la ejecución de un curso de salud pública y propiedad intelectual con el objetivo de capacitar a funcionarios públicos de los ministerios y de los organismos reguladores, entre otros. Además se ha acompañado la realización de un estudio sobre las políticas farmacéuticas, la regulación

³ Información disponible en:

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1587&Itemid=513

⁴ Para ver el plan de trabajo, los miembros del grupo y las últimas publicaciones, consúltese http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1587&Itemid=513

⁵ Para ver los objetivos y misión de la red sírvase consultar

<http://panamazonica.bvsalud.org/php/level.php?lang=es&component=19&item=4>

⁶ Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá y Perú. Se puede consultar información sobre el proyecto y su alcance en:

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=2781&Itemid=1178&limit=1&limitstart=2&lang=es

de la propiedad intelectual y el acceso a medicamentos, en colaboración con CARICOM y otros países del Caribe.⁷

24. El interés renovado en impulsar la creación de sistemas nacionales de innovación se ha traducido en la activa participación de los países y actores principales en los procesos de consulta sobre aspectos clave de implementación de la estrategia mundial. La reunión sobre innovación para combatir las enfermedades desatendidas en el marco del Foro Mundial de Salud que tuvo lugar en Cuba en noviembre del 2009 y la consulta realizada en Panamá en septiembre del 2009⁸ sobre la promoción de la investigación y el desarrollo de productos para la salud, son ejemplos manifiestos de ese interés.

25. El marco normativo y el desarrollo de capacidades para facilitar la transferencia tecnológica fueron también abordados en una consulta organizada en el Uruguay en octubre del 2010,⁹ así como en México en mayo del 2011 en lo relativo a la producción de vacunas antigripales. La búsqueda de incentivos adecuados para solventar las brechas de innovación que afectan a los sectores más vulnerables de la población ha sido también objeto de atención. La propuesta de la OPS de organizar un incentivo a la innovación para combatir las enfermedades desatendidas y prioritarias ha despertado el interés de los países.

26. Las acciones que los países están llevando a cabo para mejorar el acceso a las tecnologías sanitarias se basan en el principio de integrar las intervenciones en acceso y en innovación, por ejemplo:

- a) integración de los sistemas de suministro en El Salvador y la República Dominicana;
- b) ampliación y mejora de la eficiencia del financiamiento público de medicamentos a través del programa de Farmacia Popular en Brasil;
- c) aumento de la transparencia de los mercados farmacéuticos con la creación y uso de los bancos de precios para apoyar las compras públicas en medicamentos en el MERCOSUR, América Central, Perú y Colombia;
- d) evaluación de los mecanismos vigentes en materia de regulación sanitaria en México a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y, específicamente, del sistema de vinculación entre patentes y medicamentos con la finalidad de lograr el acceso a medicamentos y su disponibilidad en el mercado;

⁷ El informe sobre la situación regulatoria, la gestión de la propiedad intelectual y el acceso a los medicamentos en los países de CARICOM (y la República Dominicana) se encuentra en fase de revisión por parte de los órganos pertinentes de CARICOM.

⁸ Se puede consultar un resumen de la reunión en:

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=8796&Itemid

⁹ Se puede encontrar un resumen de la Reunión Internacional sobre Transferencia Tecnológica e Innovación en Salud en las Américas en:

http://new.paho.org/uru/index.php?option=com_content&task=view&id=245&Itemid=230

- e) promoción del uso racional con la creación de programas nacionales multidisciplinarios en las Bahamas, Bolivia, Nicaragua y Paraguay;
- f) apoyo del Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública a los países de América Central en la negociación y compra conjunta de medicamentos de alto costo con el fin de mejorar el acceso a estos insumos; y
- g) fortalecimiento de la capacidad reguladora a fin de garantizar la seguridad, efectividad y calidad de los medicamentos en países del Caribe, Colombia, Cuba, Honduras, Panamá y Perú.

27. La Región cuenta hoy con cuatro autoridades reguladoras de referencia (resolución CD50.R9 [2010]) para fortalecer la capacidad y las funciones reguladoras en los Estados Miembros.

28. La integración de las múltiples iniciativas y áreas de trabajo planteadas por la estrategia mundial supone desafíos importantes. El contar con un espacio participativo de información confiable y pertinente facilitará el fortalecimiento de las capacidades necesarias para llevar adelante todas las actividades que comprenden los procesos de innovación para la salud así como una mejora en el acceso. Por ello, la OPS, en colaboración con los Estados Miembros, organismos internacionales y actores de relevancia, está desarrollando una plataforma regional de acceso e innovación para la salud.¹⁰ Esta plataforma servirá como instrumento integrador y canal para promover la cooperación, el trabajo en red, la transparencia y el flujo de información necesaria para promover la rectoría, la innovación, el acceso y el uso racional en el área de las tecnologías de la salud y el intercambio sobre iniciativas contempladas en la estrategia mundial.

29. Los Estados Miembros de la OPS han mostrado un compromiso importante con la implementación de la estrategia de forma integral. El 49.º Consejo Directivo de la OPS aportó herramientas complementarias con la adopción de la *Política de investigación para la salud* (resolución CD49.R10 [2009])¹¹ y con la resolución CD49.R19¹² (2009) sobre la eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza.

¹⁰ Disponible en:

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=2168&Itemid=1178&lang=es

¹¹ La resolución CD49.R10 (2009), *Política de investigación para la salud*, [Internet] está disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=3093&Itemid

¹² La resolución CD49.R19 (2009), *Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza* [Internet] está disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=3125&Itemid

Intervención del Consejo Directivo

30. Se solicita al Consejo Directivo que tome nota del presente informe de progreso y proporcione sus recomendaciones a este respecto.

C. AVANCES EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL CONVENIO MARCO DE LA OMS PARA EL CONTROL DEL TABACO

Antecedentes

31. El objetivo del presente informe de progreso es ofrecer una actualización sobre el avance logrado en las medidas de control del tabaco en la Región de las Américas en el marco de la resolución CD48.R2 (2008) del 48.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1) y de la resolución CD50.R6 (2010) del 50.º Consejo Directivo de la OPS (2).

Informe de progreso

32. San Vicente y las Granadinas (octubre 2010) y Saint Kitts y Nevis (junio 2011) ratificaron el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT), con lo cual hay un total de 29 Estados Parte (83% del total de Estados Miembros de la OPS).

33. El Salvador, México y Panamá aumentaron los impuestos al tabaco; sin embargo, estos aún no representan el 75% del precio de venta al por menor; por lo cual solo dos países han alcanzado dicha meta (Argentina y Chile).

34. Once países cuentan con legislación nacional (o subnacional que abarca a más del 90% de la población) que prohíbe fumar en todos los lugares cerrados, ya sean públicos o de trabajo, sin excepción. Argentina, Barbados, Honduras y Venezuela son los cuatro nuevos países que se sumaron a Canadá, Colombia, Guatemala, Panamá, Perú, Trinidad y Tabago y Uruguay. Un país (Paraguay) registró un retroceso al ser derogado un decreto sobre este tema debido a una demanda interpuesta por la industria tabacalera¹³.

35. Dieciséis países cuentan con regulaciones sobre el empaquetado y etiquetado de productos de tabaco que son congruentes con el CMCT, aunque dos de ellos no incluyen imágenes en las advertencias. Argentina, Honduras y Nicaragua son los nuevos países que se han sumado a este grupo. Paraguay registró un retroceso al ser derogado el decreto sobre este tema debido a una demanda interpuesta por la industria tabacalera. La fecha límite para la aplicación del artículo pertinente del CMCT es finales del 2011 para doce países¹⁴.

¹³ Las Asambleas legislativas de Ecuador y El Salvador han aprobado leyes que establecen ambientes 100% libres de humo en consonancia con el CMCT de la OMS, pero a la fecha de cierre de este informe (11 de julio del 2011) los presidentes de la república de dichos Estados Miembro no las han firmado y el plazo para sancionarlas (o vetarlas) aún no se ha vencido.

¹⁴ Las Asambleas legislativas de Ecuador y El Salvador han aprobado leyes que establecen advertencias sanitarias en consonancia con el CMCT de la OMS, pero a la fecha de cierre de este informe (11 de julio del 2011) los presidentes de la república de dichos Estados Miembro no las han firmado y el plazo para sancionarlas (o vetarlas) aún no se ha vencido.

36. Si bien Honduras y Nicaragua han aprobado restricciones parciales de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco, y Argentina se ha sumado al grupo de países con restricciones amplias, los dos únicos países con una prohibición total siguen siendo Colombia y Panamá¹⁵. La fecha límite para la aplicación del artículo pertinente del CMCT es a fines del 2011 para veinte países.

37. En los últimos años se observa un aumento en el número y en la agresividad de las acciones emprendidas por la industria tabacalera contra las políticas de control del tabaco. La OPS colabora estrechamente con organizaciones de la sociedad civil para brindar asistencia técnica inmediata y adecuada a los Estados Miembros acerca de este tema, en el marco del Artículo 5(3) del CMCT.

38. En relación con los temas transversales de género y derechos humanos, la OPS, en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), continúa fortaleciendo el Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco mediante la utilización de un protocolo estandarizado que permite disponer de información desglosada por sexo en todos los componentes del Sistema. Asimismo ha brindado asistencia técnica para la aplicación de las medidas de control del tabaco con un enfoque de derechos humanos. Esto ha sido particularmente pertinente en el apoyo para contrarrestar la interferencia de la industria tabacalera que procura oponerse a las medidas favorables a los ambientes libres de humo de tabaco.

Medidas para mejorar la situación

39. El tema del control del tabaco debe continuar siendo una prioridad ya que la completa implementación del CMCT permitirá mantener la salud de las personas y salvar innumerables vidas, no solo a largo plazo, sino también en el corto, como lo demuestran los estudios que revelan una significativa disminución de la incidencia del infarto agudo del miocardio luego de la aplicación de políticas de ambientes libres de humo de tabaco.

40. Teniendo en cuenta que 80% de los Estados Miembros están legalmente vinculados por el Convenio, es fundamental estimular la inclusión del tema de control del tabaco en los planes de cooperación con los países, así como estimular el uso del mecanismo de colaboración horizontal, mediante la cooperación técnica entre países.

¹⁵ Las Asambleas legislativas de Ecuador y El Salvador han aprobado leyes que establecen una prohibición amplia de la publicidad, promoción y patrocinio en consonancia con el CMCT de la OMS, pero a la fecha de cierre de este informe (11 de julio del 2011) los presidentes de la república de dichos Estados Miembro no las han firmado y el plazo para sancionarlas (o vetarlas) aún no se ha vencido.

41. Es necesario desempeñar una función más activa a nivel nacional para facilitar el establecimiento o fortalecimiento de unidades coordinadoras y de unidades técnicas responsables del tema del control del tabaco.

42. Las acciones de la industria tabacalera generalmente requieren medidas rápidas y coordinadas entre los Estados Miembros de la OPS/OMS. La Organización debe divulgar ampliamente las diferentes formas de cooperación técnica disponible en cada caso, además de fomentar la coordinación con otros actores gubernamentales y de la sociedad civil para optimizar las intervenciones. En tal sentido, resulta indispensable que el apoyo a los gobiernos que enfrentan acciones por parte de la industria, sea coordinado por la Organización y se promueva intercambio de experiencias entre los Estados Partes.

43. Se recomienda incluir el tema del control del tabaco como un componente de proyectos más amplios, ya que muchos temas, como las enfermedades crónicas no transmisibles, la salud maternoinfantil y otros, podrían beneficiarse y, a la vez, esto ayudaría a movilizar nuevas fuentes de financiamiento. Asimismo, es importante continuar y profundizar la inclusión de la perspectiva de género y de los derechos humanos y la protección de la salud en el ámbito laboral en la agenda de control del tabaco.

Intervención del Consejo Directivo

44. Se solicita al Consejo Directivo que tome nota del presente informe de progreso y que establezca que la presentación de este informe se haga cada dos años y coincida con el final del bienio.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: oportunidades y retos para su implementación en la Región de las Américas [Internet]. 48.º Consejo Directivo de la OPS, 60.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2008 (resolución CD48.R2) [consultado el 22 de marzo del 2011]. Se puede encontrar en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd48.r2-s.pdf>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Fortalecimiento de la capacidad de los Estados Miembros para implementar las disposiciones y directrices del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco [Internet]. 50.º Consejo Directivo de la OPS, 62.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2010 (resolución CD50.R6) [(consultado el 22 de marzo del 2011)]. Se puede encontrar en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=8951&Itemid.

D. IMPLEMENTACIÓN DEL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL

Introducción

45. La finalidad de este informe es dar cuenta del avance logrado por los Estados Miembros de la Región de las Américas y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el cumplimiento de sus obligaciones y compromisos con respecto a la implementación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) desde el último informe presentado al 50.º Consejo Directivo, que tuvo lugar en el 2010 (documento CD50/INF/6).

Impulso de las alianzas regionales y mundiales

46. Los Estados Partes gradualmente están haciendo propio el Reglamento y abrazando su espíritu en cuanto a la transparencia, la responsabilidad compartida y el apoyo mutuo, impulsados además por los mecanismos y las iniciativas existentes de integración subregional. Reconociendo los beneficios de este enfoque, la OPS sigue promoviendo estos mecanismos e iniciativas y colaborando con ellos. También sigue fortaleciendo la colaboración con otras organizaciones internacionales e instituciones técnicas que han sido señaladas como fundamentales para brindar apoyo a la implementación del Reglamento.

Fortalecimiento de los sistemas nacionales de prevención, vigilancia, control y respuesta a las enfermedades, y de la seguridad sanitaria con respecto a los viajes y el transporte

47. Los planes nacionales de acción con respecto al RSI son la piedra angular en la implementación del RSI a nivel nacional. De los 28 Estados Partes que formularon sus planes de acción, al menos 10 han llevado a cabo el ejercicio de costeo de dichos planes. El apoyo específico que presta la OPS a cada país, para la implementación de estos planes nacionales de acción incluye: a) la finalización y el ajuste de los planes nacionales de acción; b) el fortalecimiento de la oficina del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el RSI mediante la elaboración de procedimientos estandarizados de trabajo, la capacitación en el uso del anexo 2 del Reglamento, las visitas de estudio al Punto de Contacto de la OMS para el RSI en la Región, que se encuentra en la sede de la OPS, y la introducción de la plataforma informática para el manejo de eventos con el apoyo de los ministerios de salud de Brasil y Chile; c) la capacitación de los equipos de respuesta rápida; y d) el establecimiento de competencias para las actividades de epidemiología de campo.

48. La OPS brindó apoyo a las misiones en los países para facilitar la implementación de las disposiciones del RSI en los puntos de entrada, en particular las relacionadas con el proceso de designación de puertos. Se promovió la interacción intersectorial entre las autoridades de salud pública y las autoridades de los puntos de entrada y otros ministerios

(por ejemplo, los ministerios de transporte y de defensa, entre otros), y se subrayó la importancia de integrar las funciones de salud pública y un enfoque eficaz en función de los costos para la designación de los puntos de entrada.. Con el apoyo del Gobierno de España, la OPS facilitó la traducción de documentos críticos para la implementación del Reglamento en los puntos de entrada.

49. Los Estados Partes se han comprometido a establecer las capacidades básicas de vigilancia y respuesta, incluso en los puntos de entrada, para junio del 2012, pero se prevé que no todos los países de la Región podrán cumplir con este plazo. Este plazo debe considerarse como una meta establecida para mantener el ímpetu y un paso más en el proceso de preparación permanente y sostenible en el que los países adaptan las lecciones aprendidas y las mejores prácticas basadas en datos probatorios.

Fortalecimiento de los sistemas regionales y mundiales de alerta y respuesta de la OPS/OMS

50. La OPS siguió cumpliendo sus obligaciones como Punto de Contacto de la OMS para el RSI en la Región de las Américas, facilitando el proceso de manejo de eventos de salud pública: detección de riesgos, evaluación de riesgos, respuesta y comunicación de riesgos. Del 1 de enero al 3 de noviembre del 2010, se detectó y se evaluó un total de 110 eventos de salud pública de posible importancia internacional. En 60 de los 110 eventos considerados, se solicitó y se obtuvo la verificación de los CNE para el RSI.

51. La OPS brindó apoyo a las autoridades nacionales en su respuesta a un brote intrahospitalario de peste neumónica en un foco conocido de peste en el Perú en agosto del 2010. La OPS también apoyó a Haití y la República Dominicana tras la reintroducción del cólera en Haití en octubre del 2010. Se movilizaron más de 100 expertos para apoyar los esfuerzos de respuesta frente al cólera, incluidos los provenientes de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN por su sigla en inglés). Entre las instituciones y los gobiernos que contribuyeron sustancialmente a la respuesta se encuentran los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos; el Organismo de Salud Pública del Canadá; el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades; el Institut de veille sanitaire de Francia; los ministerios de salud de Brasil, Perú y España; y el Gobierno de Cuba. Cuba envió unos 1.500 trabajadores de salud adicionales para fortalecer su presencia permanente, ya existente, y los gobiernos de Argentina, Brasil, Ecuador y Perú también enviaron personal.

Respaldo de los derechos, las obligaciones y los procedimientos, realización de estudios y monitoreo del avance

52. La revisión y/o la modificación del marco jurídico nacional para asegurar su compatibilidad y coherencia con las disposiciones del RSI sigue siendo un reto en Centroamérica y el Caribe.

53. En el 2010, todos los Estados Partes de la Región, excepto cinco, presentaron la confirmación o la actualización anual de la información para comunicarse con el CNE. Al 31 de enero del 2011, la Lista de Expertos del RSI incluía a 75 expertos de la Región de las Américas.

54. Al 31 de enero del 2011, 379 puertos en 17 Estados Partes de la Región de las Américas habían recibido autorización para emitir certificados de control de sanidad a bordo. La lista de los puertos autorizados se actualiza regularmente y se publica en línea.¹⁶

55. En el 2010, ocho Estados Partes de la Región informaron a la OMS acerca de sus requisitos de vacunas para los viajeros. La información fue incluida en la edición del 2011 del informe sobre viajes internacionales y salud¹⁷ de la OMS.

56. A pesar de que el RSI representa el compromiso de los Estados Partes de fortalecer la capacidad de vigilancia y respuesta al mismo tiempo que se garantiza la rendición de cuentas mutua,¹⁸ hasta la fecha no hay ninguna obligación legal en cuanto al formato del informe anual que deben usar los Estados Partes para presentar información a la Asamblea Mundial de la Salud. Teniendo en cuenta que, con arreglo al artículo 54 del RSI, el monitoreo de la implementación del RSI debe abarcar el Reglamento en su totalidad, entre 2007 y 2009 se elaboraron a nivel mundial y en la Región varios instrumentos de monitoreo que se centran principalmente en las capacidades básicas. Por lo tanto, se ofrecieron opciones para el formato del informe a fin de facilitar la capacidad de los Estados Partes para cumplir sus obligaciones de notificación a la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud. En mayo de 2011, los países miembros de la Unión Suramericana de Naciones (UNASUR) acordaron utilizar el conjunto de instrumentos elaborados y validados dentro del Mercado Común del Sur (MERCOSUR) para informar a la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud.

Comité de Examen del Reglamento Sanitario Internacional

57. El Comité de Examen¹⁹ del RSI fue convocado de conformidad con la resolución WHA61.2 (2008) y tras la propuesta de la Directora General al 126.º Consejo Directivo de analizar el funcionamiento del Reglamento durante la pandemia (H1N1) 2009. Los principales resultados, recomendaciones y conclusiones del Comité de Examen fueron presentados a la 64.^a Asamblea Mundial de la Salud en el Informe del Comité de Examen

¹⁶ Se puede consultar en http://www.who.int/ihr/ports_airports/portslanding/es/index.html.

¹⁷ OMS. *International Travel and Health*, edición del 2011, <http://www.who.int/ith/en/>

¹⁸ Global Health Security and the International Health Regulations. Andrus JK, Aguilera X, Oliva O, Aldighieri S. *BMC Public Health*. 2010 Dec 3;10 Suppl 1:S2.

¹⁹ Se puede consultar la información acerca del Comité de Examen del Reglamento Sanitario Internacional en: http://www.who.int/ihr/review_committee/es/index.html.

acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la pandemia por virus (H1N1) 2009²⁰ (en adelante denominado “Informe Final”).

58. Las tres conclusiones generales ofrecidas por el Comité de Examen en su Informe Final indican que: a) el RSI ayudó a que el mundo estuviese mejor preparado para afrontar las emergencias de salud pública, aunque las capacidades básicas que se prescriben en el anexo 1 del RSI aún no se han alcanzado plenamente y no parece que vayan a implementarse a tiempo en todo el mundo; b) la OMS tuvo en muchos aspectos un buen desempeño durante la pandemia, tuvo que hacer frente a dificultades sistémicas y presentó algunas deficiencias; el Comité de Examen no encontró indicios de ningún acto ilícito; y c) el mundo está mal preparado para responder a una pandemia grave de gripe o a cualquier emergencia mundial de salud pública similar; además del establecimiento de las capacidades básicas, distintos factores podrían ayudar a mejorar la preparación mundial.

59. Por medio de la resolución WHA64.1, la Asamblea Mundial de la Salud instó a los Estados Miembros a que presten apoyo a la aplicación de las recomendaciones formuladas en el Informe Final del Comité de Examen del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional.²¹

²⁰ OMS. 64.^a Asamblea Mundial de la Salud, documento A64/10, 2011 Informe del Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la pandemia por virus (H1N1) 2009, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-sp.pdf.

²¹ OMS. 64.^a Asamblea Mundial de la Salud, resolución WHA64.1, 2011 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R1-sp.pdf.

E. INFORME SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO RELACIONADOS CON LA SALUD EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Introducción

60. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM),²² fijados en el 2000 por los 189 países miembros de las Naciones Unidas mediante la Declaración del Milenio fueron reafirmados en la Cumbre del 2010. Los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han expresado su compromiso claro para alcanzar las metas fijadas con miras al cumplimiento de los [ODM](#), con la convicción de que la salud es parte esencial del desarrollo social, económico y político. La Organización ha considerado que la mejor manera de avanzar hacia esas metas es fortalecer la equidad en materia de salud, tanto entre los países como dentro de ellos, asignando prioridad a las zonas y grupos vulnerables, así como a las poblaciones que viven en la pobreza. Los ODM y sus metas asociadas, son dimensiones clave del compromiso de la [OPS](#) con las políticas de salud con resultados cuantificables.

61. El presente informe se basa en los compromisos contraídos durante el 45.º Consejo Directivo, celebrado en el 2004, que adoptó la resolución [CD45.R3](#) relacionada con los ODM y las Metas de Salud ([CD45/8](#)); el informe de la Asamblea Mundial de la Salud [A63/7](#) (2010) y la resolución [WHA63.15](#) (2010); la resolución de la Cumbre del Milenio aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas ([A/RES/65/1](#) [2010]), en lo que se refiere a la Región de las Américas y además, propone acciones estratégicas para los próximos cuatro años.

Antecedentes

62. En el 2010, se alcanzaron las cuatro quintas partes del plazo fijado para el logro de los ODM: 1990-2015. Si bien la Región de las Américas parece estar en camino para cumplir los ODM en materia de salud, es importante reconocer que el promedio regional tiende a ocultar grandes disparidades entre los países y dentro de ellos, además, el ritmo al cual se alcanzan las metas es diferente para cada país, independientemente de su nivel de desarrollo.

63. De acuerdo con estimaciones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe ([CEPAL](#)), entre el 2003 y el 2008, la proporción de personas que viven en condiciones de pobreza en la región de América Latina y el Caribe disminuyó 11 puntos

²² Son ocho objetivos de desarrollo humano referentes a erradicación de la pobreza, educación primaria universal, igualdad entre los géneros, reducción de la mortalidad infantil, mejoramiento de la salud materna, control de la infección por el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, sostenibilidad del medio ambiente y fomento de una asociación mundial para el desarrollo.

porcentuales al pasar de 44% a 33%; de igual manera, la proporción de personas que viven en condiciones de extrema pobreza se redujo de 19% a 13%. Aun con estos avances, se calculaba que para el 2008 había 180 millones de personas que vivían en condiciones de pobreza y 71 millones que vivían en condiciones de extrema pobreza. Por esta razón, en el [Informe Interagencial de los ODM](#) se acordó poner de relieve tres aspectos de la igualdad: la igualdad de derechos, la reducción de las brechas y el bienestar de las generaciones futuras, mediante un desarrollo sostenible (I-2).

64. A partir de la adopción de la resolución [CD45.R3](#) del 2004, los países han ejecutado actividades con el apoyo de las diferentes Áreas Técnicas de la Organización, haciendo hincapié en la medición, la calidad y el monitoreo del avance hacia el logro de las metas. Además, los países se han comprometido a través de diversos documentos a:

- a) disminuir las desigualdades subnacionales (en el 2006 [CD47/INF/2](#), [CD47/INF/1](#) y en el 2007 [CSP27/14](#));
- b) reducir la pobreza y el hambre (RIMSA [CD46/14](#) [2005], [CD48/19, Rev. 1](#) [2008]);
- c) mejorar la nutrición (en el 2006 [CD47/18](#), [CD47.R8](#) y en el 2009 [CD49/23, Rev.1](#));
- d) reducir la inequidad de género ([CD46/12](#) [2005]);
- e) reducir la mortalidad infantil (en el 2006 [CD47/12](#), [CD47/11, Rev. 1](#), [CD47.R19](#), [CD47.R10](#), y en el 2008 [CD48/7](#), [CD48.R4, Rev. 1](#));
- f) mejorar la salud materna ([WHA55.19](#)²³ [2002] y [A57.13](#) [2004]);
- g) combatir la infección por el VIH/SIDA (en el 2005 [CD46/20](#) y [CD46.R15](#)), la malaria ([CD46/17](#) [2005], y en el 2007 [CSP27/9](#) y [CSP27.R11](#)); la tuberculosis (en el 2005 [CD46/18, Rev. 1](#) y [CD46/R12](#)).
- h) impulsar el desarrollo sostenible (en el 2008 [CD48/16](#), [CD48/16, Add.II](#) y en el 2010 [CD50/19](#), [CD50/19, Add. I](#) y [CD50/19, Add. II](#));
- i) fortalecer los sistemas de salud basados en la atención primaria y en respuesta a los determinantes de salud (en el 2008 [CD48/14, Rev. 1](#), [CD48/14, Add. II](#) y en el 2009 [CD49.R22](#));
- j) fortalecer las estadísticas vitales y de salud ([CD48/9](#) [2008], [CD49/16](#) [2009], en el 2007 [CSP27/13](#), [CSP27.R12](#) y [CD50/INF/6](#) [2010]).

65. Este informe de progreso se basa en los datos proporcionados por sus Estados Miembros y publicados anualmente por la OPS en el marco de la Iniciativa Regional de Datos Básicos y Perfiles de Salud ([CD45/14](#) [2004] y [CD50/INF/6](#) [2010]), y en los datos generados a nivel mundial por el grupo interagencial de las Naciones Unidas responsable

²³ Este documento se encuentra disponible por el momento solamente en inglés.

del seguimiento de los ODM y que reflejan cifras estandarizadas basadas en proyecciones de población o datos ajustados (1–3).

Análisis de la situación actual

66. El grado de avance hacia el logro de los ODM varía de un país a otro y para cada meta.

67. Para los fines de este informe se han considerado tanto la información proporcionada por los países (denominada OPS), proveniente de los registros rutinarios y de cálculos generados por el propio país, como las estimaciones proporcionadas por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL/CELADE) responsable del grupo interagencial.^{24,25,26,27}

68. Se realizó un análisis con información para el período comprendido entre 1990 y 2009, que equivale al 76% del tiempo comprometido para alcanzar los ODM. Los problemas que inciden en el uso de la información proveniente de los sistemas rutinarios son, principalmente, la falta de cobertura del numerador y/o del denominador de los indicadores. Esto obliga al uso de cálculos elaborados por los países y los organismos internacionales, que no siempre coinciden.²⁸

69. El ODM 4 se analiza con los datos de la OPS, a través de la mortalidad de los niños menores de un año, ya que en este grupo de edad ocurre el 80% de las defunciones dentro del grupo de menores de cinco.

70. La **mortalidad infantil** continúa disminuyendo en la Región. En 1990, la tasa de mortalidad infantil (TMI) fue de 42 por 1.000 nacidos vivos (n.v.) en América Latina y el Caribe y de 19 por 1.000 n.v. en el 2009, es decir, una reducción de 55%, y un promedio

²⁴ Organización Panamericana de la Salud. Información y análisis de salud: situación de la salud en las Américas: indicadores básicos del 2004 al 2010. Washington (D.C.) EUA.

²⁵ Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Tasas de mortalidad infantil estimadas según quinquenios. Países de América Latina 1950-2050 [Internet]. CEPAL/CELADE. Santiago de Chile, Chile (consultado el 1 de noviembre del 2010). Disponible en: http://www.eclac.org/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm.

²⁶ Institute for Health Metrics and Evaluation. Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970-2010: a systematic analysis of progress towards millennium development goal 4 [Internet]. IHME; 2010 [consultado el 1 de noviembre del 2010]. Disponible en: <http://www.healthmetricsandevaluation.org/resources/datasets/2010/mortality/results/child/child.html>

²⁷ United Nations Children's Fund/World Health Organization/World Bank/United Nations Population Division. The Inter-agency Group for Child Mortality Estimation: Trends in infant mortality rates (1960-2009) [Internet]. IGME; 2010 [consultado el 1 de noviembre del 2010]. Disponible en: http://www.childinfo.org/mortality_imrcountrydata.php.

²⁸ La OPS está ejecutando una estrategia para fortalecer las estadísticas vitales y de salud (CD48/9 [2008]) que comprende dos componentes: a) el trabajo con los países para fortalecer y mejorar la producción estadística y, b) la coordinación con organismos internacionales para evitar duplicaciones y el uso de técnicas o hipótesis diferentes a la hora de calcular los indicadores.

anual de reducción del 2.9% (4). Se calcula que en el 2009, ocurrieron 199 mil defunciones infantiles en las Américas. Entre las medidas de salud pública que han contribuido a esta disminución se encuentran: el avance de la estrategia de atención primaria de salud, de alto impacto y bajo costo; los programas universales y gratuitos de vacunación rutinaria; la terapia de rehidratación oral; el control del crecimiento y desarrollo de los niños; el aumento de la cobertura de servicios básicos, especialmente de agua potable y saneamiento; el mejoramiento de los niveles educativos de la población, en especial de las mujeres, el descenso de la fecundidad y la disminución de la pobreza.²⁹ Cabe señalar que en la Región existe una gran heterogeneidad entre los países y entre grupos de población y territorios dentro de los mismos países.

71. Sobre la base de las cifras oficiales que recibe la OPS de sus países miembros, las TMI más bajas se observan en Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos de América y Uruguay, (entre 6 y 10 por mil n.v. dependiendo de la serie que se utilice); Bolivia y Haití presentan los niveles más altos (entre 50 y 80 por mil n.v. según la serie), valores ocho veces mayores que en los países con las tasas más bajas.

72. En los países del Caribe (anglo y francoparlantes) las series son más inestables por tratarse de poblaciones pequeñas y su situación es más homogénea que en los países latinoamericanos. Los Departamentos Franceses de América (Guadalupe, Guayana Francesa y Martinica) y Anguila presentan las menores TMI (menos de 10 por mil n.v.) mientras que Guyana, Suriname y Trinidad y Tabago muestran las tasas más elevadas de la subregión (entre 40 y 20 por mil según diferentes estimaciones).

73. La **mortalidad materna** ha disminuido en la Región, pero con diferentes tendencias en los países. En 1990, la razón de mortalidad materna (RMM) fue de 140 por 100.000 nacidos vivos en América Latina y el Caribe y de 84 en el 2008, una reducción de 40%, con un promedio anual de reducción del 3% desde 1990. Se calcula que en el 2008, ocurrieron 10.242 defunciones maternas en las Américas (5).

74. Sobre la base de las cifras oficiales que recibe la OPS de sus países miembros, se analizó el cambio porcentual en la razón de mortalidad materna (RMM), tomando como base la RMM disponible en el 2000 y comparándola con la más reciente disponible entre los años 2005 a 2009. Si un país no contaba con la RMM del 2000, se utilizaba alternativamente la de 1999 o la del 2001.

75. Esta tendencia a la disminución se observa en 15 países de la Región, con diferentes progresos, variando desde -2,9% hasta -44,3%. Por otro lado, hay países que

²⁹ Esta aseveración se sustenta también en el párrafo 4 de este mismo documento. En 1990 había 200 millones de pobres y 93 millones de personas viviendo en extrema pobreza; para 2007 eran 184 millones de pobres y 68 millones en extrema pobreza. En el 2008 por la crisis de alimentos disminuyó la pobreza a 180 millones pero aumentó la extrema pobreza a 71 millones. Por lo tanto, de acuerdo con los datos del 2008 de CEPAL, aumentó el número de personas que viven en condiciones de extrema pobreza, pero también se puede decir que la pobreza ha disminuido desde 1990 (en 11 puntos porcentuales y en 20 millones de personas.)

reportaron aumentos hasta el 2008, incremento que ha sido, en buena medida, por la mejoría de la vigilancia de las defunciones maternas, como, por ejemplo, la mayor captación de las causas indirectas de defunción observada en Canadá, los Estados Unidos, y la República Dominicana. Es importante destacar que para el 2009, esperamos un aumento de la mortalidad materna en algunos de los países debido a la epidemia de A (H1N1) 2009.

76. Es importante notar que en varios países la ampliación de la cobertura de atención prenatal, atención al parto por personal capacitado, el acceso y uso de anticonceptivos y la intensificación de la vigilancia de la mortalidad materna son estrategias que están contribuyendo a su disminución. No obstante, aunque el indicador de mortalidad materna ha mejorado, el análisis se dificulta dada la escasez de información en las series, ya sea por los tamaños poblacionales y/o la poca disponibilidad de fuentes que cubran todos los años previstos para el análisis del ODM. Es importante destacar que la reducción de la mortalidad materna sigue siendo una asignatura pendiente y que gran parte de los países de la Región no lograrán cumplir la meta en el tiempo fijado.

77. En cuanto al cálculo del número de nuevas infecciones por el **VIH** para los países de la Región, se observa en general una disminución en la morbilidad, con diferentes tendencias en la mortalidad (6). Para el 2009, cerca de 7% del total de nuevas infecciones por el VIH a nivel mundial, es decir, 179.000 casos correspondieron a la Región; de ellos, 92.000 ocurrieron en América Latina, 70.000 en América del Norte y 17.000 en el Caribe (3). La responsabilidad del seguimiento de las metas 6A y 6B corresponde al ONUSIDA.

78. A nivel mundial la epidemia aún no se ha detenido ni tampoco revertido; sin embargo, en algunas regiones comienza a notarse una estabilización de la epidemia. En el continente americano, la epidemia se sigue concentrando en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, trabajadores y trabajadoras sexuales, así como en grupos de personas que usan drogas inyectables. Según el Informe de Progreso 2010 de OMS, ONUSIDA y UNICEF, entre los países de ingresos bajos o medios, en el 2009, América Latina y el Caribe representaba la región con mayor cobertura de tratamiento antirretrovírico con un 50% de cobertura, y con un aumento del 2% en comparación con el 2008. En el caso de los niños menores de 15 años esta cobertura de tratamiento antirretrovírico, subió de 40% a 58%, del 2005 al 2009. Desde el 2005 al 2009, la cobertura de profilaxis antirretrovírica en mujeres embarazadas en América Latina y el Caribe creció de 43% a 54% y en niños nacidos de mujeres con infección por el VIH pasó de 39% a 48% (6).

79. Para el período 2000-2009, la Región notificó 52% de reducción en la morbilidad por **malaria** y 61% de disminución en la mortalidad por esta causa; de los 21 países con malaria endémica, 18 lograron disminuirla hacia el 2009 y, de ellos, nueve han registrado reducciones mayores de 75%; mientras que en cinco de ellos las disminuciones han sido superiores a 50%. A partir del 2005, ha habido una disminución sostenida de la transmisión en las Américas (7).

80. Con respecto a la **tuberculosis**, hay avances en 23 países de la Región. No obstante, la resistencia multimedicamentosa continúa siendo un desafío. El informe de la OMS del 2010 sobre control de la tuberculosis, (que recaba datos notificados por los países de la Región) señala una tasa de disminución anual de la incidencia por tuberculosis en las Américas de 4%, siendo la Región que mayor descenso ha registrado a nivel mundial. Al mismo tiempo, la Región de las Américas ya ha alcanzado las metas propuestas para el 2015 de reducción de 50% en las tasas de prevalencia y de mortalidad por tuberculosis (8).

81. En cuanto al **acceso sostenible al agua segura**, la responsabilidad en el Grupo Interagencial recae en el UNICEF y la OMS, organismos que, a través del Programa Conjunto de Seguimiento (Joint Monitoring Program: JMP) utilizan información basada en encuestas de hogares y censos, con definiciones estandarizadas para asegurar la comparabilidad en el tiempo y entre países. A nivel regional, de acuerdo con los datos disponibles para el 2008 del JMP, se registra el 93% de acceso a fuentes mejoradas de agua (97% en las zonas urbanas y 80% en las zonas rurales). El desafío es mayor entre los habitantes de los quintiles de ingresos más bajos. El JMP mejorará el trabajo de seguimiento mediante el desglose de los datos, con lo cual se aclararán las definiciones de las fuentes de acceso al agua mejorada y se prestará mayor atención a la medición de la calidad del agua. Se está iniciando la elaboración de indicadores posteriores al 2015 sobre el derecho al agua potable y el saneamiento, declarado recientemente como un derecho humano por la Asamblea General de las Naciones Unidas (9).

82. En cuanto al **saneamiento básico**, de acuerdo a datos para el 2008 emitidos por el JMP, en la Región hay una cobertura de saneamiento básico mejorado del 80%. Para las zonas rurales, esta cobertura es de solo 55%, por lo que es necesario seguir impulsando este servicio en las zonas rurales y periurbanas. Asimismo, debe avanzarse en materia de calidad del servicio; reducción de los servicios de saneamiento no mejorados y de la defecación al aire libre, así como en el tratamiento de las aguas servidas urbanas (9). El desafío es mayor entre los habitantes de los quintiles de ingresos más bajos (2).

Propuesta

83. Para el cumplimiento de las metas es necesario: a) garantizar el esfuerzo solidario entre los países de la Región considerando que algunos países deberán imprimir mayor celeridad a las acciones; b) mantener el liderazgo de los Estados Miembros con la cooperación técnica de la OPS para el seguimiento y la cooperación técnica a fin de mejorar el desempeño de los sistemas de salud; y c) fortalecer los sistemas nacionales de información en salud para disponer de datos cada vez más válidos, confiables y oportunos provenientes de sus sistemas usuales.

84. Se solicitará a los países que continúen con las siguientes líneas estratégicas para el logro de los ODM: a) revisión y consolidación de los sistemas de información; establecimiento de registros nominales que permitan evaluar las brechas de cobertura.

Asimismo, se utilizarán recursos tecnológicos para establecer un sistema integrado destinado a la toma oportuna de decisiones; b) fortalecimiento de los sistemas basados en la Atención Primaria en Salud (APS). Se propone fortalecer los sistemas de salud en los diferentes niveles de gobierno que se encuentran en condiciones de mayor vulnerabilidad con el marco renovado de la APS; c) reducción de la inequidad subnacional asignando prioridad a los municipios más vulnerables y a los grupos poblacionales en condiciones de exclusión, en respuesta a los determinantes sociales de la salud. Se propone fortalecer las iniciativas dirigidas a esos municipios y a grupos como Rostros, Voces y Lugares, municipios saludables, la Alianza para la Nutrición y el Desarrollo, Maternidad Segura y otras iniciativas destinadas a consolidar los derechos de la ciudadanía (identificación, acceso a los programas sociales, participación ciudadana, vigilancia, entre otros) y la gestión social territorial; d) formulación de políticas públicas para dar sustentabilidad a los logros y actuar sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud a través del impulso de la “salud en todas las políticas”. Se propone aprovechar todos los foros políticos y técnicos para plantear los desafíos de la equidad en nuestra Región; y, e) intensificación del trabajo intersectorial e interagencial para focalizar y sumar esfuerzos.

Intervención del Consejo Directivo

85. Se solicita al Consejo Directivo que asigne prioridad a esta línea de cooperación técnica y a las acciones que impulsen, aun más, el logro de las metas de los ODM para el 2015.

86. Se solicita a los Estados Miembros que intensifiquen sus esfuerzos para el logro de los ODM mediante acciones focalizadas en las cinco líneas estratégicas propuestas.

87. Se recomienda elaborar un informe de progreso para el 2013 como preparación para el informe consolidado que se presentará a la Asamblea General de las Naciones Unidas en el 2015.

Referencias

1. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio 2010: El progreso de América Latina y el Caribe hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Desafíos para lograrlos con igualdad [Internet]. Informe interagencial coordinado por la CEPAL. Santiago, de Chile, Chile. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2010 (documento LG/G.2460) [consultado el 28 de enero del 2011]. Disponible en: <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getprod.asp?xml=/publicaciones/xml/1/39991/P39991.xml&xsl=/MDG/tpl/p9f.xml&base=/MDG/tpl/top-bottom.xsl>, consultado 28 de enero del 2011.

2. Objetivos de Desarrollo del Milenio 2010: Avances en la sostenibilidad ambiental del desarrollo en América Latina y el Caribe. Informe interagencial coordinado por la CEPAL. Santiago, de Chile, Chile. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2010 [consultado el 28 de enero del 2011]. Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/6/38496/2009-696-ODM-7-completo.pdf>, consultado 28 de enero del 2011.
3. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Informe del ONUSIDA sobre la epidemia mundial de sida 2010. [Internet]. Nueva York: ONUSIDA; 2010 [consultado el 10 de febrero del 2011]. Disponible en: http://www.unaids.org/globalreport/Global_report_es.htm.
4. UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Levels and Trends in Child Mortality: Report 2010 [Internet]. Nueva York: UNICEF; 2010 [consultado el 10 de febrero del 2011]. Disponible en: http://www.healthynewbornnetwork.org/sites/default/files/resources/UNICEF_Child_mortality_for_web_0831.pdf.
5. World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2010 [consultado el 10 de febrero del 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/en/index.html>.
6. WHO, UNAIDS, UNICEF. Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress report 2010. Ginebra, Suiza: OMS; 2010. Disponible en: <http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/report/en/index.html>
7. Organización Panamericana de la Salud. Informe de la situación del paludismo en las Américas, 2008. Washington (DC), US: OPS; 2008 [consultado el 10 de febrero del 2011]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=5175&Itemid=2258.
8. World Health Organization. Global tuberculosis control: WHO report 2010 [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2010 [consultado el 10 de febrero del 2011]. Disponible en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/2010/en/index.html.
9. World Health Organization. A snapshot of drinking-water and sanitation in the MDG region Latin-America & Caribbean – 2010 update. A regional perspective based on new data from the WHO/UNICEF Joint Monitoring Program for Water Supply and Sanitation. OMS y UNICEF; 2010 [consultado el 10 de febrero del 2011]. Disponible en: http://www.wssinfo.org/fileadmin/user_upload/resources/1284626181-LAC_snapshot_2010.pdf.

F. SITUACIÓN DE LOS CENTROS PANAMERICANOS

Introducción

88. Este documento fue elaborado en respuesta al mandato de los Cuerpos Directivos de realizar exámenes y evaluaciones periódicas de los Centros Panamericanos.

Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA)

89. En vista de la convergencia de la salud humana y la sanidad animal, existe una necesidad, cada vez mayor, que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ejerza el liderazgo en la esfera de las zoonosis, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria.

Avances recientes

90. El proceso de desarrollo institucional para PANAFTOSA, incluyó la revisión y mejoría de los procesos administrativos fundamentales. Se desglosaron los costos operacionales a fin de que la cooperación técnica para la erradicación de la fiebre aftosa sea financiada en su mayor parte por contribuciones voluntarias del Ministerio de Agricultura, Ganadería y Abastecimiento del Brasil, y de otras organizaciones públicas y privadas del sector agropecuario mediante un fondo fiduciario, en el que se mancomunarán los recursos financieros destinados a la coordinación regional del Programa Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (PHEFA). En consecuencia, PANAFTOSA elaboró un nuevo plan de acción para el período 2011-2020, aprobado en una reunión extraordinaria del Comité Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (COHEFA), en diciembre del 2010. El plan de acción 2011-2020 del PHEFA establece los compromisos políticos y técnicos de los países que son necesarios para alcanzar la meta de la erradicación al final del período.

91. Por otro lado, los mecanismos de coordinación regional y mundial para la alerta temprana y la respuesta rápida a los riesgos agudos para la salud asociados con las zoonosis, las enfermedades transmitidas por los alimentos y las enfermedades de los animales que repercuten en la seguridad alimentaria se están fortaleciendo en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (2005), en estrecha colaboración con la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE). Se prevé que en el mes de diciembre del 2011 estén finalizadas las obras de remodelación del laboratorio del Ministerio de Agricultura, Ganadería y Abastecimiento del Brasil, situado en Pedro Leopoldo (Minas Gerais), cuyo nivel de bioseguridad es de 4, según las normas de la OIE. De esta forma, será posible transferir el laboratorio de referencia de PANAFTOSA, que actualmente se encuentra en Rio de Janeiro a estas nuevas instalaciones.

Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)

92. BIREME es un centro especializado de la OPS fundado en 1967 a fin de canalizar la cooperación técnica que presta la Organización a la Región en materia de información científica y técnica sobre salud. El Centro ha funcionado en colaboración con el Gobierno del Brasil bajo el marco legal de un Convenio de Mantenimiento renovado sucesivamente desde su suscripción hasta el 30 de diciembre del 2009.

93. En el 2009, tras un amplio proceso de consulta en el que participó activamente el Gobierno del Brasil bajo el liderazgo del Ministerio de Salud, el 49.º Consejo Directivo aprobó una estructura de gobernanza y un marco jurídico institucional, estipulados en el nuevo Estatuto de BIREME, el cual entró en vigor el 1.º de enero del 2010. A fin de permitir el establecimiento de todos los elementos administrativos y legales necesarios para el funcionamiento del nuevo marco institucional, en especial la negociación y suscripción de un nuevo Acuerdo de sede para BIREME con el Gobierno de Brasil, el mencionado Convenio de Mantenimiento fue prorrogado hasta el 31 de diciembre del 2011.

94. El Estatuto de BIREME establece un Comité Asesor compuesto por cinco miembros no permanentes, nombrados por el Consejo Directivo de la OPS y dos miembros permanentes, la OPS y Brasil.

95. En el 2009, el 49.º Consejo Directivo eligió a cinco Estados Miembros para integrar el Comité Asesor de BIREME: Argentina, Chile y la República Dominicana (con un mandato de tres años), y México y Jamaica (con un mandato de dos años). La diferencia en el plazo de los mandatos se estableció a fin de garantizar la rotación y la continuidad de los miembros en el futuro.

Avances recientes

96. La instauración del Comité Asesor de BIREME se llevó a cabo el 31 de agosto del 2010, con la participación de los cinco miembros no permanentes y los dos miembros permanentes. Se aprobó el reglamento interno del Comité Asesor y una programación de las actividades y reuniones necesarias para llevar a la práctica el nuevo marco institucional de BIREME:

- a) La OPS/OMS y el Ministerio de Salud de Brasil elaboraron una propuesta de Acuerdo de sede en agosto del 2010, la cual está aún pendiente de ratificación por la contraparte brasileña. La aprobación y firma de este Acuerdo por parte del Gobierno de Brasil es fundamental para la conclusión del marco jurídico institucional de BIREME bajo su nuevo Estatuto. Es importante concretar el Acuerdo antes del vencimiento del Convenio de Mantenimiento, el 31 de diciembre del 2011.

- b) La negociación y suscripción del Acuerdo acerca de las instalaciones y el funcionamiento de BIREME en el recinto universitario de la UNIFESP comenzará una vez concluido el nuevo Acuerdo de sede con el Gobierno de Brasil.
- c) En la propuesta de Acuerdo de sede se establecen mecanismos para la definición de las contribuciones de la OPS/OMS y del Gobierno del Brasil que respaldan los planes de trabajo bienales aprobados de acuerdo con el Estatuto de BIREME. El presupuesto para los próximos dos años incluirá contribuciones financieras regulares, así como contribuciones en especie.
- d) Está en curso el proceso de presentación de candidaturas para elegir a los miembros del Comité Científico en coordinación con el Comité Asesor de BIREME, según lo estipulado en el Estatuto de BIREME. Se espera que el Comité Científico quede constituido durante el primer semestre del 2012.
- e) La segunda reunión del Comité Asesor de BIREME está prevista para el 25 de octubre del 2011, en la sede de BIREME, São Paulo (Brasil).
- f) La representación de la OPS/OMS en Brasil, en coordinación con las áreas regionales correspondientes, el Área de Gestión de Conocimiento y Comunicación (KMC) y el Área de Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de las Enfermedades (HSD), ha llevado el liderazgo de la armonización de los procesos de gestión institucional en todas sus dimensiones, regularización de los intercambios de trabajo y de cooperación entre las oficinas y centros de la OPS en Brasil. Así mismo se ha elaborado una hoja de ruta para la integración y la armonización institucional de los Centros en los ámbitos gerencial, técnico y administrativo. Se analizaron todas las actividades de cooperación previstas con Brasil y se ha proyectado su ejecución conjunta con la Representación de la OPS en Brasil, sobre la base de lo establecido en la Estrategia de cooperación en el país.
- g) Elaboración del nuevo plan bienal de trabajo bajo la forma de una entidad subsidiaria del Área de Gestión de Conocimientos y Comunicación de la OPS (KMC) y de acuerdo con la estrategia de cooperación en el Brasil. El plan bienal de trabajo 2012-2013 se preparó de forma integrada con KMC y ha continuado la comunicación para su perfeccionamiento y articulación.

Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria (CEPIS)

97. Conforme se tomó nota en la resolución CD50.R14, el 30 de septiembre del 2010 se suscribió el Acuerdo entre el Gobierno del Perú y la OPS/OMS para la transformación del CEPIS en un Equipo Técnico Regional sobre Agua y Saneamiento (ETRAS). El ETRAS funciona en la sede de la Representación de la OPS/OMS en Perú como parte del Área de Salud y Desarrollo Sostenible (SDE) de la OPS. Por decisión de las partes, el Acuerdo suscrito el 8 de abril de 1971 entre el Gobierno del Perú y la OPS/OMS para el establecimiento del CEPIS se dio por terminado en la misma fecha en que se suscribió el nuevo Acuerdo para el Establecimiento del ETRAS.

98. Como consecuencia de lo anterior, ya no se incluirá información sobre el CEPIS en el contexto de las evaluaciones periódicas de los Centros Panamericanos y las actividades del ETRAS se presentarán como parte del informe de desempeño programático periódico dentro de los objetivos estratégicos correspondientes.

Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR)

Avances recientes

99. El Gobierno del Uruguay se comprometió a proporcionar un espacio físico para la reubicación conjunta del CLAP/SMR y de la Representación de la OPS, lo que hasta la fecha no se ha concretado.

100. Se hizo una evaluación sobre la fusión de los servicios administrativos del CLAP/SMR y la Representación de la OPS en el Uruguay, y se presentó una propuesta con los pasos necesarios para lograr la fusión administrativa y el traslado a los nuevos locales.

101. Se suscribió la Prórroga V al Convenio entre el Gobierno de la República Oriental del Uruguay, la Universidad de la República y la OPS/OMS para continuar las actividades del CLAP/SMR. La nueva fecha de expiración del Convenio es el 28 de febrero del 2016.

Programa Regional de Bioética

102. En seguimiento a lo solicitado en la resolución CD50.R14, se evaluaron distintas modalidades de colaboración con los Estados Miembros en la esfera de la bioética y se resolvió consolidar el programa regional como parte de la Oficina de Género, Diversidad y Derechos Humanos (GDR). Como consecuencia de lo anterior, ya no se incluirá información sobre el Programa Regional de Bioética en el contexto de las evaluaciones periódicas de los Centros Panamericanos y las actividades del Programa se incluirán en

los informes periódicos de desempeño programático en los objetivos estratégicos correspondientes.

103. Asimismo, se están llevando a cabo consultas con el Gobierno de Chile y la Universidad de Chile para determinar actividades conjuntas en este ámbito, que podrían materializarse en un nuevo acuerdo en reemplazo del Convenio para el Funcionamiento del Programa Regional de Bioética suscrito entre el Gobierno de Chile, la Universidad de Chile y la OPS/OMS, el 13 de enero de 1994.

Centros subregionales (CAREC y CFNI)

Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC)

104. Actualmente, el CAREC mantiene sus servicios habituales, ampliándolos según sea necesario y apropiado, en el proceso de transición al Organismo de Salud Pública del Caribe (CARPHA, por sus siglas en inglés). Conforme se tomó nota en la resolución CD50.R14 (2010), se han formado grupos de estudio y de apoyo al proceso de transición en relación con las áreas de recursos humanos y financieros, y la gestión de los laboratorios. Estos grupos continúan trabajando para asegurar que la transición al CARPHA se lleve a cabo de manera ordenada y transparente. Algunas de las áreas prioritarias incluyen la definición del ámbito de trabajo, las funciones y el aumento de la capacidad del laboratorio del CAREC, y la red de laboratorios que se pondrá en práctica dentro de la estructura del CARPHA.

105. El CAREC ha contado con el apoyo y la orientación del Consejo del CAREC y ha tomado en consideración las decisiones del Consejo para el Desarrollo Humano y Social (COHSOD) referentes al CARPHA y del Comité de Ministros de Salud de la Comunidad del Caribe (CARICOM).

Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI)

106. En seguimiento a lo solicitado en la resolución CD50.R14 (2010), el CFNI sigue colaborando con los equipos de CARICOM en relación al CARPHA para garantizar que los temas pertinentes de seguridad alimentaria y los componentes de nutrición y vigilancia de enfermedades crónicas no transmisibles se incorporen en sus planes de ejecución. Los programas del CFNI están bajo revisión para facilitar la definición de las funciones que asumirá el CARPHA.

107. Se sigue estudiando la posibilidad de establecer acuerdos con instituciones de esta subregión para el traslado de otras funciones como los servicios de alimentación y dietética hospitalaria y la formación de recursos humanos. Esta distribución de responsabilidades, dentro de cada área prioritaria, fue respaldada por el Comité Asesor sobre Políticas del CFNI en sus resoluciones 2, 3, 4 y 7, del 19 de julio del 2010 y asimismo, en su reunión del 12 de julio del 2011.

108. A fin de lograr una mayor eficiencia tanto técnica como administrativa, se decidió reubicar la oficina de la Representación de la OPS/OMS en Jamaica en el edificio del CFNI. El 29 de noviembre del 2010, se suscribió una modificación al contrato de alquiler de la sede de CFNI entre la Universidad de las Indias Occidentales y la OPS/OMS, que permitirá la consolidación de ambas oficinas. Asimismo, se recibió un cálculo del costo de las renovaciones y las mejoras necesarias para ubicar al personal de la Representación y del CFNI en el mismo espacio físico. El traslado esta previsto a llevarse a cabo en diciembre del 2011.

G. INICIATIVA REGIONAL Y PLAN DE ACCIÓN PARA LA SEGURIDAD TRANSFUSIONAL 2006-2010: EVALUACIÓN FINAL

Introducción

109. En el 2005, el 46.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobó el Plan Regional de Acción para la Seguridad de las Transfusiones 2006-2010 (1, 2), cuya finalidad era contribuir a reducir la mortalidad y mejorar la atención prestada a los pacientes en América Latina y el Caribe por medio de la disponibilidad oportuna de sangre segura para todos los pacientes que necesitaran transfusiones. El plan tenía cinco objetivos y nueve indicadores de progreso. Si bien después del 2005 se lograron avances en cuanto a la cantidad y la seguridad de las unidades de sangre recogidas en la Región, en el 2008 los sistemas nacionales de sangre eran ineficientes y el acceso a transfusiones de sangre todavía era insuficiente (3). Por consiguiente, los Estados Miembros estuvieron de acuerdo en modificar sus enfoques para alcanzar la meta y los objetivos del plan (4).

110. La Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana designó un equipo de evaluación externa para evaluar los adelantos en las áreas relacionadas con el plan regional, indicar los problemas encontrados en su ejecución y analizar las oportunidades para adoptar medidas en el futuro. El equipo, que actuó desde enero a junio del 2011, analizó los datos nacionales oficiales presentados a la OPS por los países (5-10). Se evaluaron los procesos y los indicadores de progreso de cada área estratégica del plan regional. La evaluación incluyó encuestas de los representantes de la OPS/OMS y los puntos focales, las autoridades sanitarias nacionales y el personal local acerca del programa de cooperación técnica relacionado con el plan regional. Con estas encuestas anónimas se obtuvo información sobre el grado de conocimiento del plan, el apoyo institucional proporcionado o recibido para alcanzar sus metas, la calidad de las publicaciones técnicas, la eficiencia de la recopilación y el intercambio de información y los factores que influyeron en los resultados nacionales.

111. En el presente documento se resume el progreso logrado por los sistemas nacionales de sangre desde el 2005, conforme a lo informado oficialmente por los países y a los resultados obtenidos por el equipo de evaluación externa.

Antecedentes

112. En 1975, la Asamblea Mundial de la Salud abordó por primera vez temas concernientes a la seguridad de las transfusiones e instó a los Estados Miembros a promover el desarrollo de servicios nacionales de sangre basados en la donación voluntaria y a sancionar una legislación eficaz que rigiera su funcionamiento. La 28.ª Asamblea Mundial de la Salud también solicitó al Director General que adoptara medidas

para establecer buenas prácticas de obtención de la sangre y los componentes sanguíneos a fin de proteger la salud tanto de los donantes de sangre como de los receptores de transfusiones (11). En tres documentos posteriores (12-14), se subrayó la importancia de los servicios de transfusión de sangre y los programas nacionales de transfusión para prevenir las infecciones por el VIH.

113. En el 2005, la 58.^a Asamblea Mundial de la Salud consideró la disponibilidad, la accesibilidad y la seguridad de la sangre desde un punto de vista integral (15) y aprobó la resolución WHA58.13, “Seguridad de la sangre: propuesta para establecer el Día Mundial del Donante de Sangre” (16), que instó a los Estados Miembros a instaurar legislación, proporcionar fondos suficientes, fomentar la colaboración multisectorial, velar por que se haga un uso adecuado de la sangre y prestar apoyo a la aplicación plena de programas de sangre sostenibles, coordinados a nivel nacional, bien organizados y con sistemas de regulación apropiados. Al mismo tiempo, se pidió al Director General que prestara apoyo a los países para fortalecer su capacidad de detectar las principales enfermedades infecciosas en toda la sangre donada, con el fin de velar por que la totalidad de la sangre recogida y transfundida sea segura. Estos conceptos fueron reiterados en el 2010 (17, 18).

114. Los Cuerpos Directivos de la OPS han abordado el tema de la seguridad de las transfusiones de sangre desde 1998. De acuerdo con las Orientaciones Estratégicas y Programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana 1999-2002, toda la sangre para transfusiones debe ser examinada para detectar los virus de la hepatitis B y C, la sífilis, *Trypanosoma cruzi* y el VIH, y todos los bancos de sangre deben participar en programas de control de calidad (19). En 1999, el Consejo Directivo aprobó la resolución CD41.R15, en la cual se instaba a los Estados Miembros a dar mayor prioridad a la seguridad de la sangre; promover el desarrollo de programas nacionales de sangre y servicios de transfusión basados en la donación voluntaria y en la garantía de la calidad; fortalecer la infraestructura de los bancos de sangre; asignar los recursos necesarios y garantizar la capacitación de los proveedores de servicios de salud sobre el uso de sangre (20, 21).

115. En el 2005, el Consejo Directivo aprobó la resolución CD46.R5, en la cual se instaba a los Estados Miembros a que analizaran el progreso y los retos en la búsqueda de la suficiencia, la calidad, la seguridad y los métodos clínicos apropiados; a que adoptaran el Plan Regional de Acción para la Seguridad de las Transfusiones 2006-2010 y a que asignaran y usaran recursos de manera apropiada para alcanzar los objetivos del plan (2). En el 2008, considerando que los conceptos de las resoluciones anteriores todavía seguían vigentes y reconociendo que era necesario modificar los enfoques nacionales a fin de alcanzar las metas establecidas para el 2010, el Consejo Directivo aprobó la resolución CD48.R7 (4), en la cual se instaba a los Estados Miembros a que definieran una entidad en sus ministerios de salud que velara por el funcionamiento eficaz del sistema nacional de sangre; calcularan los componentes sanguíneos que necesitaban; establecieran una red de voluntarios para educar a la comunidad y pusieran fin a la

donación obligatoria, con la meta de obtener toda la sangre de donantes voluntarios, altruistas y no remunerados.

Análisis de la situación

116. Se hizo un análisis de la situación hasta el 2009, utilizando datos de 35 países y territorios (1, 5-10). Canadá, Estados Unidos, incluido Puerto Rico, y los territorios franceses no fueron incluidos en este análisis.

117. En la subregión del Caribe, donde existen 27 centros de obtención y procesamiento de sangre, solo Antillas Holandesas, Guyana, Jamaica y Suriname cuentan con un marco jurídico para los servicios de sangre. Haití tiene un programa nacional de seguridad de la sangre dentro del Ministerio de Salud. En todos los demás países, el servicio nacional de transfusiones de sangre, el laboratorio nacional de referencia de salud pública o los principales bancos de sangre de los hospitales se encargan de coordinar las actividades nacionales. Guyana y Haití, que reciben apoyo de una subvención internacional durante varios años, y las Antillas Holandesas y Suriname, cuyos bancos de sangre son administrados por la Cruz Roja, informan que disponen de recursos económicos suficientes para el funcionamiento de sus centros de procesamiento de sangre.

118. Todos los países latinoamericanos salvo Chile, El Salvador y México tienen leyes nacionales para regular los bancos de sangre y los servicios de transfusión. Sin embargo, subsisten los problemas con respecto a la capacidad de conducción de las autoridades sanitarias, si bien Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Cuba, Guatemala, Honduras, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela tienen unidades específicas dentro de sus ministerios de salud para supervisar el sistema nacional de sangre, y la Caja Costarricense de Seguro Social, el Instituto Nacional de Salud de Colombia, el Hemocentro de la Cruz Roja Ecuatoriana, la Unidad de Vigilancia Laboratorial de El Salvador, el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea de México y el Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia de Nicaragua son responsables de la coordinación de los servicios de sangre en sus respectivos países. Se considera que los recursos humanos y económicos asignados a la transfusión de sangre a nivel nacional son insuficientes para un funcionamiento apropiado de los servicios.

119. En los países latinoamericanos, los centros que recogen y procesan sangre forman parte del ministerio de salud, la seguridad social, las fuerzas armadas, la policía nacional, el sector público u organizaciones no gubernamentales nacionales o internacionales. La multiplicidad de los actores, aunada a la limitada supervisión por las autoridades sanitarias, representa un obstáculo importante para el uso apropiado de los recursos nacionales.

120. Uno de los indicadores del progreso establecidos en el Plan Regional de Acción 2006-2010 fue que todos los países latinoamericanos habrían establecido sistemas

regionales de obtención y procesamiento de sangre a fin de atender las necesidades de pacientes de zonas geográficamente diferenciadas. En el 2005, había 2.522 centros de procesamiento de la sangre en 19 países latinoamericanos. El promedio de unidades sanguíneas procesadas por centro estaba en relación inversa con las unidades de sangre disponibles y también con la proporción de donantes voluntarios a escala nacional (1), un claro indicio de que crear más bancos de sangre no implica necesariamente una mejora de la disponibilidad de sangre.

121. En el 2009, el número de centros de procesamiento de sangre en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Nicaragua, Paraguay y Uruguay disminuyó en 351 centros. Argentina (80 centros) y Brasil (167 centros) representaban 70% de la reducción. En Nicaragua, el Ministerio de Salud cerró los 21 bancos de sangre situados en hospitales y estableció una red nacional con tres centros administrados por la Cruz Roja. Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, República Dominicana y Venezuela notificaron en 2009 un total combinado de 113 establecimientos de procesamiento más que en 2005 (cuadro 1 del anexo).

122. En América Latina, el promedio de unidades de sangre procesadas por centro en un año fue de 3.163 en el 2005 y de 3.974 en el 2009, lo que equivale a entre 12 y 15 unidades por centro al día. En general, la eficiencia de los servicios de sangre es deficiente en todos los países salvo Nicaragua, donde en el 2009 tres centros de la Cruz Roja procesaron 69.932 unidades recogidas (cuadro 1 del anexo).

123. La disponibilidad de sangre depende de la magnitud de la recogida, la prevalencia de marcadores de infecciones en los donantes de sangre y la separación de las unidades de sangre entera en componentes, glóbulos rojos, plasma y plaquetas. Del 2005 al 2009, la obtención de sangre en los países latinoamericanos y del Caribe aumentó 14%, de 8.059.960 a 9.166.155 unidades, con una tasa general de recogida de 145,0 y 157,4 por 10.000 habitantes en esos años, respectivamente (cuadro 2 del anexo). Las tasas nacionales de recogida aumentaron más de 10% en 24 países (entre un mínimo de 10,2% y un máximo de 143,9%), permanecieron sin cambios en Belice, Brasil, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, los territorios británicos, Uruguay y Venezuela y disminuyeron en Antillas Holandesas (15,7%) y Cuba (18,7%). A pesar de las reducciones, estos dos últimos países no obstante mostraron las tasas nacionales de recogida más elevadas en el 2009: 295 y 359,7, respectivamente (cuadro 3 del anexo).

124. En el 2005, las tasas nacionales de obtención de sangre fluctuaron entre 11,5 y 442,5, con una mediana de 109,3. Quince países tuvieron tasas de recogida por debajo de 100 por 10.000 habitantes. En el 2009, las tasas nacionales variaron entre 21,4 y 359,7; la mediana fue de 145,3. Solo en ocho países se recogieron menos de 100 unidades por 10.000 habitantes: Bolivia (70,0), Guatemala (65,3), Haití (21,4), Honduras (78,1), Jamaica (91,5), Perú (75,9), República Dominicana (84,4) y San Vicente y las Granadinas (93,5) por 1 (cuadro 3 del anexo).

125. En el 2009, la prevalencia nacional de marcadores de infecciones transmisibles por transfusiones varió de 0 en las Antillas Holandesas a 16,6% en Paraguay (mediana = 3,1%) (cuadro 1 del anexo). Se detectaron estos marcadores en 319.996 unidades (3,5%). La disponibilidad de sangre en los países caribeños y latinoamericanos descendió por lo tanto a 8.846.159 unidades. Además de los ocho países con las tasas más bajas de obtención de sangre antes mencionados, Guyana, Paraguay y Saint Kitts y Nevis tuvieron menos de 100 unidades disponibles por 10.000 habitantes.

126. Se calcula que las 319.996 unidades que se desecharon en el 2009 porque dieron resultados positivos en las pruebas para detectar marcadores de infecciones representaron un despilfarro de US\$ 19.919.776 (cuadro 2 del anexo). Los factores que determinan la prevalencia elevada de estos marcadores en los donantes de sangre son la captación y selección deficientes de donantes y la calidad inadecuada de los métodos de las pruebas de laboratorio.

127. Como las necesidades nacionales de sangre para transfusiones dependen de las características de los sistemas nacionales de salud, las características epidemiológicas de los problemas de salud locales que requieren transfusiones de sangre y las características demográficas, no es apropiado proponer una cifra como meta para la obtención de sangre o como tasa de disponibilidad. El Plan Regional de Acción para la Seguridad de las Transfusiones 2006-2010 incluyó la estimación de las necesidades geográficas y temporales de sangre como uno de sus objetivos.

128. Hay una relación inversa entre las tasas nacionales de disponibilidad de sangre y las tasas de mortalidad materna en los países de América Latina y el Caribe que cuentan con información sobre las defunciones maternas (22). Ocho de los nueve países con tasas de mortalidad materna superiores a 83 por 100.000 nacidos vivos (23) tienen tasas de disponibilidad de sangre por debajo de 100 por 10.000 habitantes (figura 1 del anexo).

129. La mediana del porcentaje de unidades sangre separadas en sus componentes en los países latinoamericanos y del Caribe fue de 77% en 2005, en comparación con 90% en 2009, cuando en las Antillas Holandesas, Brasil, Cuba, El Salvador, Granada, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas y Suriname se hicieron preparaciones de eritrocitos de por lo menos 95% de las unidades obtenidas. Argentina, Colombia, Costa Rica, Dominica, México, Nicaragua y Panamá informaron que habían separado glóbulos rojos del 90% al 94% de las unidades de sangre entera. Barbados (38%), Belice (32%), Honduras (39%), Jamaica (48%), República Dominicana (39%) y Saint Kitts y Nevis (14%) prepararon componentes de menos de 50% de las unidades de sangre recogidas (cuadro 4 del anexo).

130. De los 11 países con tasas de disponibilidad de sangre inferiores a 100 unidades por 10.000 habitantes, 10 separaron componentes de menos de 90% de las unidades recogidas —Bolivia (89%), Guatemala (87%), Guyana (74%), Haití (52%), Honduras (39%), Jamaica (48%), Paraguay (74%), Perú (79%), República Dominicana (39%) y

Saint Kitts y Nevis (14%)—, lo cual limitó aun más la disponibilidad nacional de sangre para transfusiones (cuadros 3 y 4 del anexo).

131. A pesar de la evidente disponibilidad limitada de sangre a nivel de país, 981.253 unidades de glóbulos rojos caducaron en el 2009, lo que equivale a un costo de unos \$54.950.168 (cuadro 2 del anexo). La multiplicidad de los centros que recogían sangre, la falta de procedimientos operativos estandarizados en los hospitales y la escasa supervisión por las autoridades sanitarias contribuyeron a generar esta situación.

132. El Plan Regional de Acción 2006-2010 procuró mejorar la calidad de los componentes sanguíneos aumentando la seguridad de los donantes y ampliando la cobertura y la precisión de las pruebas de laboratorio.

133. El tamizaje de la sangre para detectar marcadores de infecciones transmisibles por transfusiones mejoró en la Región (cuadro 5). En el 2005, 87.875 unidades no fueron examinadas para detectar el VIH, cantidad que descendió a 1.708 unidades en 2009. Las cifras respectivas para el virus de la hepatitis B en el 2005 y el 2009 fueron 93.949 y 1.371; y para el de la hepatitis C, 95.962 y 2.861. En lo que se refiere a la sífilis, 159.929 unidades no fueron examinadas en el 2005, mientras que solo 1.535 no fueron sometidas a tamizaje en el 2009. También disminuyó el número de unidades no examinadas para detectar *Trypanosoma cruzi*, que pasaron de 959.662 en el 2005 a 288.405 en el 2009. Sin embargo, todavía no se ha alcanzado la meta establecida en 1998 de someter toda la sangre a exámenes para detectar estos agentes patógenos. Se necesitarán más recursos para lograr el acceso continuo a materiales de laboratorio y un compromiso renovado de los países de aplicar las normas nacionales a fin de alcanzar la meta del tamizaje universal.

134. En el 2009, cuatro países —Antigua y Barbuda, Dominica, Perú y Saint Kitts y Nevis— no examinaron todas las unidades de sangre para detectar el virus de la hepatitis C (5). Esto implica la posibilidad de que se hubieran transfundido 16 unidades infectadas con el virus de la hepatitis C en ese año, en comparación con 482 en el 2005. Perú fue el único país que informó un tamizaje incompleto para detectar el VIH y el HBsAg. En consecuencia, podrían haberse transfundido 10 unidades positivas al VIH y siete unidades positivas al virus de la hepatitis B. El riesgo de que una transfusión estuviera contaminada por un virus en el 2009 fue de 1:277.762 donaciones, en comparación con: 11.784 donaciones en el 2005. México y Perú no examinaron todas las unidades para detectar *Trypanosoma cruzi*, hecho que quizá haya creado la posibilidad de que 1.187 unidades estuvieran infectadas en el 2009, en comparación con 2.362 posiblemente infectadas en el 2005, con riesgos equivalentes a 1:7.166 y 1:3.377, respectivamente.

135. Estos cálculos se basan en la proporción de unidades que no son sometidas a tamizaje y en la prevalencia de anticuerpos contra el virus en los donantes. En el 2009, 36.327 donantes estaban infectados por el VIH, 31.823, por el virus de la hepatitis B y 50.628, por el virus de la hepatitis C. La mediana de la prevalencia de anticuerpos contra

la hepatitis C en los donantes en los países donde más de 50% de la sangre proviene de donaciones voluntarias fue de 0,3%, mientras que en los países donde menos de 50% de la sangre es donada por voluntarios fue de 0,5%. Con respecto a los otros marcadores, las cifras correspondientes fueron de 0,1% y 0,2% para el VIH, 0,2% y 0,3% para el HBsAg, y 0,6% y 0,9% para la sífilis.

136. Hubo 2.950.018 donantes de sangre voluntarios en el 2005, en comparación con 3.308.996 en el 2009, lo que representa un aumento de 12% en cinco años. Sin embargo, la proporción regional de donación voluntaria de sangre no se modificó: 36,6% en el 2005 y 36,1% en el 2009 (cuadro 2 del anexo).

137. Nueve países y territorios informaron que más de 50% de la sangre había sido obtenida de donantes voluntarios en el 2009: Antillas Holandesas (100%), Colombia (65%), Costa Rica (76%), Cuba (100%), Guyana (68%), Haití (70%), Nicaragua (87%), Santa Lucía (64%) y Suriname (100%). Las donaciones voluntarias representaron en 20 países menos de 25% de la sangre; en nueve países, menos de 10%: Antigua y Barbuda (5%), Belice (8%), Dominica (3%), Guatemala (4%), México (3%), Panamá (5%), Perú (5%), San Vicente y las Granadinas (5%) y Venezuela (6%).

138. En el 2009, los siguientes países informaron del número de donantes remunerados: Honduras (294), Panamá (7.641), Perú (88) y República Dominicana (3.300). Los 11.323 donantes remunerados representaron 0,1% del total de la sangre donada. La proporción de donantes remunerados fue de 0,2% en el 2005 (cuadro 2 del anexo).

139. El requisito generalizado en los hospitales de que se efectúen donaciones para reemplazar la sangre transfundida a los pacientes sigue siendo el obstáculo principal a la donación voluntaria de sangre. Según se demostró en Nicaragua, donde se puso fin a las donaciones de reemplazo en marzo del 2009, una estrategia de transición bien planificada que incluya la captación activa de donantes de sangre y la participación de miembros del personal capacitados para atenderlos puede generar cambios importantes en el sistema de donación.

140. Si bien la finalidad del Plan Regional de Acción para la Seguridad de las Transfusiones era contribuir a reducir la mortalidad y mejorar la atención prestada a los pacientes en América Latina y el Caribe por medio de la disponibilidad oportuna de sangre segura para todos los pacientes que necesiten transfusiones, se tiene poca información sobre las prácticas de transfusión y los resultados. En el 2009, solo Anguila, Antigua y Barbuda, Barbados, Belice, Granada, Guyana, Paraguay, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname y tres de los territorios británicos informaron sobre la distribución por edades de los pacientes que recibieron transfusiones (cuadro 6 del anexo).

141. La escasa interacción entre las autoridades sanitarias nacionales y los servicios de transfusión de los hospitales obstaculiza la estimación de las necesidades nacionales de sangre e impide la asignación estructurada y el uso eficiente de los recursos.

142. El equipo de evaluación externa hizo varias recomendaciones, incluida la necesidad de establecer un plan regional de acción 2012-2017 basado en el progreso y las enseñanzas extraídas durante la iniciativa. También recalcó la contribución fundamental de los servicios de sangre para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4, 5 y 6.

Intervención del Consejo Directivo

143. Se solicita al Consejo Directivo que tome nota de este informe, exprese su agradecimiento a los miembros del equipo de evaluación externa y recomiende que se incluya el Plan regional de acción sobre la seguridad de la sangre para el 2012-2017 en los temas propuestos para las reuniones de los Cuerpos Directivos que tendrán lugar en el 2012.

Referencias

1. Organization Panamericana de la Salud. Informe sobre los progresos realizados por la Iniciativa Regional para la Seguridad Sanguínea y plan de acción para 2006-2010 [Internet]. 46.º Consejo Directivo; del 26 al 30 de septiembre del 2005; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2005 (documento CD46/16) [consultado el 28 de junio del 2011]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd46-16-s.pdf>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre los progresos realizados por la Iniciativa Mundial para la Seguridad Hematológica y el plan de acción para 2005-2010 [Internet]. 46.º Consejo Directivo; del 26 al 30 de septiembre del 2005; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2005 (resolución CD46.R5) [consultado el 28 de junio del 2011]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/CD46.r5-s.pdf>.
3. Organización Panamericana de la Salud. Mejoramiento de la disponibilidad de sangre y la seguridad de las transfusiones en las Américas [Internet]. 48.º Consejo Directivo; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2008 (documento CD48/11) [consultado el 28 de junio del 2011]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd48-11-s.pdf>.
4. Organización Panamericana de la Salud. Mejoramiento de la disponibilidad de sangre y la seguridad de las transfusiones en las Américas [Internet]. 48.º Consejo Directivo; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008; Washington (DC), Estados Unidos.

Washington (DC): OPS; 2008 (documento CD48/R7) [consultado el 28 de junio del 2011]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd48.r7-s.pdf>.

5. Pan American Health Organization. Supply of blood for transfusion in the Caribbean and Latin American countries 2006, 2007, 2008, and 2009. Progress since 2005 of the Regional Plan of Action for Transfusion Safety. Washington (DC): OPS; 2010.
6. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno de Informação. Sangue e Hemoderivados. Produção Hemoterápica. Brasília; 2011.
7. Chile, Ministerio de Salud. Coordinación Nacional de Sangre. Programa Nacional de Sangre 2009. Santiago; 2011.
8. Ecuador, Cruz Roja Ecuatoriana. Secretaría Nacional de Sangre. Datos de sangre 2009. Quito; 2011.
9. Uruguay. Administración de Servicios de Salud del Estado. Servicio Nacional de Sangre. Programa Nacional de Sangre 2009. Montevideo; 2010.
10. Venezuela, Ministerio del Poder Popular para la Salud, Coordinación del Programa Nacional de Sangre. Programa Nacional de Sangre 2009. Caracas; 2010.
11. World Health Organization. Utilization and supply of human blood and blood products [Internet]. 28th World Health Assembly; 1975 May 13-30; Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 1975 (documento WHA28.72) [consultado el 28 de junio del 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/bloodsafety/en/WHA28.72.pdf>.
12. World Health Organization. Global strategy for the prevention of AIDS [Internet]. 40th World Health Assembly; 1987 May 4-15; Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 1987 (documento WHA40.26) [consultado el 28 de junio del 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/bloodsafety/en/WHA40.26.pdf>.
13. World Health Organization. Global strategy for the prevention and control of AIDS [Internet]. 45th World Health Assembly; 1992. May 4-14; Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 1992 (documento WHA45.35) [consultado el 28 de junio del 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/bloodsafety/en/WHA45.35doc.pdf>.
14. Organización Mundial de la Salud. VIH/SIDA: hacer frente a la epidemia [Internet]. 53.^a Asamblea Mundial de la Salud; 20 de mayo del 2000; Ginebra, Suiza: OMS; 2000 (documento WHA53.14) [consultado el 28 de junio del 2011]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/ResWHA53/s14.pdf.

15. Organización Mundial de la Salud. Propuesta para el establecimiento del Día Mundial del Donante de Sangre [Internet]. 58.^a Asamblea Mundial de la Salud; 7 de abril del 2005; Ginebra, Suiza: OMS; 2005 (documento A58/38) [consultado el 28 de junio del 2011]. Disponible en: http://www.who.int/bloodsafety/WHA.A58_38-sp.pdf.
16. Organización Mundial de la Salud. Seguridad de la sangre: propuesta para el establecimiento del Día Mundial del Donante [Internet]. 58.^a Asamblea Mundial de la Salud; 25 de mayo del 2005; Ginebra, Suiza: OMS; 2005 (documento WHA58.13) [consultado el 28 de junio del 2011]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58_13-sp.pdf.
17. Organización Mundial de la Salud. Disponibilidad, seguridad y calidad de los productos sanguíneos [Internet]. 63.^a Asamblea Mundial de la Salud; 25 de marzo del 2010; Ginebra, Suiza: OMS; 2010 (documento A63/20) [consultado el 28 de junio del 2011]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_20-sp.pdf.
18. Organización Mundial de la Salud. Disponibilidad, seguridad y calidad de los productos sanguíneos [Internet]. 63.^a Asamblea Mundial de la Salud; 21 de mayo del 2010; Ginebra, Suiza: OMS; 2010 (documento WHA63.12) [consultado el 28 de junio del 2011]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R12-sp.pdf.
19. Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana, 1999-2002 [Internet]. 122.^a Sesión del Comité Ejecutivo; del 22 al 26 de junio de 1998; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 1998 (documento CE122/8) [consultado el 28 de junio del 2011]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/gov/ce/ce122_8.pdf.
20. Organización Panamericana de la Salud. Fortalecimiento de los bancos de sangre en la Región de las Américas [Internet]. 41.^o Consejo Directivo; del 27 de septiembre al 1 de octubre de 1999; San Juan, Puerto Rico: OPS; 1999 (documento CD41/13) [consultado el 28 de junio del 2011]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd41_13.pdf.
21. Organización Panamericana de la Salud. Fortalecimiento de los bancos de sangre en la Región de las Américas [Internet]. 41.^o Consejo Directivo; del 27 de septiembre al 1 de octubre de 1999; San Juan, Puerto Rico: OPS; 1999 (documento CD41.R15) [consultado el 28 de junio del 2011]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/gov/cd/ftcd_41.htm#R15.
22. Cruz JR. Reduction of maternal mortality: The need for voluntary blood donors. Int J Gynecol Obstet 2007; 98(3):291-293.

CD51/INF/5 (Esp.)

Página 42

23 Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 2009. Washington (DC): OPS; 2010. [consultado el 28 de junio del 2011] Disponible en:

http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/IB_SPA_2009.pdf

Anexos

ANEXO: CUADROS Y FIGURAS

Cuadro 1. Número de centros de procesamiento de sangre y número de unidades procesadas por centro al año, en países latinoamericanos en el 2005 y el 2009.

PAÍS	NÚMERO DE CENTROS		NÚMERO DE UNIDADES PROCESADAS POR CENTRO Y POR AÑO	
	2005	2009	2005	2009
Argentina	480	400	761	2.254
Bolivia	22	20	2.126	3.449
Brasil	562	395	6.652	9.270
Chile	78	38	2.283	5.438
Colombia	110	91	4.797	7.604
Costa Rica	17	27	3.186	2.195
Cuba	48	46	10.320	8.762
Ecuador	22	33	5.669	5.302
El Salvador	32	29	2.504	2.853
Guatemala	47	60	1.664	1.525
Honduras	22	24	2.378	2.429
México	550	560	2.457	2.857
Nicaragua	24	3	2.255	23.274
Panamá	26	26	1.645	1.975
Paraguay	16	11	4.706	6.075
Perú	92	90	1.953	2.453
República Dominicana	58	65	1.071	1.309
Uruguay	76	57	1.259	1.615
Venezuela	240	302	1.495	1.528
Todos los países	2.522	2.277	3.163	3.974

Cuadro 2. Indicadores del desempeño en los sistemas nacionales de sangre de América Latina y el Caribe.

VARIABLE	2005	2009	Diferencia
Unidades recogidas	8.059.960	9.166.155	+ 1.106.195
Tasa de donación de sangre *	145.0	157.4	+ 12,4
Donantes voluntarios Número (%)	2.950.018 (36,6%)	3.308.996 (36,6%)	+ 358.978 (0)
Donantes remunerados Número (%)	15.507 (0,2%)	11.323 (0,1%)	- 4.184 - (0,07%)
Porcentaje de unidades separadas en componentes (mediana)	77%	90%	+ 13
Unidades con marcadores de infecciones transmisibles por transfusiones Número Prevalencia (mediana)	238.696 (3,1%)	319.996 (3,1%)	+ 81.300 - (0,02%)
Número de unidades de glóbulos rojos caducadas	610.375	981.253	+ 370.878
Total anual de unidades desechadas Número de unidades Costo calculado (US\$56/unidad)	849.071 47.547.976	1.301.279 72.869.944	+ 452.178 25.321.968

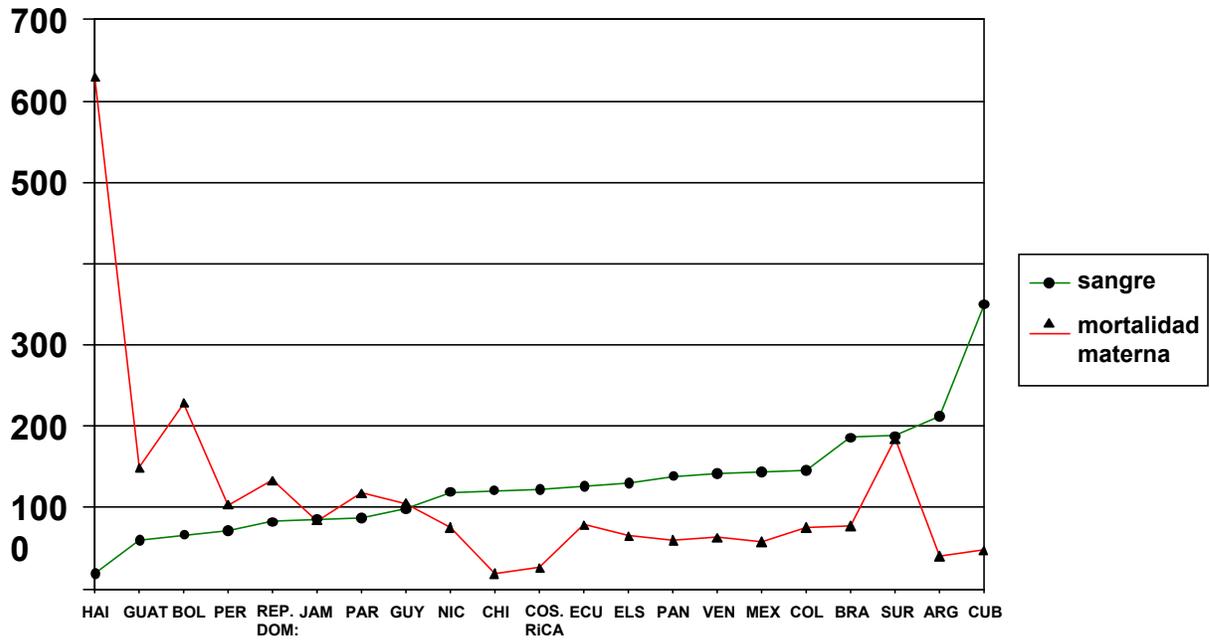
* Por 10.000 habitantes.

Cuadro 3. Obtención de sangre en los países latinoamericanos y del Caribe en el 2005 y el 2009.

PAÍS	Número de unidades recogidas		Tasa de donación	
	2005	2009	2005	2009
Antigua y Barbuda	1.020 *	1.321	124.4 *	153.6
Antillas Holandesas	9.393	6.702	350.0	295.0
Argentina	365.313	926.941	94.3	230.0
Bahamas	5.152	6.914	158.5	202.2
Barbados	4.164 *	4.781	148.2 *	167.8
Belice	3.107	4.364	125.2	129.6
Bolivia	46.764	69.073	50.9	70.0
Brasil	3.738.580	3.661.647	200.9	189.0
Chile	178.079	206.676	109.3	121.8
Colombia	527.711	692.487	122.6	151.7
Costa Rica	54.170	59.336	125.2	129.6
Cuba	495.343	403.060	442.5	359.7
Dominica	757	977	105.1	133.8
Ecuador	124.724	174.960	95.5	128.4
El Salvador	80.142	82.757	132.3	134.3
Granada	835	1.426	79.5	133.3
Guatemala	77.290	91.554	60.8	65.3
Guyana	5.267	7.700	68.9	101.0
Haití	10.823	21.471	11.5	21.4
Honduras	52.317	58.317	75.9	78.1
Jamaica	22.155	24.881	83.0	91.5
México	1.351.204	1.602.071	128.3	146.2
Nicaragua	54.117	69.932	99.2	121.2
Panamá	42.771	51.539	132.3	149.2
Paraguay	47.060	66.873	79.7	105.3
Perú	179.721	221.266	64.6	75.9
República Dominicana	62.120	85.169	65.2	84.4
Saint Kitts y Nevis	423	510	88.1	104.1
Santa Lucía	1.914	2.446	121.9	152.9
San Vicente y las Granadinas	822	982	77.5	93.5
Suriname	7.525	9.774	150.5	188.0
Trinidad y Tabago	13.625	22.368	103.4	167.1
Uruguay	95.686	92.073	287.8	273.9
Venezuela	403.625	461.481	151.0	161.4
Territorios Británicos				
<i>Anguila</i>	114	117	87.7	83.6
<i>Islas Caimán</i>	864	981	196.4	196.9
<i>Islas vírgenes</i>	447	484		
<i>Montserrat</i>	79 *	94	158.0 *	188.0

* Datos del 2006.

Figura 1. Tasas de disponibilidad de sangre y tasas de mortalidad materna en algunos países latinoamericanos y caribeños en el 2009.



Coefficiente de correlación por rangos de Spearman, $p=0,002$

Cuadro 4. Unidades de sangre separadas en componentes (proporción de reparaciones de glóbulos rojos) en países latinoamericanos y del Caribe, en el 2005 y el 2009.

PAÍS	2005	2009	Diferencia
Antigua y Barbuda	30 *	61	+31
Antillas Holandesas	100	100	0
Argentina	87	90	+3
Bahamas	87	81	-6
Barbados	14 **	38	+24
Belice	35	32	-3
Bolivia	67	89	+22
Brasil	38	95	+57
Chile	95	100	+5
Colombia	39	90	+51
Costa Rica	89	94	+5
Cuba	43 **	95	+52
Dominica	94	92	-2
Ecuador	77	NR	
El Salvador	93	96	+3
Granada	99	100	+1
Guatemala	84 *	87	+3
Guyana	62	74	+12
Haití	28	52	+24
Honduras	32	39	+7
Jamaica	46	48	+2
México	88	94	+6
Nicaragua	78	90	+12
Panamá	33 *	91	+58
Paraguay	55	74	+19
Perú	72 *	79	+7
República Dominicana	78	39	-39
Saint Kitts y Nevis	42	14	-28
Santa Lucía	98	100	+2
San Vicente y las Granadinas	98	97	-1
Suriname	98	100	+2
Trinidad y Tabago	65 **	79	+14
Uruguay	87	NR	
Venezuela	81	-80	-1
Territorios Británicos			
<i>Anguila</i>	62	61	-1
<i>Islas Caimán</i>	83	91	+24
<i>Islas vírgenes</i>	NR	16	
<i>Montserrat</i>	NR	1	

*Datos del 2004.

**Datos del 2006.

Cuadro 5. Cobertura del tamizaje para detectar marcadores de infecciones transmisibles por transfusiones en los países latinoamericanos y caribeños en el 2005 y el 2009.

MARCADOR	2005	2009
VIH	98,9%	99,9%
HBsAg	98,9%	99,9%
Virus de la hepatitis C	98,8%	98,9%
Sífilis	98,0%	99,9%
<i>Trypanosoma cruzi</i>	87,1%	96,6%

Cuadro 6. Número de unidades de glóbulos rojos y de sangre completa transfundidas, según la edad de los pacientes, en los países que presentaron datos del 2009.

PAÍS	EDAD (años)					No hay datos
	< 5	5-14	15-44	45-59	>59	
Antigua y Barbuda	56	0	478	288	471	
Barbados	201	167	4.259	0	0	
Belice	244	144	1.566	595	519	
Granada	46	27	347	276	466	
Guyana	203	301	2.076	924	1.756	
Paraguay	5.433	2.640	18.951	8.970	14.213	420
Saint Kitts y Nevis	0	9	9	144	86	149
San Lucía	0	61	59	969	545	656
San Vicente y las Granadinas	0	157	57	526	216	342
Suriname	0	381	263	4.349	2.171	2.569
Territorios Británicos						
<i>Anguila</i>	0	1	24	11	62	
<i>Islas Caimán</i>	3	8	258	204	416	
<i>Montserrat</i>	0	0	0	23	29	