



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS  
Américas

## **55.º CONSEJO DIRECTIVO**

### **68.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS**

*Washington, D.C., EUA, del 26 al 30 de septiembre del 2016*

---

*Punto 3.2 del orden del día provisional*

CD55/3  
5 de agosto del 2016  
Original: inglés

#### **INFORME ANUAL DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA**

**Abogar por la salud para lograr el desarrollo sostenible y la equidad:  
catalizar la acción de salud pública**

---

## ÍNDICE

	<i>Página</i>
<b>Prefacio</b> .....	3
<b>Capítulo I. Respuesta a emergencias de salud</b> .....	5
Evolución de una epidemia causada por el virus del Zika, de aparición reciente en las Américas.....	5
Manejo, coordinación y respuesta en una emergencia sanitaria en evolución .....	6
Enseñanzas de la respuesta de emergencia a la epidemia de infección por el virus del Zika.....	11
Respuesta a desastres y a riesgos para la salud .....	13
<b>Capítulo II. Cooperación para el desarrollo de la salud</b> .....	22
Establecimiento de sistemas de salud resilientes .....	22
Apoyo para avanzar hacia la consecución de la salud universal .....	23
Legislación relacionada con la salud y reformas para alcanzar la salud universal .....	24
Recursos humanos para la salud.....	25
Mejora del marco normativo para apoyar la salud universal .....	25
Comisión sobre Equidad y Desigualdades en Salud en la Región de las Américas .....	26
Iniciativas para la eliminación de enfermedades infecciosas .....	26
La fase final de la erradicación de la poliomielitis.....	27
Eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis.....	28
Lucha contra las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo .....	28
Género, etnicidad y salud .....	31
<b>Capítulo III. Sucesos institucionales</b> .....	34
Primera evaluación programática conjunta de la Oficina y los países .....	34
Colaboración con los Estados Miembros en relación con las reformas de la OMS.....	34
Asociación entre el Fondo Estratégico de la OPS y el Fondo Mundial .....	36
Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana y mejoras de la tecnología de la información.....	37
Mejora del ambiente de trabajo .....	38
<b>Capítulo IV. Conclusiones y el camino por delante</b> .....	39
<b>Siglas y abreviaturas</b> .....	42
<b>Nota de agradecimiento</b> .....	43

A los Estados Miembros:

De conformidad con la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, tengo el honor de presentar el informe anual correspondiente al 2016 sobre la labor de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. En este informe se pone de relieve la cooperación técnica proporcionada por la Oficina durante el período de julio del 2015 a junio del 2016 en el marco del [Plan Estratégico 2014-2019](#) de la Organización Panamericana de la Salud definido por los Cuerpos Directivos.

El informe se complementa con el [Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al año 2015](#).

Carissa F. Etienne  
Directora

## Prefacio

Junio del 2016

El año evaluado, que abarca el período de julio del 2015 a junio del 2016, fue un período difícil para la salud pública en la Región de las Américas. Habiendo escapado a los estragos del brote del virus del Ébola con unas pocas infecciones importadas y secundarias y dos muertes, la Región se enfrentó una vez más con una situación de emergencia causada por otra enfermedad infecciosa a mediados del 2015. Esta epidemia se debió al virus del Zika, de aparición reciente, cuyas graves consecuencias y secuelas se pondrían de manifiesto gradualmente durante los meses siguientes. Tras la detección del primer caso en Brasil en mayo del 2015, para el 21 de junio del 2016 la infección por el virus del Zika se había confirmado en 40 países y territorios de toda la Región.

La confluencia de varios factores posibilitó la rápida propagación del virus del Zika, entre ellos la presencia de poblaciones humanas que no habían estado expuestas previamente al virus y la alta prevalencia de un vector ubicuo —el mosquito *Aedes aegypti*— junto con el aumento de los viajes y la movilidad intrarregional. Se organizó una sólida respuesta regional de salud pública a esta emergencia, impulsada y encabezada por la Oficina Sanitaria Panamericana, que es la secretaría de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Proporcionamos un liderazgo dinámico, así como apoyo técnico y orientación oportunos, a los Estados Miembros, a la par que todos lidiábamos con este nuevo reto. Nos coordinamos activamente con la Organización Mundial de la Salud (OMS), otros organismos de las Naciones Unidas y asociados clave para llevar a cabo una acción conjunta de valor agregado. Convocamos a expertos, especialistas e investigadores para configurar y priorizar una agenda regional de investigaciones. Estimulamos la generación de nuevos conocimientos valiosos ante las numerosas preguntas que surgieron. Incluso en un contexto de poca información científica, formulamos opciones de política basadas en la ética y en datos probatorios, especialmente con respecto a los problemas de salud reproductiva conexos.

A decir verdad, estas funciones y actividades de ninguna manera fueron nuevas o poco comunes para la Oficina. Cuando se fundó nuestro organismo antecesor, la Oficina Sanitaria Internacional, en 1902, su mandato era desempeñar una función eficaz de liderazgo y coordinación en el ámbito de la salud, en vista de los retos abrumadores de las enfermedades transmisibles de esa época. Esa función se ha ampliado con el transcurso de los años a fin de incluir los preparativos y la respuesta, no solo con respecto a brotes de enfermedades infecciosas, sino también frente a desastres y emergencias resultantes de amenazas naturales y producidas por el hombre. La epidemia de la enfermedad por el virus del Zika, que absorbió gran parte de nuestra atención y esfuerzo durante los 12 meses reseñados, brindó una oportunidad inigualable para poner de relieve el papel de la Oficina en una emergencia de salud que planteó dificultades nuevas y recurrentes.

Creo que los resultados presentados en este informe demostrarán sin lugar a dudas que las normas, los procedimientos y los mecanismos de coordinación que se utilizan actualmente en la Oficina y en los Estados Miembros de la OPS son eficaces para manejar las emergencias de salud pública con la finalidad de proteger a la población, mitigar los efectos adversos y lograr que los servicios y programas de salud sigan funcionando eficazmente en los momentos de mayor necesidad. Nuestro desempeño en ese sentido está firmemente arraigado en un siglo de experiencia con la coordinación de la respuesta a epidemias y en más de cuarenta años de experiencia con preparativos, manejo y respuesta para casos de desastre.

Además de la epidemia de infección por el virus del Zika, la Oficina respondió a otras emergencias de salud durante el año examinado, al mismo tiempo que continuaba llevando a cabo una amplia gama de programas de cooperación técnica que no eran de urgencia en estrecha colaboración con los Estados Miembros. En el informe se detalla este trabajo y se destacan algunos de los hitos alcanzados. También se subrayan los esfuerzos para mejorar nuestros procesos y procedimientos internos a fin de aumentar la eficiencia y la ejecución de la cooperación técnica, analizando al mismo tiempo algunas de las enseñanzas que hemos extraído y los retos a los que nos enfrentaremos a medida que sigamos ejecutando el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 y abordando los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Al presentar este informe a los Cuerpos Directivos de la OPS, quisiera expresar mi más sincero agradecimiento a todo nuestro personal por su diligencia, dedicación, compromiso y arduo trabajo durante este período 2015-2016. También estoy sumamente agradecida con nuestros Estados Miembros, donantes y otros asociados por la orientación inestimable y el apoyo y la colaboración incansables que nos han brindado durante estos 12 meses. Invito a los interesados directos de toda la OPS a que nos acompañen para aprovechar las experiencias y los logros descritos en este informe a fin de cumplir la promesa de lograr la mejor salud posible para cada mujer, hombre y niño de nuestro continente.

## **Capítulo I. Respuesta a emergencias de salud**

### **Evolución de una epidemia causada por el virus del Zika, de aparición reciente en las Américas**

1. En la Región de las Américas hubo una epidemia explosiva de infección por el virus del Zika de mediados del 2015 a mediados del 2016. Sin embargo, este agente causal se detectó por primera vez en el continente americano en la Isla de Pascua, que pertenece a Chile, en febrero del 2014. Ese incidente coincidió con una serie de brotes epidémicos confirmados de esta virosis en la Polinesia Francesa, Nueva Caledonia y otras islas del Pacífico. La notificación inmediata por Chile de la presencia del virus del Zika a la Oficina Sanitaria Panamericana en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) alertó a la Oficina sobre la posible introducción del virus en el territorio continental de las Américas. En ese momento, esta posibilidad todavía no resultaba muy alarmante, ya que los efectos conocidos del virus se consideraban relativamente leves.

2. Un año después, en febrero del 2015, las autoridades sanitarias brasileñas respondieron al pedido de la Oficina de información sobre conglomerados de casos que estaban comenzando con síntomas de fiebre, dolores musculares y articulares, erupciones cutáneas y cefalea en Maranhão, uno de los estados del nordeste del país. Catorce de veinticinco muestras de pacientes examinadas en el laboratorio estatal de Maranhão habían dado positivo para dengue y negativo para chikunguña, rubéola y sarampión. Sin embargo, el laboratorio no disponía de capacidad para detectar el virus del Zika. A fines de abril, las autoridades dieron a conocer un informe preliminar del laboratorio estatal de Bahía, en el cual se observaba que las muestras de Maranhão y de otros estados del nordeste habían dado positivo para el virus del Zika. Estos resultados fueron confirmados posteriormente por el Instituto Evandro Chagas, el laboratorio de referencia nacional, situado en Belém. El 7 de mayo del 2015, la OPS emitió su primera Alerta Epidemiológica sobre el virus del Zika. En esa alerta, la OPS describió la infección y formuló recomendaciones a los Estados Miembros para que adaptaran y aumentaran la sensibilidad de sus sistemas de vigilancia del dengue y el chikunguña a fin de detectar posibles casos de infección por el virus del Zika. La alerta también incluía detalles sobre las pruebas de laboratorio, la atención de casos, y las medidas de prevención y control, entre ellas las recomendaciones para los viajeros.

3. Ya se sabía que la infección por el virus del Zika producía fiebre leve y erupciones cutáneas. Sin embargo, durante el brote del 2014 en la Polinesia Francesa, se detectaron 42 pacientes con síndrome de Guillain-Barré, casi nueve veces más que el promedio anual. Para julio del 2015, en el estado de Bahía (Brasil), se había detectado una extensa circulación del virus del Zika, así como una incidencia creciente de anomalías neurológicas, incluido el síndrome de Guillain-Barré.

4. En agosto del 2015, los obstetras y pediatras de otros tres estados del nordeste de Brasil (Pernambuco, Paraíba y Rio Grande do Norte) notificaron lo que consideraban que era un aumento de los casos de microcefalia en recién nacidos en su práctica clínica.

Estos informes circunstanciales se corroboraron en octubre del 2015, cuando se confirmó un aumento de 70 veces de los casos de microcefalia detectados en Pernambuco. Muchas madres de bebés con microcefalia dijeron que habían tenido una erupción cutánea febril durante el embarazo.

5. Frente a estos datos, en noviembre del 2015 la Oficina envió un equipo de expertos a Brasil, bajo los auspicios de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos, para ayudar a las autoridades nacionales y estatales a describir el evento. Esta misión llegó a la conclusión de que el aumento de los casos de microcefalia no parecía ser el producto de artefactos ni de un sesgo de la vigilancia. Basándose en las observaciones clínicas y en pruebas de laboratorio, el equipo concluyó que la microcefalia tenía todo el aspecto de ser una entidad diferenciada y nueva cuyo impacto podría ser notable tanto de inmediato como a largo plazo. Para fines de diciembre del 2015, 11 países y territorios de las Américas estaban notificando la circulación local del virus del Zika, desde Brasil en el sur hasta Puerto Rico en el norte.

6. Con las pruebas cada vez mayores de un vínculo entre la infección por el virus del Zika y algunas complicaciones graves, en particular la microcefalia, la OMS convocó una reunión del Comité de Emergencias del RSI en febrero del 2016 con la finalidad específica de considerar si la epidemia de esta infección cumplía las condiciones para que se declarara una emergencia de salud pública de importancia internacional. El Comité llegó a la conclusión de que los conglomerados de casos de microcefalia relacionados con el Zika se ceñían a los criterios del RSI para una declaración de ese tipo. Eso llevó a la Directora General de la OMS, Margaret Chan, a declarar formalmente una emergencia de salud pública de importancia internacional y a hacer un llamamiento urgente a la colaboración y la coordinación internacionales a fin de comprender mejor el pleno impacto del virus del Zika y sus complicaciones.

### **Manejo, coordinación y respuesta en una emergencia sanitaria en evolución**

7. La Oficina coordinó y facilitó previsoramente una respuesta regional a la infección por el virus del Zika desde el comienzo de la epidemia, meses antes de que se declarara la emergencia de salud pública de importancia internacional. El equipo de Operaciones de Alerta y Respuesta (OAR) de la OPS, que se encarga de la vigilancia de eventos de acuerdo con el mandato asignado por la OMS en relación con el RSI, ayudó a detectar conglomerados inusuales de erupciones cutáneas y fiebre en el nordeste de Brasil. Tras la confirmación de la circulación del virus del Zika en Brasil en mayo del 2015, el equipo de OAR formuló y difundió con prontitud recomendaciones a todos los Estados Miembros a fin de que se prepararan para la posible introducción del virus. Ese mismo mes, la Directora de la OPS amplió el equipo de OAR, convirtiéndolo en un equipo más grande de manejo de eventos relacionados con el virus del Zika, con la adición de especialistas en vigilancia, atención de casos clínicos, virología, control de vectores y comunicación de riesgos. Cuando se dieron a conocer las conclusiones de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos sobre lo que estaba ocurriendo en Brasil, que indicaban una sólida conexión entre la infección por el virus del

Zika y la microcefalia, el 8 de diciembre del 2015 la Directora de la OSP activó formalmente el Sistema de Gestión de Incidentes (SGI) relacionados con la enfermedad por el virus del Zika. El trabajo del equipo de OAR y el SGI de recopilación, compilación, análisis, confirmación y comunicación de la información notificada por los Estados Miembros fue fundamental para apoyar a los países a medida que el virus del Zika se propagaba rápidamente en la Región.

8. Tras la activación del SGI, la Oficina obtuvo acceso de inmediato a recursos del Fondo de Emergencia para Epidemias, de la OPS, lo cual le permitió movilizar más recursos humanos y económicos con rapidez para coordinar la respuesta regional frente al virus del Zika. Entre las principales actividades cabe señalar la compra de materiales y suministros, como inmunoglobulina para tratar a los pacientes con síndrome de Guillain-Barré e insecticidas preaprobados en el marco del Plan OMS de Evaluación de Plaguicidas (WHOPES, por su sigla en inglés). La Oficina movilizó 53 misiones a 25 Estados Miembros y territorios. Estas misiones estaban integradas por lo general por expertos tales como neurólogos, neonatólogos, obstetras, epidemiólogos, virólogos, expertos en control de vectores y especialistas en investigación y organización de servicios de salud. Además, la Oficina puso en marcha varias iniciativas de fortalecimiento de la capacidad y otras actividades en los países a fin de capacitar al personal nacional en todos los aspectos fundamentales de una respuesta eficaz. La tarea de fortalecimiento de la capacidad abarcó áreas temáticas que iban desde el diagnóstico de laboratorio y la atención clínica hasta el control de vectores y la comunicación de riesgos. En coordinación con la OMS, el personal de la Oficina redactó o actualizó 13 documentos de orientación técnica para asesorar a los Estados Miembros sobre los diferentes componentes de la respuesta. Se organizaron también talleres regionales y subregionales, reuniones de consulta de expertos y otras actividades similares, entre ellas el primer debate mundial acerca de una agenda de investigaciones sobre el virus del Zika, en la que participaron representantes de organizaciones asociadas tales como los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), la Red Internacional de Institutos Pasteur y la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

#### **Consulta internacional sobre la epidemia de infección por el virus del Zika y la ética**

La grave amenaza planteada por el virus del Zika para las embarazadas y el feto, combinada con los conocimientos científicos limitados acerca del virus, su patogénesis y los efectos resultantes, suscitó cuestiones de ética difíciles para las autoridades sanitarias y los proveedores de atención sanitaria. A fin de proporcionar la orientación que tanto se necesitaba en esta área, en abril del 2016 la Oficina convocó una consulta internacional con expertos en ética y otros profesionales de ministerios de salud, la OPS y la OMS que participaban en la respuesta al virus del Zika.

De esa consulta surgieron las siguientes recomendaciones:

- Todas las mujeres deben tener acceso a información y servicios integrales de salud sexual y reproductiva que abarquen la planificación familiar, la salud materna, las pruebas prenatales, la terminación segura del embarazo, orientación y servicios de atención posnatal.



- Durante el brote de infección por el virus del Zika debe respetarse el derecho moral de las mujeres a tomar sus propias decisiones en la esfera reproductiva.
- Las mujeres deben estar en condiciones de elegir libremente entre todas las opciones pertinentes, entre ellas la anticoncepción, la terminación del embarazo y la continuación de un embarazo problemático hasta que llegue a término. Ninguna opción debe estar supeditada a un diagnóstico particular o a la probabilidad de un resultado negativo del embarazo.
- Las mujeres deben recibir apoyo social adecuado para sus decisiones en la esfera reproductiva y asistencia con el manejo de las dificultades relacionadas con la infección por el virus del Zika y el síndrome congénito asociado a esta virosis.
- Las autoridades sanitarias deben tratar de reducir al mínimo la discriminación y la estigmatización, informando continuamente al público acerca de la importancia de respetar diferentes creencias, valores y decisiones.
- Se debe proporcionar a las mujeres información franca, completa, exacta y actualizada acerca del virus del Zika y el síndrome congénito asociado a la infección.
- Es indispensable, desde el punto de vista ético, impulsar la investigación sobre el virus del Zika, y los investigadores tienen el deber ético de dar a conocer los datos y resultados de la investigación para posibilitar respuestas inmediatas a las emergencias de salud.

El Fondo Fiduciario Wellcome sufragó los gastos de esta consulta internacional.

9. Con la acumulación de pruebas de un vínculo entre la infección por el virus del Zika y defectos congénitos, en enero del 2016 la Oficina convocó a expertos internos y externos en salud materna y perinatal, genética, epidemiología, vigilancia y neurología pediátrica con la finalidad de formular directrices para el diagnóstico y la vigilancia de la microcefalia (que posteriormente pasó a considerarse como parte de una definición más amplia del síndrome congénito asociado a la infección por el virus del Zika) y para la atención de las embarazadas expuestas al virus del Zika y de los recién nacidos con microcefalia o síndrome congénito asociado a la infección por el virus del Zika. Se enviaron misiones técnicas integradas por expertos en la atención de embarazadas a Bolivia, Colombia, Ecuador, El Salvador, Haití, Honduras, Guatemala, Panamá y la República Dominicana. Los expertos de la Oficina se coordinaron con los colegas de la OMS a fin de establecer criterios para el diagnóstico ecográfico temprano de la microcefalia o síndrome congénito asociado a la infección por el virus del Zika.

10. La Oficina formuló directrices para el apoyo psicosocial a las embarazadas en zonas donde circula el virus del Zika y organizó tres seminarios por internet para difundir esa información. Se elaboraron otras directrices sobre temas tales como transfusiones de sangre segura y producción de hemoderivados seguros en el contexto de esta epidemia.

11. Además de difundir ampliamente el asesoramiento técnico por escrito, la Oficina proporcionó actualizaciones frecuentes sobre la epidemia de infección por el virus del Zika a interesados directos clave en los Estados Miembros, el Consejo Permanente de la Organización de los Estados Americanos (OEA), los Estados Miembros y Estados Asociados del MERCOSUR, los ministros de salud de la Unión de Naciones

Suramericanas (UNASUR) y los miembros del Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo-América Latina y el Caribe. Se proporcionó orientación sobre la virosis y sus efectos en las mujeres y los bebés a la Comisión Interamericana de Mujeres, el Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna y el Foro Económico Internacional de América Latina y el Caribe. La Directora aprovechó las oportunidades que le ofrecieron sus visitas a los Estados Miembros para poner al público nacional al corriente de la evolución de la situación de la epidemia y la respuesta polifacética de la Oficina por medio de reuniones con formato de cabildo abierto y otros actos en Colombia, Cuba, Ecuador, Granada y San Vicente y las Granadinas.

12. Aprovechando las iniciativas de cooperación técnica anteriores para el fortalecimiento de sistemas de salud y los preparativos para la epidemia de infección por el virus del Ébola, la Oficina elaboró un instrumento nuevo con la finalidad de evaluar la capacidad de los países para responder a la epidemia de la enfermedad por el virus del Zika y a sus complicaciones. Este instrumento se usó en varios países, como Bolivia, Colombia, Costa Rica, Haití, Honduras, Paraguay, República Dominicana y Suriname, y ayudó a las autoridades sanitarias nacionales a detectar áreas que era necesario fortalecer. Por otro lado, la Oficina se asoció con el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para elaborar un instrumento combinado de evaluación y determinación de los costos a fin de detectar brechas en la capacidad de respuesta de los sistemas nacionales de salud y calcular los costos de las intervenciones necesarias. Se enviaron misiones conjuntas de expertos de las tres instituciones a Dominica y Honduras para hacer pruebas piloto con este instrumento nuevo, que posteriormente se usó en El Salvador, Granada, Guyana, Haití, Nicaragua, Panamá y dos estados de Brasil.

13. La Oficina también colaboró con la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en la preparación de un perfil de producto meta para una prueba de diagnóstico de la infección por el virus del Zika que pudiera usarse fácilmente en los servicios nacionales de salud.

14. A fin de abordar el tema crucial del control de vectores, la Directora de la OSP formó un nuevo Grupo Técnico Asesor de Entomología en Salud Pública, que se reunió por primera vez en marzo del 2016. Entre los participantes se encontraban expertos de la OMS, FIOCRUZ, los CDC, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), la Universidad Monash de Australia, la Fundación Bill y Melinda Gates y la Oficina de la Casa Blanca para Políticas de Ciencia y Tecnología de los Estados Unidos. Entre las recomendaciones emanadas de la reunión cabe señalar la mejora del control y la vigilancia de los mosquitos y el aumento de la capacitación en estas áreas, la preparación de un nuevo protocolo para vigilar la resistencia a los insecticidas y la evaluación del efecto y la costoeficacia de los métodos actuales de control de vectores, así como herramientas nuevas y suplementarias, entre ellas el uso de mosquitos transgénicos o estériles. El grupo también subrayó la necesidad de una mayor acción intersectorial, especialmente por medio de alianzas con las comunidades y con los sectores productivos pertinentes a fin de idear, ejecutar y mantener medidas eficaces y económicamente viables para reducir las poblaciones de mosquitos.

15. En medio de la creciente preocupación del público acerca de los riesgos planteados por el brote de infección por el virus del Zika en Brasil para los deportistas y los aficionados que asistirían a los Juegos Olímpicos de verano de Rio de Janeiro, la Oficina proporcionó información y análisis para su consideración en la reunión de junio del 2016 del Comité de Emergencia del RSI. En el informe de la Oficina, junto con la información suministrada por Brasil, se examinaban las tendencias epidemiológicas recientes, que mostraban una disminución de la incidencia de las infecciones por el virus del Zika. También se señalaba que la transmisión del virus del dengue, que es transmitido por el mismo vector, *Aedes aegypti*, había sido más baja que nunca durante los meses invernales de agosto y septiembre en Brasil. El Comité de Emergencia del RSI llegó a la conclusión de que el riesgo de una mayor propagación internacional del virus del Zika como resultado de los Juegos Olímpicos y Paralímpicos era muy bajo y que la recomendación anterior del Comité de que no se impusieran restricciones generalizadas a los viajes y el comercio seguía en pie.

#### **Preparativos de salud pública para los Juegos Olímpicos de verano del 2016**

El informe presentado por la Oficina al Comité de Emergencia del RSI contenía información obtenida en una serie de misiones a Brasil en las cuales el equipo del Sistema de Gestión de Incidentes (SGI) relacionados con la enfermedad por el virus del Zika enviado por la Oficina asesoró a las autoridades sanitarias nacionales sobre los preparativos para los Juegos Olímpicos en áreas tales como gestión de la información, desencadenamiento de alertas y respuestas, mando y control en los niveles clave de gobierno (municipal, estatal y federal), transparencia y difusión de información sanitaria a otros Estados Miembros de la OPS e interesados directos.

En el marco de un convenio con el Comité Olímpico Internacional y junto con las autoridades brasileñas, la Oficina y la OMS proporcionaron apoyo a fin de reducir el riesgo de infección por el virus del Zika para deportistas olímpicos y visitantes y el riesgo de enfermedades transmitidas por el agua para los deportistas que competían en deportes acuáticos.

A fin de prevenir las infecciones por el virus del Zika, la Oficina y la OMS recomendaron varias medidas. Una de ellas era la fumigación y el rociamiento de interiores para reducir las poblaciones de mosquitos adultos. Otra era la eliminación de posibles criaderos en las sedes de deportes olímpicos y en sus alrededores, así como en los alojamientos para deportistas y en los hoteles. La tercera medida consistía en la participación de la comunidad para eliminar posibles criaderos en viviendas, escuelas y lugares de trabajo de los alrededores. La Oficina y la OMS también recomendaron la distribución de repelente de insectos y materiales de promoción de la salud a los visitantes y los deportistas. Asimismo, la Oficina y la OMS recomendaron que las autoridades sanitarias brasileñas hicieran una labor sistemática de divulgación antes de los juegos y durante los mismos para informar a las delegaciones olímpicas acerca de las medidas que se estaban tomando y sobre cualquier cambio en la situación epidemiológica.

A fin de prevenir las enfermedades transmitidas por el agua, la Oficina y la OMS ayudaron a las autoridades brasileñas a elaborar un método para vigilar la calidad de las masas de agua utilizadas con fines de recreación por medio de análisis bacteriológicos y propusieron medidas para reducir la contaminación. En un taller organizado por la Oficina en Brasil en noviembre del 2015 se formularon más recomendaciones para fortalecer la comunicación social, la información pública y la promoción de la salud. En marzo del 2016, una misión de la Oficina visitó los sitios donde se

hacían pruebas del agua y examinó los criterios que se estaban aplicando para monitorear la calidad del agua. A mediados de junio del 2016, la Oficina seguía apoyando la labor de Brasil en esta área.

16. Para apoyar a Brasil y coordinar la respuesta al virus del Zika a nivel regional, la Oficina aprovechó las asociaciones y redes existentes, como la Red de Laboratorios del Dengue de las Américas, entre cuyos laboratorios participantes se encuentran el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas de Argentina, el Instituto Evandro Chagas y FIOCRUZ de Brasil, el Instituto Pedro Kourí de Cuba, el Instituto Pasteur de la Guayana Francesa, el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos de México, el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud de Panamá y los CDC de los Estados Unidos en Puerto Rico. Estos laboratorios decidieron ampliar el alcance de la red a fin de realizar una vigilancia de laboratorio integrada de todos los arbovirus.

17. Otro elemento crucial del apoyo a la respuesta de la Oficina frente al virus del Zika provino del Fondo de la OMS para Contingencias relacionadas con Emergencias (FCE), el Organismo de Salud Pública de Canadá, Asuntos Mundiales Canadá, la USAID, la Fundación Bill y Melinda Gates y Noruega (por medio del FCE de la OMS).

### **Enseñanzas de la respuesta de emergencia a la epidemia de infección por el virus del Zika**

18. Muchos aspectos de esta epidemia de infección por el virus del Zika han reforzado algunas de las prioridades y enfoques actuales de la cooperación técnica de la Oficina, planteando al mismo tiempo la necesidad de cambiar el énfasis en otras áreas, especialmente en lo que concierne al control y el manejo de vectores. La epidemia actual del virus del Zika, los grandes brotes de dengue que se han venido repitiendo durante los últimos treinta años, la aparición reciente del chikunguña y su rápida propagación han puesto de relieve la magnitud de la infestación por *Aedes aegypti* en la Región y también han mostrado que los países no han logrado controlar este vector de gran importancia para la salud pública. Aunque las enseñanzas relacionadas específicamente con el control de vectores no son nuevas, la epidemia de infección por el virus del Zika ha destacado la necesidad de ponerlas en práctica con urgencia. Una lección fundamental es que las poblaciones de mosquitos y la exposición de los seres humanos están relacionadas con muchos determinantes ambientales y sociales de la salud. Por consiguiente, los programas de control de vectores deben ser integrales, integrados, intersectoriales y participativos. Otra lección fundamental es que se debe mantener un nivel apropiado de recursos dedicados a las medidas de control de vectores a pesar de que su visibilidad y la atención que reciben merme como consecuencia de su propio éxito. Al mismo tiempo, la innovación es esencial para buscar maneras nuevas y más eficaces de controlar las poblaciones de mosquitos.

19. Otra enseñanza conexa es la necesidad de la vigilancia, la prevención y el control integrados de las enfermedades por arbovirus de importancia para la salud pública, en particular el dengue, el chikunguña, la fiebre amarilla y la infección por el virus del Zika,

todas ellas transmitidas por el mismo mosquito vector. Esta acción integrada debe incluir la vigilancia entomológica de distintas especies de mosquitos, el monitoreo de vectores para detectar la resistencia a los insecticidas y la vigilancia de laboratorio de los virus presentes en los vectores.

20. La experiencia de la Región con el virus del Zika también ha demostrado la necesidad crucial de que los proveedores de servicios de salud de primera línea estén muy atentos a la posibilidad y se mantengan alerta frente a cuadros clínicos y eventos atípicos, a fin de detectar oportunamente una enfermedad emergente. A nivel regional, se necesita el mismo criterio y conciencia al examinar los datos generados por la vigilancia de eventos y al responder de manera apropiada aunque no haya pruebas confirmatorias sólidas. El principio rector de la Oficina para responder a la infección por el virus del Zika ha sido actuar con cuidado pero con un sentido de urgencia acorde, recurriendo a los mejores datos probatorios con los que se cuente. En este contexto, las actividades de comunicación de riesgos bien adaptadas son esenciales para transmitir las incertidumbres verazmente y con transparencia, a fin de ganarse la confianza del público y preservarla.

21. El trabajo anterior iniciado por la Oficina y los Estados Miembros de la OPS para fortalecer la capacidad de alerta y respuesta ante epidemias y el papel de los centros nacionales de enlace del RSI en los países contribuyeron a mejorar la respuesta regional frente al virus del Zika. Iniciado originalmente para impulsar el cumplimiento nacional y regional del RSI, este trabajo se aceleró durante los preparativos del 2014 para la posible introducción del virus del Ébola y dio a muchos países la oportunidad de detectar y cerrar brechas en sus preparativos para hacer frente a epidemias. Además, los procedimientos y los canales establecidos como parte del RSI resultaron eficaces y en verdad esenciales para intercambiar y procesar información sobre brotes a fin de guiar las respuestas a nivel nacional, regional y mundial a la propagación del virus del Zika.

22. En la Oficina, la respuesta a la epidemia de infección por el virus del Zika ha impulsado una intensa colaboración interprogramática y ha producido nuevas sinergias entre programas técnicos, entre ellos los programas de vigilancia y control de enfermedades transmisibles, los preparativos y la respuesta para casos de desastre, los sistemas y servicios de salud y la salud de la mujer y el niño.

23. Igual que ocurrió antes con el chikunguña, la infección por el virus del Zika ha puesto de relieve los puntos débiles y las brechas persistentes en la calidad de los programas nacionales de control de vectores y los sistemas de salud para adaptarse a amenazas nuevas. En este contexto, la epidemia ha reforzado la importancia fundamental que la Oficina ha atribuido al establecimiento de sistemas de salud fuertes y resilientes, y a la promoción del acceso y la cobertura universales. También ha destacado otras prioridades para la cooperación técnica, como la plena aplicación del RSI y la integración de la vigilancia, la prevención y el control de las enfermedades por arbovirus de importancia para la salud pública.

24. Todavía queda mucho que aprender sobre el virus del Zika. Sin embargo, la respuesta regional proactiva, guiada por el liderazgo visionario y la coordinación de la salud pública durante el período reseñado, ha llevado a una comprensión mucho mayor de la serie de cuadros clínicos causados por este virus. Al 30 de junio del 2016 se habían notificado trastornos neurológicos relacionados con el virus del Zika, entre ellos el síndrome de Guillain-Barré, en 15 países y territorios de las Américas. Se había notificado microcefalia relacionada con infecciones por el virus del Zika contraídas localmente en siete lugares: Brasil, Colombia, El Salvador, Guayana Francesa, Martinica, Panamá y Puerto Rico. Además de la fuerte relación temporal y espacial encontrada en el análisis de los datos de vigilancia, otras pruebas de la existencia de un nexo entre el virus del Zika y estas complicaciones son *a)* la detección del virus del Zika en el tejido encefálico de fetos y recién nacidos afectados; *b)* la documentación de la infecciosidad del virus del Zika en células madre neurales; *c)* la identificación de receptores específicos en las células que son favorecidos por el virus; y *d)* la detección de la infección por el virus del Zika durante fases específicas del desarrollo prenatal que concuerdan con los defectos observados en el feto. La observación crucial de que el virus del Zika también puede transmitirse sexualmente es motivo de gran preocupación, ya que esta ruta de transmisión podría ampliar enormemente la propagación del virus incluso en ausencia de mosquitos vectores eficaces.

25. Alrededor de 500 millones de personas viven en zonas donde existe el riesgo de transmisión vectorial del virus del Zika en América Latina y el Caribe. Las repercusiones de esta virosis ya han sido notables y podrían representar una carga pesada para los servicios de salud (incluidos los servicios de salud mental), especialmente en lo que se refiere al tratamiento de complicaciones graves, y para la sociedad, en particular para las mujeres. El virus del Zika permanecerá en la agenda regional de salud pública para 2016-2017 y años subsiguientes, y la OPS seguirá respondiendo de manera apropiada y eficaz.

## **Respuesta a desastres y a riesgos para la salud**

### ***El terremoto de Ecuador***

26. Además de la labor relacionada con el virus del Zika, la Oficina proporcionó un apoyo decisivo a los Estados Miembros en otras emergencias de salud importantes durante el período evaluado. La más grave se debió a un terremoto con una magnitud de 7,8 grados que sacudió a Ecuador el 16 de abril del 2016, afectando a más de 720.000 personas. El desastre causó la pérdida de 663 vidas y obligó a más de 33.000 personas a buscar refugio en albergues. Se dañaron 39 centros de salud y hospitales, y 20 no pudieron seguir funcionando.

27. En consecuencia, la Oficina activó su marco institucional de respuesta a emergencias y sus centros de operaciones de emergencia tanto en la Sede como en las representaciones. En estas se movilizó personal y recursos de inmediato para apoyar a las autoridades sanitarias de Ecuador. Poco después, se envió a técnicos de la Sede y de otras representaciones para que ayudaran a coordinar la respuesta humanitaria (incluso equipos

médicos de urgencia), la evaluación de los daños y las necesidades (en particular en lo que se refiere a la infraestructura sanitaria), la gestión y comunicación de información y la gestión logística de suministros. El personal de la Oficina también colaboró estrechamente con las autoridades nacionales en la vigilancia epidemiológica, el restablecimiento de los servicios de salud, la vacunación y la salud mental.

28. Con el apoyo de la Oficina, las autoridades sanitarias establecieron dos zonas de concentración, en Quito y Manta, para registrar y coordinar el movimiento de los medicamentos y los suministros médicos que llegaban y salían de los depósitos, usando el Sistema de Apoyo Logístico/Sistema de Manejo de Suministros Humanitarios de la Oficina (LSS/SUMA).

29. Por primera vez en la Región, el Ministerio de Salud Pública de Ecuador utilizó las normas mínimas y los mecanismos de coordinación que habían sido promovidos por la OPS/OMS para el despliegue de equipos médicos de emergencia nacionales e internacionales (véase el recuadro a continuación). En el Servicio Integrado de Seguridad ECU 911 de Quito se estableció una Célula de Información y Coordinación Médica para Equipos Médicos de Emergencia (CICOM) bajo la responsabilidad de la Dirección Nacional de Cooperación y Relaciones Internacionales del Ministerio de Salud Pública. La CICOM facilitó el registro y el despliegue de equipos médicos de emergencia en las zonas afectadas por el desastre, ayudó en la priorización del trabajo de los equipos y mejoró la calidad de la información con respecto a la cobertura sanitaria. Se desplegaron más de 20 equipos médicos de emergencia nacionales y cinco internacionales, lo cual refleja el éxito del trabajo técnico continuo y el apoyo de la Oficina a fin de mejorar la capacidad nacional para responder a emergencias.

30. Conjuntamente con la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas, el personal de la Oficina encabezó la elaboración del componente del sector de la salud de una exhortación urgente a fin de recaudar fondos para la ayuda humanitaria. La exhortación, lanzada el 22 de abril del 2016, contenía un pedido del sector de la salud de US\$ 4,5 millones para atender las necesidades de 110.000 personas durante tres meses. La meta era aumentar el acceso a los servicios de salud esenciales, entre ellos la atención de urgencia, la atención de salud maternoinfantil y servicios nutricionales, y reducir los riesgos para la salud mediante la vigilancia, el acceso a servicios de salud reproductiva y servicios para víctimas de la violencia de género. El personal de la Oficina también colaboró en la elaboración y el lanzamiento de una exhortación urgente en nombre del sector del agua, el saneamiento y la higiene de Ecuador. Para fines de mayo del 2016, la Oficina había recibido fondos o promesas de contribuciones que ascendían a más de US\$ 1,5 millones (de Canadá, Italia, Estados Unidos y el Fondo Central para la Acción en Casos de Emergencia de las Naciones Unidas) para apoyar la cooperación técnica de la Oficina en esta área.

### **Apoyo a equipos médicos de emergencia**

La Oficina ha apoyado la movilización rápida de equipos médicos especializados en situaciones de emergencia en Estados Miembros afectados por desastres o brotes epidémicos de aparición súbita, de acuerdo con los principios y procedimientos establecidos en el Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria (documento CD53/12 [2014]). Estos principios y procedimientos consisten en normas y requisitos acordados a nivel mundial para la dotación de personal y el equipamiento de los equipos médicos de emergencia; procedimientos para solicitar, aceptar y recibir equipos médicos de emergencia; pasos para coordinar la integración de los equipos médicos de emergencia con los centros de operaciones de emergencia de salud y orientación para simplificar los procedimientos de inmigraciones, aduanas y logística a fin de facilitar el despliegue de equipos médicos de emergencia. El Plan de acción de la OPS también proporciona orientación sobre la formación de equipos médicos de emergencia de nivel nacional y el establecimiento de mecanismos para el registro de equipos nacionales e internacionales.

Durante 2015-2016, la Oficina concentró la acción en la formación de la capacidad de los países para coordinar equipos médicos de emergencia. Se organizaron talleres nacionales en Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala y Perú, en los cuales 183 participantes recibieron capacitación sobre los procedimientos y las herramientas para solicitar, recibir y desplegar equipos médicos de emergencia y mejorar su coordinación por medio de los centros de operaciones de emergencia de salud y el establecimiento de células de información para equipos médicos de emergencia.

En diciembre del 2015, la Oficina se sumó a la Secretaría de Equipos Médicos de Emergencia de la OMS en la organización de una reunión mundial de equipos médicos de emergencia. Participaron 150 representantes de gobiernos (de más de 30 Estados Miembros de la OMS), la sociedad civil, el sector privado y organizaciones internacionales. Entre los temas tratados cabe señalar el fortalecimiento de la colaboración y la capacidad a nivel mundial, el marco de garantía de la calidad de los equipos médicos de emergencia, mecanismos nacionales para el registro y la coordinación de los equipos y normas mínimas para los equipos nacionales e internacionales.

El informe de la reunión se encuentra en inglés en

[http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=2409&Itemid=&lang=en](http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2409&Itemid=&lang=en).

### ***El huracán Joaquín en las Bahamas***

31. A principios de octubre del 2015, las Bahamas fueron azotadas por el huracán Joaquín, tormenta de categoría 4 que causó estragos en seis islas con más de 14.000 habitantes. Los fuertes vientos, las mareas altas, las inundaciones y los escombros arrastrados por las lluvias intensas limitaron el acceso por aire, tierra y mar, en tanto que, con líneas de transmisión caídas y generadores dañados, se interrumpió el suministro de electricidad y, por ende, la cadena de frío en varios centros de salud.

32. La representación de la OPS, el único organismo de las Naciones Unidas residente en las Bahamas, se encontraba en una posición singular para ayudar al gobierno desde el inicio del desastre. En los días siguientes al huracán Joaquín, la Oficina desplegó expertos en manejo de desastres de su Equipo Regional de Respuesta a Desastres para



ayudar al Ministerio de Salud y al Ministerio de Medio Ambiente a evaluar el impacto del huracán y señalar las intervenciones prioritarias, apoyando al mismo tiempo la tarea de gestión y coordinación de suministros.

33. Además, la Oficina donó suministros esenciales por valor de más de US\$ 100.000 para facilitar la comunicación en el terreno, asegurar la continuidad de los servicios de salud y apoyar las intervenciones de respuesta en las áreas del agua, el saneamiento y el control de vectores. Estos suministros incluían generadores, bombas diésel manuales y barriles de diésel a fin de restablecer el funcionamiento de varios establecimientos de atención de salud afectados. Se compraron medicamentos esenciales y vacunas para reemplazar las reservas dañadas y perdidas, junto con unidades de refrigeración para restablecer la cadena de frío. Otras contribuciones de la Oficina consistieron en teléfonos satelitales Iridium para que los establecimientos de salud pudieran comunicarse, así como insecticida y nebulizadores para que el Departamento de Servicios de Salud Ambiental pudiera intensificar sus intervenciones de control de vectores.

34. La respuesta conjunta de la Oficina y las autoridades de las Bahamas fue crucial para mejorar la calidad de vida y la salud de la población afectada por el huracán Joaquín.

#### **Establecimientos de atención de salud inteligentes en el Caribe**

Partiendo de la iniciativa de la OPS sobre los hospitales seguros, los interesados en el Caribe están uniéndose en torno a un nuevo esfuerzo para construir hospitales “inteligentes”. Este enfoque encabezado por la Oficina representa un alejamiento del modelo tradicional de respuesta a los desastres, al incorporar de antemano medidas para la adaptación al cambio climático y la mitigación de sus efectos y preparativos para reducir el impacto de los desastres en la salud. Se procura al mismo tiempo reducir el impacto ambiental del sector de la salud, uno de los mayores consumidores de energía. Los establecimientos de atención de salud son “inteligentes” cuando vinculan su seguridad estructural y operativa con intervenciones ecológicas con una relación costo-beneficio razonable.

En mayo del 2015, los gobiernos de Dominica, Granada, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas se comprometieron a aportar fondos. Además, la Oficina recibió £8,3 millones (alrededor de US\$ 11 millones) del Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido a fin de modificar varios establecimientos de salud en cada país y convertirlos en establecimientos “inteligentes”. Reconociendo la utilidad de una plataforma que combina la reducción del riesgo de desastres y el cambio climático, en septiembre del 2015 el Primer Ministro del Reino Unido anunció que se proporcionarían £30 millones más (casi US\$ 40 millones) con el fin de ampliar el proyecto a Belice, Guyana y Jamaica y aumentar el apoyo a los países participantes originales. La meta del proyecto es lograr que 50 establecimientos de salud de estos países sean más seguros y ecológicos para el 2020. Además, se evaluarán 600 establecimientos a fin de documentar las mejoras que necesiten en el futuro en una base de datos en línea. Para junio del 2015 se habían evaluado los 173 establecimientos de los cuatro países iniciales del proyecto y se habían seleccionado 14 establecimientos prioritarios para modernizarlos. Además, 62 profesionales de contratación nacional habían recibido capacitación sobre el uso de la caja de herramientas para los hospitales inteligentes y la dirección de obras de modernización.

La mayor parte del financiamiento para el proyecto se destinará a renovaciones a fin de que los establecimientos de salud puedan resistir mejor los desastres naturales y la variabilidad del clima. Este trabajo incluye el refuerzo de techos y estructuras, la instalación de contraventanas a prueba de huracanes y de dispositivos para la conservación de agua y energía, y mejoras del sistema de evacuación de aguas torrenciales, el acceso y la protección contra incendios. La Oficina está proporcionando apoyo técnico para que cada establecimiento cuente con planes y equipo apropiados para responder a desastres y para que se establezcan y utilicen procedimientos de mantenimiento y conservación.

La Oficina también apoyó el lanzamiento de una estrategia de relaciones públicas y una encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas, lo que permitió que el proyecto se conociera mejor en otros organismos e instituciones multilaterales de financiamiento y suscitó un mayor interés en la aplicación del concepto a establecimientos de salud, escuelas y hoteles nuevos.

### ***La tormenta tropical Erika en Dominica***

35. La tormenta tropical Erika, la quinta con nombre de la temporada de huracanes del Atlántico del 2015, descargó sobre Dominica 33 centímetros de lluvia en un período de 12 horas a fines de agosto, causando grandes inundaciones y extensos daños a hogares, establecimientos de salud y otros tipos de infraestructura esencial, como caminos, puentes y sistemas de abastecimiento de agua y de comunicaciones. La Oficina desplegó rápidamente el Equipo Regional de Respuesta a Desastres para ayudar a las autoridades dominicanas con la coordinación de la respuesta frente a la situación de emergencia, la evaluación de los daños, la vigilancia de enfermedades y la prevención y el control de vectores. En las semanas siguientes, la Oficina coordinó el personal médico que había llegado de países vecinos para ayudar a restablecer los servicios de salud en las zonas afectadas. La Oficina proporcionó apoyo financiero y logístico, coordinó estas tareas y encauzó casi US\$ 800.000 en contribuciones voluntarias del Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido, la Dirección General de Ayuda Humanitaria y Protección Civil y Asuntos Mundiales Canadá para apoyar la prestación de servicios de salud, proporcionar acceso a servicios de agua potable y saneamiento y reducir los riesgos para la salud ambiental. Con estos fondos, la Oficina compró medicamentos y suministros esenciales de salud, equipo y suministros esenciales para el control de vectores, estuches para pruebas del agua, pastillas potabilizadoras y sistemas de captación de agua de lluvia, que se instalaron en 39 centros de salud.

36. Gracias a la actuación conjunta del Gobierno de Dominica, la Oficina, los países vecinos y otros asociados, se restablecieron los servicios de salud en 98% de los establecimientos de salud del país en el plazo de seis meses y se atajaron los brotes de enfermedades transmitidas por vectores y por el agua.

### ***Inundaciones provocadas por El Niño en Paraguay***

37. La Oscilación Meridional de El Niño causó fuertes lluvias y grandes inundaciones en varios países sudamericanos durante el período abarcado en este examen. Paraguay fue uno de los países más afectados, con grandes inundaciones en 11 de sus

17 departamentos, alrededor de 132.000 personas desplazadas y grandes pérdidas de cultivos y alimentos. La Secretaría de Emergencia Nacional de Paraguay facilitó la evacuación de más de 60.000 personas de las zonas afectadas y activó una extensa red de albergues para las poblaciones desplazadas.

38. La Oficina ayudó a las autoridades nacionales y locales con evaluaciones rápidas de las necesidades (en particular de los establecimientos de salud dañados), la gestión de la información, la planificación de la respuesta a la situación de emergencia y la coordinación general de la respuesta del sector de la salud. La Oficina también compró equipo de comunicaciones para las salas de situación del Ministerio de Salud y la Secretaría de Emergencia Nacional y proporcionó carpas para consultas médicas en el terreno. A fin de reducir el riesgo de contaminación del agua y de enfermedades transmitidas por el agua, la Oficina ayudó a construir dos tanques Imhoff para aguas residuales y a rehabilitar 60 módulos sanitarios portátiles que posibilitaron el saneamiento y la higiene adecuados en los albergues.

39. Con el retorno de la temporada de lluvias en mayo del 2016, la Oficina siguió observando la situación de emergencia en Paraguay, que seguía siendo crítica a junio del 2016, con el nivel del agua de los ríos por encima de lo normal y condiciones peligrosas para el retorno de las personas desplazadas a sus hogares.

### ***La crisis nutricional en Guatemala***

40. El Niño también afectó a Guatemala, pero su impacto fue exacerbado por una sequía prolongada que empezó a fines del 2013 y duró hasta fines de marzo del 2016. Estos fenómenos meteorológicos combinados causaron grandes pérdidas de cultivos, que resultaron en una crisis alimentaria, y un aumento de las tasas de desnutrición aguda en los grupos más vulnerables: los menores de 5 años y las embarazadas. A principios del 2016 se calculaba que había 248.000 familias que necesitaban ayuda humanitaria.

41. La Oficina encauzó más de US\$ 1,1 millones del Fondo Central para la Acción en Casos de Emergencia de las Naciones Unidas y de la Dirección General de Ayuda Humanitaria y Protección Civil con el propósito de realizar intervenciones a fin de salvar vidas y tomar medidas preventivas para abordar las necesidades de salud y nutrición de los menores de 5 años de edad, las embarazadas y las mujeres en edad fecunda que sufrían o corrían el riesgo de sufrir desnutrición aguda. La Oficina también apoyó el trabajo de coordinación y los preparativos del Ministerio de Salud y otros asociados.

42. Concretamente, el apoyo de la Oficina incluyó la capacitación de personal de salud sobre protocolos para la detección y el tratamiento de la desnutrición aguda moderada y grave, las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades de transmisión alimentaria; el establecimiento de equipos de salud móviles; la compra de suministros esenciales de salud; el seguimiento y la notificación de datos de salud; la realización de campañas de vacunación y la adopción de medidas de protección para las mujeres embarazadas y que amamantan.

***Mitigación de crisis migratorias***

43. La Oficina proporcionó apoyo decisivo a varios Estados Miembros que se enfrentaron con flujos migratorios inesperados durante el período comprendido en el informe, organizando actividades de divulgación para migrantes venezolanos en Colombia, migrantes cubanos en Centroamérica y residentes de la República Dominicana de ascendencia haitiana que fueron repatriados a Haití.

44. Durante el 2015 y el 2016, Colombia recibió una afluencia masiva de inmigrantes venezolanos y expatriados colombianos que habían estado viviendo en Venezuela. Entre octubre del 2015 y mayo del 2016, unos 171.000 migrantes cruzaron la frontera, y a junio del 2016 alrededor de 2.000 migrantes estaban matriculándose cada semana en el departamento del Norte de Santander, a lo largo de la frontera con Venezuela. Esta situación tuvo grandes repercusiones en las comunidades fronterizas de Colombia. Creó una demanda excesiva de servicios públicos, que ya eran limitados, en una zona relativamente aislada del resto del país.

45. En calidad de líder del Grupo de Acción Sanitaria en Colombia, la Oficina facilitó el mapeo de agentes e intervenciones humanitarias en las zonas fronterizas y apoyó la elaboración de un plan de respuesta, coordinado por la Oficina de las Naciones Unidas del Alto Comisionado para los Refugiados y la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas.

46. La Oficina también ayudó a las autoridades sanitarias nacionales a determinar y monitorear los riesgos y las necesidades en materia de salud. Una preocupación especial era la necesidad de servicios básicos de salud y saneamiento en los albergues. Otra preocupación era la posibilidad de que se produjeran cambios en el perfil de salud de la población como resultado de las bajas tasas de vacunación de los migrantes venezolanos. El personal de la Oficina colaboró con las autoridades sanitarias para aumentar la cobertura de vacunación y asignar más recursos a la atención de salud, fortaleciendo al mismo tiempo la prevención y el control de la infección por el virus del Zika, la malaria y otras enfermedades infecciosas que se presentan en esas zonas.

47. A fines del 2015, miles de cubanos salieron de su país y viajaron a través de Ecuador (que había suspendido temporalmente sus requisitos de visado), proponiéndose aparentemente seguir hacia el norte, hasta los Estados Unidos. Sin embargo, muchos quedaron varados en Costa Rica cuando Nicaragua cerró la frontera. Cuando Costa Rica empezó a emitir menos visas de tránsito, comenzaron a confluir más migrantes cubanos en el norte de Panamá. Para mediados de diciembre, había más de 4.200 migrantes alojados en 31 albergues de los distritos de la frontera norte de Costa Rica. Otros 2.200 estaban esperando la visa para ir de Costa Rica a Nicaragua o a Panamá.

48. A petición del Gobierno de Costa Rica, la Oficina movilizó apoyo para la coordinación y la respuesta del Ministerio de Salud y de la Comisión Nacional de

Emergencias. En colaboración con otros organismos de las Naciones Unidas y entidades internacionales de acción humanitaria, la Oficina ayudó a activar un centro de coordinación de operaciones y desplegó personal de la representación en San José y el Equipo Regional de Respuesta a Desastres a fin de equipar y administrar albergues, evaluar las necesidades y los riesgos para la salud y apoyar la actuación del Ministerio de Salud para proporcionar apoyo psicosocial a los migrantes.

49. La Española evitó por poco una crisis sanitaria cuando alrededor de 100.000 haitianos que habían estado viviendo en la República Dominicana fueron deportados o regresaron voluntariamente a Haití de conformidad con un fallo judicial que revocó retroactivamente la ciudadanía por nacimiento de los dominicanos de ascendencia haitiana.

50. El comienzo de la repatriación masiva, en junio del 2015, coincidió con el comienzo de la temporada de huracanes y con las elecciones legislativas, municipales y presidenciales en Haití. Estos factores, combinados con la disminución de la capacidad operativa y financiera del equipo humanitario en Haití, suscitaron el temor de que se produjera una crisis humanitaria. Un importante motivo de preocupación en el ámbito de la salud era el aumento del riesgo de brotes de cólera entre los migrantes deportados que se encontraban en las zonas fronterizas.

51. En consecuencia, la Oficina, con apoyo financiero de Canadá, colaboró con el Ministerio de Salud Pública y Población de Haití (MSPP) en el establecimiento de un puesto de salud de avanzada en la comuna de Ouanaminthe, en el departamento del Nordeste, y ayudó a reforzar los centros de salud fronterizos para asegurar que los repatriados pudieran recibir atención de salud. La Oficina y el MSPP mejoraron la vigilancia epidemiológica, especialmente en los departamentos fronterizos, fortaleciendo al mismo tiempo la capacidad clínica para tratar y atender enfermedades diarreicas. La Oficina proporcionó apoyo también para la compra de botiquines de urgencia a fin de atender las necesidades básicas de salud de 10.000 pacientes durante tres meses y estuches suplementarios con medicamentos para la profilaxis posterior a la exposición y para el tratamiento de la malaria.

52. Como resultado de estas medidas, entre otras, tomadas por el MSPP, la Oficina, otros asociados humanitarios (como la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas y la Organización Internacional para las Migraciones) y organizaciones no gubernamentales locales e internacionales, no se produjo ningún brote de cólera directamente vinculado a la llegada de haitianos deportados a comunas fronterizas. Las tasas de incidencia de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas también permanecieron estables en estas zonas. A junio del 2016, más repatriados seguían llegando a Haití.

***Incendio tóxico en Paraguay***

53. El 14 de octubre del 2015 estalló un incendio en un depósito que contenía transformadores eléctricos viejos llenos de bifenilos policlorados (BPC) en San Lorenzo (Paraguay). Unas 4.000 personas que vivían en las inmediaciones fueron expuestas a los gases, que se veían a 5 kilómetros de distancia. Los gases de la combustión incompleta de BPC son una fuente importante de dioxinas y furanos, que han sido clasificados como carcinógenos del grupo 1 por el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer. El incidente de Paraguay fue considerado como uno de los más graves y de mayor magnitud de los últimos años que implicó el riesgo de exposición a dioxinas.

54. En atención a una solicitud del Gobierno de Paraguay, la Oficina proporcionó asesoramiento técnico al Ministerio de Salud para la respuesta inmediata y una evaluación preliminar de los riesgos para la salud pública, como parte de un equipo pluriinstitucional que también incluía personal del Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas, así como de las secretarías de los convenios ambientales de Basilea, Rotterdam y Estocolmo y de dependencias del Gobierno de Paraguay.

55. La Oficina presentó el informe de una evaluación rápida, que indicaba una gran posibilidad de exposición a dioxinas. Sobre la base de extensas entrevistas y más de 400 muestras de sangre, se determinó que 252 personas tenían signos y síntomas que podían estar directamente relacionados con el incidente. Estas personas fueron remitidas a los servicios de salud del país para que recibieran atención médica y seguimiento.

56. En vista de que los efectos a largo plazo de la exposición a dioxinas, como el cáncer o problemas relacionados con trastornos endocrinos, pueden tardar decenios en aparecer, la Oficina recomendó una serie de medidas de seguimiento, que se incorporaron en una propuesta de financiamiento de la Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial (ONUDI).

57. De la colaboración interinstitucional e intersectorial en la respuesta a este incidente surgió una propuesta del BID en colaboración con el PNUD y otros para establecer una mesa redonda permanente de todos los sectores y organismos participantes (incluida la OPS) con la finalidad de coordinar las actividades orientadas a fortalecer la capacidad de Paraguay para prevenir, prepararse y responder a emergencias e incidentes tecnológicos.

## **Capítulo II. Cooperación para el desarrollo de la salud**

### **Establecimiento de sistemas de salud resilientes**

58. Junto con la epidemia de infección por el virus del Zika, otras emergencias de salud que se produjeron durante el período comprendido en este informe aportaron nuevas pruebas de la importancia fundamental de la cooperación técnica de la Oficina con los Estados Miembros en los preparativos para afrontar epidemias y emergencias, la formación de las capacidades básicas requeridas en el RSI y la reducción de riesgos de desastres. Sin embargo, estas emergencias revelaron la persistencia de vulnerabilidad y fragilidad en los sistemas nacionales de salud de toda la Región de las Américas. Tal como se comprobó de una manera clara y penosa con la epidemia de la enfermedad por el virus del Ébola en África occidental, los sistemas de salud frágiles no pueden hacer frente eficazmente a brotes graves de enfermedades ni responder eficientemente a desastres naturales y de otros tipos o a un estrés sostenido como el que acompaña a la desaceleración económica o a una función rectora deficiente.

59. Aprovechando la cooperación técnica prestada en las áreas del fortalecimiento de los sistemas de salud y la salud universal, la Oficina elaboró un documento de política sobre los sistemas de salud resilientes (documento CD55/9 [2016]), con la justificación y líneas de acción para esta tarea. En la política se afirma que invertir en la resiliencia de los sistemas de salud es mucho más eficiente en función de los costos que sufragar la respuesta a emergencias.

60. Las áreas clave de la inversión para mejorar la resiliencia de los sistemas de salud son el fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública (especialmente la gobernanza y la reglamentación), la vigilancia de la salud y los sistemas de información de salud, y la reducción y comunicación de riesgos. Las inversiones en los servicios de atención primaria de salud también son cruciales y deben tener como finalidad procurar que estos servicios estén al alcance de todos y formen parte de redes adaptables y receptivas.

61. Un componente clave de estos esfuerzos está relacionado con el RSI. En efecto, para adquirir resiliencia, hay que encarar la aplicación del RSI como un proceso holístico e incorporarla en la formulación y la planificación de políticas nacionales, la acción legislativa y los marcos normativos. La aplicación debe incluir mejoras de la organización de los servicios de salud a fin de apoyar la prevención y el control de infecciones, el fortalecimiento de redes de vigilancia de salud y de la capacidad en materia de laboratorios, y el fomento de la competencia del personal de salud en las áreas de respuesta a brotes y emergencias.

62. En la política también se recomienda el fortalecimiento de la capacidad de reserva, en relación con el personal de salud apropiado y necesario, el financiamiento, los medicamentos y las tecnologías de la salud para permitir una rápida ampliación de la

escala de los servicios de salud durante eventos de problemas de salud agudos o sostenidos.

63. El documento de política sobre los sistemas de salud resilientes fue examinado por el Comité Ejecutivo de la OPS en su 158.<sup>a</sup> sesión en junio del 2016 y fue incorporado en el orden del día del 55.<sup>o</sup> Consejo Directivo.

### **Apoyo para avanzar hacia la consecución de la salud universal**

64. La Oficina siguió proporcionando cooperación técnica para ayudar a los países a avanzar en la ejecución de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (documento CD53/5), aprobada a nivel regional por el 53.<sup>o</sup> Consejo Directivo de la OPS en el 2014. Las áreas de particular interés para el trabajo de la Oficina durante el 2015-2016 fueron el financiamiento de los sistemas de salud, la legislación relacionada con la salud, los recursos humanos para la salud y los sistemas de reglamentación.

65. En la estrategia regional se recomienda como punto de referencia el 6% del PIB como nivel mínimo del gasto en salud necesario para que los países alcancen la salud universal. A fin de ayudar a los países a alcanzar la meta recomendada, la Oficina encabezó un proceso participativo con el propósito de elaborar un marco conceptual para la acción orientada a aumentar la eficiencia en el financiamiento de los sistemas de salud y generar recursos adicionales para la salud.

66. Como parte de este proceso, la Oficina encargó un estudio regional sobre el espacio fiscal para la salud, en el cual se analizó la experiencia de 14 países de la Región. Los resultados del estudio se incorporaron en un documento de trabajo titulado [\*Espacio fiscal para el aumento de la prioridad de salud en el gasto público en la Región de las Américas\*](#). En este documento se presentan pruebas de que los países pueden generar recursos nuevos para la salud a fin de alcanzar el umbral de 6% del PIB para la salud universal. Sobre la base de las experiencias analizadas, en el informe se recomienda movilizar más recursos de fuentes internas a fin de lograr la sostenibilidad. Algunos métodos eficaces para generar estos recursos son impuestos nuevos o más altos, especialmente sobre productos nocivos para la salud, una mayor eficiencia de los sistemas de salud y del gasto de salud pública y una mejor administración tributaria. En el informe se recomienda que los países que están tratando de crear un nuevo espacio fiscal promuevan un diálogo integral sobre la salud como derecho social y sobre la necesidad de obtener más recursos con objeto de crear sistemas para la salud universal.

67. El marco conceptual se presentó en un foro regional titulado “Salud universal: una inversión indispensable para el desarrollo humano sostenible”, realizado en la Sede de la OPS en diciembre del 2015. Participaron en la reunión representantes de ministerios de salud y sistemas de seguridad social de los Estados Miembros, así como del Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional, la OEA, la Comisión Económica para



América Latina y el Caribe, de las Naciones Unidas, e instituciones académicas de la Región.

68. En un ámbito conexo, el personal de la Oficina colaboró con homólogos de la OMS en la realización de una encuesta en Perú sobre métodos de presupuestación para la salud. La encuesta forma parte de una iniciativa de la Red Conjunta de Comités de Salud sobre la Sostenibilidad Fiscal de los Sistemas de Salud, de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. La iniciativa procura lograr que la asignación de recursos públicos a los sistemas de salud concuerde con la acción sectorial para promover la equidad y la eficiencia y seguir avanzando hacia la salud universal. La finalidad de la encuesta es obtener una colección de datos que puedan compararse a nivel internacional a fin de que se pueda hacer un análisis y una evaluación comparativa de las prácticas adecuadas en la elaboración de presupuestos para la salud.

### **Legislación relacionada con la salud y reformas para alcanzar la salud universal**

69. En octubre del 2015, el 54.º Consejo Directivo de la OPS aprobó una nueva *Estrategia sobre legislación relacionada con la salud* (documento CD54/14, Rev. 1). Esta estrategia promueve la elaboración, la aplicación y la revisión de leyes y marcos jurídicos para proteger los derechos humanos, impulsar la equidad en materia de salud, promover la solidaridad y la no discriminación en la salud, reducir los factores de riesgo y abordar los determinantes sociales de la salud. La estrategia, que fue el producto de un proceso consultivo encabezado por la Oficina y un grupo de trabajo de Estados Miembros, recomienda el intercambio de información estratégica, como prácticas óptimas y decisiones judiciales, entre los Estados Miembros y con organizaciones internacionales, así como una mayor coordinación y colaboración a nivel nacional entre las autoridades de salud y la rama legislativa.

70. También en esta área, la Oficina apoyó la actuación en El Salvador, Honduras y Paraguay para elaborar, examinar y actualizar la legislación relacionada con la reforma del sector de la salud. En Honduras, se proporcionó apoyo para un nuevo marco legislativo de protección social en materia de salud que integra a diferentes proveedores de atención de salud en un solo sistema, incluido un conjunto uniforme de servicios garantizados para toda la población. En El Salvador, la Oficina ayudó a actualizar la legislación básica del país relacionada con la salud, proceso que incluyó la elaboración de tres leyes nuevas y la reformulación del Código de Salud. Se proporcionó un apoyo similar a Paraguay para la actualización de su Código Sanitario y la reforma de sus instituciones de salud, en particular las que intervienen en la reglamentación en el ámbito de la salud. La Oficina se propone aprovechar la experiencia de estos países con la finalidad de elaborar un marco conceptual ampliado para la cooperación técnica futura en materia de legislación relacionada con la salud en toda la Región.

## **Recursos humanos para la salud**

71. Durante el período comprendido en el informe, la Oficina organizó una serie de consultas con los países a fin de determinar las prioridades para el fortalecimiento de los recursos humanos a fin de apoyar el progreso hacia la salud universal. De las consultas surgieron tres orientaciones estratégicas principales: (1) fortalecer el liderazgo y la capacidad de gobernanza de las autoridades nacionales responsables de los recursos humanos para la salud; (2) garantizar la equidad en la dotación y distribución de recursos humanos para la salud; y (3) reorientar la capacitación de ciertas categorías de profesionales de la salud que se propone colocar en entornos de atención primaria. Estas perspectivas fueron analizadas y refrendadas por los representantes de los Estados Miembros en una reunión regional sobre los recursos humanos para la salud que se celebró en Buenos Aires en septiembre del 2015, cuyo tema central fue “Los equipos de salud frente a nuevos y renovados desafíos”.

## **Mejora del marco normativo para apoyar la salud universal**

### ***El Sistema Regulatorio del Caribe***

72. Como parte de la cooperación técnica para fortalecer la capacidad de reglamentación en los Estados Miembros de la OPS, la Oficina siguió apoyando al Sistema Regulatorio del Caribe (SRC), iniciativa subregional para crear un solo punto de entrada al mercado farmacéutico de la Comunidad del Caribe (CARICOM). Teniendo en cuenta la larga tradición de CARICOM de abordar los problemas de salud mediante la colaboración, el SRC aplica un criterio innovador para aprovechar los recursos limitados de la subregión, fomentar la convergencia y la transparencia y crear un incentivo de mercado para que los fabricantes ofrezcan productos a todos los países miembros de CARICOM.

73. El SRC, que empezó a fines del 2015 como proyecto piloto del Organismo de Salud Pública del Caribe (CARPHA, por su sigla en inglés), se ha centrado inicialmente en el registro de medicamentos genéricos esenciales prioritarios por medio de un procedimiento abreviado de examen y en el uso de la información sobre el registro de los productos y la farmacovigilancia realizada por las autoridades nacionales de reglamentación que sirven de referencia regional en Estados Miembros de la OPS, pero manteniendo su autoridad soberana para tomar decisiones.

74. A fin de que el registro de los productos vaya seguido de una captación rápida por los Estados Miembros de CARICOM, la Oficina colaboró con Salud Canadá y el Instituto Central de Derecho del Caribe en Barbados en la creación de una plantilla para memorandos de entendimiento entre el SRC y Estados Miembros participantes. La Oficina también ofreció oportunidades para el fortalecimiento de la capacidad, como un taller sobre buenas prácticas de examen para CARICOM, realizado en Trinidad y Tabago en marzo del 2016. Las autoridades nacionales de reglamentación farmacéutica de

Argentina, Brasil, Canadá, Colombia, Cuba, Estados Unidos y México también proporcionaron un apoyo sustancial a estas actividades.

75. La Oficina facilitó la concepción inicial y el diseño del SRC y ha apoyado su ejecución desde que fue aprobado formalmente por los ministros de salud de CARICOM en la reunión del 2014 del Consejo para el Desarrollo Humano y Social de CARICOM. Además de proporcionar cooperación técnica, la Oficina movilizó recursos de asociados, entre ellos la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, Salud Canadá y la Fundación Bill y Melinda Gates. A medida que se vaya avanzando en la ejecución del SRC, el modelo institucional propuesto tratará de alcanzar la sostenibilidad financiera por medio de un sistema de aranceles cobrados a los usuarios.

76. También con la finalidad de fortalecer la capacidad de reglamentación nacional, la Oficina facilitó el establecimiento de un nuevo mecanismo regional para la armonización y la convergencia en el intercambio de informes sobre dispositivos médicos, por medio del cual las autoridades competentes dan seguimiento al desempeño y la seguridad de los dispositivos médicos después de la comercialización. Como parte de esta iniciativa, las autoridades nacionales de reglamentación de 14 Estados Miembros acordaron un plan para seguir colaborando en esta área durante el 2016.

### **Comisión sobre Equidad y Desigualdades en Salud en la Región de las Américas**

77. A fin de apoyar el progreso en la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la equidad en materia de salud y, en particular, la salud universal, la Oficina lanzó una importante iniciativa en el 2016 para proporcionar orientación y generar datos probatorios para que los Estados Miembros de la OPS aborden los determinantes sociales de la salud y los temas transversales de género, etnicidad y derechos humanos. La nueva Comisión sobre Equidad y Desigualdades en Salud en la Región de las Américas fue dada a conocer en un acto de alto nivel en la Sede de la OPS en mayo del 2016.

78. La comisión reúne a más de una docena de destacados expertos internacionales en política sanitaria y determinantes sociales de la salud con el mandato de examinar la equidad y las desigualdades en el ámbito de la salud en las Américas. Se trata del primer intento integral de recopilar datos probatorios sobre las inequidades en materia de salud en la Región. La comisión investigará la forma en que los factores socioeconómicos, los factores estructurales y la identidad influyen en la salud en los países del continente. El grupo formulará recomendaciones concretas para la acción a fin de reducir o eliminar las brechas persistentes en la equidad en el ámbito de la salud en la Región. Se prevé que el informe provisional de la comisión se publique a principios del 2017 y el informe final en el 2018.

### **Iniciativas para la eliminación de enfermedades infecciosas**

79. Además de apoyar la respuesta frente a la infección por el virus del Zika y otras emergencias de salud, la Oficina siguió proporcionando cooperación técnica y

coordinando la actuación de los países a fin de avanzar en la eliminación de otras enfermedades infecciosas. Durante el período evaluado se realizó un progreso notable en las actividades regionales para eliminar el sarampión y la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis, así como en el apoyo a iniciativas mundiales para erradicar la poliomielitis.

80. En el caso del sarampión, el brote más reciente de la Región, que se produjo en Ceará (Brasil), terminó en julio del 2015, menos de tres meses después que el Comité Internacional de Expertos para documentar y comprobar la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas declarara a la Región libre de transmisión de las dos últimas enfermedades. Aunque debido al brote de Brasil el Comité Internacional de Expertos no pudo hacer una declaración similar con respecto al sarampión, a diciembre del 2015 había analizado los datos probatorios y confirmó que el brote de sarampión de Ceará, que había durado 20 meses, se había interrumpido. Se tuvieron en cuenta los datos de laboratorio, de vigilancia y de cobertura de vacunación que se habían definido como criterios esenciales para la eliminación. Sin embargo, de conformidad con el proceso de comprobación, el Comité Internacional de Expertos tuvo que esperar otros 12 meses después del 6 de julio del 2015, la fecha de aparición del último caso registrado de sarampión endémico, para estar seguro de que no se confirmaran más casos en Brasil durante ese período.

81. A fin de apoyar el trabajo del Comité Internacional de Expertos, la Oficina solicitó que los Estados Miembros de la OPS actualizaran los informes sobre la eliminación del sarampión correspondientes al período 2012-2015. A junio del 2016, el personal de la Oficina estaba compilando las actualizaciones presentadas por los países en un informe regional que se presentaría en una reunión de agosto del 2016 del Comité Internacional de Expertos con técnicos de los ministerios de salud y los presidentes de las comisiones nacionales de comprobación de la eliminación. En esa reunión se analizarían los datos probatorios actualizados y se determinaría la factibilidad de declarar a la Región de las Américas libre del sarampión en septiembre del 2016.

### **La fase final de la erradicación de la poliomielitis**

82. En 1991, la Región de las Américas fue la primera región de la OMS en eliminar la poliomielitis, y en tal virtud ha seguido apoyando la campaña mundial para erradicar esta enfermedad por conducto del *Plan estratégico integral para la erradicación de la poliomielitis y la fase final 2013-2018* de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, que fue refrendada por la reciente Asamblea de la Salud.

83. Un componente central de la fase final consiste en retirar a la larga la vacuna antipoliomielítica oral de todo el mundo. Eso se hará por etapas, en un proceso en el cual los países que están usando actualmente la vacuna oral contra la poliomielitis (OPV) pasarán de la vacuna trivalente (que abarca poliovirus de los serotipos 1, 2 y 3) a la vacuna bivalente (serotipos 1 y 3), y todos los países que todavía no están usando la vacuna de poliovirus inactivados introducirán al menos una dosis de esta vacuna en sus

planes de vacunación sistemática. Entre febrero del 2015 y abril del 2016, los 32 países y territorios de la Región que todavía no estaban usando la vacuna a base de poliovirus inactivados la introdujeron en sus planes y 36 pasaron de la OPV trivalente a la bivalente como parte del cambio mundial en abril del 2016.

84. Otro componente clave de la fase final es la destrucción o contención de todos los poliovirus del serotipo 2 (poliovirus salvaje, Sabin y de origen vacunal) en establecimientos esenciales. En el plan regional también se recomienda la contención del poliovirus salvaje de los serotipos 1 y 3. Para junio del 2016, 33 Estados Miembros de la OPS, seis territorios del Reino Unido y tres Miembros Asociados habían presentado informes sobre la destrucción o contención de todos los poliovirus salvajes y de origen vacunal. Se preveía que todos los Estados Miembros de la OPS presentarían informes sobre la contención de los poliovirus del serotipo 2 (Sabin) en agosto del 2016.

### **Eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis**

85. A mediados del 2015, justo después de que Cuba se convirtiese en el primer país del mundo en el cual se validó la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis, otros países y territorios de la Región de las Américas solicitaron oficialmente que la Oficina iniciara el proceso para validar esta doble eliminación. Para fines del 2015, 17 países y territorios de la Región estaban notificando datos compatibles con las metas de la doble eliminación. Con el nuevo método de validación por grupos de países en el Caribe, se preveía que se validarían por lo menos 10 países y territorios antes de fines del 2016.

86. Las actividades de eliminación que condujeron a estos logros se llevaron a cabo en el marco de la *Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita*, adoptada por la OPS en el 2010, y han repercutido directamente en los casos de infección perinatal por el VIH y de sífilis congénita. Además, han fortalecido los programas de salud maternoinfantil, los sistemas de información de salud y la rendición de cuentas por los Estados Miembros, de tal modo que ha aumentado el número de países que presentan datos anuales para que la Oficina pueda dar seguimiento a sus logros.

87. En vista de estos efectos positivos y reconociendo las sinergias entre estos esfuerzos y los programas e iniciativas conexos de salud pública, la Oficina inició la segunda fase de la doble eliminación, que abarca otras infecciones transmitidas de madre a hijo, como la hepatitis B y la enfermedad de Chagas. La iniciativa ampliada promoverá esfuerzos redoblados para eliminar la transmisión maternoinfantil como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

### **Lucha contra las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo**

88. La Oficina continuó apoyando las actividades de los Estados Miembros para combatir las enfermedades no transmisibles (ENT), que son la principal causa de

morbilidad, mortalidad y discapacidad en las Américas. Según la base de datos de mortalidad de la OPS, las ENT son la causa de 80% de las muertes en la Región, y 35% de estas muertes son prematuras, o sea que se producen en personas de 30 a 69 años.

89. Durante el año evaluado, la Oficina emprendió un examen a mitad de período de la ejecución del Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (documento CD52/7, Rev. 1), que procura reducir las muertes por esta causa en la Región de las Américas en un 15% para el 2019. En el informe de evaluación se observó una situación estable o una disminución moderada de la mortalidad prematura por ENT en casi todos los países y territorios de la Región. Sin embargo, menos de la mitad de ellos estaban en buen camino para alcanzar la meta de una reducción del 15%, y el progreso más lento se observaba en Centroamérica y el Caribe.

90. Sobre la base de las respuestas a encuestas de los ministerios de salud de 38 países y territorios de la Región, en el examen se observó que era necesario intensificar las actividades en áreas clave, en particular mediante la elaboración de planes nacionales contra las ENT y la creación de comisiones multisectoriales. En el informe también se recomendaba acelerar la aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y otras intervenciones para reducir el consumo de productos nocivos, como impuestos nuevos o más altos sobre las bebidas alcohólicas y las bebidas azucaradas, restricciones a la comercialización de alimentos ultraprocesados y bebidas a niños, y limitaciones a la comercialización de sucedáneos de la leche materna.

91. Además, en el informe de evaluación se instaba a los países a que utilizaran el Fondo Estratégico de la OPS con miras a tener acceso a medicamentos esenciales para las ENT, especialmente para el control de la presión arterial y la prevención de enfermedades cardiovasculares. El informe fue examinado en junio del 2016 por el Comité Ejecutivo de la OPS en su 158.<sup>a</sup> sesión y se recomendó que se incluyera en el orden del día del 55.<sup>o</sup> Consejo Directivo.

92. A fin de generar datos objetivos para la formulación de políticas y la asignación de recursos para las ENT en la Región de las Américas, la Oficina se asoció con la Escuela de Salud Pública T. H. Chan de la Universidad Harvard con la finalidad de adaptar y aplicar el modelo EPIC de la OMS con objeto de estimar el impacto de las enfermedades en la producción económica global. Como producto de esta colaboración se aplicó el modelo EPIC-H Plus de Harvard, que tiene en cuenta la morbilidad (específicamente los años de vida ajustados en función de la discapacidad) y el gasto en salud relacionado con las ENT y los trastornos mentales.

93. El modelo se aplicó inicialmente en Costa Rica, Jamaica y Perú. Se estimó que, si no se tomaban medidas, el PIB perdido entre el 2015 y el 2030 como consecuencia de las ENT equivaldría a 142% del PIB de Costa Rica en el 2013, a 106% del PIB de Jamaica en el 2013 y a 243% del PIB de Perú en el 2013. Estos resultados y otros de la colaboración se presentaron en el Foro Económico Mundial sobre América Latina, realizado en Medellín (Colombia), en junio del 2016. La colaboración también incluye la

formulación de directrices para que los países de las Américas hagan cálculos similares por su cuenta, usando el modelo EPIC-H Plus, que se facilitará de forma gratuita como bien público.

94. Una de las áreas clave para la acción definidas en el plan regional contra las ENT es el uso de la política fiscal para que “la opción saludable sea la opción fácil” y de esta forma reducir los factores de riesgo de estas enfermedades. El aumento de los impuestos sobre productos nocivos puede desincentivar su consumo y por lo tanto disminuir los costos en salud, generando al mismo tiempo ingresos nuevos que podrían destinarse a la salud y el desarrollo. Con la finalidad de formar capacidad en los países para emplear este enfoque, la Oficina organizó talleres subregionales en América Central y del Sur, donde los funcionarios de ministerios de salud y finanzas colaboraron en la elaboración de situaciones fiscales hipotéticas para modificar la estructura de los impuestos al tabaco y alcanzar las metas relacionadas con la salud y los ingresos. Los talleres llevaron a la formulación de propuestas para aumentar los impuestos al tabaco en Colombia y Perú y a la creación de redes subregionales para analizar la armonización tributaria y estrategias para eliminar el comercio ilícito de productos de tabaco.

95. Aprovechando la política fiscal para mejorar la prevención y el control de las ENT y sus factores de riesgo, en el 2015 la Oficina publicó un informe en el que se documenta la experiencia de México con la adopción de un impuesto al consumo de 10% sobre las bebidas azucaradas en el 2014. En este informe, titulado [\*Experiencia de México en el establecimiento de impuestos a las bebidas azucaradas como estrategia de salud pública\*](#), se describe la forma en que los defensores de la iniciativa tributaria lograron superar la oposición activa de la industria de las bebidas gaseosas y sus aliados. En el informe se citan resultados preliminares de un estudio realizado conjuntamente por el Instituto Nacional de Salud Pública de México y la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill (Estados Unidos), según los cuales las ventas de las bebidas a las cuales se aplicó este impuesto disminuyeron 6% en promedio durante el primer año de aplicación del impuesto en comparación con el año anterior. La experiencia de México ha servido de base para medidas similares en Barbados, Dominica y Ecuador, donde comenzaron a aplicarse impuestos sobre las gaseosas en el 2015 o el 2016.

96. Como parte de su apoyo al plan regional de acción contra las ENT, la Oficina también ha estado ayudando a los países a usar encuestas basadas en la población para fortalecer su vigilancia de las ENT, sus factores de riesgo y los trastornos de salud mental. En el 2016, la Oficina puso a prueba dos tecnologías nuevas para recopilar datos por medio de encuestas domiciliarias: tabletas informáticas basadas en la Web para la entrada de datos y dispositivos para mediciones bioquímicas que permiten monitorear de manera más exacta la colesterolemia y la diabetes. Estas tecnologías se usaron en Ecuador para realizar la encuesta mediante los instrumentos de vigilancia progresiva (STEPS) de la OMS a nivel subnacional y tuvieron una buena acogida en el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Estadística y Censos. La Oficina ha comprado un lote de estos dispositivos, que otros Estados Miembros se turnarán para usar en estas encuestas nacionales.

97. Con objeto de apoyar la vigilancia de las ENT, la Oficina mejoró un paquete técnico que permite evaluar la capacidad de los países para vigilar las ENT y sus factores de riesgo, detectar las brechas en su monitoreo, establecer prioridades y vigilar el progreso en el cumplimiento de los compromisos mundiales y regionales relacionados con estas enfermedades. El paquete se aplicó en los países de la Subregión Andina en octubre del 2015 e hizo aportes útiles para la formulación de planes enderezados a mejorar la capacidad de los países para vigilar las ENT. La Oficina se propone usar este paquete en otras subregiones.

### **Género, etnicidad y salud**

98. Durante el período examinado, la Oficina proporcionó asesoramiento técnico y más apoyo a los Estados Miembros en el campo del género, la etnicidad y la salud. Su labor en el área del género y la salud en particular se basó en una nueva *Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer*, que fue aprobada por el 54.º Consejo Directivo de la OPS en octubre de 2015. Este marco, que fue el primero de su clase en cualquier región de la OMS, adopta un enfoque de salud pública para afrontar el problema de la violencia contra la mujer y proporciona una hoja de ruta para que los sistemas de salud desempeñen un papel decisivo en la acción multisectorial a fin de prevenir y responder a este tipo de violencia. Se elaboró en un proceso participativo que incluyó a más de 100 representantes de gobiernos, la sociedad civil, instituciones académicas, organizaciones multilaterales y organismos de las Naciones Unidas.

99. El 54.º Consejo Directivo también refrendó nuevas prioridades para avanzar en el campo de la igualdad de género en la salud, basándose en el informe de la *Evaluación del plan de acción para la ejecución de la Política en materia de igualdad de género* y líneas estratégicas de acción propuestas que abarca el período 2009-2014. En el informe se analizan los progresos realizados, así como los problemas que quedan por resolver, en el avance de la igualdad de género sobre la base de autoevaluaciones de los países y se presentan nuevas líneas de acción para guiar el trabajo futuro de la Oficina en esta área. Entre estas líneas cabe señalar la investigación y la aplicación de métodos innovadores para abordar las inequidades por razón de género en salud, la generación de datos probatorios y análisis de género por sectores, y el análisis de temas emergentes, como las preocupaciones de salud de las comunidades lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans (LGBT) y la masculinidad.

100. A fin de promover la generación de datos probatorios, la Oficina publicó la sexta edición del compendio estadístico titulado *Género, Salud y Desarrollo en las Américas*. En abril del 2016, la Oficina convocó un grupo de expertos para examinar un conjunto básico de indicadores de género y salud para las Américas, en el marco de la salud universal y los ODS. Los expertos de la Oficina también hicieron aportaciones sobre un conjunto de indicadores de la igualdad de género para el Caribe (coordinado por ONU Mujeres), que se presentó a Dominica, Guyana, Jamaica y Suriname para consultas y



posteriormente a CARICOM para su validación y adopción final por los países del Caribe.

101. De acuerdo con el mandato de la OPS en relación con la salud universal, funcionarios de la Oficina colaboraron con la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe a fin de promover un debate sobre la salud universal y sus implicaciones para las mujeres. La Oficina también proporcionó orientación e insumos sobre el género y la salud universal a la Comisión Técnica de Género y Salud, subgrupo de la Comisión de Salud de los Consejos de Ministros de Salud de Centroamérica. En Jamaica, la Oficina apoyó la capacitación de personal del Ministerio de Salud en estos temas como parte de los esfuerzos del país para lograr la salud universal.

102. La Oficina también proporcionó apoyo a nivel nacional, subregional y regional para ayudar a los países a abordar las notorias inequidades étnicas en la salud que persisten en toda la Región. Por ejemplo, en la región sudamericana del Chaco se proporcionó apoyo técnico para un taller titulado “Unidos para la acción, avanzando hacia la Salud Universal en el Gran Chaco Suramericano”. Un resultado importante de este foro, en el cual participaron representantes de los ministerios de salud y de los pueblos indígenas, fue la formulación de un proyecto entre países para promover la cobertura universal de salud de los pueblos indígenas. Asimismo, cabe destacar que, a nivel mundial, la OPS ha desempeñado un papel interinstitucional decisivo en calidad de copresidente del Grupo Interinstitucional GDNU-ALC sobre Pueblos Indígenas. Uno de los objetivos prioritarios de este grupo, así como de la cooperación técnica de la Oficina, es mejorar la disponibilidad y la calidad de los datos sobre etnicidad y salud.

103. A fin de promover la salud de los afrodescendientes, la Oficina participó en una reunión técnica regional sobre la salud de los afrodescendientes que fue convocada en Cartagena (Colombia), en noviembre de 2015. Esta reunión ofreció una oportunidad singular para indicar y abordar las prioridades y los retos para la salud de los afrodescendientes, con objeto de formular y ejecutar políticas y programas de salud eficaces con una perspectiva intercultural. Como complemento de esta reunión, y en el contexto del Decenio Internacional para los Afrodescendientes, la Oficina ha proporcionado apoyo técnico activamente para la elaboración de planes de acción subregionales orientados a la salud de los afrodescendientes.

104. En diciembre del 2015 se convocó una Reunión Regional sobre Etnicidad y Salud para ministros de salud junto con expertos regionales e internacionales y representantes de poblaciones indígenas y afrodescendientes, con la finalidad de poner de relieve y analizar asuntos cruciales para abordar las disparidades étnicas en la salud. Esta reunión sirvió de base para analizar los próximos pasos en la formulación de una estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud y para facilitar el diálogo sobre el plan de acción conjunto de Estados Unidos y Brasil para eliminar la discriminación racial y étnica. Asimismo, bajo la égida del Decenio Internacional para los Afrodescendientes, la Oficina presentó un informe con las conclusiones más pertinentes sobre la salud en la Región al Grupo de Trabajo de Expertos sobre los Afrodescendientes de las Naciones Unidas. En

mayo del 2016, la Oficina organizó dos actividades paralelas con motivo de la 15.<sup>a</sup> sesión del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas, de las Naciones Unidas, en Nueva York, a fin de destacar los retos actuales para la promoción del derecho a la salud de los pueblos indígenas.

105. La labor de la Oficina en el campo del género, la etnicidad y la salud se fortaleció notablemente con una mayor colaboración interprogramática entre las unidades técnicas encargadas de la tuberculosis, la malaria, la reducción de los riesgos de desastres y la salud mental. Por ejemplo, se realizó una reunión técnica en Guyana con los residentes de la localidad de Baramita para abordar los problemas de salud mental de los indígenas de la zona y se preparó un plan de acción basado en estas conversaciones incipientes. En Ecuador se proporcionó cooperación técnica para reducir la mortalidad materna, prestando especial atención a los pueblos indígenas del país.

## Capítulo III. Sucesos institucionales

### Primera evaluación programática conjunta de la Oficina y los países

106. Varias iniciativas y sucesos a nivel institucional contribuyeron a mejorar la eficiencia, la eficacia y la rendición de cuentas de las operaciones de la Oficina durante el año evaluado. En ese sentido, cabe destacar la evaluación conjunta de fin de bienio realizada por la Oficina y los Estados Miembros de la OPS, el primer proceso de esta clase realizado en cualquier región de la OMS. Esta tarea brindó una oportunidad única a la Oficina y los ministerios de salud de los Estados Miembros para examinar conjuntamente los avances en la salud pública, las brechas, los retos, las oportunidades y las enseñanzas de la ejecución del plan de trabajo bienal correspondiente al 2014-2015. La evaluación abarcó la ejecución del Programa y Presupuesto 2014-2015 y los dos primeros años del Plan Estratégico actual. El proceso resultó más fácil gracias a la implantación del nuevo sistema de la Oficina de seguimiento del Plan Estratégico, establecido en colaboración con los Estados Miembros y formalmente aprobado por ellos como parte del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019.

107. La tarea se inició en noviembre del 2015 con las evaluaciones a nivel de país, que posteriormente fueron validadas por personal técnico de la Oficina y se consolidaron con los resultados a nivel de toda la Organización. Estos últimos mostraron que 90% de los indicadores de los resultados intermedios del Plan Estratégico de la OPS estaban en curso y se alcanzarían para el 2019, y los 114 resultados inmediatos previstos en el Programa y Presupuesto 2014-2015 se habían alcanzado plena o parcialmente. Las conclusiones completas se presentaron en el *Informe preliminar de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2014-2015/Primer informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019*, que fue examinado por el Comité Ejecutivo en su 158.<sup>a</sup> sesión en junio del 2016.

108. Hubo plena participación de los 51 países y territorios de la Región en esta primera evaluación conjunta. Los Estados Miembros de la OPS han recomendado que la experiencia se comparta con la OMS y otras regiones de la OMS como práctica óptima de transparencia, rendición de cuentas y presentación de informes.

### Colaboración con los Estados Miembros en relación con las reformas de la OMS

109. El proceso en curso de reforma de la OMS, iniciado en el 2011 en respuesta a los cambios en las necesidades de liderazgo mundial de la salud pública, continuó avanzando durante el período comprendido en este informe. Varios temas fundamentales para la OPS y sus Estados Miembros relacionados con las reformas de la OMS se incluyeron en el orden del día de la 69.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud. En preparación para las deliberaciones, la Directora de la OPS entabló y mantuvo un estrecho diálogo con los Estados Miembros durante los meses anteriores a la Asamblea de la Salud a fin de mantenerlos plenamente informados sobre las novedades, conocer su opinión sobre asuntos cruciales y proporcionar asesoramiento sobre el proceso y sus implicaciones para

la OPS en su carácter de Oficina Regional de la OMS para las Américas. Esta colaboración diligente incluyó orientaciones durante las reuniones subregionales de gerentes de la OPS, las reuniones de los Cuerpos Directivos de la OPS y otras sesiones virtuales, junto con el apoyo a varios Estados Miembros de la OPS que desempeñaron un papel decisivo en las negociaciones a nivel mundial participando en grupos de trabajo de la OMS o presidiéndolos.

110. Muchas de las reformas previstas por la OMS ya habían sido realizadas por la OPS en los últimos años, incluso antes de su ejecución en la Sede de la OMS. Por ejemplo, la OPS ya había introducido reformas en las áreas programática, gerencial y presupuestaria. Durante el período examinado se avanzó en tres áreas de especial importancia para la OPS y sus Estados Miembros: *a)* cambios propuestos en la estructura de gobernanza de la OMS; *b)* el nuevo proyecto de *Marco para la colaboración con agentes no estatales*; y *c)* la creación del nuevo Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS.

111. Estas tres propuestas incluían nuevas líneas de mando y rendición de cuentas y plantearon la posibilidad real de serios conflictos con el marco constitucional de la OPS. Ese marco, que establece a la OPS como organismo especializado de la salud en el sistema interamericano, también confirma a la OPS como entidad independiente, la cual, junto con el Director de la OPS, rinde cuentas directamente a los Estados Miembros de la Región de las Américas. En vista de esta condición especial, que es única en su género entre las oficinas regionales de la OMS, la Oficina y los Estados Miembros de la OPS recalcaron en las negociaciones la importancia de que las nuevas reformas concordaran con la índole de la OPS a fin de fortalecer la adopción de decisiones y la transparencia a nivel mundial, respetando al mismo tiempo el carácter de organización internacional independiente que tiene la OPS.

112. Con respecto a las reformas de la gobernanza de la OMS, los Estados Miembros de la OPS apoyaron las recomendaciones propuestas de una mayor coordinación regional con la OMS en las áreas de la gestión, la transparencia y la alineación, pero también subrayaron la importancia de las características particulares de la Región.

113. En las negociaciones sobre el *Marco para la colaboración con agentes no estatales*, los delegados de la Región de las Américas pusieron de relieve que la OPS tenía desde el 2005 sus propias directrices para colaborar con agentes no estatales, entre ellos el sector privado, las ONG, fundaciones e instituciones académicas. En el entendimiento de que el marco proporcionaría otros medios para procurar la colaboración con agentes no estatales que utilizan un enfoque basado en principios, factible y equilibrado, sin comprometer la independencia, la credibilidad ni la reputación de la Organización, la Oficina lo someterá a la consideración de los Cuerpos Directivos de conformidad con la condición jurídica de la OPS.

114. Con respecto al Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS, los Estados Miembros de la OPS presentaron una declaración conjunta en la 69.<sup>a</sup> Asamblea Mundial

de la Salud para apoyar el programa nuevo, reconociendo al mismo tiempo que el Departamento de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre de la OPS ha sido sumamente eficaz en la respuesta a emergencias y desastres en la Región de las Américas, habiendo adquirido experiencia, aumentado su capacidad técnica y extraído enseñanzas desde 1976. Los países subrayaron que su apoyo al nuevo Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS parte del supuesto de que el programa regional de la OPS seguirá respondiendo plenamente a las necesidades de los Estados Miembros en la Región de las Américas, trabajando al mismo tiempo de una manera coordinada con el programa de la OMS.

115. Los aportes proactivos de la Oficina y los Estados Miembros de la OPS tuvieron una influencia favorable en los resultados de la 69.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, pues gracias a ellos se aprobaron por consenso el Marco para la colaboración con agentes no estatales, la creación del nuevo Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS y las reformas de la gobernanza de la OMS. Se prevé que los Cuerpos Directivos de la OPS continúen examinando estas tareas y sus ramificaciones regionales en el 55.<sup>o</sup> Consejo Directivo de la OPS, 68.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de OMS para las Américas, en septiembre del 2016.

#### **Asociación entre el Fondo Estratégico de la OPS y el Fondo Mundial**

116. Tanto el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas (creado en 1977) como el Fondo Rotatorio para Suministros Estratégicos de Salud Pública (creado en el 2002) han tenido mucho éxito desde su inicio con las compras mancomunadas a nivel regional para mejorar el acceso de los Estados Miembros de la OPS a vacunas, otros medicamentos y suministros de salud.

117. Un nuevo acuerdo firmado en marzo del 2015 con el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria colocó a la Oficina en posición de aumentar sustancialmente sus compras de medicamentos de alto costo en nombre de los Estados Miembros de la OPS. Con este nuevo acuerdo, el Fondo Estratégico de la OPS tiene acceso al Mecanismo de Adquisiciones Conjuntas del Fondo Mundial. Igual que ocurre con el Fondo Estratégico y el Fondo Rotatorio de la OPS, el Fondo Mundial efectúa compras mancomunadas para conseguir medicamentos y suministros médicos a precios más bajos unificando la demanda, pero en este caso a escala mundial.

118. El Mecanismo de Adquisiciones Conjuntas del Fondo Mundial resuelve los problemas clave de las compras, como son la disponibilidad ininterrumpida de suministros, la calidad y seguridad del producto y la negociación de precios interesantes. En el marco de este nuevo acuerdo, el Fondo Estratégico ha obtenido medicamentos a precios mucho más bajos, en algunos casos la décima parte del precio pagado anteriormente por Estados Miembros de la OPS. Se espera que este nuevo mecanismo conduzca también a un mejor desempeño de los proveedores, que será medido conjuntamente por la Oficina y el Fondo Mundial, así como a un acceso más rápido a medicamentos a buen precio en situaciones de urgente necesidad.

**Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana y mejoras de la tecnología de la información**

119. La Oficina continuó fomentando la implementación del nuevo Sistema de Información Gerencial de la OSP (PMIS, por su sigla en inglés) durante el año evaluado. Entre julio y noviembre del 2015 se hicieron pruebas de la fase 2 del sistema, que abarca las funciones financieras, presupuestarias y de compras, y se capacitó al personal desde septiembre hasta fines de diciembre. Tal como estaba previsto, la fase 2 se activó plenamente a principios de enero del 2016, junto con el centro de apoyo para después de la puesta en marcha, que proporcionó apoyo al personal de toda la Oficina. La segunda fase del PMIS ha planteado dificultades y ha requerido una inversión considerable de tiempo y trabajo de muchos empleados de la Oficina. En términos generales, sin embargo, el proceso se efectuó con perturbaciones relativamente mínimas de la ejecución de los programas técnicos y las operaciones diarias de la Oficina, aunque algunos problemas todavía no se han resuelto y la capacitación prosigue. Esta experiencia es muy diferente de la que han tenido muchas organizaciones internacionales grandes con la implementación de nuevos sistemas de planificación de recursos empresariales y puede atribuirse a la buena planificación y a los esfuerzos extraordinarios del personal de la Oficina que participó en esta tarea.

120. Paralelamente a la implementación del PMIS, la Oficina puso en marcha la nueva *Estrategia de tecnología de la información*, que se aprobó en el 2015; en ella se definen cinco áreas centrales: apoyo a los programas técnicos, apoyo a las representaciones, PMIS, innovación en materia de TI y mantenimiento de la estabilidad de las operaciones de TI. Algunos aspectos destacados de la aplicación de la estrategia fueron el despliegue de un nuevo sistema de verificación de facturas para el proyecto *Mais Médicos* en Brasil, mejoras de la Base de datos de mortalidad de la OPS, una evaluación de la Plataforma de Información en Salud de la OPS (PLISA) y la introducción de una herramienta para la vigilancia de vacunas y una nueva aplicación para el dengue que permitirán a los países transmitir sus datos de vigilancia a la PLISA con un formato estandarizado.

121. Además, en las representaciones se incrementó la anchura de banda de internet para mejorar la conectividad con la nube y con los sistemas de la Sede, se mejoró la infraestructura telefónica y de servidores y se reemplazaron varias computadoras de escritorio. En el área de la innovación se puso en marcha un nuevo sistema de solicitud de servicios basado en la nube para brindar apoyo a todos los usuarios y sistemas de la Oficina, y se creó un nuevo sistema sin papel, basado en tabletas informáticas, para las conferencias y reuniones. Esta nueva modalidad fue presentada a los Cuerpos Directivos de la OPS en ocasión de la 158.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo.

122. Además, se mejoró la seguridad de Internet en la Sede, con software nuevo para monitorear y filtrar el contenido de las páginas Web y cortafuegos de última generación. Por último, se hicieron mejoras en la red para aumentar la velocidad de transmisión de datos y la respuesta de las aplicaciones, además de perfeccionamientos en los sistemas de respaldo y recuperación de datos.

## **Mejora del ambiente de trabajo**

123. Un suceso importante en el área de los recursos humanos fue el lanzamiento en julio del 2015 de la iniciativa “Respeto en el lugar de trabajo” en la Oficina, con la finalidad de fomentar un clima de respeto e inclusión en toda la institución. Encabezada por la Oficina del Mediador, la iniciativa parte de las actividades realizadas anteriormente por la Asociación de Personal de la OPS en el 2012, el Departamento de Gestión de Recursos Humanos en el 2013 y la campaña “El buen trato es contagioso”, impulsada por el Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud en el 2014.

124. La iniciativa del 2015, elaborada mediante un proceso participativo que incluyó grupos de trabajo interdepartamentales y representantes de la Asociación de Personal de la OPS, tenía tres objetivos fundamentales: *a)* realizar una labor de concientización y promoción con respecto a la importancia de la responsabilidad individual en la creación de un ambiente de trabajo respetuoso; *b)* proporcionar la información y las herramientas básicas necesarias para crear una cultura de respeto que fomente la confianza, la responsabilidad, la rendición de cuentas, el respeto mutuo y la comunicación abierta, aceptando la dignidad y diversidad de las personas; y *c)* aumentar el conocimiento por parte del personal de los diferentes mecanismos e instancias para abordar preocupaciones del lugar de trabajo.

125. La primera fase de la iniciativa comenzó en 2015-2016. Consistió en una campaña de sensibilización para estimular al personal a crear un ambiente general de trabajo productivo y propicio, haciendo hincapié en la prevención y la resolución temprana de conflictos valiéndose de recursos institucionales. En colaboración con la Oficina de Ética, se creó un curso de ciberaprendizaje sobre los principios definidos en el Código de Principios Éticos y Conducta de la Oficina, la política en materia de prevención y resolución del acoso en el lugar de trabajo y la política de cero tolerancia frente al fraude y la corrupción, entre otros. El objetivo del curso es mostrar la forma en que el respeto mutuo y la camaradería pueden producir un entorno de trabajo más eficaz y productivo.

126. En un ámbito afín, la Oficina de Ética elaboró una nueva encuesta sobre el clima ético y el entorno de trabajo de la Oficina. La finalidad de la encuesta es evaluar el entorno de trabajo en diferentes oficinas y determinar el grado de conciencia del personal acerca de las políticas y los recursos que constituyen el Sistema de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos de la OPS. En esta encuesta también se determinará cuán cómodas se sienten las personas que trabajan en la OPS y si opinan que su trabajo se valora. Los resultados de la encuesta se aprovecharán para indicar motivos de preocupación que requieran más atención.

## Capítulo IV. Conclusiones y el camino por delante

127. El período evaluado, de mediados del 2015 a mediados del 2016, estuvo marcado por numerosos logros de los cuales la Oficina puede estar orgullosa con toda razón, así como por numerosos problemas, algunos de los cuales se han resuelto mientras que en otros todavía se está trabajando. En el rubro de los logros, respondimos vigorosamente y proporcionamos un liderazgo fuerte y una coordinación dinámica, junto con los Estados Miembros y con asociados que aportan cualidades adicionales, para manejar eficazmente la epidemia emergente de infección por el virus del Zika, con todos los retos que aún trae aparejados. Esta dura prueba demostró claramente lo mejor de la solidaridad panamericana.

128. Una de las enseñanzas más importantes de la experiencia con esta epidemia fue la necesidad insoslayable de la actuación de salud pública y de comunicación sólida e inequívoca, incluso con pruebas científicas limitadas. Aprendimos que, en este delicado acto de malabarismo, hay que dar más peso a la protección de los más vulnerables con los métodos que mejor se basen en datos probatorios. La epidemia de infección por el virus del Zika hasta ahora ha reivindicado este enfoque general.

129. También respondimos por lo menos a nueve emergencias de otro tipo, entre ellas un terremoto grave, una situación migratoria descontrolada y varios eventos adversos relacionados con fenómenos meteorológicos. Aunque estos eventos se produjeron al mismo tiempo que la epidemia de infección por el virus del Zika, logramos dirigir, coordinar, responder y administrar con agilidad, sustentados en el apoyo colaborativo de los Estados Miembros y numerosos asociados. Nuestra capacidad en esta área está arraigada en la extraordinaria experiencia y los conocimientos especializados que hemos acumulado durante los 40 últimos años, tanto en los países como en la Sede, a partir de las enseñanzas extraídas de la respuesta y el manejo de desastres.

130. La cooperación técnica en el área del Reglamento Sanitario Internacional ha mejorado las capacidades básicas de los Estados Miembros. Sin embargo, reconocemos que el RSI debe anclarse en sistemas nacionales de salud que sean fuertes y resilientes para garantizar una respuesta eficaz a las emergencias.

131. A fin de lograr que los sistemas de salud sean fuertes y resilientes, los ministerios de salud están obligados a desempeñar las funciones esenciales de salud pública, especialmente las relacionadas con la gobernanza y la función rectora, garantizando al mismo tiempo el financiamiento sostenible y el alcance universal. Los recursos humanos deben estar bien capacitados y ser adecuados para su propósito; ser suficientes, incluido el personal de reserva; y estar distribuidos equitativamente entre las distintas zonas geográficas. La Secretaría sigue comprometida a ayudar a los Estados Miembros a alcanzar estas metas a corto plazo.

132. Nuestros esfuerzos para eliminar el sarampión y la transmisión vertical del VIH y la sífilis avanzaron notablemente durante el año examinado. Reorientamos el diálogo



sobre el financiamiento de los sistemas de salud a fin de presentar mejores datos probatorios y opciones a los Estados Miembros que tengan más en cuenta su realidad económica en el contexto financiero mundial y regional. Mejoramos nuestra cooperación técnica en el área de la prevención y el control de las ENT mediante un examen más minucioso de su impacto en el PIB nacional.

133. Seguimos consolidando los pilares de nuestra labor futura con los Estados Miembros para la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la salud, colaborando al mismo tiempo con una comisión establecida recientemente para generar datos probatorios a fin de abordar los determinantes sociales de la salud y los temas transversales del género, la etnicidad y los derechos humanos. Se han puesto en marcha nuevas iniciativas prometedoras para que la Oficina y la Región en conjunto adopten las medidas necesarias para medir y alcanzar los ODS relacionados con la salud.

134. En cuanto al camino por delante, reconocemos que el trabajo en relación con el virus del Zika seguirá siendo una parte sustancial de la agenda inconclusa durante muchos años o al menos hasta que se obtenga una vacuna segura, asequible y eficaz. Será necesario continuar las investigaciones para dilucidar mejor varios asuntos, como otras rutas de transmisión eficaces del virus que no requieren un vector y la patogénesis de la enfermedad resultante. El brote de infección por el virus del Zika también mostró claramente la necesidad de redoblar nuestra cooperación técnica para aumentar notablemente el acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva en los Estados Miembros.

135. Nuestros esfuerzos para promover la salud universal mediante la eliminación de los pagos de los pacientes en el punto del servicio deben ser apoyados firmemente no solo por los ministerios de salud, sino también por las organizaciones multilaterales asociadas, ya que la perpetuación de estas prácticas puede tener repercusiones muy negativas en el acceso a los servicios de salud, en particular para las personas que viven en condiciones de vulnerabilidad.

136. Otro reto importante que se perfila tanto para la Oficina como para los Estados Miembros es encontrar la mejor manera de contrarrestar la influencia de las industrias (tabaco, bebidas alcohólicas, alimentos ultraprocesados y bebidas azucaradas) que podrían verse afectadas por las tentativas nacionales de fortalecer la capacidad de reglamentación. Estas industrias, que por lo general son conglomerados mundiales económicamente poderosos y políticamente influyentes, han tratado de influir en la elaboración de leyes, normas y reglamentos que podrían reducir los factores de riesgo de ENT.

137. En conclusión, la Oficina ha demostrado inequívocamente sus aportes a los esfuerzos desplegados por los Estados Miembros para mejorar la salud y el bienestar de sus poblaciones. Hemos demostrado liderazgo en nuestra cooperación técnica no solo en relación con nuestros programas de trabajo acordados, sino también al responder a las

numerosas emergencias imprevistas que enfrentamos durante el período 2015-2016. Hemos proporcionado asesoramiento técnico de expertos basado en las experiencias y las enseñanzas de varios decenios y hemos movilizado recursos adicionales para apoyar la respuesta a las emergencias.

138. De cara a esta nueva era de la agenda de desarrollo sostenible, seguiremos proporcionando un liderazgo visionario en el campo de la salud pública, ampliando las asociaciones que aportan cualidades adicionales y extienden el alcance de nuestra cooperación técnica, y aumentando nuestra participación y diálogo con los Estados Miembros para continuar con un trabajo focalizado y pertinente que responda a sus necesidades.

**Siglas y abreviaturas**

BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CARICOM	Comunidad del Caribe
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos
ENT	enfermedades no transmisibles
FIOCRUZ	Fundación Oswaldo Cruz
MSPP	Ministerio de Salud Pública y Población (Haití)
OAR	Operaciones de Alerta y Respuesta
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OEA	Organización de los Estados Americanos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSP	Oficina Sanitaria Panamericana
PIB	producto interno bruto
PMIS	Sistema de Información Gerencial de la OSP
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
SGI	Sistema de Gestión de Incidentes
SRC	Sistema Regulador del Caribe
TI	tecnología de la información
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

## **Nota de agradecimiento**

La Oficina Sanitaria Panamericana agradece el apoyo brindado por los Estados Miembros por medio de sus contribuciones señaladas y las generosas contribuciones voluntarias de los siguientes gobiernos, organismos e instituciones:

Asociación Odontológica Estadounidense  
Asociación Estadounidense del Corazón  
Corporación Andina de Fomento  
Fundación Universitaria de Antioquia  
Fundación Bill y Melinda Gates  
Consejo Nacional de Ganado de Corte de Brasil  
Organismo de Salud Pública del Caribe  
Oficina Regional de CBM para América Latina  
Center for Public Service Communications  
Colgate Palmolive Company  
Departamento de Relaciones Exteriores, Comercio y Desarrollo de Canadá  
Fondo Financiero Distrital de Salud de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá  
Comisión Europea  
Fundación Mérieux  
Alianza GAVI  
Asuntos Mundiales Canadá  
Gobierno de Argentina  
Gobierno de Australia  
Gobierno de las Bahamas  
Gobierno de Belice  
Gobierno de Bolivia  
Gobierno de Brasil  
Gobierno de Colombia  
Gobierno de Costa Rica  
Gobierno de la República Dominicana  
Gobierno de Ecuador  
Gobierno de El Salvador  
Gobierno de Guatemala  
Gobierno de Guyana  
Gobierno de Honduras  
Gobierno de Italia  
Gobierno de México  
Gobierno de Panamá  
Gobierno de Paraguay  
Gobierno de Perú  
Gobierno de la República de Corea  
Gobierno de España  
Gobierno del Reino Unido  
Gobierno de Uruguay

Gobierno de Venezuela  
Banco Interamericano de Desarrollo  
Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo  
Agencia Internacional para la Prevención de Ceguera  
Escuela de Economía de Londres  
MAC AIDS Fund  
Organismo Noruego de Cooperación para el Desarrollo  
Orbis International  
Fundación de la OPS  
Servicios Internacionales de Población  
Project High Hopes Global  
Organismo de Salud Pública de Canadá  
Rad Aid International  
Fundación Rockefeller  
Instituto de Vacunas Sabin  
Fundación Sanofi Espoir  
Fondo para la Aplicación de Normas y el Fomento del Comercio  
Task Force for Global Health  
Hospital de Niños de Texas  
Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria  
Centro del Japón para el Intercambio Internacional  
National Foundation for the Centers for Disease Control and Prevention, Inc.  
Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional  
Alianza de las Naciones Unidas para Promover los Derechos de las Personas con Discapacidad  
Banco Mundial  
Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos  
Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres de las Naciones Unidas  
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia  
Fondo de Población de las Naciones Unidas  
Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad Humana  
Fundación de las Naciones Unidas  
Oficina de las Naciones Unidas de Coordinación de Asuntos Humanitarios  
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo  
Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente  
Universidad de Washington  
Vaccine Ambassadors

- - -