



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



148.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 20 al 24 de junio del 2011

Punto 7.5 del orden del día provisional

CE148/INF/5 (Esp.)
7 de junio del 2011
ORIGINAL: INGLÉS

INFORME SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS EN MATERIA DE ASUNTOS TÉCNICOS

CONTENIDO

A	Inmunización: retos y perspectivas.....	2
	<i>Resoluciones CD25.R27 (1977) y CD50.R5 (2010)</i>	
B	Implementación de la Estrategia mundial y Plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual	6
	<i>Resoluciones WHA61.21 (2008) y CD50.R15 (2008)</i>	
C	Avances en la implementación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.....	11
	<i>Resoluciones CD48.R2 (2008) y CD50.R6 (2010)</i>	
D	Implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005).....	14
	<i>Resoluciones WHA58.3 (2005) y CSP27.R13 (2007)</i>	
E	Informe sobre el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del milenio relacionados con la salud en la Región de las Américas	18
	<i>Resoluciones CD45.R3 (2004), WHA63.15 (2010) y A/RES/65/1(2010)</i>	
F	Situación de los Centros Panamericanos	27
	<i>Resoluciones CSP20.R31 (1978) y CD50.R14 (2010)</i>	

A. INMUNIZACIÓN: RETOS Y PERSPECTIVAS

Antecedentes

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

Avances

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

Mantener los logros

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

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

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

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

Completar la agenda inconclusa

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

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

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

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

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

Hacer frente a los nuevos desafíos

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

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

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

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

Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la OPS

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

Próximos pasos

- a) Mantener la vacunación como un bien público.
- b) Reforzar, en todos los niveles, las medidas de vigilancia epidemiológica y de vacunación ante el riesgo de reintroducción de enfermedades prevenibles por vacunaciones ya erradicadas o eliminadas en nuestra Región.
- c) Reforzar la comunicación, información y educación sobre el beneficio de las vacunas y la inmunización en la población.
- d) Continuar brindado apoyo técnico a los Estados Miembros desde la Oficina Sanitaria Panamericana.

Intervención del Comité Ejecutivo

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

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

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

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

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

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

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

² Para consultar la situación actual, la evolución histórica y los grupos actualmente activos dentro de la red véase el sitio

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

21. La Región continúa priorizando la gestión de los derechos de propiedad intelectual desde la perspectiva de la salud pública. Desde junio del 2010, México cuenta con un mecanismo para evaluar la petición de patentes (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, COFEPRIS), mientras que Bolivia y Paraguay han adoptado un instrumento similar denominado “anuencia previa”. Es destacable la cesión por parte de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos de una patente asociada a un medicamento antirretroviral a la cartera común de patentes creada por el Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos (UNITAID). Las flexibilidades previstas en el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) han sido empleadas en la Región: en Ecuador con la utilización de licencias obligatorias por parte de las autoridades nacionales y en Colombia con el anuncio por parte del gobierno de su voluntad de utilizar el mecanismo de importación paralela.

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

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

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1054&Itemid=513&lang=es.

³ Información disponible en:

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

⁴ Para ver el plan de trabajo, los miembros del grupo y las últimas publicaciones, consúltese

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

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

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

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

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

acompañado la realización de un estudio sobre las políticas farmacéuticas, la regulación de la propiedad intelectual y el acceso a medicamentos, en colaboración con CARICOM y otros países del Caribe.⁷

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

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

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

- integración de los sistemas de suministro en El Salvador y la República Dominicana;
- ampliación y mejora de la eficiencia del financiamiento público de medicamentos a través del programa de Farmacia Popular en Brasil;
- aumento de la transparencia de los mercados farmacéuticos con la creación y uso de los bancos de precios para apoyar las compras públicas en medicamentos en el MERCOSUR, América Central, Perú y Colombia;

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

⁸ Se puede consultar un resumen de la reunión en http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=8796&Itemid=.

⁹ Se puede encontrar un resumen de la Reunión Internacional sobre Transferencia Tecnológica e Innovación en Salud en las Américas en http://new.paho.org/uru/index.php?option=com_content&task=view&id=245&Itemid=230.

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

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

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

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

Intervención del Comité Ejecutivo

¹⁰ Disponible en:

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

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

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

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

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

Antecedentes

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

Informe de progreso

32. San Vicente y las Granadinas ratificó el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT), con lo cual hay un total de 28 Estados Parte (80% del total de Estados Miembros de la OPS).

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

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

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

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

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

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

Medidas para mejorar la situación

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

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

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

42. Las acciones de la industria tabacalera generalmente requieren medidas rápidas y coordinadas. La Organización debe divulgar ampliamente las diferentes formas de cooperación técnica disponible en cada caso, además de fomentar la coordinación con otros actores gubernamentales y de la sociedad civil para optimizar las intervenciones.

43. Se recomienda incluir el tema del control del tabaco como un componente de proyectos más amplios, ya que muchos temas, como las enfermedades crónicas no transmisibles, la salud maternoinfantil y otros, podrían beneficiarse y, a la vez, esto

ayudaría a movilizar nuevas fuentes de financiamiento. Asimismo es importante continuar y profundizar la inclusión de la visión de género y la perspectiva de derechos humanos en la agenda de control del tabaco.

Intervención del Comité Ejecutivo

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

Referencias

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

D. IMPLEMENTACIÓN DEL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL (2005)

Introducción

45. La finalidad de este informe es dar cuenta del avance logrado por los Estados Miembros de la Región de las Américas y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el cumplimiento de sus obligaciones y compromisos con respecto a la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) desde el último informe presentado al 50.º Consejo Directivo, que tuvo lugar en el 2010 (documento CD50/INF/6).

Fomento de las alianzas regionales y mundiales

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

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

47. Los planes nacionales de acción con respecto al RSI son la piedra angular de la ejecución del RSI (2005) a escala nacional. De los 28 Estados Partes que formularon sus planes de acción, al menos 10 han determinado los costos de tales planes. El apoyo específico a cada país que presta la OPS en relación con estos planes nacionales de acción comprende: a) la finalización y el ajuste de los planes nacionales de acción; b) el fortalecimiento de la oficina del Centro Nacional de Enlace para el RSI mediante la elaboración de procedimientos normalizados de trabajo, la capacitación en el uso del anexo 2 del Reglamento, las visitas de estudio al Punto de Contacto de la OMS para el RSI en la Región, que se encuentra en la sede de la OPS, y la introducción de la plataforma informática para el manejo de eventos con el apoyo de los ministerios de salud de Brasil y Chile; c) la capacitación de los equipos de respuesta rápida; y d) la creación de las competencias para las actividades prácticas de epidemiología.

48. La OPS brindó apoyo a las misiones en los países para facilitar la aplicación de las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en los puntos de entrada, en particular las relacionadas con el proceso de designación de puertos. Se promovió la interacción intersectorial entre las autoridades de salud pública y las autoridades del punto de entrada y otros ministerios (por ejemplo, los ministerios de transporte y de defensa, entre otros), y se subrayó la importancia de integrar las funciones de salud pública y un método eficaz en función de los costos en el proceso de designación de los puntos de entrada. Con el apoyo del Gobierno de España, la OPS facilitó la traducción de los documentos clave sobre la aplicación del Reglamento en los puntos de entrada.

49. Los Estados Partes se han comprometido a establecer las capacidades básicas de vigilancia y respuesta para junio del 2012, pero se prevé que no todos los países de la Región podrán cumplir con este plazo. Esta fecha límite debe considerarse una meta fijada para mantener el ímpetu y un paso en el proceso sostenible de preparación en curso, en el cual los países adaptan las enseñanzas extraídas y las mejores prácticas basadas en datos probatorios.

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

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

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

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

52. El examen o la modificación del marco jurídico nacional para que sea compatible y uniforme con las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sigue siendo un reto en Centroamérica y el Caribe.

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

54. Al 31 de enero del 2011, 379 puertos en 17 Estados Partes de la Región de las Américas habían recibido autorización para emitir certificados de sanidad a bordo. La lista de los puertos autorizados se actualiza regularmente y se publica en línea.¹

55. En el 2010, ocho Estados Partes de la Región informaron a la OMS acerca de sus requisitos de vacunas para los viajeros. La información se incluirá en la edición 2011 del informe *Viajes internacionales y salud* de la OMS.

56. A pesar de que el Reglamento Sanitario Internacional (2005) representa el compromiso de los Estados Partes de fortalecer la capacidad de vigilancia y respuesta al mismo tiempo que se garantiza la rendición de cuentas mutua,² hasta la fecha no hay ninguna obligación legal en cuanto al formato del informe anual que deben usar los Estados Partes para presentar información a la Asamblea Mundial de la Salud. Entre el 2007 y el 2009, se crearon en todo el mundo y en la Región varias herramientas para evaluar y medir el progreso logrado con respecto a la aplicación del Reglamento. Intentando alcanzar un consenso a nivel regional en cuanto al enfoque de vigilancia de la aplicación del Reglamento, los Estados Partes acordaron seguir usando las herramientas de vigilancia que se han creado y validado al nivel nacional o subregional y ya se han usado a nivel nacional. La poca aceptación en la Región de la herramienta propuesta por la OMS para presentar la información a la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud queda demostrada por la tasa más baja de presentación de información registrada en los últimos tres años (57%, 20/35 Estados Partes).

¹ Se puede consultar en http://www.who.int/ihr/ports_airports/portslanding/es/index.html.

² Global Health Security and the International Health Regulations. Andrus JK, Aguilera X, Oliva O, Aldighieri S. BMC Public Health. 2010 Dec 3;10 Suppl 1:S2.

Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005)

57. El Comité de Examen³ acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) fue convocado de conformidad con la resolución WHA61.2 (2008) y tras la propuesta de la Directora General al 126.º Consejo Directivo de analizar el funcionamiento del Reglamento en la pandemia por virus (H1N1) 2009. Los principales resultados, recomendaciones y conclusiones del Comité de Examen se incluyeron en el avance del *Informe del Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la pandemia por virus (H1N1) 2009*⁴ (en adelante denominado “el informe”) presentado en la última reunión del Comité de Examen, abierta a los Estados Miembros (Ginebra, del 28 al 30 de marzo del 2011) para que estos pudieran analizarlo y proporcionar observaciones.

58. Las tres conclusiones generales ofrecidas por el Comité de Examen en el informe indican que: a) el Reglamento Sanitario Internacional (2005) ayudó a que el mundo estuviese mejor preparado para afrontar las emergencias de salud pública, aunque las capacidades básicas que se prescriben en el anexo 1 del RSI todavía no se han desplegado plenamente y no parece que vayan a implantarse a tiempo en todo el mundo; b) la OMS tuvo en muchos aspectos un buen desempeño durante la pandemia, tuvo que hacer frente a dificultades sistémicas y presentó algunas deficiencias; el Comité de Examen no encontró indicios de ningún acto ilícito; y c) el mundo está mal preparado para responder a una pandemia grave de gripe o a cualquier emergencia de salud pública similar mundial; además del establecimiento de las capacidades básicas, distintos factores podrían ayudar a mejorar la preparación mundial.

59. Los aportes y las observaciones al documento preliminar se compilarán y se consolidarán en el informe final del Comité de Examen, que se someterá a la consideración de la 64.ª Asamblea Mundial de la Salud. De surgir otras cuestiones durante la 64.ª Asamblea Mundial de la Salud, se complementará oralmente este informe en la 148.ª sesión del Comité Ejecutivo.

³ Se puede consultar la información acerca del Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional en: http://www.who.int/ihr/review_committee/es/index.html.

⁴ Se puede consultar en: http://www.who.int/ihr/preview_report_review_committee_mar2011_es.pdf.

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

Introducción

60. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM),¹ fijados en el 2000 por los 189 países miembros de las Naciones Unidas mediante la Declaración del Milenio fueron reafirmados en la Cumbre del 2010. Los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han expresado su compromiso claro para alcanzar las metas fijadas con miras al cumplimiento de los [ODM](#), con la convicción de que la salud es parte esencial del desarrollo social, económico y político. La Organización ha considerado que la mejor manera de avanzar hacia esas metas es fortalecer la equidad en materia de salud, tanto entre los países como dentro de ellos, asignando prioridad a las zonas y grupos vulnerables, así como a las poblaciones que viven en la pobreza. Los ODM y sus metas asociadas, son dimensiones clave del compromiso de la [OPS](#) con las políticas de salud con resultados cuantificables.

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

Antecedentes

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

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

¹ Son ocho objetivos de desarrollo humano referentes a erradicación de la pobreza, educación primaria universal, igualdad entre los géneros, reducción de la mortalidad infantil, mejoramiento de la salud materna, control de la infección por el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, sostenibilidad del medio ambiente y fomento de una asociación mundial para el desarrollo.

condiciones de pobreza en la región de América Latina y el Caribe disminuyó 11 puntos porcentuales al pasar de 44% a 33%; de igual manera, la proporción de personas que viven en condiciones de extrema pobreza se redujo de 19% a 13%. Aun con estos avances, se calculaba que para el 2008 había 180 millones de personas que vivían en condiciones de pobreza y 71 millones que vivían en condiciones de extrema pobreza. Por esta razón, en el [Informe Interagencial de los ODM](#) se acordó poner de relieve tres aspectos de la igualdad: la igualdad de derechos, la reducción de las brechas y el bienestar de las generaciones futuras, mediante un desarrollo sostenible (1–2).

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

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

¹ Este documento se encuentra disponible por el momento solamente en inglés.

65. Este informe de progreso se basa en los datos proporcionados por sus Estados Miembros y publicados anualmente por la OPS en el marco de la [Iniciativa Regional de Datos Básicos y Perfiles de Salud](#) (CD45/14 [2004] y CD50/INF/6 [2010]), y en los datos generados a nivel mundial por el grupo interagencial de las Naciones Unidas responsable del seguimiento de los ODM y que reflejan cifras estandarizadas basadas en proyecciones de población o datos ajustados (1-3).

Análisis de la situación actual

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

67. Para los fines de este informe se han considerado tanto la información proporcionada por los países (denominada OPS), proveniente de los registros rutinarios y de cálculos generados por el propio país, como las estimaciones proporcionadas por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL/CELADE) responsable del grupo interagencial.^{2,3,4,5}

68. Se realizó un análisis con información para el período comprendido entre 1990 y 2009, que equivale al 76% del tiempo comprometido para alcanzar los ODM. Los problemas que inciden en el uso de la información proveniente de los sistemas rutinarios son, principalmente, la falta de cobertura del numerador y/o del denominador de los indicadores. Esto obliga al uso de cálculos elaborados por los países y los organismos internacionales, que no siempre coinciden.⁶

² Organización Panamericana de la Salud. Información y análisis de salud: situación de la salud en las Américas: indicadores básicos del 2004 al 2010. Washington (DC) US.

³ Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Tasas de mortalidad infantil estimadas según quinquenios. Países de América Latina 1950-2050 [Internet]. CEPAL/CELADE. Santiago de Chile, Chile (consultado el 1 de noviembre del 2010). Disponible en: http://www.eclac.org/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm.

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

⁵ United Nations Children's Fund/World Health Organization/World Bank/United Nations Population Division. The Inter-agency Group for Child Mortality Estimation: Trends in infant mortality rates (1960-2009) [Internet]. IGME; 2010 [consultado el 1 de noviembre del 2010]. Disponible en: http://www.childinfo.org/mortality_imrcountrydata.php.

⁶ La OPS está ejecutando una estrategia para fortalecer las estadísticas vitales y de salud (CD48/9 [2008]) que comprende dos componentes: a) el trabajo con los países para fortalecer y mejorar la producción estadística y, b) la coordinación con organismos internacionales para evitar duplicaciones y el uso de técnicas o hipótesis diferentes a la hora de calcular los indicadores.

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

70. La **mortalidad infantil** continúa disminuyendo en la Región. En 1990, la tasa de mortalidad infantil (TMI) fue de 42 por 1.000 nacidos vivos (n.v.) en América Latina y el Caribe y de 19 por 1.000 n.v. en el 2009, es decir, una reducción de 55%, y un promedio anual de reducción del 2.9% (4). Se calcula que en el 2009, ocurrieron 199 mil defunciones infantiles en las Américas. Entre las medidas de salud pública que han contribuido a esta disminución se encuentran: el avance de la estrategia de atención primaria de salud, de alto impacto y bajo costo; los programas universales y gratuitos de vacunación rutinaria; la terapia de rehidratación oral; el control del crecimiento y desarrollo de los niños; el aumento de la cobertura de servicios básicos, especialmente de agua potable y saneamiento; el mejoramiento de los niveles educativos de la población, en especial de las mujeres, el descenso de la fecundidad y la disminución de la pobreza.⁷ Cabe señalar que en la Región existe una gran heterogeneidad entre los países y entre grupos de población y territorios dentro de los mismos países.

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

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

73. La **mortalidad materna** ha disminuido en la Región, pero con diferentes tendencias en los países. En 1990, la razón de mortalidad materna (RMM) fue de 140 por 100.000 nacidos vivos en América Latina y el Caribe y de 84 en el 2008, una reducción

⁷ Esta aseveración se sustenta también en el párrafo 4 de este mismo documento. En 1990 había 200 millones de pobres y 93 millones de personas viviendo en extrema pobreza, para 2007 eran 184 millones de pobres y 68 millones en extrema pobreza. En el 2008 por la crisis de alimentos disminuyó la pobreza a 180 millones pero aumentó la extrema pobreza a 71 millones. Por lo tanto, de acuerdo con los datos del 2008 de CEPAL, aumentó el número de personas viviendo en extrema pobreza, pero también se puede decir que la pobreza ha disminuido desde 1990 (en 11 puntos porcentuales y en 20 millones de personas.)

de 40%, con un promedio anual de reducción del 3% desde 1990. Se calcula que en el 2008, ocurrieron 10.242 defunciones maternas en las Américas (5).

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

75. Esta tendencia a la disminución se observa en 15 países de la Región, con diferentes progresos, variando desde -2,9% hasta -44,3%. Por otro lado, hay países que reportaron aumentos hasta el 2008, incremento que ha sido, en buena medida, por la mejoría de la vigilancia de las defunciones maternas, como, por ejemplo, la mayor captación de las causas indirectas de defunción observada en Canadá, los Estados Unidos, y la República Dominicana. Es importante destacar que para el 2009, esperamos un aumento de la mortalidad materna para la mayoría de los países debido a la epidemia de AH1N1 2009. El informe con esta información será publicado en el folleto “Situación de salud en las Américas: Indicadores básicos 2011”.

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

77. En cuanto al cálculo del número de nuevas infecciones por el VIH (ONUSIDA, 2010. Global Report) para los países de la Región, se observa en general una disminución en la morbilidad, con diferentes tendencias en la mortalidad. Para el 2009, cerca de 7% del total de nuevas infecciones por el VIH a nivel mundial, es decir, 179.000 casos correspondieron a la Región; de ellos, 92.000 ocurrieron en América Latina, 70.000 en América del Norte y 17.000 en el Caribe (3). La responsabilidad del seguimiento de las metas 6A y 6B corresponde al ONUSIDA.

78. La epidemia aún no se ha detenido ni tampoco revertido. Al contrario, sigue estando presente el riesgo de una mayor expansión de la infección, incluso entre mujeres, jóvenes e indígenas (3). Para el período 2004 al 2008, en cuanto a la proporción de la población portadora de VIH que tiene acceso a los medicamentos antirretrovirales en América Latina y el Caribe, se observa un aumento del número de mujeres embarazadas

(del 35% al 54%) y de niños menores de 15 años (del 65% al 76%) con acceso al tratamiento.

79. Para el período 2000-2009, la Región notificó 56% de reducción en la morbilidad por **paludismo** y 60% de disminución en la mortalidad por esta causa; de los 21 países con malaria endémica 18 lograron disminuirla hacia el 2009 y, de ellos, ocho han registrado reducciones mayores de 75%; mientras que en cuatro de ellos las disminuciones han sido superiores al 50%. A partir del 2005, ha habido una disminución sostenida de la transmisión en las Américas (6).

80. Con respecto a la **tuberculosis**, hay avances en 21 países de la Región. No obstante, la resistencia multimedicamentosa continúa siendo un desafío. El informe de la OMS del 2010 sobre control de la tuberculosis, (que recaba datos notificados por los países de la Región) señala una tasa de disminución anual de la incidencia por tuberculosis en las Américas de 4%, siendo la Región que mayor descenso ha registrado a nivel mundial. Al mismo tiempo, la Región de las Américas ya ha alcanzado las metas propuestas para el 2015 de reducción de 50% en las tasas de prevalencia y de mortalidad por tuberculosis (7).

81. En cuanto al **acceso sostenible al agua segura**, la responsabilidad en el Grupo Interagencial recae en el UNICEF y la OMS, organismos que, a través del Programa Conjunto de Seguimiento (Joint Monitoring Program: JMP) utilizan información basada en encuestas de hogares y censos, con definiciones estandarizadas para asegurar la comparabilidad en el tiempo y entre países. A nivel regional, de acuerdo con los datos disponibles para el 2008 del JMP, se registra el 93% de acceso a fuentes mejoradas de agua (97% en las zonas urbanas y 80% en las zonas rurales). El desafío es mayor entre los habitantes de los quintiles de ingresos más bajos. El JMP mejorará el trabajo de seguimiento mediante el desglose de los datos, con lo cual se aclararán las definiciones de las fuentes de acceso al agua mejorada y se prestará mayor atención a la medición de la calidad del agua. Se está iniciando la elaboración de indicadores posteriores al 2015 sobre el derecho al agua potable y el saneamiento, declarado recientemente como un derecho humano por la Asamblea General de las Naciones Unidas (8).

82. En cuanto al **saneamiento básico**, de acuerdo a datos para el 2008 emitidos por el JMP, en la Región hay una cobertura de saneamiento básico mejorado del 80%. Para las zonas rurales, esta cobertura es de solo 55%, por lo que es necesario seguir impulsando este servicio en las zonas rurales y periurbanas. Asimismo, debe avanzarse en materia de calidad del servicio; reducción de los servicios de saneamiento no mejorados y de la defecación al aire libre, así como en el tratamiento de las aguas servidas urbanas (8). El desafío es mayor entre los habitantes de los quintiles de ingresos más bajos (2).

Propuesta

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

84. Se solicitará a los países que continúen con las siguientes líneas estratégicas para el logro de los ODM: a) Revisión y consolidación de los sistemas de información; b) Fortalecimiento de los sistemas basados en la Atención Primaria en Salud (APS). Se propone fortalecer los sistemas de salud en los municipios en condiciones de mayor vulnerabilidad con el marco renovado de la APS; c) Reducción de la inequidad subnacional asignando prioridad a los municipios más vulnerables y a los grupos poblacionales en condiciones de exclusión, en respuesta a los Determinantes Sociales de la Salud. Se propone fortalecer las iniciativas dirigidas a esos municipios y a grupos como Rostros, Voces y Lugares, municipios saludables, la Alianza para la Nutrición y el Desarrollo y Maternidad Segura; d) Formulación de políticas públicas para dar sustentabilidad a los logros y actuar sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud a través de impulsar la “salud en todas las políticas”. Se propone aprovechar todos los foros políticos y técnicos para plantear los desafíos de la equidad en nuestra Región; y, e) Intensificar el trabajo intersectorial e interagencial para focalizar y sumar esfuerzos.

Intervención del Comité Ejecutivo

85. Se solicita al [Comité Ejecutivo](#) que tome nota de este informe y formule sus observaciones y sugerencias para que el trabajo de la OPS en esta línea de cooperación técnica fortalezca las acciones que impulsen, aun más, el logro de las metas de los ODM relacionados con salud para el 2015.

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

87. Se recomienda presentar un informe de progreso para el 2013 en preparación del informe consolidado a la Asamblea General de Naciones Unidas en el 2015.

Referencias

1. Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo del milenio 2010: El progreso de América Latina y el Caribe hacia los objetivos de desarrollo del milenio. Desafíos para lograrlos con igualdad [Internet]. Informe interagencial coordinado por la CEPAL. Santiago, de Chile, Chile. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2010 (documento LG/G.2460) [consultado el 28 de enero del 2011]. Disponible en: <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getprod.asp?xml=/publicaciones/xml/1/39991/P39991.xml&xsl=/MDG/tpl/p9f.xsl&base=/MDG/tpl/top-bottom.xsl>, consultado 28 de enero del 2011.
2. Objetivos de Desarrollo del Milenio 2010: Avances en la sostenibilidad ambiental del desarrollo en América Latina y el Caribe. Informe interagencial coordinado por la CEPAL. Santiago, de Chile, Chile. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2010 [consultado el 28 de enero del 2011]. Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/6/38496/2009-696-ODM-7-completo.pdf>, consultado 28 de enero del 2011.
3. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de sida 2010. [Internet]. Nueva York: ONUSIDA; 2010 [consultado el 10 de febrero del 2011]. Disponible en: http://www.unaids.org/globalreport/Global_report_es.htm.
4. UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Levels and Trends in Child Mortality: Report 2010 [Internet]. Nueva York: UNICEF; 2010 [consultado el 10 de febrero del 2011]. Disponible en: http://www.healthynewbornnetwork.org/sites/default/files/resources/UNICEF_Child_mortality_for_web_0831.pdf.
5. World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank [Internet]. Ginebra Suiza: OMS; 2010 [consultado el 10 de febrero del 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/en/index.html>.
6. Organización Panamericana de la Salud. Informe de la situación del paludismo en las Américas, 2008. Washington (DC), US: OPS; 2008 [consultado el 10 de febrero del 2011]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=5175&Itemid=2258.
7. World Health Organization. Global tuberculosis control: WHO report 2010 [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2010 [consultado el 10 de febrero del 2011]. Disponible en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/2010/en/index.html.

8. World Health Organization. A snapshot of drinking-water and sanitation in the MDG region Latin-America & Caribbean – 2010 update. A regional perspective based on new data from the WHO/UNICEF Joint Monitoring Program for Water Supply and Sanitation. OMS y UNICEF; 2010 [consultado el 10 de febrero del 2011]. Disponible en:
http://www.wssinfo.org/fileadmin/user_upload/resources/1284626181-LAC_snapshot_2010.pdf.

F. SITUACIÓN DE LOS CENTROS PANAMERICANOS

Introducción

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

Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA)

89. Dada la convergencia de la salud humana y la sanidad animal, existe una necesidad, cada vez mayor, de que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ejerza el liderazgo en la esfera de la zoonosis, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria (incluidas las enfermedades de los animales con una repercusión importante sobre la seguridad alimentaria, por ejemplo, la fiebre aftosa).

Avances recientes

90. Se ha llevado a cabo un proyecto de desarrollo institucional para PANAFTOSA, en cuyo marco se han revisado y mejorado los procesos administrativos fundamentales. Se desglosaron los costos operacionales a fin de que la cooperación técnica para la erradicación de la fiebre aftosa sea financiada en su mayoría por contribuciones voluntarias del Ministerio de Agricultura, Ganadería y Abastecimiento del Brasil, y de otras organizaciones públicas y privadas del sector agropecuario mediante un fondo fiduciario, en el que se mancomunarán los recursos financieros movilizados para la coordinación regional del Programa Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (PHEFA). El plan de acción 2011-2020 del PHEFA fue aprobado en una reunión extraordinaria del Comité Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (COHEFA) en diciembre del 2010.

91. Por su parte, los mecanismos de coordinación regional y mundial para la alerta temprana y la respuesta rápida a los riesgos agudos para la salud asociados con las zoonosis, las enfermedades de transmisión alimentaria y las enfermedades de los animales que repercuten sobre la seguridad alimentaria están siendo fortalecidos en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (2005), en estrecha colaboración con la Organización Mundial de Sanidad Animal. Se prevé que en el mes de septiembre próximo estén finalizadas las obras de remodelación del laboratorio (nivel de bioseguridad 4 según las normas de la Organización Mundial de Sanidad Animal [OIE]) del Ministerio de Agricultura, Ganadería y Abastecimiento del Brasil en Pedro Leopoldo (Minas Gerais), permitiendo así la transferencia del laboratorio de referencia de PANAFTOSA de la sede en Duque de Caxias (Rio de Janeiro) a las nuevas instalaciones de bioseguridad en el Laboratorio Nacional Agropecuario Pedro Leopoldo.

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

92. BIREME es un centro especializado fundado en 1967 a fin de canalizar la cooperación técnica que brinda la Organización a la Región en cuanto a la información científica y técnica en materia de salud. El Centro funciona en colaboración con el Gobierno del Brasil representado por los Ministerios de Salud y de Educación, la Secretaría de Salud del Estado de São Paulo y la Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP). Esta cooperación se formalizó a través del Convenio de Mantenimiento de BIREME, que ha sido renovado sucesivamente desde su suscripción. En la última renovación se extendió su vigencia hasta el 31 de diciembre del 2011.

93. El documento principal que establece la nueva estructura de gobernanza y marco institucional del Centro es el Estatuto de BIREME, vigente desde enero del 2010. Este documento fue aprobado por el 49.º Consejo Directivo (2009), después de un amplio proceso de consulta en el que participó activamente el Gobierno del Brasil bajo el liderazgo del Ministerio de Salud.

94. El Estatuto de BIREME establece un Comité Asesor compuesto por cinco miembros nombrados por el Consejo Directivo de la OPS y dos miembros permanentes (la OPS y Brasil).

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

96. El nuevo Estatuto de BIREME rige conjuntamente con el Convenio de Mantenimiento de BIREME el cual permanecerá vigente hasta fines del presente año. Los recursos financieros que aporten los asociados de BIREME para su mantenimiento en el 2011 serán transferidos por medio de un nuevo Convenio de Sede para BIREME, el cual se encuentra actualmente en proceso de aprobación por parte del Gobierno del Brasil. La contribución del Ministerio de Salud del Brasil para el año 2011 se estima en aproximadamente 2,2 millones de dólares.

Avances recientes

97. La instauración del Comité Asesor de BIREME se llevó a cabo el 31 de agosto del 2010, con la participación de los cinco miembros no permanentes y de los dos miembros permanentes (Brasil y la OPS). En esta sesión se aprobó el reglamento interno del Comité Asesor y una programación de medidas y reuniones relacionadas con la

implantación del nuevo marco institucional de BIREME. Se prevé que dicha programación se concluya en el transcurso del año 2011.

98. Para la instauración del nuevo marco institucional de BIREME, están en marcha las siguientes medidas:

- a) Firma de un Convenio de Sede para BIREME. La OPS/OMS y el Ministerio de Salud del Brasil han elaborado un Convenio de Sede, que desde el segundo semestre del 2010 está siendo analizado por el Ministerio de Relaciones Exteriores del Brasil.
- b) Establecimiento y firma de un convenio acerca de las instalaciones y el funcionamiento de BIREME en el recinto universitario de la UNIFESP. Este proceso comenzará una vez que se firme el nuevo Convenio de Sede.
- c) Definición del régimen de financiamiento para BIREME en los próximos años a partir de las contribuciones de la OPS/OMS y el Gobierno del Brasil.
- d) Establecimiento del Comité Científico en el 2011, en coordinación con el Comité Asesor de BIREME.
- e) Realización de la segunda reunión ordinaria del Comité Asesor, en BIREME, antes de que finalice el primer semestre del 2011.
- f) Armonización de los procesos de gestión institucional en todas sus dimensiones, regularización de los intercambios de trabajo y cooperación entre las instituciones de la OPS en el país.
- g) Elaboración del nuevo plan bienal en coordinación con el Área de Gestión de Conocimientos y Comunicación de la OPS y de acuerdo con la estrategia de cooperación en el Brasil.

99. En el 51.º Consejo Directivo de la OPS, a celebrarse en el 2011, deberán elegirse dos nuevos miembros para integrar el Comité Asesor de BIREME al cumplirse el mandato de Jamaica y México (resolución CD49.R6 [2009]).

Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria (CEPIS)

100. Conforme se tomó nota en la resolución CD50.R14, el 30 de septiembre de 2010 se suscribió el acuerdo entre el Gobierno del Perú y la OPS/OMS para la transformación del CEPIS en un Equipo Técnico Regional sobre Agua y Saneamiento (ETRAS). El ETRAS funciona en las instalaciones de la Representación en Perú como parte del Área de Salud y Desarrollo Sostenible (SDE) de la OPS. Por decisión de las partes, el acuerdo

suscrito el 8 de abril de 1971 entre el Gobierno del Perú y la OPS/OMS para el establecimiento del CEPIS se dio por terminado en la misma fecha en que se suscribió el acuerdo para el establecimiento del ETRAS.

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

Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP)

Avances recientes

102. El Gobierno del Uruguay, por intermedio de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), se comprometió a proporcionar un espacio físico para la reubicación del CLAP y de la representación de la OPS; lo que hasta la fecha continúa pendiente.

103. Se realizó una evaluación sobre la fusión de los servicios administrativos del CLAP y la Representación de la OPS en el Uruguay, y se presentó una propuesta de los pasos necesarios para lograr la fusión administrativa y el traslado a las nuevas instalaciones.

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

Programa Regional de Bioética

105. En seguimiento a lo solicitado en la resolución CD50.R14, se evaluaron distintas modalidades de colaboración con los Estados Miembros en el campo de la bioética y se resolvió consolidar el programa regional como parte de la Oficina de Género, Diversidad y Derechos Humanos (GDR). Como consecuencia de lo anterior, ya no se incluirá información sobre el Programa Regional de Bioética en el contexto de las evaluaciones periódicas de los Centros Panamericanos sino que, en su lugar, las actividades del programa se incluirán en los informes periódicos de desempeño programático en los objetivos estratégicos correspondientes.

106. Asimismo se están llevando a cabo consultas con el Gobierno de Chile y la Universidad de Chile para identificar actividades conjuntas en este importante campo, las que podrían materializarse en un nuevo acuerdo en reemplazo del Convenio para el

Funcionamiento del Programa Regional de Bioética suscrito entre el Gobierno de Chile, la Universidad de Chile y la OPS/OMS el 13 de enero de 1994.

Centros subregionales (CAREC y CFNI)

Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC)

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

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

Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI)

109. En seguimiento a lo solicitado en la resolución CD50.R14 (2010), el CFNI sigue colaborando con los equipos de CARICOM en relación a CARPHA para garantizar que los temas de seguridad alimentaria y los componentes de nutrición se incorporen en sus planes de ejecución. Los programas del CFNI están bajo revisión para facilitar la definición de las funciones que serán asumidas por CARPHA.

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

111. A fin de lograr una mayor eficiencia tanto técnica como administrativa, se decidió reubicar la oficina de la Representación de la OPS/OMS en Jamaica en el edificio del CFNI. El 29 de noviembre del 2010, se suscribió una modificación al contrato de alquiler de la sede de CFNI entre la Universidad de las Indias Occidentales y la OPS/OMS, que permitirá la consolidación de ambas oficinas. Asimismo, se ha obtenido un costo

estimado de las renovaciones y mejoras necesarias para acomodar al personal de la Representación y CFNI en el mismo espacio físico. Estas incluyen mejoras en la seguridad; reorganización de las oficinas y un nuevo sistema telefónico que ha sido enviado desde Washington. Aún no se ha definido la fecha precisa para hacer efectivo el traslado.

- - -