

29.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

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

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

Punto 4.4 del orden del día provisional

CSP29/6, Rev. 3*
25 de septiembre del 2017
Original: español

AGENDA DE SALUD SOSTENIBLE PARA LAS AMÉRICAS 2018-2030: UN LLAMADO A LA ACCIÓN PARA LA SALUD Y EL BIENESTAR EN LA REGIÓN

* Esta versión incluye cambios en la meta 5.8.

ÍNDICE

I. DECLARACIÓN DE LOS MINISTROS Y SECRETARIOS DE SALUD	3
II. PREFACIO DE LA DIRECTORA DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA	4
III. LA VISIÓN REGIONAL.....	3
Características de la nueva Agenda	3
Principios y valores.....	3
<i>El derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr</i>	3
<i>La solidaridad panamericana</i>	4
<i>La equidad en la salud</i>	4
<i>La universalidad</i>	5
<i>La inclusión social</i>	5
Visión.....	5
IV. CONTEXTO Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN.....	7
Contexto y antecedentes	7
<i>La Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030</i>	7
<i>La Agenda de Salud para las Américas 2008-2017</i>	7
<i>La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible</i>	10
Análisis de la situación	12
<i>Tendencias socioeconómicas en la Región</i>	12
<i>Tendencias demográficas</i>	13
<i>Tendencias de la situación de salud y respuesta de los sistemas de salud en la Región</i> ...	15
<i>Medioambiente y salud</i>	18
<i>Enfermedades transmisibles</i>	19
<i>Enfermedades crónicas, salud mental y factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles</i>	23
<i>Sistemas y servicios de salud</i>	25
V. OBJETIVOS Y METAS	29
VI. EJECUCIÓN, SEGUIMIENTO, EVALUACIÓN Y PRESENTACIÓN DE INFORMES.....	44
Ejecución	44
Seguimiento, evaluación y presentación de informes	47
Anexo A: Metas e indicadores del ODS 3.....	50
Anexo B: Causas principales de muerte en la Región en el período 2010-2013, según el sexo	56
Anexo C: Agradecimientos	57

I. DECLARACIÓN DE LOS MINISTROS Y SECRETARIOS DE SALUD

Nosotros, los Ministros y Secretarios de Salud de los países de la Región de las Américas aprobamos por unanimidad esta Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (ASSA2030) como el instrumento estratégico de política que proveerá direccionalidad y visión política para el desarrollo de la salud en la Región durante los próximos trece años y declaramos nuestro compromiso con:

- a) una visión regional de un continente americano más saludable y equitativo, en armonía con la visión y los principios mundiales establecidos en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, construyendo sobre la base de los avances logrados en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017;
- b) la reafirmación del derecho a la salud, donde sea nacionalmente reconocido, y del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, la solidaridad panamericana, la equidad en la salud, la universalidad y la inclusión social, como principios y valores fundamentales que han inspirado a los países que representamos a mejorar los resultados de salud para que nuestras poblaciones puedan alcanzar su máximo potencial;
- c) el trabajo continuo en favor del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, y el desarrollo de sistemas de salud resilientes y con capacidad para analizar y actuar sobre los determinantes de la salud de manera intersectorial;
- d) la promoción de la Agenda en los niveles más altos de toma de decisiones y el fomento de acciones conjuntas con agentes tanto gubernamentales como no gubernamentales a nivel subnacional, nacional, subregional y regional, según sea apropiado, para concretar la visión regional de esta Agenda de una manera integral y colaborativa;
- e) la ejecución, el seguimiento y la evaluación de esta Agenda, y la rendición de cuentas con respecto a su cumplimiento, por medio de los mecanismos establecidos, en colaboración con la Oficina Sanitaria Panamericana.

II. PREFACIO DE LA DIRECTORA DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

1. Los países de la Región de las Américas se han unido de una manera sin precedentes para elaborar y poner en marcha esta inspiradora Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030, y los aplaudo por ello. La Región continúa desempeñando su papel de pionera y líder mundial en la salud pública, en este caso al haber expuesto claramente cómo abordará los retos planteados en los Objetivos de Desarrollo Sostenible para el año 2030 aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el 2015.

2. La Oficina Sanitaria Panamericana ha apoyado con entusiasmo a los países que han trabajado en la elaboración de esta Agenda, y comprometo firmemente nuestro pleno apoyo para llevarla a cabo. Esta Agenda será clave para la elaboración de los propios planes estratégicos de la OPS y apoyaremos activamente su aplicación en toda la Región en colaboración con todos los países y asociados.

3. La evolución del sector de la salud en la Región ha sido notable: tan solo en las últimas décadas hemos visto importantes avances en algunos indicadores clave de salud, como la esperanza de vida, la mortalidad infantil y la cobertura de vacunas. Recientemente hemos eliminado la rubéola y el sarampión, y muchos países han eliminado la transmisión maternoinfantil del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y algunas enfermedades tropicales desatendidas, como la oncocercosis (o ceguera de los ríos) y la enfermedad de Chagas. La Región además está bien encaminada hacia la eliminación de la malaria. Si bien se están logrando avances en la lucha contra las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo, siguen representando una gran amenaza a la salud, el bienestar y el desarrollo de nuestros pueblos.

4. Creo que esta Agenda nos ayudará a centrar mejor nuestros esfuerzos a lo largo de la tercera década del siglo XXI para que podamos ver un mayor retorno de nuestra inversión en la salud. En los próximos años, nuestro punto central debe ser asegurar la equidad en torno a la salud, para que todas las personas puedan beneficiarse de los principales esfuerzos por lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

5. Estoy segura de que esta agenda política de alto nivel puede ayudarnos a no perder de vista la meta mientras trabajamos colectivamente para alcanzar los objetivos de salud aquí contenidos. Entre este momento y el año 2030 los partidos políticos pueden cambiar, las circunstancias económicas pueden ser más o menos favorables para la inversión en la salud y, sin embargo, podemos permanecer centrados en las metas establecidas a largo plazo.

6. Por esta razón los invito a que se sumen para celebrar el trabajo, la visión y el compromiso de los países que han dado como resultado esta Agenda de Salud Sostenible. Al mismo tiempo, no podemos dejar de reconocer que la parte difícil comienza ahora: trabajar día a día en la miríada de iniciativas y medidas que finalmente nos llevarán a lograr la visión de una salud y un bienestar equitativos para todos los pueblos de la Región.

(Firma)

III. LA VISIÓN REGIONAL

Características de la nueva Agenda

7. La Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (la Agenda o ASSA2030) constituye el marco de políticas y planificación estratégica de más alto nivel en la Región de las Américas. Es un llamado a la acción colectiva para lograr niveles más altos de salud y bienestar en la Región en su conjunto y en los Estados Miembros, teniendo en cuenta el nuevo contexto regional y mundial. La Conferencia Sanitaria Panamericana, la máxima autoridad de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que cuenta con representación de todos los países del continente americano, aprueba esta Agenda.

8. La ASSA2030 representa la respuesta del sector de la salud a los compromisos asumidos por los Estados Miembros de la OPS en relación con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los temas inconclusos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, así como los retos regionales futuros y emergentes en materia de salud pública que puedan surgir. La Agenda se implementará por medio de los planes estratégicos y las estrategias de la OPS, así como de los planes de salud nacionales y subregionales.

Principios y valores

9. La ASSA2030 promueve la salud y el bienestar de todas las personas, familias y comunidades en el continente americano. Reconociendo que los países de la Región tienen diferentes necesidades y abordajes para mejorar la salud, esta Agenda respeta los principios y valores interrelacionados que se indican a continuación, y se adhiere a ellos.

El derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr

10. En la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se establece que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”.¹ Para hacer de este derecho una realidad, los países deben trabajar a fin de mejorar el acceso a una atención de salud que sea oportuna, asequible y de calidad apropiada, así como en torno a los determinantes de la salud como las condiciones de vida adecuadas y los alimentos saludables. Todos estos factores también promueven el goce de otros derechos humanos, incluidos, entre otros, el derecho a la educación, así como a la no discriminación, al acceso a la información y a la participación social.

¹ Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/about/mission/es/>.

11. La Agenda está en consonancia con el compromiso de los Estados Miembros y la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina u OSP) de integrar los derechos humanos en los programas y las políticas de salud tanto a nivel nacional como regional, teniendo en cuenta los determinantes subyacentes de la salud como parte de un enfoque integral de salud y derechos humanos.

La solidaridad panamericana

12. Sobre la base de la historia y experiencia de nuestro continente, la solidaridad panamericana, entendida como la promoción de intereses y responsabilidades comunes, así como la facilitación de esfuerzos colectivos para alcanzar metas compartidas, es esencial para asegurar el progreso equitativo de los Estados Miembros en la ejecución de la Agenda en la Región.

13. Las sólidas alianzas bilaterales y la cooperación Sur-Sur entre los Estados Miembros, así como la cooperación multilateral y regional, junto con los procesos dinámicos de integración, son los mecanismos básicos para intercambiar enfoques y experiencias eficaces, así como bienes y servicios, a fin de alcanzar las metas comunes y superar las inequidades en la salud.

14. La solidaridad es también crítica para asegurar la seguridad sanitaria durante las crisis, las emergencias y los desastres en la Región.

La equidad en la salud

15. La Agenda refleja la búsqueda de la equidad en la salud como parte de un esfuerzo colectivo para eliminar todas las desigualdades en materia de salud que son evitables, injustas y remediables entre poblaciones o grupos dentro de los países de la Región y entre ellos. Para superarlas, es importante tener en cuenta que estas desigualdades se encuentran arraigadas en determinantes sociales y ambientales que también deben abordarse.

16. Como afirma la OMS, “un enfoque de salud basado en los derechos humanos ofrece estrategias y soluciones que permiten afrontar y corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas que suelen ser aspectos centrales de la inequidad en los resultados sanitarios. El objetivo de un enfoque basado en los derechos humanos es que todas las políticas, estrategias y programas se formulen con el fin de mejorar progresivamente el goce del derecho a la salud para todas las personas. Las intervenciones para conseguirlo se rigen por principios y normas rigurosos que incluyen: la no discriminación [...], la disponibilidad [...], la accesibilidad [...], la aceptabilidad [...], la calidad [...], la rendición de cuentas [...] y la universalidad [...]”.²

² OMS. Salud y derechos humanos. Hoja descriptiva n.º 323, diciembre del 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

La universalidad

17. Los derechos humanos, entre ellos el derecho al goce del grado máximo de salud, son universales e inalienables. Todas las personas, en cualquier lugar del mundo, deben poder ejercerlos y disfrutarlos.

18. En consonancia con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, la ASSA2030 se adhiere al principio de no dejar a nadie ni a ningún país atrás.

La inclusión social

19. La Agenda promueve la participación social en la definición, la implementación y la evaluación de los resultados de las políticas de salud. Por tanto, alienta a los formuladores de políticas y prestadores de servicios a que tomen las medidas necesarias para que los sistemas de salud sean más receptivos a las personas a las que prestan servicios.

20. En el ejercicio de los derechos humanos, entre ellos el derecho al goce del grado máximo de salud, se debe incluir a todas las personas, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, lugar de nacimiento o cualquier otra condición.³

21. En el ejercicio del derecho al goce del grado máximo de salud, se debe incluir a las personas que pertenecen a grupos étnicos, comunidades y grupos poblacionales que se diferencian culturalmente. En la Agenda se toma en cuenta el enfoque de la interculturalidad como expresión de un proceso social interactivo de reconocimiento y respeto de las diferencias existentes entre una o varias culturas, indispensable para construir una sociedad justa.⁴

Visión

22. Para el año 2030, la Región en su conjunto, así como los países que la integran, se proponen lograr el grado más alto posible de salud con equidad y bienestar para todas las personas a lo largo del curso de la vida, con acceso universal a la salud y cobertura universal de salud, sistemas de salud resilientes y servicios de salud de calidad.

³ Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General No. 20, *La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales*; 2009 (documento E/C.12/GC/20). Disponible en: <http://www.refworld.org/cgi-bin/tehis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=4ae049a62>.

⁴ OPS. Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas, pág. 9. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/54-VisionSaludInterculturalPI.pdf>.

23. Esta visión está en plena armonía con la visión mundial establecida en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible,⁵ en la que se define un marco general para el desarrollo social, económico y ambiental en el que la salud y sus determinantes son clave: “Aspiramos a un mundo sin pobreza, hambre, enfermedades ni privaciones, donde todas las formas de vida puedan prosperar; un mundo sin temor ni violencia; un mundo en el que la alfabetización sea universal, con acceso equitativo y generalizado a una educación de calidad en todos los niveles, a la atención sanitaria y la protección social, y donde esté garantizado el bienestar físico, mental y social; un mundo en el que reafirmemos nuestros compromisos sobre el derecho humano al agua potable y al saneamiento, donde haya mejor higiene y los alimentos sean suficientes, inocuos, asequibles y nutritivos; un mundo cuyos hábitats humanos sean seguros, resilientes y sostenibles y donde haya acceso universal a un suministro de energía asequible, fiable y sostenible”.

⁵ Naciones Unidas. *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Septuagésimo período de sesiones de la Asamblea General, resolución A/RES/70/1. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/291/93/PDF/N1529193.pdf?OpenElement>.

IV. CONTEXTO Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

Contexto y antecedentes

La Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030

24. Esta Agenda representa la respuesta del sector de la salud a los compromisos asumidos por los países en relación con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, los temas inconclusos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, así como los compromisos asumidos por la Oficina como la oficina regional de la OMS, otros compromisos mundiales en materia de salud de la Región y retos regionales futuros y emergentes en materia de salud pública.

25. Los Estados Miembros de la OPS decidieron elaborar la ASSA2030 en un evento especial que tuvo lugar el 28 de septiembre del 2016 en ocasión del 55.º Consejo Directivo de la OPS. Los participantes, entre los que se contaban varios ministros de salud, determinaron que la nueva Agenda debería expresar la visión compartida de los Estados Miembros para el desarrollo de la salud en la Región en el contexto de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas. Se determinó además que la nueva agenda debía basarse en las enseñanzas extraídas de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, así como en las iniciativas individuales de los Estados Miembros para avanzar en las acciones nacionales necesarias para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

26. A fin de elaborar esta Agenda, un Grupo de Trabajo de los Países⁶ trabajó en estrecha colaboración con la Oficina en reuniones virtuales y presenciales desde octubre del 2016 hasta septiembre del 2017. Además, se celebraron consultas con los Estados Miembros en las reuniones de los Cuerpos Directivos de la OPS en el 2017 y en la Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2017. Estas consultas brindaron la oportunidad de mantener informados a los Estados Miembros sobre el progreso y obtener aportes a medida que transcurría el proceso.

La Agenda de Salud para las Américas 2008-2017

27. La Agenda de Salud para las Américas 2008-2017⁷ se elaboró “a raíz de una recomendación de la Dependencia Común de Inspección de las Naciones Unidas, la cual

⁶ El Grupo de Trabajo estuvo integrado por representantes de alto nivel de 16 Estados Miembros de todas las subregiones del continente americano: de América del Norte participaron Estados Unidos y México; del Caribe, Antigua y Barbuda y Barbados; de América Central, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Panamá; de América del Sur, Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay. Ecuador fue el presidente, y Panamá y Barbados fueron vicepresidentes del grupo. Entre los representantes se incluían ministros y viceministros de salud, directores médicos, planificadores, epidemiólogos y profesionales de relaciones internacionales en el ámbito de la salud.

⁷ OPS. *Agenda de Salud para las Américas 2008-2017*. Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda_Salud_para_las_Americas_2008-2017.pdf.

había señalado que la planificación en las organizaciones internacionales debía basarse en una visión común de sus Estados Miembros, formulada independientemente de la secretaría y de los órganos directivos de las organizaciones”.⁸ Además, en ella se abordaron los mandatos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y del Undécimo Programa General de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud, aprobado en el 2006. La Agenda de Salud en las Américas 2008-2017 se presentó en la Ciudad de Panamá en junio del 2007.

28. Esa Agenda fue reconocida como el instrumento de más alto nivel para la salud en la Región de las Américas. Orientó la respuesta a las necesidades de salud de la población del continente y fue un compromiso formal para trabajar de manera conjunta y solidaria en pro del desarrollo de la salud en la Región. Además sirvió de guía en la elaboración de planes nacionales de salud y planes estratégicos de todas las organizaciones interesadas en la cooperación en materia de salud con los países de la Región, incluida la Oficina (planes estratégicos correspondientes al 2008-2013 y al 2014-2019).

29. En la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 se establecieron ocho áreas principales de acción: *a)* fortalecer la autoridad sanitaria nacional; *b)* abordar los determinantes de la salud; *c)* aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad; *d)* disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos; *e)* reducir los riesgos y la carga de enfermedad; *f)* fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud; *g)* aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología; y *h)* fortalecer la seguridad sanitaria.

30. La evaluación de mitad de período de esa Agenda se presentó a la 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre del 2012. En la evaluación se reconocieron los importantes avances logrados en las ocho áreas de acción y se llamó la atención sobre algunos problemas específicos de salud en los que se había observado menos avance y era necesario redoblar los esfuerzos: *a)* la mortalidad materna, *b)* el dengue, *c)* la tuberculosis, *d)* la infección por el VIH/sida, *e)* la obesidad, *f)* el gasto público destinado a la salud y *g)* el gasto de bolsillo. Durante el período que se examinó, el uso de la Agenda en los países de la Región había sido bueno y había guiado la formulación de planes, políticas y estrategias nacionales de salud. Del mismo modo, a nivel subregional, la Agenda había tenido un uso regular y había orientado el desarrollo de programas, estrategias y planes de acción. Sin embargo, los organismos de salud y los asociados de la Región habían utilizado la Agenda de manera limitada. La falta de metas e indicadores había hecho difícil la evaluación de mitad de período y la supervisión y presentación de informes eficaces sobre la ejecución de la Agenda. Se recomendó fijar metas para el año 2017, sobre la base de “indicadores proxi”, definidos para la evaluación de mitad de período de la Agenda.

⁸ Informe final de la 27.ª Conferencia Sanitaria Panamericana (documento CSP27/FR), que tuvo lugar del 1 al 5 de octubre del 2007. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/gov/csp/csp27-fr-s.pdf?ua=1>.

31. La evaluación final de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, que se ha llevado adelante de manera paralela a la elaboración de la ASSA2030, involucró la realización de una encuesta a todos los Estados Miembros, un examen de sus planes nacionales de salud y el análisis de los indicadores proxi definidos en la evaluación de mitad de período. Los resultados preliminares de esta evaluación final permiten informar sobre las áreas específicas que se señalaron en la evaluación de mitad de período.

32. Respecto a las áreas específicas señaladas en aquella ocasión, la evaluación final indica lo siguiente:

- a) Mortalidad materna: la razón de mortalidad materna (RMM) estimada⁹ en la Región muestra variaciones muy importantes entre los países, con una reducción de 67 por 100.000 nacidos vivos registrados en el 2005 a 52 en el 2015. En ese último año, la mediana fue de 63 por 100.000 nacidos vivos en el conjunto de la Región,¹⁰ y de 27 en los países que estaban por debajo de esa mediana regional¹¹ y 94 en los que estaban por encima.¹²
- b) Dengue: los casos de dengue han aumentado significativamente, de 1.699.072 casos acumulados en el 2011 a 8.207.797 en el 2015;¹³ por lo tanto, esta enfermedad sigue siendo una gran preocupación en la Región.
- c) Tuberculosis: ha habido una reducción de la incidencia de 24 casos por 100.000 habitantes en el 2007 y 23,5 por 100.000 habitantes en el 2009 a 22,1 por 100.000 habitantes en el 2014.¹⁴
- d) Infección por el VIH/sida: ha habido una reducción del número de casos de transmisión materno-infantil del VIH de 3.300 en el 2011 a 2.100 en el 2015.¹⁵
- e) Obesidad: la tendencia muestra un aumento de la obesidad en menores de 5 años de 6,9% en el 2005 a 7,2% en el 2012.¹⁶
- f) Gasto nacional público destinado a la salud como porcentaje del producto interno bruto (PIB): hubo un incremento gradual en América Latina y el Caribe, de 3,1% en el 2006 a 3,7% en el 2011 y 4% en el 2014 (usando un promedio simple).¹⁷

⁹ OMS; UNICEF; UNFPA; Grupo del Banco Mundial; División de Población de las Naciones Unidas. *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>.

¹⁰ Intervalo de confianza de 95% (14-229).

¹¹ Intervalo de confianza de 95% (7-54).

¹² Intervalo de confianza de 95% (64-350).

¹³ OPS. *Salud en las Américas*, ediciones 2012 y 2017.

¹⁴ OPS. *Indicadores Básicos de Salud*, 2016.

¹⁵ OPS. *Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis in the Americas*. Update 2016.

¹⁶ OPS. *Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas* (2012) e *Indicadores Básicos de Salud* (2016).

¹⁷ OPS. *Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas* (2012) e *Indicadores Básicos de Salud* (2017).

- g) Gasto de bolsillo: como porcentaje del gasto total destinado a la salud, el gasto de bolsillo en América Latina y el Caribe disminuyó de 52% en el 2006 a 33% en el 2014.¹⁸

33. De conformidad con su propósito, la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 sirvió a la OPS como principal instrumento político y estratégico para la elaboración y ejecución de dos planes estratégicos (2008-2013 y 2014-2019), así como de estrategias y planes regionales de acción y estrategias de cooperación en los países.

La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible

34. En septiembre del 2015, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la resolución “Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”,¹⁹ que contiene 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y 169 metas específicas de desarrollo.

35. De los 17 ODS, el objetivo 3, “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades” y sus 13 metas son directamente pertinentes para esta ASSA2030. Sin embargo, es importante señalar que hay metas relacionadas con la salud en otros ODS, clara expresión de la intención de la Agenda 2030 de fomentar un enfoque intersectorial del desarrollo y de trabajar hacia mejoras sociales, económicas y ambientales holísticas.

Cuadro 1. Metas del ODS 3²⁰

Número	Meta
3.1	De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos
3.2	De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos
3.3	De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles
3.4	De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar

¹⁸ Ídem que la nota anterior.

¹⁹ Naciones Unidas. *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Septuagésimo período de sesiones de la Asamblea General, resolución A/RES/70/1. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/291/93/PDF/N1529193.pdf?OpenElement>.

²⁰ Elaborado con información tomada de la resolución A/RES/70/1 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*.

Número	Meta
3.5	Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol
3.6	De aquí a 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo
3.7	De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales
3.8	Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos
3.9	De aquí a 2030, reducir considerablemente el número de muertes y enfermedades causadas por productos químicos peligrosos y por la polución y contaminación del aire, el agua y el suelo
3.a	Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda
3.b	Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración relativa al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio respecto a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos
3.c	Aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo
3.d	Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial

36. En el párrafo 26 de la Agenda 2030 se hace hincapié en la importancia crítica de la salud: “Para promover la salud y el bienestar físicos y mentales y prolongar la esperanza de vida de todas las personas, debemos lograr que la cobertura sanitaria y el acceso a una atención médica de calidad sean universales, sin excluir a nadie. Nos comprometemos a acelerar los avances conseguidos hasta la fecha en la reducción de la mortalidad neonatal, infantil y materna poniendo fin a todas las muertes prevenibles de aquí a 2030. Nos comprometemos también a garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación. De igual modo aceleraremos el ritmo de los progresos en la lucha contra la malaria, el VIH/SIDA, la tuberculosis, la hepatitis, el ébola y otras enfermedades transmisibles y epidemias, incluso abordando la creciente resistencia a los antibióticos y el problema de las enfermedades desatendidas que afectan a los países en desarrollo. Estamos comprometidos con la prevención y el tratamiento de enfermedades no transmisibles,

incluidos los trastornos conductuales, evolutivos y neurológicos, que constituyen un grave impedimento para el desarrollo sostenible”.

Análisis de la situación

37. El análisis que se presenta a continuación establece el contexto para la ASSA2030. Incluye una sinopsis de las características y tendencias socioeconómicas y demográficas, así como del perfil epidemiológico, las tendencias de la situación de salud y la respuesta del sistema de salud. Las fuentes de información son el informe de las Naciones Unidas sobre la situación y perspectivas de la economía mundial en 2017,²¹ la perspectiva regional de la edición del 2017 de *Salud en las Américas*²² y el *Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2014-2015/Primer informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019*.²³

Tendencias socioeconómicas en la Región

38. La economía mundial en los últimos diez años se ha caracterizado por una desaceleración con leves repuntes. Esta desaceleración comenzó en septiembre del 2008, con su epicentro en las economías de algunos países que estaban experimentando mayor crecimiento. La Región de las Américas no ha sido ajena a esta tendencia y ha presentado una desaceleración más pronunciada que el promedio mundial.

Perspectivas económicas por subregión

39. Las economías de la Región muestran un desempeño variable. Las perspectivas económicas de América del Norte (Estados Unidos y Canadá, primera y décima economías del mundo) son positivas, básicamente por el aumento en el consumo privado, particularmente de bienes duraderos y la adquisición de inmuebles; el nivel bajo de desempleo; y el aumento ligero de los salarios en Estados Unidos. En Canadá, se prevé una expansión económica como resultado de los planes de expansión fiscal en infraestructura básica, los aumentos modestos de los precios de los productos básicos y una ligera mejora en la competitividad debido a la depreciación de la moneda.

²¹ Naciones Unidas. *Situación y perspectivas de la economía mundial 2017* (resumen ejecutivo; publicación completa solo disponible en inglés). Disponible en: https://www.un.org/development/desa/dpad/wp-content/uploads/sites/45/2017wesp_es_sp.pdf. Naciones Unidas. *World Economic Situation and Prospects 2017. Update as of mid-2017*. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N17/130/50/PDF/N1713050.pdf?OpenElement>.

²² OPS. Contexto económico y social de las Américas 2010-2015. En: OPS. *Salud en las Américas 2017* (pendiente de publicación).

²³ OPS. *Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2014-2015/Primer informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019*. 55.º Consejo Directivo, 68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 26 al 30 de septiembre del 2016 (documento CD55/5). Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=35907&Itemid=270&lang=es.

40. En América del Sur, después de dos años de caída en el PIB (una disminución de 1,9% en el 2015 y de 2,6% en el 2016) se pronostica una recuperación lenta del 0,6% en el 2017 y el 2,6% en el 2018. Algunos países mostraron un mejor desempeño debido a mayores inversiones; en otros sigue pesando el aumento del desempleo, el crecimiento bajo en la productividad, la escasa diversificación económica y la capacidad institucional débil.

41. En México y Centroamérica se espera que el crecimiento promedio se mantenga a niveles modestos y se pronostica un crecimiento del PIB ligeramente superior al 2% para el 2017 y el 2018 en medio de un alto nivel de incertidumbre. En algunos países de Centroamérica se prevén crecimientos del PIB de más del 4% en el 2017 y el 2018 debido a una vigorosa inversión pública, un fuerte consumo privado y el dinamismo de la industria turística.

42. En el Caribe, la situación y las perspectivas económicas varían ampliamente de un país a otro dependiendo de las limitaciones estructurales de sus economías y de su vulnerabilidad a los cambios en la economía mundial. A pesar de ello, algunos países han experimentado un crecimiento del PIB del 3% o más.

43. En el informe de las Naciones Unidas²⁴ se solicita una reorientación de las políticas macroeconómicas y de otro tipo para promover más eficazmente la inversión en capital físico y humano y fortalecer las capacidades innovadoras en toda la Región. Existen algunos riesgos significativos en el aspecto económico. Las perspectivas de crecimiento a mediano plazo para muchas economías de América Latina y el Caribe están empañadas por persistentes debilidades estructurales, incluida una dependencia alta en relación con los productos primarios y un aumento bajo de la productividad. Un período prolongado de crecimiento débil podría suponer una amenaza para los logros sociales del decenio pasado y complicar el camino de la Región hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Por ello, en el informe se recomienda incrementar la inversión pública para romper el círculo vicioso de bajas inversiones y bajo crecimiento económico, y mejorar la recaudación de impuestos.

Tendencias demográficas

44. La Región de las Américas ha sido testigo de importantes transiciones demográficas y epidemiológicas. En el 2015 la población de la Región llegó a 992 millones, con un crecimiento del 12% desde el 2005. En términos generales, entre el

²⁴ Naciones Unidas. *Situación y perspectivas de la economía mundial 2017* (resumen ejecutivo; publicación completa solo disponible en inglés). Disponible en: https://www.un.org/development/desa/dpad/wp-content/uploads/sites/45/2017wesp_es_sp.pdf. Naciones Unidas. *World Economic Situation and Prospects 2017. Update as of mid-2017*. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N17/130/50/PDF/N1713050.pdf?OpenElement>.

2010 y el 2015 hubo una reducción de 1,48% en la población menor de 15 años y un incremento de 14,06% en la población mayor de 79 años.²⁵

45. La esperanza de vida al nacer a nivel mundial aumentó en 3 años entre el período 2000-2005 y el período 2010-2015 (de 67,1 a 70,5). La Región de las Américas también tuvo un incremento en la esperanza de vida al nacer de 3,2 años, de 73,7 en el 2000 a 76,9 en el 2015. El promedio regional de esperanza de vida oculta las desigualdades entre y dentro de las subregiones y los países. Por ejemplo, la esperanza de vida en el 2015 en América Latina y el Caribe fue de 74,5 años, mientras que en América del Norte fue de 79,2 años y a nivel de país varía desde 63,5 años en Haití hasta 82,2 en Canadá.²⁶

46. La mitad de los países de la Región presenta tasas de fecundidad inferiores a 2,1 hijos por mujer, lo que significa que han comenzado con la fase demográfica de “población sin reemplazo”, así como un proceso progresivo de envejecimiento. Aunque las tasas de fecundidad han disminuido, la fecundidad en las adolescentes (de 15 a 19 años de edad) aumentó, con una tasa actual de fecundidad regional estimada en 49,5 por 1.000 (con un rango de 8,2 a 96,1). Aunque actualmente esta tendencia se ha mantenido estable, las madres adolescentes registran 20% de los 15 millones de nacimientos por año en la Región.²⁷

47. Vale la pena señalar que, sin excepción, los países latinoamericanos tienen una situación demográfica ventajosa para el desarrollo económico: el llamado “dividendo demográfico”. En general, los países de América Latina se encuentran en lo que se conoce como la segunda fase del dividendo demográfico. En esta segunda fase, la más favorable, la razón de dependencia en un país alcanza su nivel más bajo, de menos de dos personas dependientes por cada tres personas activas, y permanece constante en ese nivel. Esta fase comenzó a principios del siglo XXI y se espera que dure hasta fines de la década del 2011-2020, momento en que se espera que comience la tercera fase, que se extenderá hasta los primeros años de la década del 2041-2050.

48. En el 2015, en América Latina y el Caribe residía el 26% de la población infantil (de 0 a 14 años) de todo el mundo, al igual que el 17% de la población adolescente (de 15 a 24 años) y el 14,6% de las personas mayores de 60 años de edad. La población mayor de 80 años representaba en América del Norte el 3,8% de este grupo de población en todo el mundo, y en América Latina el 1,6%. Sin embargo, la tasa de embarazos en adolescentes en América Latina y el Caribe fue la segunda más alta del mundo en el período 2010-2015 (66,5 nacidos vivos por 1.000 mujeres de 15 a 19 años).

²⁵ OMS. Global Health Observatory.

Disponible en: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/en/

²⁶ CEPAL. Los impactos de las tendencias demográficas. En: CEPAL. *Panorama social de América Latina 2015*. Santiago de Chile: CEPAL; 2015. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39965/S1600175_es.pdf.

²⁷ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, .Enfermedades Transmisibles e Información y Análisis de Salud: Situación de Salud en las Américas, Indicadores Básicos 2017, Washington, D.C.: OPS; 2017.

49. En el 2014 los países con mayores proporciones de personas viviendo en zonas urbanas en el mundo se encontraron en América del Norte (82% de la población), América Latina y el Caribe (80%), y Europa (73%), en contraste con África y Asia, que se mantuvieron principalmente rurales. Cabe resaltar que en la Región de las Américas se encuentran tres de las seis megalópolis del mundo (Ciudad de México, Nueva York y São Paulo).

Tendencias de la situación de salud y respuesta de los sistemas de salud en la Región

Inequidades en la salud

50. En el último decenio, el crecimiento que han experimentado los países de la Región de las Américas no ha beneficiado de manera uniforme a los diferentes grupos sociales, lo que ha llevado a niveles bajos de calidad de vida en los hogares y de disponibilidad de servicios sociales, incluidas la salud y la educación, para millones de personas. Esto, a su vez, se refleja en grandes variaciones de los indicadores de salud, tanto entre los países de la Región como dentro de ellos.

51. Las variaciones indican enormes desigualdades entre los países y dentro de ellos, con resultados en materia de salud que reflejan factores como la riqueza, la educación, la ubicación geográfica, el género, la etnicidad y la edad. Por ejemplo, en el 2013 los países de la Región con el nivel de ingresos más bajos registraron una tasa de mortalidad de menores de 1 año que es 4,5 veces mayor que en los países con el nivel de ingresos más altos, y las mujeres presentan un riesgo 5,5 veces más alto de morir por causas relacionadas con la maternidad en países con menos años de escolaridad en promedio que en los países con más años de escolaridad. Del mismo modo, dentro de los países, las unidades subnacionales que se ubican en el quintil más pobre en cuanto a la riqueza de los hogares tienen las tasas más altas de mortalidad de menores de 5 años, y las que se ubican en el nivel más bajo de años de escolaridad pueden tener un riesgo hasta tres veces mayor de morir prematuramente que aquellas que presentan los niveles más altos, independientemente de la edad o el sexo. Cuando se considera el origen étnico y la raza, la esperanza de vida entre los habitantes indígenas tiende a ser de 7 a 8 años menor que entre las poblaciones no indígenas.²⁸ Las mujeres indígenas tienden a tener menores probabilidades de atención prenatal que cumpla los estándares de atención,²⁹ presentan mayores niveles de mortalidad materna y la probabilidad de que estas mujeres sean atendidas durante el parto en instituciones de salud es menor en comparación con las

²⁸ Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC); Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). *Panamá: Diagnóstico de la población indígena de Panamá con base en los Censos de Población y Vivienda 2010*. Disponible en: https://www.contraloria.gob.pa/inec/Publicaciones/Publicaciones.aspx?ID_SUBCATEGORIA=59&ID_PUBLICACION=657&ID_IDIOMA=1&ID_CATEGORIA=13 .

²⁹ Dansereau E, McNellan CR, Gagnier MC, Desai SS, Haakenstad A, Johanns CK, Palmisano EB, Ríos-Zertuche D, Schaefer A, Zúñiga-Brenes P, Hernandez B, Iriarte E, Mokdad AH. Coverage and timing of antenatal care among poor women in 6 Mesoamerican countries. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016 Aug 19; 16: 234. DOI: 10.1186/s12884-016-1018-5.

mujeres no indígenas.³⁰ Cuando estos grupos se desglosan por edad y se comparan con las personas no indígenas y no negras, la mortalidad proporcional en menores de 5 años es mayor, y se registran más muertes por accidentes y violencia en los jóvenes negros y jóvenes indígenas.³¹ Otros ejemplos de desigualdades dentro de los países y entre ellos son los siguientes:³²

- a) Los países con el mayor nivel de población rural siguen haciendo frente a una cobertura inadecuada de la atención prenatal en comparación con los quintiles más urbanizados, con una brecha absoluta de 11,9 puntos porcentuales en el 2013 (lo que significa que los países en el quintil con mayor población rural tenían un 78,4% de cobertura adecuada en comparación con un 90,3% en los países más urbanizados).
- b) Los países con el nivel de escolaridad más bajo en el 2013 tenían una brecha absoluta de desigualdad de 16,7 muertes prematuras por cada 100.000 habitantes debidas a las enfermedades no transmisibles en comparación con los países con el nivel más alto de escolaridad (lo que significa que los países en el quintil con nivel de escolaridad más bajo en el 2013 tenían una tasa de mortalidad prematura de 280 muertes por 100.000 habitantes en comparación con 263,3 con el quintil de países con niveles más altos de escolaridad).
- c) La incidencia del dengue es mucho mayor en los países que se ubican en los quintiles más bajos del PIB per cápita.
- d) Los países que se ubican en el quintil más bajo con respecto al número promedio de años de escolaridad tienen una tasa de homicidios significativamente mayor que el resto de los países de la Región y una tasa de homicidios de adolescentes más alta que la suma de todos los demás quintiles.

52. En el 2014-2015, la capacidad institucional para cuantificar y analizar las desigualdades sociales en materia de salud se fortaleció en 19 países a través de la producción de perfiles de equidad en la salud que abordan las dimensiones sociales, económicas y ambientales del desarrollo sostenible.

53. De conformidad con el compromiso de los países con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, es necesario establecer prioridades nacionales y objetivos de desarrollo para los próximos años, considerando las desigualdades actuales en materia de salud tanto entre los países de la Región como dentro de ellos. Es vital que estas prioridades y metas reflejen las necesidades de los grupos poblacionales más vulnerables y se basen en la

³⁰ Colombara DV, Hernández B, Schaefer A, Zyzniwski N, Bryant MF, Desai SS, Gagnier MC, Johanns CK, McNellan CR, Palmisano EB, Ríos-Zertuche D, Zúñiga-Brenes P, Iriarte E, Mokdad AH. Institutional Delivery and Satisfaction among Indigenous and Poor Women in Guatemala, Mexico, and Panama. *PLoS ONE*. 2016 Apr 27; 11(4): e0154388. doi: 10.1371/journal.pone.0154388.

³¹ Ministerio da Saúde, Racismo e desigualdades na saúde, *Epidemiologia e Análise em Saúde*, 2014. Comunicación personal, Dra. Fatima Marinho.

³² Resultados de los análisis realizados por la Unidad de Información y Análisis de Salud con datos de PLISA (plataforma de información de salud de la OPS).

evidencia actual. Con el fin de generar evidencia que refleje las inequidades actuales en torno a la salud tanto entre los países como dentro de ellos, es importante que los países incluyan los datos recopilados a nivel subnacional en sus análisis de las desigualdades en salud.

Principales causas de muerte

54. La tasa de mortalidad general ajustada por la edad ha disminuido ligeramente de 5,6 muertes por 1.000 habitantes en el 2005 a 5,3 en el 2013. El perfil de mortalidad de la Región se encuentra dominado por las enfermedades no transmisibles. En el 2013, de los casi 6 millones de muertes registradas, el 78% fueron por enfermedades no transmisibles, el 9% por enfermedades transmisibles, el 10% por causas externas y el 3% por causas mal definidas.

- a) Las diez causas principales de muerte en la Región de las Américas en el período 2010-2013 fueron las siguientes:

Cuadro 2. Causas principales de muerte en la Región en el período 2010-2013³³

Causas (CIE10)	Muertes	Tasa ajustada por la edad por 100.000 habitantes	Porcentaje sobre el total de muertes
Enfermedades isquémicas del corazón (I20-I25)	2.792.698	76,4	14,1
Enfermedades cerebrovasculares (I60-I69)	1.423.762	38,9	7,2
Diabetes mellitus (E10-E14)	1.098.085	30,0	5,5
Demencia y enfermedad de Alzheimer (F01, F03, G30)	1.017.617	27,8	5,1
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (J40-J47)	1.013.061	27,7	5,1
Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón (C33, C34)	958.356	26,2	4,8
Influenza y neumonía (J10-J18)	814.175	22,3	4,1
Enfermedades hipertensivas (I10-I15)	700.591	19,2	3,5
Cirrosis y otras enfermedades del hígado (K70-K76)	544.217	14,9	2,7
Agresiones (homicidios) (X85-Y09)	543.815	14,9	2,7

Fuente: Sistema de Información de Mortalidad para la Región de las Américas de la OPS.

- b) En ambos sexos, el perfil de mortalidad está dominado por las enfermedades crónicas no transmisibles: ocho de las diez primeras causas en las mujeres y siete de las diez primeras causas en los hombres. En los hombres, las causas de muerte no relacionadas con las enfermedades no transmisibles se debieron a causas

³³ Ajustadas por edad y con base en las categorías de la lista estandarizada para comparaciones internacionales de causas principales de muerte de la OMS; Becker R, Silvi J, Fat D, L'Hous A, Laurenti R. A method for deriving leading causes of death. *Bull of the WHO*. 2006; 84: 297-304.

- externas, como agresiones, homicidios y accidentes del transporte terrestre (véase el anexo B).
- c) Las principales causas de muerte en la Región por grupos etarios fueron las siguientes (las cifras entre paréntesis indican las tasas por 100.000 habitantes): en el grupo de 10 a 24 años de edad, los homicidios (20,4), los accidentes de transporte terrestre (13,4) y el suicidio (5,3); en el grupo de 25 a 64 años de edad, las cardiopatías isquémicas (35,9), la diabetes mellitus (19,1) y los homicidios (18,3); en los mayores de 65 años de edad, las cardiopatías isquémicas (620,6), las enfermedades cerebrovasculares (327,5), y la demencia y la enfermedad de Alzheimer (292,8).
 - d) Como se mencionó anteriormente, entre los períodos 2002-2005 y 2010-2013 la razón de mortalidad materna (RMM) disminuyó a nivel regional (de 68,4 a 58,2 por 100.000 nacidos vivos), con variaciones importantes dentro de la Región. Del total de las muertes maternas el 66,4% se relacionaron con causas obstétricas directas, como las hemorragias intensas (generalmente puerperales), las infecciones, los trastornos hipertensivos gestacionales (generalmente la eclampsia), el parto obstruido y las complicaciones del aborto.
 - e) La tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año) en la Región ha disminuido de 17,9 por 1.000 nacidos vivos a 13,6 por 1.000 nacidos vivos entre los períodos 2002-2005 y 2010-2013. Del total de muertes, más del 70% ocurrieron durante el período neonatal. La principal causa específica de muerte neonatal en la Región de las Américas fue la dificultad respiratoria del recién nacido.

Medioambiente y salud

55. En el marco de la concepción moderna de la relación entre el medioambiente y la salud humana,³⁴ los riesgos ambientales prevenibles contribuyen aproximadamente a un cuarto de todas las muertes mundiales. En la Región de las Américas, se estima que las muertes atribuibles a los riesgos ambientales se ubican entre el 8% y el 23% del total de muertes, y en Haití se concentra la mayor carga, seguida de cerca por Honduras, Nicaragua y Paraguay (20%).³⁵ Llama la atención que la mayor parte de estas muertes se debe a enfermedades crónicas no transmisibles, con cifras que varían desde 46% en Haití,

³⁴ Esta concepción del ambiente y la salud considera el análisis de todos los factores físicos, químicos y biológicos externos a la persona y sus comportamientos relacionados, excluidos aquellos ambientes naturales que razonablemente no pueden modificarse. Incluye la contaminación del aire, el agua y los suelos con agentes químicos o biológicos, la radiación ionizante y ultravioleta, los campos electromagnéticos, el ruido, los riesgos ocupacionales (incluidos los riesgos físicos, químicos, biológicos, psicosociales y del ámbito laboral), los ambientes construidos (vivienda, sitio de trabajo, uso de la tierra, caminos), los métodos agrícolas, los comportamientos relacionados con los factores ambientales, como la disponibilidad de agua segura para consumo humano, y el apoyo a la actividad física mediante diseños urbanos mejorados.

³⁵ Organización Mundial de la Salud. Preventing diseases through healthy environments: A global assessment of the burden of disease from environmental risks http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventing-disease/en/ (véanse los datos del Global Health Observatory).

seguido por 26% en Guatemala, hasta 18% en Bolivia, que podrían prevenirse mediante un ambiente saludable.³⁶

56. A escala mundial, los riesgos ambientales evitables contribuyen aproximadamente a un tercio de los años de vida ajustados por la discapacidad (AVAD) asociados con las principales enfermedades no transmisibles, como las infecciones respiratorias de las vías inferiores (35%), las enfermedades cardiovasculares (31%), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (35%), el asma (44%) y el cáncer (20%). La contaminación del aire (tanto ambiental como interior) es el mayor riesgo ambiental y representa alrededor de 6,5 millones de muertes al año (11,6% del total mundial), de las cuales 94% se deben a enfermedades no transmisibles, un panorama similar al que presenta la Región de las Américas. Los riesgos químicos peligrosos prioritarios, como la exposición a los plaguicidas altamente tóxicos, el plomo o al mercurio, tienden a afectar desproporcionadamente a los niños, contribuyendo a las enfermedades no transmisibles a lo largo del curso de la vida y a otras enfermedades crónicas como trastornos del desarrollo neurológico, defectos congénitos y enfermedades asociadas con los desórdenes endocrinos.³⁷

Enfermedades transmisibles

57. La Región ha logrado progresos constantes hacia la eliminación de las enfermedades transmisibles, con logros destacados como los siguientes: *a*) la declaración de la Región de las Américas como la primera región de la OMS libre de la transmisión endémica del sarampión; *b*) la certificación de la eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita (primera y única región del mundo que ha logrado este objetivo); *c*) la eliminación de la transmisión maternoinfantil del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y la sífilis congénita en Cuba, Anguilla, Montserrat, Bermuda e Islas Caimán; y *d*) la eliminación de la oncocercosis en Colombia, Ecuador, Guatemala y México, y del tracoma en México. Además, seis países de la Organización de los Estados del Caribe Oriental (OECS) están en proceso de validar la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita por el Comité Regional de Validación (Antigua y Barbuda, Dominica, Granada, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas y Santa Lucía). Por otra parte, Argentina y Paraguay están en proceso de certificar la eliminación de la malaria; y se ha logrado la interrupción de la transmisión de *Trypanosoma cruzi* en nuevas zonas de Colombia y Paraguay, y la recertificación de la interrupción de la transmisión vectorial en Chile.

³⁶ Prüss-Ustün A, Wolf J, Corvalán C, Bos R, Neira M. Preventing diseases through healthy environments: A global assessment of the burden of disease from environmental risks. Organización Mundial de la Salud, 2016. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204585/1/9789241565196_eng.pdf.

³⁷ Organización Mundial de la Salud. Preventing diseases through healthy environments: A global assessment of the burden of disease from environmental risks http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventing-disease/en/ (véanse los datos del Global Health Observatory).

58. En los últimos cinco años, en la Región se registró un promedio de 116.590 casos de gripe al año y desde el 2009 los principales virus gripales estacionales en circulación son los de la gripe A (H1N1) pdm09, gripe A (H3N2) y gripe B (linaje Victoria y Yamagata).

59. Entre el 2011 y el 2016, solo cinco países (Brasil, Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú) notificaron casos de fiebre amarilla. En diciembre del 2016 se notificó un brote por esta causa en Brasil, con 448 casos graves confirmados y con una tasa de letalidad del 32%.

60. En el 2010, Haití notificó 179.379 casos y 3.390 muertes por cólera y, a partir de ese brote, entre el 2010 y el 2013 se notificaron casos en Cuba (469 casos y 3 muertes), República Dominicana (32.778 casos y 488 muertes) y México (203 casos y 1 muerte).

Infección por el VIH e infecciones de transmisión sexual

61. Se estima que en el 2015 había 2 millones de personas con infección por el VIH en América Latina y el Caribe, de las cuales el 58% tenían 15 años de edad o más. La prevalencia estimada de la infección por el VIH en personas de 15 a 49 años en América Latina y el Caribe en el 2015 se situó en torno al 0,5% (0,4-0,6%) y afectó especialmente a la población del Caribe, con una prevalencia del 1%. En América Latina, la epidemia ha afectado principalmente a los hombres, que representan el 68% de las personas con infección por el VIH, mientras que en el Caribe el 52% de las personas con esta infección son mujeres.

62. Según las estimaciones, anualmente se registran 64 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual (ITS) curables (por *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, sífilis y *Trichomonas vaginalis*) en personas de 15 a 49 años. La infección por el virus del papiloma humano (VPH) es la infección viral más frecuente del tracto genital, con 70 millones de casos en la Región. La prevalencia estimada de la infección por el VPH en América Latina y el Caribe es del 16,1%. Es importante considerar que no se conoce con exactitud la magnitud del problema debido al subregistro de las ITS.

63. La vacuna contra el VPH se introdujo en la Región hace menos de una década. Al 2016, 19 países y territorios habían introducido la vacuna en un programa de control integral para la reducción del cáncer cervicouterino en las mujeres.³⁸ El modelo de costo-efectividad indica que si los países de ingresos bajos y medianos alcanzan la cobertura completa con la vacuna y realizan una prueba de detección del cáncer cervicouterino en las mujeres mayores de 35 años durante un período de 10 años, se pueden evitar aproximadamente 5,2 millones de casos de cáncer cervicouterino y 3,7 millones de muertes. De acuerdo con un estudio del 2017, el costo neto de esta intervención para

³⁸ OPS. Unidad de Inmunizaciones.

50 países de ingresos bajos y medianos sería de 3.200 millones de dólares durante los 10 años.³⁹

Tuberculosis

64. Las tasas de mortalidad por tuberculosis han disminuido de 4,3 a 2,5 por 100.000 habitantes en el período 2000-2015, mientras que la coinfección por el VIH sigue siendo uno de los principales factores de riesgo para la prolongación de la enfermedad y la mortalidad por esta causa en la Región. En el 2015, se diagnosticaron y notificaron 218.700 casos de tuberculosis (22,1 por 100.000 habitantes). En el 2015, la Región de las Américas presentó 4.508 casos de tuberculosis multirresistente.

Enfermedades transmitidas por vectores

65. La malaria y el dengue continúan presentándose en la Región, situación que ha empeorado con la introducción de los virus del chikunguña y del zika. En diciembre del 2013, se diagnosticaron los primeros casos de transmisión local del chikunguña en la Colectividad de San Martín (territorio francés). En el 2016, se notificaron 361.312 casos sospechosos en la Región, de los cuales se confirmaron 157.288.

66. En febrero del 2014 se documentó por primera vez la transmisión del virus del zika en la Región de las Américas. Desde abril del 2015 hasta enero del 2017 se notificaron 714.636 casos sospechosos de zika, de los cuales se confirmaron 178.297 (29%). En el mismo período, se notificaron 2.530 casos confirmados de síndrome congénito asociado con la infección por el virus del zika.

67. Entre el 2000 y el 2015, el número de casos de malaria en la Región disminuyó en 62% (de 1.181.095 a 451.242 casos). En el 2015, sin embargo, los casos aumentaron en Colombia, Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Perú, República Dominicana y Venezuela. En este último país, particularmente, se registró un aumento fuera de lo esperado, del 50% (de 90.708 a 136.402 casos). En el mismo período, las muertes relacionadas con la malaria disminuyeron en 76% (de 410 a 98 muertes), de las cuales 77% fueron notificadas por Brasil, Perú y Venezuela.

68. Entre el 2011 y el 2015, se notificó un total acumulado de 8.207.797 casos de dengue en la Región; de ellos, 118.837 (1,4%) fueron casos de dengue grave y hubo 5.028 muertes (0,06%).

³⁹ Campos, N. G., Sharma, M., Clark, A., Lee, K., Geng, F., Regan, C., Kim, J. and Resch, S. (2017), The health and economic impact of scaling cervical cancer prevention in 50 low- and lower-middle-income countries. *Int J Gynecol Obstet*, 138: 47–56. doi:10.1002/ijgo.12184.

Enfermedades desatendidas tropicales y zoonóticas

69. La Región siguió avanzando en la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y se verificó la eliminación de la oncocercosis en Colombia, Ecuador, Guatemala y México. Solo queda un foco activo compartido por dos países en América del Sur para que esta enfermedad sea eliminada de la Región.

70. De los 21 países donde la enfermedad de Chagas es endémica, 17 continuaron manteniendo la interrupción de la transmisión domiciliar transmitida por los vectores, insectos de la subfamilia Triatominae (chinchas) portadores del parásito *Trypanosoma cruzi*, con un índice de infestación familiar menor o igual al 1% en estos países o en sus zonas endémicas.

71. Entre el 2010 y el 2014, se registró una disminución del número notificado de casos nuevos de lepra en América Latina y el Caribe, de 37.571 a 33.789 casos. Brasil registra el 92% de todos los casos notificados.

72. En relación con la rabia humana transmitida por el perro, la tendencia en el número de casos confirmados entre el 2013 y el 2016 se mantiene en un nivel de 10 a 12 casos anuales. El reto continúa, ya que se están presentando casos de rabia humana transmitidos por otros animales con un aumento de 12 casos en el 2013 a 23 casos en el 2016.

Enfermedades prevenibles mediante vacunación

73. En el 2015, la Región interrumpió la transmisión endémica de la rubéola y fue además declarada libre de sarampión. De acuerdo con los datos notificados por los países en ese mismo año, la cobertura en la Región de las Américas con la tercera dosis de la vacuna contra la difteria, la tos ferina y el tétanos (DPT) y de la vacuna contra la poliomielitis en menores de 1 año fue del 91% y el 92%, respectivamente. La vacunación contra el sarampión y la rubéola en los niños de 1 año fue del 93%.

74. En el 2015, de un total de casi 15.000 municipios de América Latina y el Caribe, 8.456 (56%) notificaron una cobertura de vacunación con la tercera dosis de la DPT por debajo del 95%.

Resistencia a los antimicrobianos

75. Desde 1996, se ha documentado una tendencia ascendente de la resistencia de los principales patógenos humanos a los fármacos antimicrobianos tanto a nivel de los hospitales como de la comunidad. La diseminación de mecanismos emergentes de resistencia en la Región, incluso a los carbapenémicos⁴⁰ contra la *Klebsiella pneumoniae*

⁴⁰ Los carbapenémicos son los antibióticos β -lactámicos dotados de mayor espectro, actividad y resistencia a las β -lactamasas. Son altamente potentes contra bacterias Gram negativas y Gram positivas.

(tipo KPC), ha sido notificada en casi todos los países de América Latina, con una letalidad de hasta el 50% en los brotes en unidades de cuidados intensivos.

Enfermedades crónicas, salud mental y factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles

Mortalidad por enfermedades no transmisibles

76. Las enfermedades no transmisibles son responsables de casi 4 de cada 5 muertes en la Región de las Américas y se prevé que estas cifras aumenten en las próximas décadas. En el 2015, una persona de 30 años de edad en nuestra Región presentaba un 14,7% de probabilidad de morir por alguna de las cuatro principales enfermedades no transmisibles antes de llegar a los 70 años. Esta es la probabilidad de morir más baja en comparación con otras regiones, si se considera que el promedio mundial fue de 18,8%.

77. Las enfermedades cardiovasculares fueron la principal causa de muerte en la Región en el 2013, con 1.644.738 muertes (144,9 por 100.000 habitantes), lo que representa el 28,8% de las muertes por enfermedades no transmisibles. En ese mismo año, en la Región se registraron 1.087.047 muertes por cáncer (102,4 por 100.000 habitantes) y 278.034 muertes causadas por la diabetes, lo que representa el 19% y el 6,3%, respectivamente, de las muertes en este mismo grupo de enfermedades.

Enfermedad renal crónica

78. En todos los países de la Región de las Américas la enfermedad renal crónica es un problema de salud pública cada vez mayor y América Latina tiene las mayores tasas de mortalidad a nivel mundial.⁴¹ En los últimos veinte años Centroamérica ha notificado un número cada vez mayor de casos de personas con enfermedad renal crónica de etiología no tradicional en trabajadores agrícolas varones, asociados principalmente con el uso indebido de agroquímicos, las condiciones laborales con altas temperaturas e insuficiente ingesta de agua y otros factores determinantes de la salud. En El Salvador, la mortalidad aumentó de 18,7 muertes por 100.000 habitantes en 1997 a 47,4 muertes por 100.000 habitantes en el 2012, mientras que en Nicaragua la mortalidad aumentó de 23,9 muertes por 100.000 habitantes en 1997 a 36,7 por 100.000 habitantes en el 2013.

Salud mental

79. Los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas son los principales factores que contribuyen a la morbilidad, la discapacidad, los traumatismos, la mortalidad prematura y un riesgo mayor de padecer otras enfermedades. La prevalencia de estos trastornos estimada en 12 meses varía del 18,7% al 24,2% en la

⁴¹ Wang H, Naghavi M, Allen C, et al. GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, Regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016; 388: 1459-1544.

Región de las Américas (los trastornos de ansiedad varían del 9,3% al 16,1%; los trastornos afectivos, del 7,0% al 8,7%; y los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, del 3,6% al 5,3%).

Principales factores de riesgo

80. Los cuatro principales factores de riesgo por comportamientos modificables para las enfermedades no transmisibles⁴² son: *a)* el consumo del tabaco, *b)* el consumo perjudicial de alcohol, *c)* la alimentación poco saludable y *d)* la inactividad física; aunque no se pueden dejar de lado los cambios fisiológicos y metabólicos, como la presión arterial elevada, el sobrepeso y la obesidad, el incremento de la glucosa en sangre y los niveles altos de colesterol.

81. Los factores de riesgo ambientales modificables, especialmente la exposición a la contaminación atmosférica (ambiental e interior) y a las sustancias químicas peligrosas prioritarias es otra categoría que representa un factor de riesgo para las enfermedades no transmisibles. La proporción de factores de riesgo ambientales en relación con los factores de riesgo por el comportamiento es menor en la Región de las Américas que en Asia, África del Norte y el Oriente Medio.⁴³

82. En la Región, el promedio anual de consumo de alcohol por persona en mayores de 15 años fue de 8,4 litros.

83. En el año 2013, la prevalencia estandarizada por edad del consumo actual de tabaco estimada en las personas de 15 años o más en la Región fue del 17,5%. En los estudiantes de 13 a 15 años de edad, la prevalencia del consumo actual de tabaco fue del 13,5% (14,7% en los hombres y 12,3% en las mujeres).

84. En el 2010, aproximadamente el 81% de los adolescentes en edad escolar (de 11 a 17 años) no realizaba suficiente actividad física, y las adolescentes eran menos activas que los adolescentes.

85. En el 2014, la prevalencia estandarizada de la hipertensión en la Región fue del 18,7%. Asimismo, el 15% de la población de más de 18 años tenía diabetes.

86. La tasa de obesidad (IMC mayor de 30 kg/m²) en la Región fue más del doble del promedio mundial (26,8% frente a 12,9%), con una prevalencia mayor en las mujeres (29,6%) que en los hombres (24%). La prevalencia del sobrepeso en menores de 5 años fue de 7,2% en el 2012.

⁴² OMS. Nota descriptiva sobre enfermedades no transmisibles (actualizada en junio del 2017). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>.

⁴³ GBD Risk Factors Collaborators. Global, regional, national comparative risk assessment of 79 behavioral, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risk, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*; 2016; 388:1659-724 (octubre del 2016).

Traumatismos causados por el tránsito, violencia y homicidios

87. En el 2013, fallecieron 121.383 personas en la Región por traumatismos causados por el tránsito (13,1 por 100.000 habitantes).

88. Con respecto a la violencia, en América Latina y el Caribe se encuentran 18 de los 20 países con la mayor tasa de homicidios del mundo, asociada a las actividades delictivas de pandillas y el crimen organizado. La tasa de homicidios en el 2013 en la Región fue de 14,6 por 100.000 habitantes. Los hombres sufren un nivel mayor de violencia mortal (26 por 100.000 habitantes) que las mujeres (3,1 por 100.000 habitantes), siendo el grupo de 10 a 29 años de edad el más afectado. Sin embargo, 38% de las muertes de mujeres por violencia tiene su origen en una pareja o expareja íntima.⁴⁴ Una proporción importante de niños de 0 a 7 años de edad sufre abuso físico, sexual o emocional cada año (58% en América Latina y el Caribe, y 61% en América del Norte).⁴⁵

Sistemas y servicios de salud*Acceso universal a la salud y cobertura universal de salud*

89. Sigue habiendo progresos significativos en la aplicación de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de la salud* aprobada por los Estados Miembros de la OPS en el 2014.⁴⁶ A fines del 2015, 10 países estaban aplicando planes de acción u hojas de ruta hacia la salud universal, 11 países habían elaborado marcos normativos para la salud universal y 15 habían establecido y estaban aplicando marcos financieros para la salud universal.⁴⁷

90. Entre el 2014 y el 2015, los niveles de cobertura de los servicios de salud fueron altos en los países, con 98% en Chile, 95% en Colombia, 90% en Estados Unidos, 80% en México y 73% en Perú. Sin embargo, los niveles de cobertura más bajos se registraron en los hogares más pobres, particularmente en Estados Unidos, con 14 puntos

⁴⁴ OMS. *Global and regional estimates of violence against women*. 2013. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>.

⁴⁵ Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. *Pediatrics*. 2016; 137 (3): e2015407.

⁴⁶ OPS. *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. 53.º Consejo Directivo, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014 (documento CD53/5, Rev. 2). Disponible en: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27312&Itemid=270&lang=en.

⁴⁷ OPS. Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2014-2015/Primer informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. 55.º Consejo Directivo, 68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 26 al 30 de septiembre del 2016 (documento CD55/5). Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=35900&Itemid=270&lang=en.

porcentuales menos de cobertura en los hogares pobres, y Perú, con una diferencia de 12 puntos porcentuales.⁴⁸

Acceso a los servicios de salud y calidad de la atención

91. Entre el 2013 y el 2014 podrían haberse evitado más de 1,2 millones de muertes en la Región si los sistemas de atención de salud hubieran ofrecido atención de salud accesible, oportuna y de calidad. A fines del 2015, 12 países habían puesto en marcha estrategias o planes nacionales para mejorar la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes. Además, 23 países habían aplicado la estrategia de la red integrada de prestación de servicios de salud. La tasa de mortalidad regional por causas evitables mediante la atención a la salud viene disminuyendo, con una reducción estimada de 118,6 por 100.000 habitantes en el 2014 a 108,1 en el 2019 (una disminución del 8,9%).⁴⁹

Inversión y gasto destinados a la salud

92. En el 2014, el gasto total destinado a la salud representó el 14,2% del PIB en promedio para la Región de las Américas, y cinco países de la Región (Canadá, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos y Uruguay) asignaron el 6% o más de su PIB al gasto público en salud. En la mayor parte de los países de la Región, la inversión y el desarrollo de los servicios de salud se han centrado en gran medida en los hospitales y en la tecnología altamente especializada y costosa.

93. Veintidós países de la Región registraron un aumento de su gasto público destinado a la salud entre el 2010 y el 2014. A pesar de las mejoras, los aumentos porcentuales fueron menores en comparación con el período 2005-2010, con la excepción de Bolivia, Perú y Uruguay.

94. El gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total destinado a la salud en América Latina y el Caribe se redujo del 52% en el 2006 al 33% en el 2014.⁵⁰

Servicios de salud preventiva

95. Los datos disponibles para el período 2011-2015 muestran que los países de la Región tienen niveles altos de desigualdad y diversos grados de utilización de los servicios de salud preventiva. En Perú, el 21% de la población había tenido al menos una consulta preventiva anual en el 2015 o el año más reciente, en comparación con el 24% en Estados Unidos y Chile, el 68% en Colombia y el 76% en México. El porcentaje de hogares que notificaron obstáculos de acceso fue mayor en los hogares más pobres, particularmente en Perú (66%), seguido por Estados Unidos (37%), Colombia (29%),

⁴⁸ Análisis realizado sobre la base de información obtenida de los sitios web de los organismos de estadística nacionales y disponible en *Salud en las Américas*, edición 2017.

⁴⁹ OPS. Indicadores Básicos de Salud, 2017. Intervalo de confianza de 95% (8,9%-12,1%).

⁵⁰ OPS. *Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas* (2012) e Indicadores Básicos de Salud (2017).

México (20%) y Chile (7%). Las disparidades se han reducido en la mayoría de los países, lo que indica mejoras en cuanto a la equidad.⁵¹

Salud reproductiva

96. En el 2015, la mayor parte de los países de la Región alcanzaron la cobertura universal (100%) o casi universal (mayor o igual al 93%) de las principales intervenciones de salud reproductiva y materna, aunque con brechas importantes entre los países más ricos y los más pobres de la Región. La cobertura de la atención calificada del parto osciló entre el 100% (o casi el 100%) en la mayoría de los países y el porcentaje más bajo en Haití (50%), seguido por Guatemala (67%) y Bolivia (74%).

Políticas farmacéuticas, capacidad regulatoria y uso de medicamentos

97. En el 2014, solo 13 de 28 países que contestaron la encuesta sobre políticas farmacéuticas, capacidad regulatoria y uso de medicamentos tenían una política farmacéutica nacional (46%), mientras que 18 de los 35 países de la Región tenían una política nacional de sangre (51%). A fines del 2015, 10 países habían elaborado planes de desarrollo institucional para los medicamentos.

Recursos humanos para la salud

98. En el 2015, la Región de las Américas aseguró la disponibilidad mínima recomendada de personal de salud, con un promedio de 70 médicos y enfermeras por 10.000 habitantes, y los 35 países alcanzaron la meta de 25 médicos y enfermeras por 10.000 habitantes. El reto principal es la distribución de la fuerza laboral sanitaria:

- a) El porcentaje de médicos es de hasta 80 puntos porcentuales más alto en las zonas urbanas que en las zonas rurales (o no metropolitanas) de la Región.
- b) En promedio, en el 2015 había 48,7 enfermeras por 10.000 habitantes en la Región. América del Norte tenía, con mucho, la mayor densidad de enfermeras, más de siete veces superior a la de América Latina y el Caribe (110,9 frente a 13,6 por 10.000 habitantes).

99. A fines del 2015, al menos 17 países tenían planes de acción sobre los recursos humanos para la salud en consonancia con las políticas y necesidades de su sistema de prestación de servicios de salud.

Sistemas de información de salud e investigación en materia de salud

100. Los países de la Región de las Américas han logrado avances considerables en la implementación de los sistemas de información para la salud. Sin embargo, debido a la

⁵¹ Análisis realizado sobre la base de información obtenida de los sitios web de los organismos de estadística nacionales

rápida evolución de Internet y de las tecnologías de información y comunicación, los países continúan teniendo que hacer frente a retos, particularmente en relación con la gestión de datos, la adopción de nuevas tecnologías y el desarrollo de nuevas aptitudes, las necesidades de interoperabilidad entre bases de datos y sistemas, y la sostenibilidad de inversiones. Las concepciones limitadas de los sistemas de información se centran principalmente en el desarrollo de software, los registros de salud electrónicos y las estadísticas vitales. Sin embargo, los sistemas de información deben concebirse como un mecanismo integrado de sistemas y procesos interconectados e interoperables que aseguren la convergencia de datos, información, conocimiento, estándares, personas e instituciones. Estas concepciones limitadas no consideran el contexto actual establecido por la sociedad de la información y la revolución de los datos y, por lo tanto, no pueden proporcionar un marco general y realista para el desarrollo de políticas y la toma de decisiones.

101. El marco renovado de los sistemas de información para la salud elaborado por la OPS busca definir y ejecutar estrategias, políticas, estándares para sistemas interoperables e interconectados y las mejores prácticas en la gestión de datos de salud para mejorar la toma de decisiones y el bienestar. El marco se enfoca en cuatro líneas estratégicas: *a)* acceso universal a la salud y cobertura universal de salud; *b)* salud en todas las políticas; *c)* gobierno electrónico; y *d)* iniciativas de datos abiertos y de grandes volúmenes de datos. Esta propuesta tiene en cuenta los proyectos, sistemas y estructuras existentes y, por lo tanto, se basa en el supuesto de un fortalecimiento incremental.

Capacidad de respuesta a emergencias y desastres

102. En la Región de las Américas, entre el 2010 y el 2016 se presentaron 682 desastres (21% de todos los ocurridos en el mundo), con 277.037 heridos y 12.954 muertos. Se ha estimado que el costo económico de estos desastres asciende a \$360.000 millones, lo que representa el 32,8% del costo total de los daños a escala mundial. Los terremotos registrados en Haití y Chile en el 2010 y en Ecuador en el 2016 causaron daños considerables en el sector de la salud.⁵²

103. La capacidad de los países para responder de manera más eficaz y eficiente a emergencias y desastres causados por todos los tipos de peligros ha aumentado en los últimos años, como lo demuestran los esfuerzos de respuesta a los brotes de la enfermedad por el virus del zika y del ébola, y a una serie de terremotos, huracanes y graves inundaciones y sequías que afectaron a la Región.

⁵² EM-DAT. Base de datos internacional del Centro para la Investigación sobre la Epidemiología de los Desastres (CRED). Disponible en: <http://www.emdat.be/database>.

V. OBJETIVOS Y METAS

104. A fin de lograr la visión de la ASSA2030 de alcanzar el grado más alto posible de salud con equidad y bienestar para toda la población de la Región en los próximos 13 años, tomando en consideración el contexto y prioridades nacionales, se establecen los siguientes objetivos y metas interrelacionados. Estos objetivos están en consonancia con los principios, la visión y la finalidad previamente mencionados.

- Objetivo 1: Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, integrados y de calidad, centrados en la persona, la familia y la comunidad, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.
- Objetivo 2: Fortalecer la rectoría y gobernanza de la autoridad nacional de salud, a la vez que se promueve la participación social.
- Objetivo 3: Fortalecer la gestión y el desarrollo de los recursos humanos para la salud⁵³ con competencias que apoyen el abordaje integral de la salud.
- Objetivo 4: Alcanzar el financiamiento adecuado y sostenible de la salud, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la protección contra los riesgos financieros para todas las personas y sus familias.⁵⁴
- Objetivo 5: Asegurar el acceso a medicamentos esenciales y vacunas, al igual que a otras tecnologías sanitarias prioritarias, según la evidencia científica disponible y de acuerdo con el contexto nacional.
- Objetivo 6: Fortalecer los sistemas de información para la salud a fin de apoyar la formulación de políticas y la toma de decisiones basadas en la evidencia.
- Objetivo 7: Desarrollar capacidades para la generación, la transferencia y el uso de la evidencia y el conocimiento en materia de salud, promoviendo la investigación, la innovación y el uso de la tecnología.
- Objetivo 8: Fortalecer la capacidad nacional y regional de preparación, prevención, detección, vigilancia y respuesta a los brotes de enfermedades y a las emergencias y los desastres que afectan la salud de la población.
- Objetivo 9: Reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad por enfermedades no transmisibles, traumatismos, violencia y trastornos de salud mental.
- Objetivo 10: Reducir la carga de las enfermedades transmisibles y eliminar las enfermedades desatendidas.

⁵³ Incluye la gestión del talento humano.

⁵⁴ En consonancia con la meta 8 del ODS 3 y, particularmente, la línea estratégica 3 de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (documento CD53/5, Rev. 2 [2014]), en la que se establece: “Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios”.

- Objetivo 11: Reducir las desigualdades e inequidades en torno a la salud por medio de enfoques intersectoriales, multisectoriales, regionales y subregionales de los determinantes sociales y ambientales de la salud.

105. En estos objetivos se tiene en cuenta la situación de salud de la Región, los temas inconclusos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, las áreas de acción de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, las metas de impacto y los resultados intermedios de los planes estratégicos de la OPS, y las metas de salud ajustadas al contexto regional del ODS 3 y otras metas relacionadas con la salud en la Agenda 2030.

106. En cada uno de los objetivos se incluye su alcance, en el que se resaltan los componentes e intervenciones clave para su logro, y un conjunto de metas seleccionadas que permitirán hacer el seguimiento y evaluar el progreso en la ejecución de la Agenda. En las metas se describe el resultado previsto (a nivel de impacto o resultado intermedio en la mayor parte de los casos) que los Estados Miembros se proponen lograr para el 2030. Las metas fueron definidas principalmente sobre la base de los compromisos existentes a nivel mundial o regional, y expresan las aspiraciones de los Estados Miembros, individual y colectivamente, en consonancia con los objetivos y la visión de esta Agenda.⁵⁵

107. En el siguiente cuadro se muestran los 11 objetivos de la Agenda con su alcance y metas.

Cuadro 3. Objetivos, alcance y metas de la ASSA2030

<p>Objetivo 1: Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, integrados y de calidad, centrados en la persona, la familia y la comunidad, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades</p>
<p>Alcance: En consonancia con el compromiso de los Estados Miembros de avanzar hacia el logro del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, el logro de este objetivo requiere fortalecer o transformar la organización y gestión de los servicios de salud por medio del desarrollo de modelos de atención centrados en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ejecución de las estrategias para lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud; • prestación de servicios de salud integrales según el perfil demográfico, epidemiológico y cultural de la población, con la debida atención a las necesidades diferenciadas e insatisfechas de todas las personas y las necesidades específicas de los grupos en condiciones de vulnerabilidad; • implementación de modelos de atención, incluidas la organización y la gestión de los servicios de salud, por nivel de complejidad y sobre la base de las necesidades de la población, mediante una mayor capacidad resolutive del primer nivel de atención y de redes integradas de servicios de salud;

⁵⁵ Se pueden consultar detalles sobre la metodología para la definición de las metas en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13680&Itemid=42425&lang=es

- aseguramiento de la calidad de la atención y mejora del desempeño de los servicios de salud (por ejemplo, reducción de los tiempos de espera);
- empoderamiento de las personas y comunidades para que puedan tomar decisiones fundamentadas.

Metas para el año 2030:

- 1.1 Reducir al menos en un 50% la tasa regional de mortalidad por causas evitables mediante la atención de salud⁵⁶ (actualización de la meta de impacto 4.1 del Plan Estratégico de la OPS).
- 1.2 Reducir la razón regional de mortalidad materna a menos de 30 por 100.000 nacidos vivos⁵⁷ en todos los grupos poblacionales, incluidos aquellos con mayor riesgo de muerte materna (como las adolescentes, las mujeres mayores de 35 años y las mujeres indígenas, afrodescendientes, romaníes y de zonas rurales, entre otras, según se aplique en cada país) (adaptación de la meta 3.1 de los ODS).
- 1.3 Reducir la tasa de mortalidad neonatal a menos de 9 por 1.000 nacidos vivos⁵⁸ en todos los grupos poblacionales, incluidos los de mayor riesgo (como los grupos indígenas, afrodescendientes y romaníes, y las poblaciones rurales, entre otros, según se aplique en cada país), y la de mortalidad en menores de 5 años a menos de 14 por 1.000 nacidos vivos⁵⁹ (adaptación de la meta 3.2 de los ODS).
- 1.4 Garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar,⁶⁰ información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales (meta 3.7 de los ODS).
- 1.5 Incrementar la capacidad resolutoria del primer nivel de atención de salud, medida como un 15% de reducción de las hospitalizaciones prevenibles con atención ambulatoria de calidad (actualización de la meta de resultado intermedio 4.2 del Plan Estratégico de la OPS).

⁵⁶ Esta tasa se utiliza como un indicador de calidad y como resultado intermedio del sistema de salud.

⁵⁷ Esta meta fue establecida sobre la base de análisis sobre la reducción de la RMM en los países de la Región entre el 2010 y 2015 y considerando la metodología del grupo interinstitucional de estimación de la mortalidad materna (OMS, 2015; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/153540/1/WHO_RHR_15.03_eng.pdf) Se puede encontrar información adicional sobre esta meta en la nota técnica disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13680&Itemid=42425&lang=es.

⁵⁸ Esta meta fue establecida sobre la base del resumen de orientación *Todos los recién nacidos*, de la OMS y el UNICEF, 2014:

(http://www.healthynetwork.org/hnn-content/uploads/Every_Newborn_Action_Plan-EXECUTIVE_SUMMARY-SPANISH_updated_July2014.pdf) y del documento de la OPS *Estrategia y plan de acción regionales sobre salud neonatal en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño: Informe final* (documento CD55/INF/11)

⁵⁹ En base a los Indicadores Básicos de Salud de la OPS del 2016 y los datos registrados por los países de la Región de las Américas, la tasa de mortalidad regional en menores de 5 años de edad fue de 15,9 por 1.000 nacimientos. Disponible en:

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31289/CoreIndicators2016-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

⁶⁰ En ningún caso debería promoverse el aborto como método de planificación familiar. Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994. Disponible en: <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>.

1.6 Organizar los servicios de salud en redes integradas de prestación de servicios de salud con capacidad resolutive alta en el primer nivel de atención (actualización de la meta del resultado intermedio 4.2 del Plan Estratégico de la OPS).

Objetivo 2: Fortalecer la rectoría y gobernanza de la autoridad nacional de salud, a la vez que se promueve la participación social

Alcance: El logro de este objetivo requiere el fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública, el establecimiento o fortalecimiento de los mecanismos de participación social y el diálogo para promover la formulación y ejecución de políticas inclusivas, al igual que la rendición de cuentas y la transparencia. Los siguientes elementos son clave para el logro de este objetivo:

- liderazgo de las autoridades nacionales de salud en la formulación, seguimiento y evaluación de políticas, planes y programas, con mecanismos que faciliten la participación social y la rendición de cuentas;
- marcos jurídicos y regulatorios a nivel nacional en consonancia con el compromiso de los países con el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud;
- competencias y capacidades para la regulación de las funciones de prestación de servicios;
- mecanismos para la coordinación con otros sectores (público, seguridad social, privado, no gubernamental) y con las unidades geográficas (subnacional, estatal, provincial y municipal);
- gestión integral de la cooperación internacional⁶¹ para asegurar la consonancia con las prioridades sanitarias nacionales.

Metas para el año 2030:

- 2.1 Lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, de acuerdo con el contexto nacional (adaptación de la meta 3.8 de los ODS y de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* de la OPS, documento CD53/5, Rev. 2 [2014]).
- 2.2 Ejercer las funciones esenciales de salud pública de acuerdo con los estándares establecidos (*Competencias esenciales en salud pública: Un marco regional para las Américas*, OPS, 2013).⁶²
- 2.3 Fortalecer la rectoría, gobernanza y la transparencia al incluir políticas, planes, normas y procesos para la organización del sistema de salud y mecanismos para su seguimiento y evaluación (*Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de Salud* de la OPS, documento CD53/5, Rev. 2 [2014]).⁶³

⁶¹ Función esencial de salud pública número 5, parámetro de medición 5.4. *La Salud Pública en las Américas*, 2002. Se puede encontrar en:

http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf

⁶² OPS. *Competencias esenciales en salud pública: Un marco regional para las Américas*. 2013. Se puede encontrar en: <https://www.campusvirtualesp.org/sites/default/files/noticias/competencias-es.pdf>. Nota: el modelo de las funciones esenciales de salud pública de la OPS está siendo actualizado y se proporcionarán nuevas mediciones y estándares cuando el modelo actualizado esté disponible.

⁶³ En la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* se plantea la necesidad de fortalecer la rectoría, mediante el ejercicio de las funciones esenciales de salud pública.

2.4 Desarrollar y fortalecer, según corresponda, mecanismos para la regulación de la prestación de los servicios de salud para ampliar el acceso y mejorar la calidad (*Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* de la OPS, documento CD53/5, Rev. 2 [2014]).

2.5 Aumentar la participación de todos los interesados directos, incluida la sociedad civil y las comunidades, en la formulación de políticas y en el proceso de evaluación relacionado con la salud en todas las políticas a fin de reducir las inequidades en materia de salud (*Plan de acción sobre la salud en todas las políticas* de la OPS, documento CD53/10, Rev. 1 [2014]).

Objetivo 3: Fortalecer la gestión y el desarrollo de los recursos humanos para la salud con competencias que apoyen el abordaje integral de la salud

Alcance: El logro de este objetivo requiere: *a)* el fortalecimiento y la consolidación de la gobernanza y el liderazgo de los recursos humanos para la salud; *b)* el desarrollo de las condiciones y la capacidad para ampliar el acceso a la salud y la cobertura de salud con equidad y calidad; y *c)* alianzas con el sector de la educación para responder a las necesidades de los sistemas de salud en la transformación hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. El incremento en el gasto público y la eficiencia financiera son necesarios para fomentar la educación y el empleo de calidad, a fin de aumentar la disponibilidad de recursos humanos para la salud, motivar a los equipos de salud y promover la retención. Los siguientes elementos son componentes clave de este objetivo:

- políticas integrales de recursos humanos para la salud que incluyan la planificación, la contratación, la retención y la distribución del personal de salud;
- mejora en las condiciones de empleo, incluida la remuneración adecuada;
- sistemas robustos de información sobre recursos humanos para la salud que provean información para la planificación y la toma de decisiones teniendo en cuenta un enfoque del sistema de salud y posibles escenarios cambiantes, la elaboración de modelos y proyecciones, y el seguimiento del desempeño;
- alianzas con el sector de la educación al más alto nivel para fortalecer la gobernanza en cuanto a la planificación y la regulación de la formación en el ámbito de la salud;
- políticas de movilización y migración del personal de salud.

Metas para el año 2030:

3.1 Asegurar la disponibilidad adecuada de personal de salud⁶⁴ (44,5 trabajadores de salud por 10.000 habitantes) que esté calificado, sea culturalmente y lingüísticamente apropiado y esté bien distribuido (adaptación de la meta 3.c de los ODS y de la meta del resultado intermedio 4.5 del Plan Estratégico de la OPS).⁶⁵

3.2 Elaborar políticas de recursos humanos para la salud y mecanismos de colaboración y coordinación intersectoriales entre los sectores de la salud y la educación, así como con otros actores sociales, para abordar los requerimientos del sistema de salud y las necesidades de salud de la población (*Estrategia sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* de la OPS, documento CE160/18 [2017]).

⁶⁴ La OMS define a los trabajadores de salud como aquellos comprometidos en acciones cuya intención primaria es la salud y recopila datos sobre la base de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones, excluidos algunos grupos con competencias menores (por ejemplo, trabajadores de atención personal).

⁶⁵ El análisis que fundamenta el umbral de 44,5 se encuentra disponible (en inglés) en: <http://www.who.int/hrh/resources/health-observer17/en/>.

3.3 Fortalecer la calidad de la formación de los profesionales de salud en colaboración con el sector de educación, por medio de sistemas de evaluación y acreditación de instituciones de formación y programas de grado⁶⁶ (adaptación de la *Estrategia sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* de la OPS, documento CE160/18 [2017]).

3.4 Desarrollar las condiciones laborales que fomenten la atracción y retención del personal de salud, así como su participación y compromiso con gestión en salud, incluida la colaboración con las organizaciones representativas de los trabajadores de la salud (gremios y sindicatos) y otros actores sociales (adaptación de la meta 3.c de los ODS y de la meta del resultado intermedio 4.5 del Plan Estratégico de la OPS).

Objetivo 4: Alcanzar el financiamiento adecuado y sostenible de la salud, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la protección contra los riesgos financieros para todas las personas y sus familias⁶⁷

Alcance: El logro de este objetivo requiere incrementar y mejorar el financiamiento de la salud con equidad y eficiencia como una condición necesaria para avanzar hacia la salud universal, para lo cual se deben abordar los siguientes componentes en coordinación y colaboración con las autoridades financieras:

- financiamiento para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud;
- aumento del gasto público destinado a la salud, según sea necesario, y mejora de la calidad del gasto;
- eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios;
- protección contra los riesgos financieros debidos a eventos de salud que causan gastos catastróficos;
- regulación y supervisión de los organismos que administran fondos de salud;
- organización eficiente de los sistemas de salud;
- inversión en la salud (infraestructura, equipamiento, capacitación del personal), priorizando el primer nivel de atención;
- utilización de mecanismos de mancomunación basados en la solidaridad;
- desarrollo de sistemas de compra y de pago a proveedores que promuevan la eficiencia y equidad en la asignación de recursos estratégicos.

Metas para el año 2030:

4.1 Lograr un gasto público destinado a la salud de por lo menos el 6% del PIB⁶⁸ (actualización del resultado intermedio 4.1 del Plan Estratégico de la OPS).

⁶⁶ Las normas deberían priorizar el conocimiento científico y técnico, conjuntamente con criterios de competencia social de los graduados y el desarrollo de programas de aprendizaje contextualizado.

⁶⁷ Está en consonancia con la meta 3.8 de los ODS y, particularmente, la línea estratégica 3 de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (documento CD53/5, Rev. 2 [2014]), en la que se establece: “Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios”.

⁶⁸ El gasto público destinado a la salud equivalente al 6% del PIB se utiliza como un punto de referencia útil en la mayoría de los casos y es una condición necesaria, aunque no suficiente, para reducir las inequidades e incrementar la protección financiera.

- 4.2 Reducir el gasto de bolsillo destinado a la salud,⁶⁹ en colaboración con las autoridades financieras (*Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* de la OPS, documento CD53/5, Rev. 2 [2014]).
- 4.3 Desarrollar y fortalecer las políticas o estrategias para reducir la segmentación del sistema de financiamiento de la salud (*Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* de la OPS, documento CD53/5, Rev. 2 [2014]).
- 4.4 Poner en marcha políticas o estrategias para desarrollar sistemas de compra y de pago a proveedores, que promuevan la eficiencia y la equidad en la asignación de recursos estratégicos (*Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* de la OPS, documento CD53/5, Rev. 2 [2014]).
- 4.5 Desarrollar y fortalecer estrategias que reduzcan la segmentación y mejoren los mecanismos de financiamiento de la salud en colaboración con los responsables de tomar decisiones y los actores relevantes, que promuevan la eficiencia y la equidad en la asignación de recursos (*Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* de la OPS, documento CD53/5, Rev. 2 [2014]).

Objetivo 5: Asegurar el acceso a medicamentos esenciales y vacunas, al igual que a otras tecnologías sanitarias prioritarias, según la evidencia científica disponible y de acuerdo con el contexto nacional

Alcance: El logro de este objetivo requiere mejorar el acceso equitativo a medicamentos, vacunas y otras tecnologías sanitarias prioritarias de calidad, según la evidencia científica disponible, lo que es importante para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. La disponibilidad de estas tecnologías sanitarias y su uso racional comprende las siguientes consideraciones:

- acceso oportuno y asequible a medicamentos y otras tecnologías sanitarias que sean seguros, de calidad, efectivos y eficientes;
- lista nacional de medicamentos esenciales y lista priorizada de tecnologías sanitarias;
- fuerte programa nacional de inmunización;
- mecanismos sostenibles de compra pública y fortalecimiento de la cadena de suministro de medicamentos y vacunas;
- promoción de un entorno competitivo y de prácticas transparentes y eficientes en la gestión de medicamentos, vacunas y otras tecnologías sanitarias, incluida la optimización de los mecanismos y fondos regionales y subregionales;
- innovación, evaluación y gestión de las tecnologías sanitarias de acuerdo a las necesidades de la población;
- desarrollo de medicamentos innovadores de acuerdo con las necesidades de la población;
- gestión de la propiedad intelectual para promover la innovación.

⁶⁹ En la resolución CD53.R14 sobre la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*, los Estados Miembros de la OPS se comprometieron a avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de los servicios. Los indicadores para la Región en esta materia serán definidos en los Planes Estratégicos de la OPS, en base a evaluaciones técnicas que permitan estimar reducciones regionales sustentadas.

Metas para el año 2030:

- 5.1 Asegurar el acceso oportuno a los medicamentos de la lista nacional de medicamentos esenciales y a las tecnologías sanitarias prioritarias sin ningún pago en el punto de atención, servicio o dispensación, de acuerdo con el contexto nacional (actualización de la meta del resultado intermedio 4.3 del Plan Estratégico de la OPS).
- 5.2 Alcanzar el 95% de cobertura de la vacunación⁷⁰ en menores de 5 años, por medio de los programas nacionales de inmunización (actualización de la meta de resultado intermedio 1.5 del Plan Estratégico de la OPS).
- 5.3 Contar con una autoridad regulatoria nacional de medicamentos cuya capacidad haya sido calificada como de nivel 3 de acuerdo con la herramienta mundial de evaluación de la OMS⁷¹ (adaptación del resultado intermedio 4.3 del Plan Estratégico de la OPS).
- 5.4 Aplicar metodologías de evaluación de las tecnologías sanitarias en el proceso para la decisión de su incorporación en los sistemas de salud⁷² (*Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud*, documento CSP28/11 de la OPS [2012]).
- 5.5 Aplicar los requisitos de las normas básicas internacionales de seguridad en los servicios de diagnóstico y terapéuticos que usan tecnologías sanitarias con radiación (*Protección radiológica y seguridad de las fuentes de radiación: Normas Básicas Internacionales de Seguridad*, documento CSP28/17, Rev. 1 de la OPS [2012]).
- 5.6 Promover única y exclusivamente la donación voluntaria de sangre no remunerada y repetitiva, y desalentar la donación remunerada y familiar o de reposición, excepto cuando esté protegida por el sistema regulatorio (*Plan de acción para el acceso universal a sangre segura*, resolución CD53.R6 de la OPS [2014]).
- 5.7 Fortalecer los mecanismos de negociación y compras nacionales, subregionales y regionales a fin de mejorar la capacidad de los países para obtener precios de medicamentos, vacunas y otras tecnologías sanitarias más asequibles y equitativos (*El acceso y uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias estratégicos y de alto costo*, documento CD55/10, Rev. 1 [2016] de la OPS).
- 5.8 Tomando en cuenta las perspectivas de la salud pública, fortalecer la capacidad para implementar políticas de propiedad intelectual y de salud, que promuevan la investigación y el desarrollo de medicamentos, vacunas y otras tecnologías sanitarias para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente los países en desarrollo y que promuevan el acceso a medicamentos, vacunas y otras tecnologías sanitarias asequibles (adaptado del ODS 3.b y del documento de política, *El acceso y uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias estratégicos y de alto costo*, documento CD55/10, Rev. 1 [2016] de la OPS).

⁷⁰ Se usa como trazador la cobertura de la tercera dosis de la DPT (difteria, tos ferina y tétanos).

⁷¹ Una autoridad reguladora nacional competente y eficiente debe mejorar el desempeño de determinadas funciones de regulación sanitaria recomendadas por la OPS/OMS para garantizar la eficacia, seguridad y calidad de los medicamentos. Disponible en inglés en: <http://www.who.int/medicines/regulation/rss/en/>.

⁷² Los procesos de priorización e incorporación de tecnologías sanitarias basados en la evaluación de las tecnologías sanitarias contribuyen al acceso universal por medio de la mejora de la calidad de la atención sanitaria, la evaluación de las verdaderas innovaciones terapéuticas, el aumento en la eficiencia de los gastos, la ampliación del acceso a tecnologías que sean eficaces, seguras, costo efectivas y formen parte del derecho a la salud, y el uso racional de las tecnologías (documento CSP28/11 de la OPS).

Objetivo 6: Fortalecer los sistemas de información para la salud a fin de apoyar la formulación de políticas y la toma de decisiones basadas en la evidencia

Alcance: El propósito de este objetivo es mejorar los sistemas de información para la salud (conocidos como IS4H por su sigla en inglés),⁷³ esenciales para mejorar el proceso de formulación de políticas y toma de decisiones, así como para la medición y el seguimiento de las desigualdades en la salud en la población y el avance hacia el logro del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Es también importante contar con sistemas de información para la salud que sean potentes e integrales a fin de fortalecer la función de liderazgo y rectoría de los Ministerios de Salud. Los elementos clave para estos sistemas son los siguientes:

- análisis del nivel de madurez del sistema de información para la salud de los países, como un primer paso para determinar las brechas y las necesidades;
- gobernanza y gestión de datos;
- tecnologías de la información y la comunicación;
- gestión del conocimiento para la salud;
- desarrollo de capacidades nacionales de recursos humanos y de infraestructura para la gestión y el análisis de datos;
- sistemas de información para la salud, incluidos los registros médicos electrónicos y los registros civiles que, de forma sistematizada y rutinaria y mediante procesos de integración de datos, faciliten la interconectividad e interoperabilidad.

Metas para el año 2030:

6.1 Desarrollar una política nacional sobre sistemas de información para la salud interoperables⁷⁴ a fin de generar, detectar, recolectar, procesar, analizar, almacenar y poner a disposición de manera gratuita y pública datos de calidad e información estratégica para una mejor formulación de políticas y toma de decisiones en materia de salud pública y planificación en salud (combinación de la meta 17.18 de los ODS y el proyecto de estrategia de la OPS sobre sistemas de información para la salud).⁷⁵

6.2 Fortalecer los sistemas de información para la salud a fin de apoyar la evaluación del desempeño del sistema nacional de salud, así como el seguimiento y la presentación de informes sobre el avance hacia el logro de los objetivos de salud nacionales, regionales y mundiales, incluidos los ODS relacionados con la salud y las metas de la ASSA2030, entre otros.

⁷³ Los sistemas de información para la salud son un esfuerzo integrado para la convergencia de sistemas interconectados e interoperables de datos (incluidas las estadísticas vitales y de salud), información, conocimientos, procesos, normas, personas e instituciones, apoyados en tecnologías de la información y la comunicación que interactúan (o ayudan) a generar, detectar, recolectar, procesar, almacenar y poner a disposición de manera pública y gratuita datos de calidad e información estratégica para la mejora del proceso de formulación de políticas y toma de decisiones en los sistemas públicos de salud.

⁷⁴ El término “interoperabilidad” se refiere a la comunicación entre diferentes tecnologías y aplicaciones de software para el intercambio y uso eficiente, preciso y correcto de los datos. Esto requiere el uso de normas, es decir, normas, reglamentos, directrices o definiciones con especificaciones técnicas para hacer viable la gestión integrada de los sistemas de salud en todos los niveles. Fuente: documento CD51/13 [2011], *Estrategia y plan de acción sobre eHealth*
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7663/CD51-13-e.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁷⁵ Organización Panamericana de la Salud. The Caribbean Information System for Health Project: Advancing Public Health in the Caribbean Region. Washington, D. C., 22 de noviembre del 2016.

6.3 Fortalecer la capacidad de análisis y el uso de la información para la toma de decisiones a nivel nacional y subnacional (adaptación del resultado intermedio 4.4 del Plan Estratégico de la OPS y la meta 17.18 de los ODS).

Objetivo 7: Desarrollar capacidades para la generación, la transferencia y el uso de la evidencia y el conocimiento en materia de salud, promoviendo la investigación, la innovación y el uso de la tecnología

Alcance: El propósito de este objetivo es lograr el fortalecimiento de la capacidad de los países para conducir investigaciones relevantes y apropiadas en temas de salud pública, generar, transferir y utilizar evidencia y conocimientos que permitan sustentar las políticas de salud y la asignación de recursos para el desarrollo de la salud, a la vez que se promueve la investigación, la innovación y el uso de la tecnología. Este objetivo también busca promover la innovación y el uso de aplicaciones asequibles para la salud digital (*eHealth*), telemedicina, *mHealth* y el aprendizaje en línea, que ofrecen oportunidades para abordar desafíos y mejorar los resultados en materia de salud. Los siguientes elementos son componentes clave de este objetivo:

- gobernanza de la investigación, incluidas las agendas, las políticas y los sistemas nacionales de investigación sobre la salud orientadas a atender los principales problemas de salud que enfrentan las poblaciones;
- investigación, desarrollo e innovación en torno a la salud para facilitar el desarrollo de nuevas tecnologías sanitarias y ampliar la cobertura de las herramientas existentes para contribuir al crecimiento económico;
- capacidades institucionales para la investigación en materia de salud pública;
- promoción de la diseminación y traducción del conocimiento;
- capacitación de los recursos humanos para la investigación e innovación en la salud;
- intercambio de conocimientos, comunidades de práctica y redes;
- gobernanza para la innovación y la salud digital.

Metas para el año 2030:

7.1 Desarrollar políticas de investigación en la salud que conlleven un financiamiento de por lo menos el 2% del presupuesto de salud⁷⁶ para las investigaciones en materia de salud pública (adaptación de la *Política de investigación para la salud* de la OPS, documento CD49/10 [2009]).

7.2 Desarrollar capacidades institucionales, infraestructura, tecnología y recursos humanos calificados para la investigación en salud pública y su difusión, en consonancia con la política nacional de salud (adaptación de la *Política de investigación para la salud* de la OPS, documento CD49/10 [2009]).

⁷⁶ Recomendación de los expertos basada en la observación de cuánto invierten los países que logran desarrollar capacidades sostenibles para producir y usar la investigación para la salud. Esta recomendación ha sido apoyada a nivel técnico y político desde 1990 y se refleja en la *Política de investigación para la salud* de la OPS (documento CD49/10) y en la resolución WHA60.15 de la OMS. Así, en la política se afirma que “[la Oficina] fomentará la apreciación, a nivel político, del valor de la investigación para acelerar mejoras de la salud y el desarrollo y buscará el compromiso político con la investigación sanitaria nacional con el propósito de conseguir la asignación de al menos 2% de los presupuestos de los ministerios de salud a la investigación y el fortalecimiento de la capacidad de investigación, a fin de alcanzar los niveles de financiamiento propuestos en las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud, por los comités de expertos y foros ministeriales y en los planes estratégicos” (*Política de investigación para la salud* de la OPS, documento CD49/10).

7.3 Desarrollar y fortalecer estrategias y planes sobre salud digital (*eHealth*) (*Estrategia y plan de acción sobre eSalud* de la OPS, documento CD51/13 [2011]).

Objetivo 8: Fortalecer la capacidad nacional y regional de preparación, prevención, detección, vigilancia y respuesta a los brotes de enfermedades y a las emergencias y los desastres que afectan la salud de la población

Alcance: El propósito de este objetivo es reducir la mortalidad, la morbilidad y la interrupción social resultantes de las emergencias y los desastres mediante la prevención, detección, gestión y mitigación de los agentes patógenos que representan una gran amenaza, conjuntamente con la reducción del riesgo de otras amenazas, la preparación, la respuesta y la recuperación temprana. El sector de la salud debería tener capacidades adecuadas, conducidas y sostenidas nacionalmente para asegurar que haya suficiente resiliencia para proteger el bienestar físico, mental y social de sus comunidades y para recuperarse rápidamente de todos los brotes, emergencias y desastres. Los siguientes elementos son clave para este objetivo:

- desarrollo y fortalecimiento de la resiliencia de los sistemas y servicios de salud y aplicación de un enfoque multisectorial para contribuir a la seguridad sanitaria y hacer frente a las emergencias y al cambio climático;
- seguimiento, evaluación y fortalecimiento de las capacidades básicas para cumplir con el Reglamento Sanitario Internacional (RSI);
- estrategias de prevención, alerta y control para los peligros infecciosos que representan una gran amenaza;
- capacidades a nivel nacional, subregional y regional para responder a desastres y emergencias causados por cualquier tipo de amenaza;
- preparativos para emergencias y gestión del riesgo de desastres, incluidas la educación y capacitación de la población sobre la reducción de riesgos;
- fortalecimiento del sector de la salud en los países en situación de gran vulnerabilidad a emergencias y desastres, incluidos los recursos humanos y las instituciones seguras, así como la preparación de planes nacionales;
- respuesta oportuna y apropiada a las emergencias de salud.

Metas para el año 2030:

8.1 Reducir el número de casos de muerte, discapacidad y enfermedad, con énfasis en la protección de las poblaciones pobres y vulnerables afectadas por las emergencias y los desastres (combinación de la meta 11.5 de los ODS y la meta de impacto 9 del Plan Estratégico de la OPS).

8.2 Reforzar las funciones esenciales de salud pública para fortalecer la resiliencia y adaptabilidad al clima y a otras amenazas para el sector de la salud (meta 13.1 de los ODS).

8.3 Cumplir y mantener las capacidades críticas para las emergencias de salud, incluidas las capacidades básicas establecidas en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (actualización de la meta del resultado intermedio 5.2 del Plan Estratégico de la OPS).⁷⁷

⁷⁷ Incorpora los resultados derivados de la reforma de la respuesta a las emergencias de la OMS y su aplicación en la OPS. La Organización elaborará sus planes operativos institucionales a fin de cumplir los compromisos establecidos en esta Agenda en consonancia con las disposiciones del RSI para su aplicación, ejecución y cumplimiento.

8.4 Contar con capacidad crítica para responder a cualquier tipo de emergencias o desastres (sistemas de alerta temprana, centros de operaciones de emergencia, comunicación de riesgos y hospitales seguros) (actualización de la meta del resultado intermedio 5.2 del Plan Estratégico de la OPS).

Objetivo 9: Reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad por enfermedades no transmisibles, traumatismos, violencia y trastornos de salud mental

Alcance: El propósito de este objetivo es reducir la carga de las enfermedades no transmisibles, incluidas las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas, la diabetes y los trastornos de salud mental, así como la discapacidad, la violencia y los traumatismos. Esto se puede lograr mediante la promoción de la salud y la reducción de los riesgos, así como la prevención, el tratamiento y la vigilancia de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo, con énfasis en lo siguiente:

- enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedad renal crónica;
- consumo de tabaco, consumo perjudicial de alcohol, alimentación poco saludable, consumo de sal, inactividad física y obesidad;
- discapacidades y rehabilitación;
- traumatismos causados por el tránsito;
- violencia, con énfasis en la violencia contra las niñas, las mujeres y los adultos mayores;
- trastornos de salud mental y por consumo de sustancias psicoactivas;
- suicidio;
- malnutrición;
- promoción de la salud y el bienestar a lo largo del curso de la vida para prevenir las enfermedades y reducir la mortalidad, la discapacidad y la morbilidad;
- enfermedad y muertes causadas por exposición a factores ambientales, en particular la contaminación del aire.

Metas para el año 2030:

- 9.1 Reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles⁷⁸ en un tercio por medio de la prevención y el tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar (meta 3.4 de los ODS).
- 9.2 Aplicar el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco, en consonancia con el contexto nacional (adaptación de la meta 3.a de los ODS).
- 9.3 Asegurar el acceso a los servicios de habilitación y rehabilitación integrales, incluido el acceso a las tecnologías de asistencia y los servicios de apoyo para todos aquellos que lo necesiten, y promover la aplicación de la estrategia de rehabilitación de base comunitaria,⁷⁹ entre otras (adaptación del *Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación* de la OPS, documento CD53/7, Rev. 1 [2014]).

⁷⁸ Principalmente por las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas.

⁷⁹ La estrategia de la rehabilitación de base comunitaria (RBC) ofrece un modelo conceptual y operativo que permite coordinar los recursos especializados de los diferentes niveles de atención y la comunidad organizada. Además facilita el establecimiento de vínculos con los principales servicios, refuerza la capacidad de estos y facilita el acceso a intervenciones específicas (documento CD53/7, Rev. 1).

- 9.4 Contribuir a reducir de manera significativa la violencia y su impacto en la salud en colaboración con otros actores gubernamentales y no gubernamentales (meta 16.1, 3.6 y 5.2 de los ODS).
- 9.5 Reducir a la mitad el número de muertes y traumatismos causados por el tránsito (adaptación de la meta 3.6 de los ODS).
- 9.6 Incrementar el acceso universal a los servicios de salud mental, incluida la promoción del bienestar emocional y sus condiciones favorables, la prevención de problemas psicosociales y trastornos mentales, y la recuperación mental en todas las etapas de la vida, con un enfoque de género, intercultural y comunitario; la atención de la salud mental estará integrada en la atención primaria (adaptación del *Plan de acción sobre la salud mental* de la OPS, documento CD53/8, Rev. 1 [2014]).
- 9.7 Contribuir a poner fin a todas las formas de malnutrición, logrando incluso a más tardar en el 2025 las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y los lactantes y las personas mayores (adaptación de la meta 2.2 de los ODS).

Objetivo 10: Reducir la carga de las enfermedades transmisibles y eliminar las enfermedades desatendidas

Alcance: El propósito de este objetivo es reducir la mortalidad, la morbilidad y el estigma asociados con algunas de las enfermedades transmisibles y desatendidas más devastadoras del mundo, que exacerban la mala salud, la pobreza y las inequidades en la Región de las Américas. En el contexto del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, las intervenciones eficaces para prevenir, controlar, tratar y eliminar estas enfermedades se extienden más allá del sector de la salud y abarcan otros sectores, como el de la educación, el del agua y el saneamiento y el del trabajo, e intentan llegar a poblaciones en condiciones de vulnerabilidad para abordar los determinantes sociales de la salud subyacentes. Se deberá poner énfasis en lo siguiente:

- la infección por el VIH/sida y las infecciones de transmisión sexual;
- las hepatitis virales;
- la tuberculosis;
- las enfermedades transmitidas por vectores (malaria, dengue, zika, chikunguña, fiebre amarilla, enfermedad de Chagas);
- las enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas;
- las enfermedades prevenibles mediante vacunación;
- la vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos;
- la inocuidad de los alimentos (riesgos biológicos y químicos).

Metas para el año 2030:

- 10.1 Poner fin a la epidemia de la infección por el sida (meta 3.3 de los ODS).⁸⁰
- 10.2 Poner fin a la epidemia de la tuberculosis (adaptación de la meta 3.3 de los ODS).
- 10.3 Eliminar la transmisión vertical (maternoinfantil) del VIH y la sífilis congénita (meta de impacto 8.1 del Plan Estratégico de la OPS).

⁸⁰ Los indicadores de esta meta se definirán en los planes estratégicos de la OPS e incluirán la medición de la reducción de nuevas infecciones por VIH de acuerdo al indicador ODS 3.3.1.

- 10.4 Combatir las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles (adaptación de la meta 3.3 de los ODS).
- 10.5 Detener la transmisión de las hepatitis virales y acelerar la reducción de las infecciones crónicas y las muertes por hepatitis a fin de eliminar las hepatitis virales como problema importante de salud pública en la Región de las Américas (adaptación de la *Estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis víricas 2016-2021* de la OMS).
- 10.6 Eliminar la transmisión local de la malaria en los Estados Miembros y evitar el posible restablecimiento de la enfermedad (adaptación del *Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016-2020* de la OPS, documento CD55/13 [2016]).⁸¹
- 10.7 Eliminar las enfermedades infecciosas desatendidas⁸² como problema de salud pública (adaptación del *Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022* de la OPS, documento CD55/15 [2016]).
- 10.8 Tratar y prevenir las enfermedades infecciosas, incluido el uso responsable y racional de medicamentos seguros, efectivos, accesibles, asequibles y de calidad (adaptación del *Plan de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos* de la OPS, documento CD54/12, Rev. 1 [2015]).
- 10.9 Mitigar los riesgos con respecto a la inocuidad de los alimentos (resultado intermedio 1.7 del Plan Estratégico de la OPS).
- 10.10 Controlar la transmisión del dengue, el chikunguña, el zika y la fiebre amarilla con un enfoque integrado e intersectorial (*Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales* de la OPS, documento CD55/16 [2016]; y *Respuesta mundial para el control de vectores* de la OMS, documento A70/26 Rev. 1 [2017]).

⁸¹ La eliminación de la malaria es factible en los países endémicos de la Región de las Américas y es posible a largo plazo como meta regional. En los últimos 15 años la transmisión de la malaria se ha reducido de forma importante en varios países de la Región. En el 2016, Argentina y Paraguay completaron 6 y 5 años, respectivamente, sin notificación de casos autóctonos, y Belice, Costa Rica y El Salvador notificaron, respectivamente, 4, 4 y 13 casos autóctonos. En América del Sur, Suriname ha tenido un gran resultado en el control de la transmisión, con 64 casos autóctonos en el 2016 después de registrar 16.003 casos en el 2001. La drástica reducción en el número de casos en estos países es la principal evidencia en favor de la factibilidad de la eliminación de la malaria en las condiciones de transmisión de la Región con el uso de las intervenciones actualmente disponibles. En términos de sostenibilidad, los países de la Región y la Oficina también cuentan con el apoyo y el compromiso de múltiples asociados estratégicos en la implementación de intervenciones para eliminar la transmisión de la malaria y evitar un posible restablecimiento.

⁸² Principalmente, la leishmaniasis, la lepra, la filariasis linfática, la oncocercosis, el tracoma y la esquistosomiasis.

Objetivo 11: Reducir las desigualdades e inequidades en torno a la salud por medio de enfoques intersectoriales, multisectoriales, regionales y subregionales de los determinantes sociales y ambientales de la salud

Alcance: Este objetivo es importante para abordar las inequidades persistentes en torno a la salud en la Región. En consonancia con los principios de esta Agenda y de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de no dejar a nadie atrás, en este objetivo se consideran estrategias multisectoriales para reducir las inequidades en la salud al promover la salud y el bienestar mediante acciones sobre los determinantes de la salud, incluida la protección social, abordando los temas del género, la etnicidad y los derechos humanos. Lo siguiente es importante en este aspecto:

- fortalecimiento de la capacidad de los países para medir, monitorear y analizar sistemáticamente las desigualdades de salud;
- aplicación de la estrategia de la salud en todas las políticas para la acción intersectorial a fin de abordar los determinantes sociales y ambientales de la salud;
- promoción de los entornos saludables y del acceso a los servicios de salud de manera equitativa a fin de mejorar la salud y el bienestar, reducir las muertes prevenibles y la carga de las enfermedades a lo largo del curso de la vida y, al mismo tiempo, evitar cualquier impacto desproporcional en cuanto a la salud pública en las poblaciones o comunidades con más desventajas, incluidos los desplazados, refugiados y migrantes.⁸³

Metas para el año 2030:

- 11.1 Demostrar una marcada reducción en las brechas de la inequidad en la salud, medida mediante cualquiera de los siguientes estratificadores de equidad: lugar de residencia (urbano/rural), raza, etnia, ocupación, género, sexo, edad, educación o situación socioeconómica, utilizando mediciones simples de la desigualdad (brecha absoluta y relativa) (*Manual para el monitoreo de las desigualdades en salud* de la OMS).
- 11.2 Reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades causadas por sustancias químicas peligrosas y la contaminación del aire, el agua y el suelo, especialmente donde los riesgos ambientales estén afectando desproporcionalmente a las poblaciones o comunidades en desventaja (adaptación de la meta 3.9 de los ODS).
- 11.3 Reducir significativamente las desigualdades relacionadas con la calidad del agua y el saneamiento al avanzar con los sectores responsables en el acceso a los servicios de agua y saneamiento para su gestión segura (metas 6.1 y 6.2 de los ODS).
- 11.4 Generar políticas que incorporen la movilización y la migración seguras y saludables de las personas (meta 10.7 de los ODS y política sobre *La salud de los migrantes* de la OPS, resolución CD55.R13 [2016]).
- 11.5 Promover un entorno de trabajo saludable, seguro y sin riesgos para los trabajadores, incluidos los trabajadores migrantes y las personas con empleos precarios (adaptación del resultado intermedio 3.5 del Plan Estratégico de la OPS y *Plan de acción sobre la salud de los trabajadores*, documento CD54/10, Rev. 1 [2015]).

⁸³ OPS. La salud de los migrantes (documento de política CD55/11, Rev.1 [2016]).

VI. EJECUCIÓN, SEGUIMIENTO, EVALUACIÓN Y PRESENTACIÓN DE INFORMES

108. De conformidad con los objetivos y metas expuestos anteriormente, los Estados Miembros de la Región de las Américas deben poner en práctica esta Agenda de conformidad con los mecanismos establecidos en ella y deben presentar informes junto con la Oficina Sanitaria Panamericana. La ejecución se realizará mediante la colaboración entre los países, la Oficina Sanitaria Panamericana y con otros actores y asociados estratégicos a nivel nacional, subregional y regional.

Ejecución

109. La Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 contará con los planes estratégicos y las estrategias de cooperación con los países de la OPS, así como los planes subregionales y nacionales elaborados por los Estados Miembros, como el medio principal para su ejecución, seguimiento y evaluación. Al mismo tiempo, se debe involucrar a múltiples actores para alcanzar los objetivos y las metas aquí establecidos. En el siguiente cuadro se ilustran los principales actores y asociados en los distintos niveles.

Cuadro 4. Principales actores y asociados estratégicos por nivel

Nivel	Actores y asociados estratégicos
Nacional	<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio o Secretaría de Salud • Comisiones nacionales para la coordinación de los ODS • Poder ejecutivo, legislativo y judicial • Sectores gubernamentales (educación, finanzas, cancillería, medio ambiente, agricultura y ganadería, trabajo/laboral, entre otros) • Gobiernos municipales o locales • OPS/OMS • Organismos de las Naciones Unidas • Organizaciones de la sociedad civil nacionales e internacionales • Organismos de cooperación internacional • Sector académico y científico • Sector privado
Subregional	<ul style="list-style-type: none"> • Mecanismos subregionales de integración y, cuando proceda, sus entidades centradas en la salud • Mecanismos subregionales de otros sectores relacionados • Oficinas subregionales de la OPS/OMS
Regional	<ul style="list-style-type: none"> • Redes de epidemiología, de estadística, de planificación y de oficinas de relaciones internacionales (ORIS), entre otras • OPS/OMS • Grupo de Desarrollo de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe (UNDG ALC) • Centros colaboradores de la OPS/OMS

Nivel	Actores y asociados estratégicos
	<ul style="list-style-type: none"> • Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) • Organización de los Estados Americanos (OEA) • Banco Mundial (sector de América Latina y el Caribe) • Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y otros bancos de desarrollo • Otros organismos internacionales

110. La ejecución de la ASSA2030 a nivel nacional y subregional requiere del compromiso político de las autoridades de salud de los Estados Miembros y de los organismos de integración subregionales, lo que debe reflejarse en sus planes nacionales y subregionales, y del apoyo de la Oficina mediante ajustes en las estrategias de cooperación en los países y los planes subregionales. Además, los principales asociados nacionales e internacionales que trabajan para el desarrollo de la salud deben considerar los objetivos y las metas establecidos en esta Agenda al elaborar sus propios planes estratégicos y operacionales.

111. Los países de la Región de las Américas coinciden en la adopción de varios **enfoques estratégicos** clave para aplicar esta Agenda, que se indican en los párrafos a continuación:

- a) **Responsabilidad nacional por los resultados.** Se espera que los ministerios y las secretarías de salud promuevan y lideren el proceso de establecimiento de objetivos y metas nacionales que contribuyan al logro regional colectivo de esta Agenda. También se espera que los ministerios y las secretarías realicen acciones de promoción para elevar el perfil de las prioridades de salud establecidas en esta Agenda y sus planes nacionales de salud, impulsando acciones junto con los órganos ejecutivos, legislativos y judiciales.
- b) **Promoción y coordinación de acciones multisectoriales.** Los ministros y secretarios de salud de la Región reconocen que, al igual que en el caso de los ODS, el logro de los objetivos de esta Agenda requerirá una acción intersectorial concertada más allá del sector de la salud. Por lo tanto, se proponen trabajar con todos los sectores relevantes para el desarrollo social, tanto a nivel nacional como internacional. Esta función de promoción abarca no solo abordar los determinantes de la salud, sino también demostrar a otros sectores las ventajas que el desarrollo de la salud les aporta, especialmente por el aumento de la productividad económica y la reducción del gasto en los tratamientos, con un enfoque de la salud en todas las políticas.
- c) **Coordinación y cooperación interinstitucionales a escala nacional.** La situación varía mucho en los países de la Región, pero los que reciben un apoyo internacional significativo cuentan con mecanismos de coordinación que reúnen a todos los organismos internacionales que trabajan en la esfera del desarrollo,

incluida la cooperación en la salud. Es fundamental que las autoridades nacionales lideren estos mecanismos.

- d) **Cooperación Sur-Sur para el desarrollo de la salud.** Todos los países de la Región tienen conocimientos y experiencias que es importante compartir a fin de beneficiar a los demás países. Con el apoyo de la Oficina Sanitaria Panamericana, las autoridades de salud de la Región aprovecharán esta oportunidad a medida que busquen formas innovadoras de mejorar la salud de sus poblaciones.
- e) **Coordinación interinstitucional a escala regional.** La OPS pondrá en marcha una coordinación activa con el Foro de los Países de América Latina y el Caribe sobre el Desarrollo Sostenible,⁸⁴ mecanismo regional para el seguimiento de la aplicación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, incluidos los ODS, sus medios de implementación y la Agenda de Acción de Addis Abeba sobre el financiamiento para el desarrollo, a fin de contribuir con la información sanitaria regional pertinente para el seguimiento y la evaluación de la Agenda 2030.
- f) **Comunicación estratégica.** Para facilitar la adopción y la ejecución de esta Agenda, y de acuerdo con los resultados de la evaluación final de la Agenda para la Salud en las Américas 2008-2017, la Oficina, de manera coordinada con las autoridades sanitarias de la Región, de acuerdo con el contexto nacional, dará a conocer la ASSA2030, sus compromisos y la forma en que el cumplimiento de sus objetivos por la Región de las Américas contribuirá a la Agenda 2030. La Oficina, conjuntamente con los ministerios y las secretarías de salud y otros asociados estratégicos, elaborará una estrategia y un plan de comunicación que permitan dar a conocer los objetivos y metas de la Agenda en los niveles políticos, estratégicos y técnicos. Esta estrategia y plan deben tener en cuenta las experiencias y enseñanzas obtenidas de la promoción de la salud y deberían estar estrechamente articulados con otros esfuerzos en los países para la aplicación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Es esencial documentar el progreso a cada paso, comunicando el papel esencial y los beneficios específicos de la Agenda 2030 para lograr los niveles más altos de salud y bienestar para todas las personas de la Región. La Organización debe promover activamente la Agenda 2030 para dar a conocer a las entidades que trabajan en la Región los compromisos y la necesidad de monitoreo de sus objetivos y metas. La estrategia de comunicación para la ASSA2030 debe delinear lo que deberían hacer los países y la Oficina, lo cual se resume a continuación.
 - i) Países: El proceso de comunicación y difusión que realicen los países reviste gran importancia, ya que la implementación de la ASSA2030 depende del liderazgo de los Ministerios y Secretarías de Salud, así como del compromiso

⁸⁴ Creado en el 2016 durante el trigésimo sexto período de sesiones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Se puede consultar información en: <http://periododesesiones.cepal.org/36/es/noticias/crean-foro-paises-america-latina-caribe-desarrollo-sostenible>.

y la participación activa de diversos actores clave. En este sentido los Ministerios de Salud y las Secretarías de Salud, como autoridad sanitaria nacional, deben determinar dentro de cada país los distintos espacios existentes (consejos, comisiones, foros de carácter intersectorial) para dar a conocer y concientizar sobre esta agenda. Además, se deben crear otros espacios, como seminarios y talleres, en los que se convoque a los actores sociales clave involucrados con el alcance de la ASSA2030. Asimismo, es importante que los Ministerios de Salud y las Secretarías de Salud aprovechen los foros subregionales (de los propios ministros de salud y del sector de la salud, entre otros) para difundir y concientizar sobre la importancia de la ASSA2030 y el papel que tienen en su divulgación y ejecución. Este componente debería desarrollarse en el primer semestre del 2018 para que los países cuenten con la orientación y las herramientas necesarias.

- ii) La Oficina: La Oficina tiene un papel muy importante en el posicionamiento de la ASSA2030 y la concientización sobre ella. Primero, dentro de la propia Oficina, de manera que todo el personal esté informado y comprometido con el proceso de su implementación. Debe ponerse en marcha un proceso de concientización y comunicación permanentes con las representaciones en los países, a fin de que dichas representaciones hagan suya la ASSA2030 y definan conjuntamente con los países los mecanismos para su implementación, incluida la cooperación técnica que requiera cada uno de los países para aplicar esta agenda. La OPS, como miembro del sistema de las Naciones Unidas, también debe ocuparse de que todos los organismos relevantes de las Naciones Unidas conozcan y estén comprometidos a brindar su apoyo para el logro exitoso de los objetivos y metas de la ASSA2030. Además, la OPS deberá detectar otros espacios y foros donde converjan actores clave que puedan brindar apoyo en la ejecución de esta agenda. Asimismo, la Oficina pondrá a disposición por diversos medios los mecanismos de ejecución (plan estratégico, sistema de seguimiento y evaluación), para acompañar la ejecución de la agenda con los Estados Miembros y otros actores clave. Estas acciones deben realizarse en paralelo con la comunicación y concientización que realizarán los Estados Miembros.

Seguimiento, evaluación y presentación de informes

112. El compromiso de los Estados Miembros, la Oficina y los asociados es fundamental para la rendición de cuentas sobre la ejecución de esta Agenda. Esto requiere la utilización de los mecanismos de presentación de informes establecidos y el fortalecimiento de los mecanismos conjuntos de seguimiento y evaluación relacionados con el Plan Estratégico de la OPS y otras estrategias y planes de acción de la Organización.

113. Los objetivos y las metas definidos en la ASSA2030 deben convertirse en componentes integrales para la planificación sanitaria a nivel regional, subregional y

nacional, y deben guiar el establecimiento de indicadores específicos que sirvan de punto de referencia para hacer el seguimiento y evaluar el progreso hacia el cumplimiento de los objetivos de la Agenda.

114. En el caso de la OPS, las metas deben guiar la elaboración de indicadores en los planes estratégicos de la Organización para los períodos 2020-2025 y 2026-2031 y en las estrategias y los planes de acción regionales, así como ser consideradas en las estrategias de cooperación en los países que se elaboren entre el 2018 y el 2030.

115. A nivel regional, se debe coordinar el seguimiento, la evaluación y la presentación de informes de las metas de la ASSA2030 mediante los mecanismos establecidos y por medio de los informes de evaluación de los planes estratégicos y programas y presupuestos de la OPS. Además, el seguimiento, la evaluación y la presentación de informes deben estar vinculados al examen y el análisis periódicos realizados como parte de la publicación *Salud en las Américas*, así como a los requisitos de seguimiento de los ODS mundiales.

116. Se debe fortalecer la colaboración con los organismos de las Naciones Unidas y del sistema interamericano, en particular el Grupo Interinstitucional y de Expertos sobre Indicadores de los ODS y la CEPAL, a fin de optimizar el uso de las plataformas existentes para el seguimiento del ODS 3 y otras metas relacionadas con la salud (véase el anexo A).

117. El seguimiento y la evaluación de la ASSA2030 deben estar armonizados con los mecanismos existentes de seguimiento y presentación de informes. Se harán esfuerzos para fortalecer e integrar los sistemas de información a fin de facilitar la medición y el seguimiento de las metas de la ASSA2030 junto con otros indicadores de salud.

118. De manera similar, a nivel subregional y nacional, se espera que las entidades subregionales y los Estados Miembros adopten y adapten los objetivos y las metas de la ASSA2030 para su ejecución, seguimiento, evaluación y presentación de informes. Se realizarán esfuerzos para que los sistemas nacionales de información permitan la medición y la presentación de informes con respecto a los objetivos establecidos en la Agenda. En este sentido, la Oficina brindará apoyo a los Estados Miembros que así lo requieran.

119. Se debe llevar a cabo una evaluación de mitad de período en el 2025 con el fin de evaluar el avance en cuanto a la adopción y ejecución de la ASSA2030 en todos los niveles, documentar las enseñanzas e informar sobre las medidas correctivas cuando sea necesario. Por último, en el 2031 se debe realizar una evaluación final de la ASSA2030 junto con los esfuerzos mundiales para revisar los logros alcanzados en relación con los compromisos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

120. Hasta donde sea posible, y apoyándose en mecanismos existentes de presentación de informes, la Oficina debe realizar el seguimiento y la evaluación de la implementación

de la ASSA2030 por medio de informes oficiales a los Cuerpos Directivos, incorporando un análisis con enfoque de género a partir de las enseñanzas extraídas y las mejores prácticas.

Anexos

Anexo A: Metas e indicadores del ODS 3

Fuente: Informe del Grupo Interinstitucional y de Expertos sobre los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, Consejo Económico y Social, Naciones Unidas¹

Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades

META	INDICADOR
3.1 De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos	3.1.1 Índice de mortalidad materna 3.1.2 Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado
3.2 De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos	3.2.1 Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años 3.2.2 Tasa de mortalidad neonatal
3.3 De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles	3.3.1 Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 habitantes no infectados, desglosado por sexo, edad y sectores clave de la población 3.3.2 Incidencia de la tuberculosis por cada 100.000 habitantes 3.3.3 Incidencia de la malaria por cada 1.000 habitantes 3.3.4 Incidencia de la hepatitis B por cada 100.000 habitantes 3.3.5 Número de personas que requieren intervenciones contra enfermedades tropicales desatendidas
3.4 De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar	3.4.1 Tasa de mortalidad atribuida a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes o las enfermedades respiratorias crónicas 3.4.2 Tasa de mortalidad por suicidio
3.5 Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol	3.5.1 Cobertura de las intervenciones de tratamiento (farmacológico, psicosocial y servicios de rehabilitación y postratamiento) por trastornos de uso indebido de drogas 3.5.2 Consumo nocivo de alcohol, definido según el contexto nacional como el consumo per cápita de alcohol (15 años y mayores) en un año civil en litros de alcohol puro

¹ Informe del Grupo Interinstitucional y de Expertos sobre los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (documento E/CN.3/2017/2). Disponible en: <https://unstats.un.org/unsd/statcom/48th-session/documents/2017-2-IAEG-SDGs-S.pdf>

META	INDICADOR
3.6 De aquí a 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo	3.6.1 Tasa de mortalidad por lesiones debidas a accidentes de tráfico
3.7 De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales	3.7.1 Proporción de mujeres en edad de procrear (de 15 a 49 años) que practican la planificación familiar con métodos modernos 3.7.2 Tasa de fecundidad de las adolescentes (de 10 a 14 años; de 15 a 19 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad
3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos	3.8.1 Cobertura de servicios de salud esenciales (definida como el promedio de la cobertura de servicios esenciales sobre la base de intervenciones con trazadores, por ejemplo, la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, las enfermedades infecciosas, las enfermedades no transmisibles y la capacidad de los servicios y el acceso a ellos, entre la población general y los más desfavorecidos) 3.8.2 Proporción de la población con grandes gastos en salud por hogar como porcentaje del total de los gastos o ingresos de los hogares
3.9 De aquí a 2030, reducir considerablemente el número de muertes y enfermedades causadas por productos químicos peligrosos y por la polución y contaminación del aire, el agua y el suelo	3.9.1 Tasa de mortalidad atribuida a la contaminación de los hogares y del aire ambiente 3.9.2 Tasa de mortalidad atribuida al agua no apta para el consumo, el saneamiento en condiciones de riesgo y la falta de higiene (exposición a servicios de Agua, Saneamiento e Higiene para Todos (WASH) no seguros) 3.9.3 Tasa de mortalidad atribuida a la intoxicación accidental
3.a Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda	3.a.1 Prevalencia normalizada para la edad del consumo actual de tabaco entre las personas de 15 o más años de edad
3.b Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración relativa al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los	3.b.1 Proporción de la población inmunizada por todas las vacunas incluidas en su programa nacional 3.b.2 Total de la asistencia oficial para el desarrollo neta destinada a los sectores de la investigación médica y la salud básica 3.b.3 Proporción de centros de salud que tienen un conjunto básico de los medicamentos esenciales asequibles de manera sostenible

META	INDICADOR
países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio respecto a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos	
3.c Aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo	3.c.1 Densidad y distribución de los trabajadores sanitarios
3.d Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial	3.d.1 Capacidad del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y preparación para emergencias de salud

Objetivo 2. Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible²

META	INDICADOR
2.2 De aquí a 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad	<p>2.2.1 Prevalencia del retraso en el crecimiento (estatura para la edad, desviación típica < -2 de la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud (OMS)) entre los niños menores de 5 años</p> <p>2.2.2 Prevalencia de la malnutrición (peso para la estatura, desviación típica > +2 o < -2 de la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la OMS) entre los niños menores de 5 años, desglosada por tipo (emaciación y peso excesivo)</p>

² Ibid, p. 17

Objetivo 5. Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas³

META	INDICADOR
5.2 Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación	<p>5.2.1 Proporción de mujeres y niñas de 15 años de edad o más que han sufrido en los 12 meses anteriores violencia física, sexual o psicológica infligida por un compañero íntimo actual o anterior, desglosada por la forma de violencia y por edad</p> <p>5.2.2 Proporción de mujeres y niñas de 15 años de edad o más que han sufrido en los 12 meses anteriores violencia sexual infligida por otra persona que no sea un compañero íntimo, por edad y lugar del hecho</p>

Objetivo 6. Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos⁴

META	INDICADOR
6.1 De aquí a 2030, lograr el acceso universal y equitativo al agua potable a un precio asequible para todos	6.1.1 Proporción de la población que dispone de servicios de suministro de agua potable gestionados de manera segura
6.2 De aquí a 2030, lograr el acceso a servicios de saneamiento e higiene adecuados y equitativos para todos y poner fin a la defecación al aire libre, prestando especial atención a las necesidades de las mujeres y las niñas y las personas en situaciones de vulnerabilidad	6.2.1 Proporción de la población que utiliza servicios de saneamiento gestionados de manera segura, incluida una instalación para lavarse las manos con agua y jabón

Objetivo 10. Reducir la desigualdad en los países y entre ellos⁵

META	INDICADOR
10.7 Facilitar la migración y la movilidad ordenadas, seguras, regulares y responsables de las personas, incluso mediante la aplicación de políticas migratorias planificadas y bien gestionadas	<p>10.7.1 Costo de la contratación por cuenta del empleado como proporción de los ingresos anuales percibidos en el país de destino</p> <p>10.7.2 Número de países que han aplicado políticas migratorias bien gestionadas</p>

³ Ibid, p. 23

⁴ Ibid, p. 24

⁵ Ibid, p. 29

Objetivo 11. Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles⁶

META	INDICADOR
11.5 De aquí a 2030, reducir significativamente el número de muertes causadas por los desastres, incluidos los relacionados con el agua, y de personas afectadas por ellos, y reducir considerablemente las pérdidas económicas directas provocadas por los desastres en comparación con el producto interno bruto mundial, haciendo especial hincapié en la protección de los pobres y las personas en situaciones de vulnerabilidad	11.5.1 Número de muertes, personas desaparecidas y afectados directamente a consecuencia de desastres por cada 100.000 personas

Objetivo 13. Adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos⁷

META	INDICADOR
13.1 Fortalecer la resiliencia y la capacidad de adaptación a los riesgos relacionados con el clima y los desastres naturales en todos los países	13.1.1 Número de muertes, personas desaparecidas y afectados directamente a consecuencia de desastres por cada 100.000 personas

Objetivo 16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y construir a todos los niveles instituciones eficaces e inclusivas que rindan cuentas⁸

META	INDICADOR
16.1 Reducir significativamente todas las formas de violencia y las correspondientes tasas de mortalidad en todo el mundo	<p>16.1.1 Número de víctimas de homicidios dolosos por cada 100.000 habitantes, desglosado por sexo y edad</p> <p>16.1.2 Muertes causadas por conflictos por cada 100.000 habitantes, desglosadas por sexo, edad y causa</p> <p>16.1.3 Proporción de la población sometida a violencia física, psicológica o sexual en los 12 meses anteriores</p> <p>16.1.4 Proporción de la población que no tiene miedo de caminar sola cerca de donde vive</p>

⁶ Ibid, p. 30

⁷ Ibid, p. 33

⁸ Ibid, p. 37

Objetivo 17. Fortalecer los medios de implementación y revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo sostenible⁹

META	INDICADOR
<p>17.18 De aquí a 2020, mejorar el apoyo a la creación de capacidad prestado a los países en desarrollo, incluidos los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo, para aumentar significativamente la disponibilidad de datos oportunos, fiables y de gran calidad desglosados por ingresos, sexo, edad, raza, origen étnico, estatus migratorio, discapacidad, ubicación geográfica y otras características pertinentes en los contextos nacionales</p>	<p>17.18.1 Proporción de indicadores de desarrollo sostenible producidos a nivel nacional, con pleno desglose cuando sea pertinente a la meta, de conformidad con los Principios Fundamentales de las Estadísticas Oficiales</p> <p>17.18.2 Número de países que cuentan con legislación nacional sobre las estadísticas acorde con los Principios Fundamentales de las Estadísticas Oficiales</p>

⁹ Ibid, p. 42

Anexo B: Causas principales de muerte en la Región en el período 2010-2013, según el sexo¹

Mujeres			
Causas (CIE10)	Muertes	Tasa ajustada por la edad por 100.000 habitantes	Porcentaje sobre el total de muertes
Enfermedades isquémicas del corazón (I20-I25)	1.223.202	66,2	13,2
Enfermedades cerebrovasculares (I60-I69)	766.684	41,5	8,3
Demencia y enfermedad de Alzheimer (F01, F03, G30)	692.653	37,5	7,5
Diabetes mellitus (E10-E14)	570.892	30,9	6,2
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (J40-J47)	498.929	27,0	5,4
Influenza y neumonía (J10-J18)	410.659	22,2	4,4
Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón (C33, C34)	396.957	21,5	4,3
Enfermedades hipertensivas (I10-I15)	377.043	20,4	4,1
Tumor maligno de la mama (C50)	317.456	17,2	3,4
Enfermedades del sistema urinario (N00-N39)	270.689	14,6	2,9

Hombres			
Causas (CIE10)	Muertes	Tasa ajustada por la edad por 100.000 habitantes	Porcentaje sobre el total de muertes
Enfermedades isquémicas del corazón (I20-I25)	1.569.496	86,8	14,8
Enfermedades cerebrovasculares (I60-I69)	657.078	36,3	6,2
Tumor maligno de la tráquea de los bronquios y del pulmón (C33, C34)	561.399	31,0	5,3
Diabetes mellitus (E10-E14)	527.193	29,1	5
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (J40-J47)	514.132	28,4	4,9
Agresiones (homicidios) (X85-Y09)	485.817	26,9	4,6
Accidentes de transporte terrestre (V01-V89)	404.929	22,4	3,8
Influenza y neumonía (J10-J18)	403.516	22,3	3,8
Cirrosis y otras enfermedades del hígado (K70-K76)	377.185	20,9	3,6
Demencia y enfermedad de Alzheimer (F01, F03, G30)	324.964	18,0	3,1

¹ Cifras ajustadas por la edad sobre la base de las categorías en la lista normalizada de la OMS para comparaciones internacionales de las principales causa de muerte. OMS: Becker R, Silvi J, Fat D, L'Hous A, Laurenti R: A method for deriving leading causes of death; *Bull of the WHO*; 2006; 84: 297-304.

Anexo C: Agradecimientos

Se agradece a los siguientes miembros del Grupo de Trabajo de los Países y de la Oficina Sanitaria Panamericana por sus contribuciones a la elaboración de la Agenda.

País	Participantes/Contribuidores
Antigua y Barbuda	Rhonda Sealy-Thomas Jefa Médica, Ministerio de Salud
Argentina	Ruben Nieto Secretario, Relaciones Nacionales e Internacionales, Ministerio de Salud de la Nación Miguela Pico Subsecretaria de Relaciones Institucionales del Ministerio de Salud de la Nación Dirección Nacional de Relaciones Sanitarias Internacionales, Ministerio de Salud de la Nación
Barbados	John Boyce Ministro de Salud Joy St. John Jefa Médica Reeshemah Cheltenham-Niles Planificadora de Salud Danny Gill Director de la Unidad de Proyectos, Ministerio de Salud
Brasil	Fatima Marinho Directora de Epidemiología, Ministerio de Salud Diogo Alves Asesor, Relaciones Internacionales, Ministerio de Salud
Chile	Matilde Maddaleno Directora de Relaciones Internacionales Sanitarias Odette Urrutia Profesional, Departamento de Estrategia Nacional de Salud, División de Planificación Sanitaria
Costa Rica	Rosibel Vargas Gamboa Directora, Planificación y Desarrollo Institucional, Ministerio de Salud
Ecuador	Verónica Espinosa Ministra de Salud Pública Jakeline Calle Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud Pública

	<p>Peter Skerrett Director Nacional de Cooperación y Relaciones Internacionales</p> <p>Cristina Luna Asesora Ministerial</p> <p>Ángela León Cáceres Coordinadora de Cooperación y Relaciones Internacionales Multilaterales</p> <p>Fernando Cornejo Ex Viceministro de Gobernanza, Ministerio de Salud Pública</p>
El Salvador	<p>Marina Estela Avalos López Directora de Planificación, Ministerio de Salud</p>
Estados Unidos de América	<p>Cristina Rabadan-Diehl Directora de la Oficina de las Américas, Oficina de Asuntos Mundiales, Departamento de Salud y Servicios Humanos</p> <p>Maya Levine Analista Principal de Salud Global, Oficina de Asuntos Mundiales, Departamento de Salud y Servicios Humanos</p> <p>Allison O'Donnell Oficial de la Salud Global. Oficina de Asuntos Mundiales, Departamento de Salud y Servicios Humanos</p>
Honduras	<p>Janethe Aguilar Directora de Planificación y Evaluación de la Gestión, Secretaría de Salud</p> <p>Fanny Mejía Viceministra de Proyectos e Inversiones, Secretaría de Salud</p>
México	<p>Luis Adrián Ortiz Blas Director Adjunto de la Política y Cooperación Internacional, Secretaría de Salud</p> <p>Martha Caballero Directora de Cooperación Bilateral y Regional, Dirección General de Relaciones Internacionales, Secretaría de Salud</p>
Nicaragua	<p>Alejandro Solís Martínez Director de Planificación, Ministerio de Salud</p> <p>Carlos José Sáenz Torres Secretario General, Ministerio de Salud</p>
Panamá	<p>Miguel Antonio Mayo Di Bello Ministro de Salud</p> <p>Reina Roa Directora de Planificación, Ministerio de Salud</p> <p>Natasha Dormoi Directora de Relaciones Internacionales, Ministerio de Salud</p>

	Iritzel Santamaría Directora Adjunta de Planificación, Ministerio de Salud
Paraguay	María Antonieta Gamarra Mir Directora de Relaciones Internacionales Sanitarias Patricia A. Giménez León Directora General de Planificación y Evaluación, Ministerio de Salud
Perú	Sofía del Pilar Velásquez Portocarrero Asesora, Oficina del Viceministro de Salud Pública
Uruguay	Gilberto Ríos Director de Relaciones Internacionales Sanitarias
Oficina Sanitaria Panamericana	Carissa F. Etienne, Directora Dean Chambliss, Rony Maza, Victor Cuba y Travis High, Departamento de Planificación y Presupuesto Gina Tambini y Patricia Alvarado, Representación de la OPS/OMS en Ecuador Godfrey Xuereb, Representación de la OPS/OMS en Barbados Gerardo Alfaro e Hilda Leal, Representación de la OPS/OMS en Panamá Gerardo De Cosio, José Escamilla y Antonio Sanhueza, Unidad de Información y Análisis de Salud Kira Fortune, Agnes Soares, Julietta Rodriguez y Daniel Buss, Programa Especial sobre Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud James Fitzgerald, Amalia Del Riego, Fernando Menezes, Analía Porras, Camilo Cid, Juan Pablo Pagano y Candelaria Araoz, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud Luis Andrés De Francisco, Suzanne Serruya, Pablo Guirotane, Betzabe Butrón, Cuauhtemoc Ruiz y Anna Coates, Departamento de Familia, Género y Curso de Vida Anselm Hennis y Raphael Dambo, Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental Marcos Espinal, Luis Gerardo Castellanos y Massimo Ghidinelli, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud Ciro Ugarte, Sylvain Aldighieri, Roberta Andraghetti y Nicole Wynter, Departamento de Emergencias de Salud Francisco Becerra, Luis Gabriel Cuervo y David Novillo, Oficina de Gestión del Conocimiento, Bioética e Investigación

	<p>Teofilo Monteiro, Equipo de Agua y Saneamiento</p> <p>Kevin Cook, Donna Eberwine, Leiticia Linn, Bola Oyeleye y Harold Ruiz Perez, Departamento de Comunicaciones</p> <p>Gabriel Listovsky, Coordinador, Campus Virtual para la Salud Pública de la OPS</p> <p>Todos los equipos de la OPS de las representaciones en los países y de las oficinas del nivel subregional y regional que contribuyeron a la elaboración de esta Agenda desde sus comienzos en el 2016.</p>
<p>Y a los equipos de los ministerios y secretarías de salud, que han proporcionado un apoyo invaluable a la elaboración de esta Agenda.</p>	

- - -