



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



150.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 18 al 22 de junio del 2012

Punto 7.6 del orden del día provisional

CE150/INF/6 (Esp.)

7 de mayo del 2012

ORIGINAL: INGLÉS/ESPAÑOL *

INFORMES DE PROGRESO SOBRE ASUNTOS TÉCNICOS

CONTENIDO

A.	Determinantes sociales de la salud**	2
B.	Plan de acción para la ejecución de la Política en materia de igualdad de género	7
C.	Eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas	12
D.	Estrategia y Plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo, 2006-2015: examen de mitad de período	21
E.	Plan estratégico regional de la OPS para el control de la infección por el VIH/sida y las ITS, 2006-2015: evaluación de mitad de período.....	29
F.	Situación actual del dengue.....	33
G.	Implementación del Reglamento Sanitario Internacional	36
H.	Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015	46
I.	Situación de los Centros Panamericanos.....	51

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

** Documento CE150/INF/6-A, Rev. 1.

A. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Introducción

1. En la resolución WHA62.14 (2009) de la Asamblea Mundial de la Salud, *Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud*, se insta a los Estados Miembros a que “luchen contra las inequidades sanitarias en los países y entre estos mediante el compromiso político” (I). De conformidad con esta resolución, el presente informe de progreso tiene por objeto brindar una actualización sobre la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud (en adelante la “Conferencia Mundial”) y sus resultados. Esto implica además evaluar los logros y las iniciativas regionales actuales en mejora de la equidad en materia de salud mediante un enfoque basado en los determinantes sociales de la salud.

Antecedentes

2. La Organización Mundial de la Salud (OMS) convocó la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, que tuvo lugar del 19 al 21 de octubre del 2011 en Río de Janeiro (Brasil). Su finalidad fue fomentar el apoyo para la ejecución de medidas encaminadas a abordar los determinantes sociales de la salud. La Conferencia Mundial fue organizada en conformidad con la resolución WHA62.14 (2009) y patrocinada por el Gobierno del Brasil. Para organizar este evento mundial, los Ministerios de Salud y de Relaciones Exteriores del Brasil y la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) trabajaron estrechamente con la OMS y su Oficina Regional para las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

3. La Conferencia Mundial reunió a los Estados Miembros y los interesados directos a fin de intercambiar experiencias sobre las políticas y estrategias dirigidas a reducir las inequidades en materia de salud. Contó con la participación de más de 1000 personas, además de unas 19.000 que siguieron la transmisión del evento por Internet. El objetivo principal fue extraer las enseñanzas e impulsar la acción mundial coordinada en torno a cinco esferas clave, a saber:

- a) la gobernanza para abordar las causas fundamentales de las inequidades en materia de salud: ejecución de medidas sobre los determinantes sociales de la salud;
- b) la promoción de la participación: liderazgo de las comunidades para actuar sobre los determinantes sociales de la salud;
- c) la función del sector de la salud, incluidos los programas de salud pública, en la reducción de las inequidades en materia de salud;

- d) la acción mundial sobre los determinantes sociales de la salud: alineamiento de las prioridades y de los actores; y
- e) la vigilancia del progreso: medición y análisis para fundamentar las políticas y promover la rendición de cuentas sobre los determinantes sociales de la salud.

4. En preparación para la Conferencia Mundial, la OPS celebró tres reuniones regionales de consulta:

- a) Una reunión presencial con los Estados Miembros a fin de formular recomendaciones regionales sobre los determinantes sociales de la salud de acuerdo con los cinco temas señalados por la OMS (2).
- b) Una consulta virtual con 300 organizaciones de la sociedad civil y una reunión presencial con 25 organizaciones de la sociedad civil, esta última dirigida a sintetizar los resultados de la consulta anterior y a formular recomendaciones para informar a las instancias normativas acerca de lo que se convertiría en la Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud.
- c) Una consulta virtual con los miembros de la lista de distribución EQUIDAD (equidad, salud y desarrollo humano) a fin de llegar a más interesados directos. Las recomendaciones que surgieron de estas consultas fueron documentadas y distribuidas adecuadamente.

5. Se documentó y publicó como material de apoyo un total de siete estudios de casos de la Región de las Américas en el sitio web de la OMS dedicado a la Conferencia. Estos estudios de casos constituyeron la base de los datos probatorios usados en la Conferencia Mundial para ilustrar los aspectos sistemáticos y prácticos de la aplicación del enfoque para abordar los determinantes sociales de la salud a nivel de país.

6. La Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud (en adelante la “Declaración de Río”) se adoptó el 21 de octubre del 2011 en la Conferencia Mundial (3). Expresa el compromiso político mundial de ejecutar un enfoque orientado hacia los determinantes sociales de la salud, con miras a reducir las inequidades sanitarias. Esto permitirá que los países puedan impulsar la elaboración de sus propios planes de acción y estrategias nacionales a fin de alcanzar esta meta dentro de sus fronteras.

7. En la Declaración de Río se recomienda que se considere debidamente el enfoque sobre los determinantes sociales de la salud en el proceso de reforma de la OMS y que la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud apruebe una resolución en la que se incorpore el texto de la declaración. En la 130.^a sesión del Consejo Ejecutivo de la OMS se analizaron los efectos de la Declaración de Río. Brasil, Chile y Ecuador propusieron un proyecto de resolución que se someterá a la consideración de la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud, que tendrá lugar en Ginebra del 21 al 26 de mayo del 2012.

Puesta al día sobre la situación actual

8. El enfoque para abordar los determinantes sociales de la salud se incluyó en el documento final sobre las enfermedades no transmisibles (resolución A/RES/66/2 de las Naciones Unidas [2012]) (4) como resultado de los esfuerzos realizados para incluir este modelo. De manera similar, la OPS está trabajando para que las inequidades sanitarias y los determinantes sociales de la salud se aborden en el programa de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (en adelante la “Conferencia Río+20”).

9. Con respecto a la Conferencia Río+20, se realizó una reunión con 54 centros colaboradores de la OPS/OMS para analizar la mejor manera de usar las recomendaciones de la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud en la preparación de esta próxima conferencia, en la que se abordará el tema del desarrollo sostenible (5).

10. La OPS ha creado y puesto en marcha un equipo transversal sobre los determinantes de la salud y los riesgos a fin de promover el trabajo interprogramático e intersectorial, incluido el concepto de la “salud en todas las políticas”.

11. En colaboración con la Universidad de Nueva Gales del Sur (Australia) y el Centro OMS para el Desarrollo Sanitario en Kobe (Japón), un total de 23 delegaciones de países de la Región ha recibido capacitación sobre dos herramientas:

- a) la evaluación del impacto sanitario; y
- b) el instrumento de evaluación y respuesta en materia de equidad sanitaria en centros urbanos (conocido como Urban HEART).¹

12. Estas dos herramientas abordan específicamente las inequidades en el contexto local y nacional.

13. También se siguen realizando esfuerzos para promover la colaboración intersectorial e interinstitucional por medio de la iniciativa Rostros, voces y lugares de la OPS. El objetivo es promover el compromiso político al nivel más alto, al mismo tiempo que se brinda asistencia técnica para abordar los determinantes sociales y económicos de la salud a nivel local, en las comunidades más vulnerables. Esto se logra por medio de alianzas con alcaldes, organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones dedicadas al desarrollo. Hasta la fecha la iniciativa se ha ampliado hasta incluir a más de 50 comunidades en 23 países y 4 territorios.

¹ Para más información se puede consultar el sitio http://www.who.int/kobe_centre/measuring/urbanheart/en/index.html (en inglés).

14. Las inequidades y los determinantes de la salud son el tema central de la edición del año 2012 de *Salud en las Américas*.²

15. Actualmente se está preparando una estrategia y plan de acción mundial a cinco años (2012-2017), de la OMS, a fin de llevar a la práctica la Declaración de Río, que se analizará en una serie de consultas.

16. La OPS ha estado prestando apoyo a la elaboración de la estrategia y plan de acción mundial, para lo que ha convocado a reuniones y facilitado las deliberaciones.

17. Se está abordando y promoviendo el enfoque de los determinantes sociales de la salud en preparación de la 8.^a Conferencia Mundial de Promoción de la Salud que se celebrará en Helsinki en el 2013. El tema central será la “salud en todas las políticas”.

Acciones para mejorar la situación

18. De acuerdo con las recomendaciones que surgieron en la reunión regional de consulta sobre los determinantes sociales de la salud, la OPS emprenderá las siguientes medidas:

- a) Mejorar y fortalecer la actuación intersectorial por medio de la iniciativa *Rostros, voces y lugares*.
- b) Recopilar datos desglosados que mejoren tanto el análisis como la comprensión de las inequidades y los gradientes sociales en materia de salud dentro de la Región, así como dentro de los países.
- c) Incluir el tema de los determinantes sociales de la salud cuando se formulen los Objetivos de Desarrollo del Milenio posteriores al año 2015.
- d) Colaborar con las redes de la OPS y ampliarlas, a fin de fortalecer la cooperación técnica sobre los determinantes sociales de la salud.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud [Internet]. 62.^a Asamblea Mundial de la Salud; del 18 al 22 de mayo del 2009; Ginebra (Suiza). Ginebra: OMS; 2009 (resolución WHA62.14) [consultada el 23 de marzo del 2012]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-sp-P2.pdf.

² Se ha redactado una versión preliminar de *Salud en las Américas* con la colaboración del Prof. Michael Marmot como consultor externo.

2. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para las Américas. Consulta regional sobre los determinantes sociales de la salud en la Región de la OMS para las Américas; 8 y 9 de agosto del 2011; San José (Costa Rica) [consultado el 23 de marzo del 2012]. Disponible en:
http://new.paho.org/cor/index.php?option=com_content&task=view&id=104&Itemid=264.
3. Organización Mundial de la Salud. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud [Internet]. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud; del 19 al 21 de octubre del 2011; Rio de Janeiro (Brasil) [consultado el 20 de abril del 2012]. Disponible en:
http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf.
4. Naciones Unidas. Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles [Internet]. Sexagésimo sexto período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; del 13 de septiembre al 28 de diciembre del 2011; Nueva York (NY), Estados Unidos. Nueva York: Naciones Unidas; 2012 [consultado el 23 de marzo del 2012]. Disponible en:
<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N11/458/97/PDF/N1145897.pdf?OpenElement>.
5. Organización Panamericana de la Salud. Reunión de los Centros Colaboradores de la OPS/OMS sobre Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental. Workshop on Health and Development in the Context of Rio+20; del 24 al 26 de octubre del 2011. Research Triangle Park, Carolina del Norte. Washington (DC): OPS, 2011 [consultado el 20 de abril del 2012]. Disponible en:
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=17038&Itemid=.

B. PLAN DE ACCIÓN PARA LA EJECUCIÓN DE LA POLÍTICA EN MATERIA DE IGUALDAD DE GÉNERO

Antecedentes

1. Los Estados Miembros aprobaron la Política en materia de igualdad de género de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el 46.º Consejo Directivo (resolución CD46.R16, 2005). En la resolución se solicitaba a la Directora "...en la medida que lo permitan los recursos financieros, como se aprobó en el marco de los diversos procesos de fortalecimiento institucional, que formule un Plan de Acción para la implementación de la Política en materia de Igualdad de Género, que incluya un sistema para el seguimiento del desempeño y la rendición de cuentas" (1).
2. El plan de acción solicitado fue aprobado por los Estados Miembros en el 2009 (resolución CD49.R12) (2). En él se proporciona una hoja de ruta a fin de hacer un seguimiento de los indicadores de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) y de los Estados Miembros con respecto a la ejecución de la Política en materia de igualdad de género, y se solicita a la Directora que informe sobre el avance de la ejecución. El presente informe es el primero que se presenta a los Cuerpos Directivos al respecto.

Metodología

3. La Oficina de Género, Diversidad y Derechos Humanos (GDR) elaboró un marco de seguimiento (tres cuestionarios) para solicitar información sobre el progreso a las áreas técnicas de la OSP, las representaciones de la OPS/OMS y los Estados Miembros, y a la misma oficina de GDR. En el 2011, este marco de seguimiento se presentó en tres reuniones subregionales de gerentes de la OSP, así como en el grupo consultivo técnico en materia de igualdad de género y salud, la red de puntos focales en materia de género de la OSP y ante otros asociados. Las cuatro áreas estratégicas examinadas en el marco son: *a)* el desglose, análisis y uso de los datos; *b)* el aumento de la capacidad para integrar las cuestiones de género en la salud; *c)* la participación de la sociedad civil en los planes sobre igualdad de género; y *d)* el seguimiento del avance en materia de igualdad de género.

Actualización

4. Cuatro áreas técnicas de la OSP, GDR y 36 países y territorios, incluidos Barbados y nueve países del Caribe Oriental, suministraron su propia información. Haití, Jamaica, Puerto Rico y Estados Unidos no informaron resultados. Algunas de las consultas contaron con la participación de todos los asociados, incluida la sociedad civil, en otras se incluyó solamente al ministerio de salud y colegas de la OSP, y en algunas

otras se incluyeron otros ministerios y asociados de las Naciones Unidas. En dos de los informes recibidos no hubo consulta alguna.

Resultados con respecto al desglose de la información sanitaria

Oficina de Género, Diversidad y Derechos Humanos (GDR) de la OSP

5. GDR ha creado varias herramientas para capacitar a quienes producen y usan información sanitaria sobre la manera en que se puede integrar una perspectiva intercultural y de género en el uso de la información sanitaria y en los sistemas de información sanitaria. Para fortalecer la capacidad de los países de producir, analizar y usar información sanitaria que incluya indicadores relativos a las cuestiones de género, GDR ha elaborado (junto con asociados de las Naciones Unidas) el tercer folleto estadístico bienal denominado “Género, Salud y Desarrollo en las Américas: Indicadores Básicos 2009”, la publicación “La salud de las mujeres y los hombres en las Américas: Perfil 2009” y otros documentos relativos al tema.¹

Áreas técnicas: Número y porcentaje de guías que cuentan con datos desglosados por sexo, edad y grupo étnico, 2005-2010

Proyecto ²	Número total de guías	Datos desglosados por:					
		Sexo		Edad		Grupo étnico	
		Número	%	Número	%	Número	%
SDE	9	9	100	8	89	3	33
FCH	20	14	70	16	80	6	30
HSD	13	11	85	10	77	9	69
HSS	8	5	63	6	75	4	50
TOTAL	50	39	78	40	80	22	44

6. Según se muestra en el cuadro anterior, entre 63% y 100% de las guías y las publicaciones producidas por las áreas técnicas incluyeron información desglosada por sexo, pero solo en un número bastante menor se desglosó la información por grupo étnico. El desglose de la información es un paso necesario para determinar las disparidades de salud, pero no es suficiente por sí solo para comprender por qué existen estas disparidades. Un análisis de género y equidad puede complementar la información desglosada al indicar cómo se pueden abordar las desigualdades en materia de salud.

¹ Todas las publicaciones, incluido el informe completo de seguimiento, se pueden consultar en: <http://www.paho.org/gdr/publications>.

² Las siglas en esta columna corresponden a las siguientes áreas de la OSP: Desarrollo Sostenible y Salud (SDE), Salud Familiar y Comunitaria (FCH), Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades (HSD), y Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud (HSS).

Países con guías o publicaciones en las que se desglosan los datos por sexo y edad, 2005-2010

7. Los países informaron tener entre 1 y 19 guías para integrar las cuestiones de género en la información, la programación y las políticas sanitarias (Bolivia fue el país que informó tener 19), y entre 1 y 20 publicaciones (Perú y Uruguay fueron los países que informaron tener 20). Los países que desglosaron la información por sexo comunicaron en su mayoría que habían incluido un análisis de cuestiones de género y habían usado la información para la toma de decisiones, la sensibilización, el seguimiento y la capacitación. Los países que publicaron perfiles de género y salud fueron Bolivia, Costa Rica, Honduras, México, Panamá, Perú y Uruguay. Colombia, Nicaragua y Trinidad y Tabago informaron que el análisis de género había sido incluido en los informes acerca de la situación sanitaria de su país.

Resultados con respecto a la formación de capacidad en materia de género y salud

Capacitación del personal de la OSP sobre género y salud

8. La Asesora Principal de GDR forma parte del equipo de gestión de la OSP que analiza las oportunidades de capacitación del personal. En el 2008 y el 2009, GDR capacitó en talleres subregionales de cuatro días de duración a los puntos focales en materia de género de las representaciones, a los ministerios de salud y a asociados de organismos nacionales y de la sociedad civil dedicados a la mujer. Como resultado, se impartió capacitación a más de 100 personas a nivel de país y a 30 funcionarios de la sede de la OSP. Desde entonces, GDR ha preparado un curso virtual sobre “Género y salud con una perspectiva de derechos humanos y diversidad cultural” a fin de capacitar a los equipos intersectoriales de país. En el 2011, recibieron capacitación 58 personas de cinco países prioritarios, entre ellas 16 de la OSP.

La capacitación sobre cuestiones de género y salud en los Estados Miembros

9. Más de la mitad de los Estados Miembros informaron haber recibido capacitación sobre género para ejecutar sus planes nacionales sobre género y salud. Se señaló en general que esta capacitación debería ser más uniforme y centrarse más en asuntos de salud específicos. Las sesiones de capacitación fueron impartidas a menudo por el ministerio de salud del país, como en el caso ejemplar de México, en el que los instructores en materia de género de la Secretaría de Salud brindan apoyo permanente a la formación de capacidad y ofrecen un curso certificado de género y salud para el personal sanitario.

Resultados con respecto a los planes sobre género y salud y a la participación de la sociedad civil

Grupo consultivo técnico en materia de igualdad de género y salud

10. El grupo consultivo técnico en materia de género y salud que orienta a la Directora de la OSP está integrado por expertos en género y representantes de organismos análogos de las Naciones Unidas, los gobiernos (líderes de los ministerios de salud u oficinas de género) y organizaciones regionales de la sociedad civil que promueven la igualdad de género en materia de salud. Este grupo se reunió tres veces entre el 2008 y el 2011 para ayudar a la Directora y a la OSP mediante recomendaciones concretas para la elaboración, la consulta, la puesta en marcha y el seguimiento del Plan de acción para la ejecución de la Política en materia de igualdad de género.

Políticas y presupuestos en materia de igualdad de género

11. La mayor parte de los países han aprobado leyes nacionales sobre igualdad de género o igualdad de oportunidades que también se aplican al sector de la salud. Nueve países informaron tener políticas específicas con respecto a la salud y género, y ocho tienen unidades específicas dedicadas al tema. Solo Honduras, México, Perú y Venezuela informaron tener presupuestos asignados por ley. Muchos países observaron que sus actividades en torno a la igualdad de género estaban financiadas principalmente por donantes.

Resultados con respecto a la igualdad de género en los mecanismos de vigilancia sanitaria

12. La OSP ha creado y aplica herramientas y listas de verificación sobre igualdad de género para examinar los planes de trabajo bienales, las estrategias de colaboración con los países y las resoluciones y los documentos dirigidos a los Cuerpos Directivos. Estas herramientas, que también miden el grado de integración del respeto de los derechos humanos y la diversidad cultural, han sido incluidas en los manuales de operación, planificación y capacitación de la OSP.

Participación intersectorial en grupos de consulta de los ministerios de salud

13. La participación de diversos interesados directos en la integración de las cuestiones de género en la salud es fundamental puesto que los asociados capacitados pueden apoyar los esfuerzos del ministerio de salud con respecto a la igualdad de género.

Medidas para mejorar la situación

Conclusiones

14. Las áreas técnicas de la OPS, las representaciones y los Estados Miembros coinciden en general en que se necesita una perspectiva de equidad y de los determinantes sociales para comprender las causas que determinan las disparidades entre hombres y mujeres en materia de salud. La labor de seguimiento muestra que el mayor reto para la integración de la igualdad de género en la salud es el apoyo político insuficiente. A pesar de los retos, los resultados también muestran un avance en la aplicación del Plan de acción para la ejecución de la Política en materia de igualdad de género.

Recomendaciones

15. Los ministerios de salud deberían integrar claramente la igualdad de género en sus planes nacionales de salud. Esto requiere una política de género y un plan de acción específicos que incluya indicadores, un presupuesto asignado y personal capacitado. Muchos países recomiendan que los ministerios de salud creen una unidad coordinadora a nivel superior para llevar a cabo esta responsabilidad.

16. La Política de la OPS en materia de igualdad de género debería incluir otros componentes importantes relacionados con la igualdad de género y la salud, como los problemas de salud de los hombres, el trabajo no remunerado de cuidado de la salud en el hogar, la igualdad de remuneración para el personal sanitario, la participación de las mujeres en el liderazgo y las políticas de acoso sexual.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Política de la OPS en materia de igualdad de género [Internet]. 46.º Consejo Directivo de la OPS, 57.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 26 al 30 de septiembre del 2005, Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2005 (resolución CD46.R16) [consultado el 15 de marzo del 2012]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/CD46.r16-s.pdf>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la ejecución de la política en materia de igualdad de género [Internet]. 49.º Consejo Directivo de la OPS, 61.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009. Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2009 (resolución CD49.R12) [consultado el 15 de marzo del 2012]. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R12%20\(Esp.\).pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R12%20(Esp.).pdf).

C. ELIMINACIÓN DEL SARAMPIÓN, LA RUBÉOLA Y EL SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Introducción

1. En 1994, durante la 24.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, los ministros de salud aprobaron la resolución CSP24. R16, en la que se establecía la meta para eliminar el sarampión de la Región de las Américas para el 2000. La aprobación de la resolución se basaba en la reducción notable y rápida de los casos de sarampión demostrada por los países que habían promovido las estrategias de inmunización para la eliminación. La meta de eliminación del sarampión se reafirmó mediante las siguientes resoluciones CD38.R6 (1995), en la que se aprobaba un Plan de Acción para la Eliminación del Sarampión en las Américas,¹ y la CE118.R14 (1996), que instaba a todos los países a que asignaran los recursos humanos y financieros necesarios, para aplicar plenamente las estrategias descritas en el plan regional. La Región de las Américas alcanzó la meta de la eliminación del sarampión en noviembre del 2002.

2. El fortalecimiento de la vigilancia del sarampión también reveló que la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC) habían surgido como problemas graves de salud pública en la Región. En 1999, el Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación (GTA), de la Organización Panamericana de la Salud, recomendó el control acelerado de la rubéola y la prevención del síndrome de rubéola congénita (SRC) con campañas destinadas a una gama amplia de edades, incluidos adultos jóvenes. Habida cuenta de las enseñanzas extraídas de la vacunación de poblaciones grandes y heterogéneas con la vacuna combinada contra sarampión y rubéola, así como la rentabilidad comprobada de la vacunación antirrubéolica, en el 2003 el 44.^o Consejo Directivo aprobó la resolución CD44.R1, en la que se instaba a los Estados Miembros a eliminar la rubéola y el síndrome de rubéola congénita de sus países para el 2010. Con este fin, se pidió a los países elaborar planes de acción nacionales en el plazo de un año. Además, en la resolución se pedía a la Directora que “elabore un plan de acción regional y movilice recursos en apoyo al objetivo de la eliminación de la rubéola y el SRC para el 2010”. Los últimos casos endémicos de rubéola y del SRC en la Región se notificaron en el 2009.

3. En octubre del 2007, considerando que el sarampión se había eliminado en el 2002 y el progreso logrado hacia las metas de eliminación de la rubéola y del SRC, la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó la resolución CSP27.R2. Mediante esta

¹ El Plan de Acción (que figura en el documento CD38/15) se dirige al logro y el mantenimiento de la cobertura de por lo menos 95% con la vacuna antisarampionosa en todos los municipios o distritos de cada país de la Región. Esto se hará al complementar las actividades de vacunación ordinaria con las campañas periódicas de seguimiento encaminadas a prevenir la acumulación de niños de edad preescolar susceptibles.

resolución se instaba a los Estados Miembros a que establecieran comisiones nacionales para documentar y comprobar la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC en cada país; además, autorizaba la formación de un Comité Internacional de Expertos para documentar y comprobar la interrupción de la transmisión del sarampión endémico y los virus de la rubéola en la Región de las Américas. Con el objeto de tener un método estandarizado para documentar y verificar la eliminación, la OPS formuló un plan de acción regional que fue respaldado por el Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación y aprobado por el Comité Internacional de Expertos. La finalidad del plan era orientar a los países y a sus comisiones nacionales en la compilación y el análisis de los datos que comprobaban la interrupción de la transmisión del sarampión endémico y de la rubéola.

4. En este documento se resumen los avances logrados hasta la fecha para documentar la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC de la Región de las Américas, así como los retos y riesgos que aún se plantean para mantener a la Región libre del sarampión, la rubéola y el SRC endémicos. También se propone un plan de acción de emergencia para garantizar el mantenimiento de la eliminación de estas enfermedades en la Región.

Avances logrados hasta la fecha

5. De acuerdo con la resolución CSP27.R2 de la Conferencia Sanitaria Panamericana, se creó un Comité Internacional de Expertos y se establecieron 23 comisiones nacionales, incluida una Comisión para los Departamentos Franceses de Ultramar en las Américas. Además, se estableció una Comisión Subregional para los países y territorios de habla inglesa y de habla holandesa del Caribe, que abarca a Suriname.

6. Hasta abril del 2012, diecinueve comisiones, entre ellas la de los Departamentos Franceses y la del Caribe de habla inglesa y holandesa, habían presentado a la OPS sus informes finales acerca de la eliminación para someterlos a la consideración del Comité Internacional de Expertos. Los países restantes (Brasil, Colombia, Ecuador, Haití y Perú) presentarán sus informes a finales de junio, o después de que los países puedan asegurar que la transmisión del sarampión fue interrumpida, al haber realizado búsquedas activas y retrospectivas, ejecutado actividades de vacunación de respuesta a los brotes y llevado a cabo campañas de vacunación exitosas para cerrar las brechas en cuanto a la inmunidad.

7. Después de un análisis detallado de los informes presentados por las comisiones nacionales y por la Comisión Subregional, se concluyó que se ha logrado la interrupción de la transmisión endémica del virus del sarampión y de la rubéola. Sin embargo, los países que notificaron brotes sostenidos de sarampión en el 2011 tendrán que aportar datos probatorios de que la transmisión vírica no se extendió por un período de 12 meses o más. Para la rubéola, un país con casos de origen desconocido identificados mediante el

proceso de documentación tendrá que realizar una investigación cuidadosa para asegurarse de que los casos no se deben a la circulación endémica.

8. Como parte del proceso de documentación y de verificación, varios Estados Miembros de la OPS han determinado cuáles son los retos que deben superarse para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC. Por otro lado, algunos de los países han notificado puntos débiles y fallas de los sistemas nacionales de vigilancia y los programas de vacunación ordinaria, que es necesario abordar.

Desafíos al mantenimiento de la eliminación

9. Entre el 2003 y el 2010, en las Américas se notificaron cifras históricamente bajas de casos de sarampión. Durante este período de ocho años, 34 de 45 países y territorios (76%) no notificaron los casos de sarampión, y otros 5 países (11%) notificaron juntos 10 casos confirmados de sarampión. Los restantes 6 países (13%) notificaron un total de 1.239 casos, 99% de los 1.249 casos confirmados en la Región durante este período. La aparición del sarampión se limitó principalmente a casos que se importaron de otros países o relacionados con la importación. Por otro lado, todos los genotipos identificados de brotes que han ocurrido en las Américas desde el 2003 han sido importados a la Región.

10. Sin embargo, en el 2011, se notificaron en las Américas 1.379 casos de sarampión, cifra ocho veces superior al promedio anual anterior de 156 casos entre el 2003 y el 2010. Este aumento coincidió con varios brotes grandes en Europa y África. De los 45 países y territorios, 33 (73,3%) no notificaron casos de sarampión, y 9 (20%) notificaron 14 casos confirmados. Tres países —Canadá, Ecuador y los Estados Unidos (6,7%)— notificaron un total de 1.290 casos, es decir 93% de los 1.379 casos confirmados en la Región (datos no confirmados para el 2011, hasta la semana epidemiológica 18/2012). Los genotipos que se han identificado con mayor frecuencia en estos tres países son el D4, que está circulando en el continente europeo; el B3, de África; y el D8 y el D9, de Asia Sudoriental y el Pacífico

11. Los brotes de sarampión más recientes, con varias transmisiones secundarias, tienen características similares. La gran mayoría de los casos ha ocurrido en grupos específicos de personas sin vacunar (grupos religiosos u otros grupos que rechazan la vacunación) o en zonas geográficas específicas, como comunidades indígenas, ciudades grandes (especialmente en la periferia), y zonas rurales y fronterizas con acceso limitado a la atención de salud. Casi todos los casos de sarampión están asociados con la importación.

12. Los brotes actuales ocurridos en la Región representan un riesgo para la eliminación del sarampión. En el 2011, se documentaron 171 brotes causados por virus del sarampión importados y estos han causado transmisiones persistentes en no menos de tres países. Para subrayar los retos, a continuación se resumen los tres brotes más

grandes.

13. El mayor brote, cuya duración fue de siete meses (semanas epidemiológicas 14/2011 a 40/2011), ocurrió en el Canadá y fue el resultado de una importación de virus del sarampión D4 de Europa. Representó 803 casos, 61% de todos los casos notificados en la Región en el 2011. Una proporción mayor de estos casos (70%) se concentró en una única provincia, Quebec, donde 79% de los casos detectados no se habían vacunado o no tenían ninguna prueba de vacunación. Las autoridades llevaron a cabo una actividad de vacunación en las escuelas que abarcó toda la provincia, destinada a niños que no estaban totalmente inmunizados contra el sarampión con la dosis recomendada de vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola.

14. El segundo brote en tamaño de la Región ocurrió en el Ecuador, donde se había dejado de vacunar a los niños de unas localidades rurales indígenas mientras se llevaban a cabo las actividades de vacunación rutinarias y suplementarias, con lo cual se crearon focos de población susceptible. El brote se propagó a nueve provincias diferentes en todo el país. En el 2011 ocurrió un total de 265 casos confirmados de sarampión en seis provincias y 53 casos más de niños de tres provincias en el 2012 (datos hasta mayo del 2012). El grupo de edad más afectado ha sido el de los menores de 5 años. Se han detectado casos con el genotipo B3, que se encuentra generalmente en África, junto con un caso de D4. Para garantizar la respuesta rápida a este brote de sarampión, se modificó la fecha de inicio de una campaña de seguimiento dirigida a niños hasta los 15 años de edad para comenzarla antes. Según el Ministerio de Salud, la cobertura de vacunación en niños de hasta 5 años de edad fue de $\geq 95\%$ en la mayoría de las provincias. En el Ecuador también se cumplieron todas las actividades de vacunación para el grupo de edad de 5 a 14 años. El último caso de sarampión se notificó en la semana epidemiológica 16/2012 (datos al 2 de mayo del 2012). Una vez que el país no haya notificado ningún nuevo caso de sarampión durante un período de 12 semanas, las autoridades sanitarias ejecutarán tres actividades principales para comprobar la interrupción de la circulación del virus del sarampión: *a)* monitoreo rápido de cobertura; *b)* búsquedas activas de casos de sarampión; y *c)* hacer nuevas pruebas para detectar sarampión en muestras de suero negativas al dengue. Una vez finalizadas estas actividades, la Comisión Nacional del Ecuador presentará el informe final sobre la interrupción de la transmisión endémica del sarampión, la rubéola, y el SRC en el país.

15. El estado de São Paulo (Brasil) notificó el brote, clasificado en tercer lugar por su tamaño, con seis casos aislados y tres cadenas de transmisiones, que ocasionaron 27 casos confirmados en siete municipios. Solo dos de los seis casos aislados notificaron haber viajado al extranjero. En dos casos, se aisló el genotipo D4. Además, se informó que un niño de 7 meses había tenido un exantema con una fecha de aparición del 24 de diciembre del 2011, que finalmente fue confirmado como sarampión con el genotipo D4. A pesar de las investigaciones epidemiológicas completas que se hicieron, no fue posible identificar el origen de la infección en ninguno de los casos ni vincular ninguno de los

casos confirmados con las importaciones. La Comisión Nacional para documentar y comprobar la eliminación del sarampión y la rubéola examinará la epidemiología y los resultados de las búsquedas retrospectivas de casos a finales de abril del 2012, para descartar o confirmar la circulación del virus del sarampión en la zona.

16. En el período 1998-2006, los casos confirmados de rubéola en las Américas disminuyeron en 98%, al pasar de 135.947 a 3.005. Sin embargo, en el 2007, las Américas experimentaron un resurgimiento de los casos de rubéola debidos a las importaciones del virus de la rubéola a los países que inicialmente habían dirigido las campañas de vacunación masiva solamente a las mujeres. Los casos confirmados de rubéola aumentaron de 3.005 en el 2006 a 13.187 en el 2007, como resultado de los brotes ocurridos en tres países. En el 2008, en la Región se notificó un total de 4.536 casos confirmados de rubéola; y los casos ocurridos en dos países representaban 98% de ellos. Como una consecuencia lamentable de los brotes de rubéola del período 2008-2009, se notificó un total de 27 casos del SRC en estos dos países. El último caso confirmado del SRC fue un niño nacido el 26 de agosto del 2009. En respuesta a estos brotes, los países intensificaron las actividades de vigilancia y las intervenciones de vacunación por medio de actividades complementarias de vacunación de adolescentes y adultos. Los países que culminaron las campañas para adolescentes y adultos, hombre y mujeres, no han notificado casos de rubéola endémica. El último caso confirmado de rubéola endémica se notificó en febrero del 2009. En el 2009, dos países notificaron 7 casos de rubéola asociados con la importación; en el 2010, el total regional fue de 15 casos de rubéola asociados con la importación; y en el 2011, fue nuevamente de 7 casos de rubéola asociados con la importación (datos provisionales hasta abril del 2012). En el 2010 y el 2011 no se notificaron casos endémicos del SRC.

17. A pesar de la escasa información sobre epidemiología molecular, el genotipo 1C del virus de la rubéola se ha identificado como endémico solo en las Américas, ya que no se ha encontrado en otras regiones del mundo. El último caso de transmisión vírica del 1C ocurrió en el 2005. Entre el 2006 y el 2009 se aisló el genotipo 2B de los brotes notificados en tres países y se consideró endémico en las Américas, pero la transmisión endémica fue interrumpida en el 2009. Desde el 2009, los virus de los genotipos 1E, 1G, 1J y 2B se han vinculado a los casos importados.

18. Durante el proceso de comprobar la eliminación del sarampión, la rubéola, y el SRC, Colombia identificó varios casos de rubéola confirmada clínicamente y por laboratorio en 2008, 2009 y 2011. El primer caso detectado fue un caso de rubéola confirmado por laboratorio ocurrido en el 2011, sin información sobre el genotipo. Las investigaciones retrospectivas en el mismo departamento de Colombia revelaron ocho casos más de rubéola con confirmación de laboratorio o clínica entre el 2008 y el 2009. La mayoría de las personas afectadas no tenían antecedentes de vacunación. Se efectuaron búsquedas retrospectivas y activas de casos para complementar la investigación epidemiológica, pero no fue posible identificar el origen de la infección en

ninguno de estos casos. Colombia tendrá que ejecutar búsquedas activas de casos en las zonas epidemiológicamente silenciosas del país.

19. Aunque el progreso hacia la meta de documentar y comprobar la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC se encontraba en curso a finales del 2011, algunas de las comisiones nacionales han llegado a la conclusión de que la vigilancia epidemiológica no es lo suficientemente robusta para garantizar el mantenimiento de la eliminación de la rubéola y el SRC. No obstante, las comisiones declaran que la documentación para comprobar la ausencia de las enfermedades endémicas en la Región puede lograrse si los puntos débiles detectados se corrigen con prontitud. Con este propósito se insta a los países a que adopten medidas inmediatas a fin de superar los retos determinados durante el proceso de comprobación y conseguir que se mantengan los logros en la eliminación de las enfermedades endémicas.

20. Cada vez se ha vuelto más importante velar por que se den respuestas de vacunación oportunas al sarampión importado y a los virus de la rubéola mientras se logran avances para documentar y comprobar la eliminación de los virus endémicos. Los Estados Miembros han tomado otras medidas costosas para reducir el riesgo de que ocurran nuevos brotes causados por la propagación internacional del sarampión y los virus de la rubéola. Estas medidas incluyen actividades ordinarias y complementarias de inmunización para cerrar las brechas en la inmunidad de la población, vigilancia de la cobertura rápida, vacunación de las poblaciones vulnerables e investigaciones oportunas de cada caso importado. En las campañas complementarias para la eliminación del sarampión y de la rubéola en la Región, se ha vacunado a 485 millones de personas, a menudo con campañas simultáneas que tienen lugar en las zonas fronterizas con los países vecinos. Las actividades para controlar los brotes generan costos directos sustanciales para la salud pública y el sistema de atención de salud, con un costo neto para el sector público de hasta US\$10.000 por caso.²

21. La Región de las Américas sigue expuesta al riesgo de las importaciones, dada la circulación continua de los virus del sarampión y de la rubéola en otras regiones del mundo. Además, el anuncio de la eliminación del sarampión endémico y de la rubéola puede ser interpretado erróneamente por el público en general o por las personas que no conocen las distinciones técnicas entre los casos importados y los endémicos.

22. Habida cuenta de los restantes retos para mantener la eliminación del sarampión y la rubéola en la Región de las Américas, se propone que la 150.^a sesión del Comité Ejecutivo recomiende que la 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana apruebe una resolución sobre un plan de acción de emergencia. Esta resolución debe instar a los Estados Miembros a que fortalezcan la vigilancia activa de estas enfermedades y a que mantengan una inmunidad alta en la población mediante la vacunación.

² Sugerman DE, Barskey AE, Delea MG, et al. Measles outbreak in a highly vaccinated population, San Diego, 2008: Role of the intentionally undervaccinated. *Pediatrics* 2010;125(4):747–55.

Plan de acción regional de emergencia 2012-2014 para mantener la eliminación del sarampión y la rubéola

23. Con miras a mantener la meta regional de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, y de conformidad con las siguientes pautas del GTA, el CIE y la OPS, se formuló un plan de acción de emergencia para los próximos dos años a fin de corregir las deficiencias detectadas en los programas de inmunización y de vigilancia para el sarampión, la rubéola y el SRC.

24. Se pidió a los Estados Miembros que comprobaran la interrupción del sarampión endémico, la rubéola y los casos del SRC en todos los países de las Américas durante un período de al menos tres años a partir de la fecha del último caso endémico conocido, en presencia de vigilancia de alta calidad y con la coordinación y la orientación de la OPS. La eliminación es la interrupción de la transmisión de enfermedades endémicas durante un período de al menos 12 meses bajo vigilancia de alta calidad. Para mantener y aprovechar este logro de eliminación, la OPS insta a los Estados Miembros a ejecutar las siguientes acciones, que son sumamente recomendados por el CIE:

- a) Mantener la vigilancia estándar de alta calidad para la eliminación en todos los Estados Miembros y asegurar medidas oportunas y eficaces de respuesta a los brotes, ante toda importación del virus salvaje. Para garantizar la vigilancia de alta calidad, deben realizarse las siguientes actividades:
 - i. Implantar evaluaciones externas rápidas del sistema de vigilancia del sarampión, la rubéola y el SRC a fin de aumentar la robustez y la calidad de la detección de casos, así como la notificación, además de fortalecer los registros de las anomalías congénitas.
 - ii. Efectuar búsquedas activas de casos y examinar la sensibilidad de los sistemas de vigilancia en las áreas epidemiológicamente silenciosas.
 - iii. Emitir mensajes de alerta sobre salud destinados a eventos colectivos (como los juegos olímpicos y la Copa Mundial de la FIFA).
 - iv. Incluir al sector privado en la vigilancia de las enfermedades haciendo hincapié en la inclusión de la red de laboratorios privados sobre sarampión y rubéola.
 - v. Mejorar la colaboración entre los equipos epidemiológicos y de laboratorio para mejorar la vigilancia del sarampión y la rubéola y la clasificación final de los casos presuntos.
 - vi. Mejorar la genotipificación molecular de los casos confirmados en todos los brotes.
 - vii. Subsana las brechas y las fallas en los sistemas de vigilancia, de acuerdo a la determinación que hayan hecho las comisiones nacionales.

b) Mantener una elevada cobertura de vacunación de la población contra sarampión y rubéola ($\geq 95\%$) en todos los Estados Miembros. Con este fin, se recomiendan las siguientes actividades:

- i. Poner en práctica la vigilancia de la cobertura rápida detectar a las poblaciones susceptibles al sarampión y la rubéola, haciendo hincapié en las poblaciones de alto riesgo que tenga alguna de las siguientes características:
 - Vivir en las zonas fronterizas de mucha circulación.
 - Vivir en zonas densamente pobladas, como las comunidades periféricas en zonas urbanas.
 - Vivir en zonas donde la cobertura de vacunación es baja o las tasas de deserción de la vacunación son elevadas.
 - Vivir en zonas que no notifican casos presuntos (epidemiológicamente silenciosos).
 - Vivir en zonas con una alta densidad de turistas.
 - Es difícil llegar hasta estas poblaciones por razones geográficas, culturales o socioeconómicas.
 - Se dedican al comercio/intercambio (por ejemplo, en ferias, mercados) o viven en zonas muy industrializadas.
- ii. Llevar a la práctica de inmediato actividades de vacunación en zonas donde la vigilancia de la cobertura rápida determina que la cobertura está por debajo del umbral recomendado de 95%.
- iii. Llevar a la práctica campañas de alta calidad para el seguimiento de la vacunación. Para asegurar altos niveles de inmunidad, los países han contraído compromisos de ejecutar este tipo de campañas mientras la Región se encuentre en el proceso de comprobar que está libre de la transmisión endémica del sarampión y la rubéola (2008-2014).

25. La aplicación plena de las actividades intensificadas de vacunación para mantener la situación de eliminación será esencial para garantizar la cobertura de vacunación alta, especialmente en las zonas donde hay poblaciones susceptibles. En las zonas donde los virus del sarampión y la rubéola todavía están en circulación, los esfuerzos para interrumpir la transmisión vírica y realizar investigaciones epidemiológicas deben centrarse en los grupos de población vulnerables sin vacunar y en las zonas de alto riesgo.

26. Los países deben integrar las actividades propuestas para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y del SRC en sus planes de acción anuales para los programas nacionales de vacunación, que reflejarán un compromiso político continuo y

financiamiento suficiente.

27. Con el propósito de garantizar el plan de acción de emergencia 2012-2014 para mantener a la Región libre de sarampión, rubéola y el SRC es necesario financiar la totalidad del presupuesto 2012-2014, que asciende a US\$1,5 millones.

Intervención del Comité Ejecutivo

28. Se invita al Comité Ejecutivo a que examine la información suministrada en este documento y a considerar si es apropiado pasar este tema de la categoría actual “Asuntos de Información” a la de “Asuntos Relativos a la Política de los Programas”, a fin de aprobar una resolución durante la 28.a Conferencia Sanitaria Panamericana.

**D. ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN REGIONALES SOBRE LA
NUTRICIÓN EN LA SALUD Y EL DESARROLLO, 2006-2015:
EXAMEN DE MITAD DE PERÍODO**

Introducción

1. No es posible que haya una buena salud sin una buena nutrición. Muchas de las políticas y los programas más eficaces para promover una buena nutrición se encuentran fuera del alcance del sector de la salud. Sin embargo, la carga que representan los problemas nutricionales, con una variedad de consecuencias en materia de salud relacionadas tanto con desnutrición como con el sobrepeso, tiene una repercusión directa sobre el sector de la salud. La doble carga de la malnutrición es cada vez mayor, incluida la desnutrición (principalmente la desnutrición crónica en los niños pequeños y la carencia de micronutrientes en niños y otros grupos etarios) y, en el extremo opuesto, el sobrepeso y la obesidad. Estas dos formas de malnutrición pueden coexistir dentro de un mismo país o comunidad, e incluso dentro de un mismo hogar. La inseguridad alimentaria y nutricional, la falta de acceso al agua potable y a condiciones adecuadas de saneamiento, la pobreza y las brechas en el acceso a los servicios de salud y la educación son todos factores determinantes de la desnutrición, lo que pone en riesgo el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y otras metas sanitarias mundiales y regionales.

2. En el año 2007, 77% de las muertes totales (3,9 millones) en la Región de las Américas se debieron a las enfermedades crónicas no transmisibles (1). De estas muertes, 76% (2,95 millones) fueron resultado de cuatro enfermedades: enfermedades cardiovasculares (1,5 millones), cáncer (1 millón), diabetes (232.000) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (219.000). Tres de ellas (todas menos el cáncer) tienen la nutrición deficiente como un factor de riesgo. Aproximadamente 44% de las muertes por todas las causas ocurrieron antes de los 70 años de edad; estas muertes prematuras están asociadas con importantes costos sociales, sanitarios y económicos para las familias y los países, y para el sector de la salud en particular.

3. Las enfermedades crónicas no transmisibles son un problema en todos los países. Al igual que sucede con la desnutrición, sin embargo, la carga de estas enfermedades afecta mucho más a los pobres que a los adinerados, tanto en términos relativos como absolutos, a nivel mundial y en la Región de las Américas. El grado de desnutrición infantil varía en los países de la Región, según el nivel de pobreza, la equidad relativa de los ingresos y las redes de seguridad. También varía dentro de los países debido a las inequidades. Las carencias de micronutrientes se registran de manera generalizada.

4. Para disminuir tanto la malnutrición como las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición es fundamental abordar los determinantes subyacentes y mejorar la calidad del régimen alimentario y la actividad física a lo largo de todo el ciclo de vida.

Esto requiere políticas específicas para aumentar la producción agropecuaria y el acceso amplio a alimentos de buena calidad; mejores iniciativas para promover la información dirigida al consumidor, la nutrición escolar, la nutrición general y la educación física; y la ejecución y la vigilancia del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y de las directrices sobre la publicidad y comercialización de los alimentos y las bebidas dirigidas a los niños.

Antecedentes

5. En el 47.º Consejo Directivo, que tuvo lugar en septiembre del 2006, los Estados Miembros aprobaron la *Estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo, 2006-2015* (documento CD47/18), por medio de la resolución CD47.R8. En ella se incluyen cinco estrategias interdependientes: formulación y difusión de macropolíticas orientadas a los problemas fundamentales relacionados con la nutrición; fortalecimiento de la capacidad de recursos por conducto del sector de la salud y otros sectores basado en las normas; gestión del conocimiento y la información y sistemas de evaluación; formulación y difusión de normas, herramientas y modelos eficaces; y creación de asociaciones, redes y un foro regional sobre alimentación y nutrición. También se incluye una línea de acción y dos sublíneas: alimentación y nutrición para la salud y el desarrollo; nutrición subóptima y carencias nutricionales; y nutrición y actividad física en casos de enfermedades crónicas relacionadas con la obesidad y la nutrición.

6. La estrategia y plan de acción contribuye a la Agenda de Salud para las Américas y al Plan Estratégico de la OPS 2008-2012. Para llevar a cabo las cinco estrategias, los Estados Miembros, con el apoyo de la Oficina Sanitaria Panamericana, han logrado avances con respecto a la elaboración de estrategias multisectoriales y la integración de las intervenciones a lo largo de todo el ciclo de vida. Este enfoque ha contribuido a la prevención de la malnutrición en todas sus formas.

Progreso y resultados iniciales

7. Con respecto a la “formulación y difusión de macropolíticas orientadas a los problemas fundamentales relacionados con la nutrición”, en el 2006 pocos países tenían políticas relacionadas con la seguridad alimentaria y nutricional, y la reducción de la desnutrición crónica y la obesidad. En el 2012, casi todos los países tienen una política nacional que aborda uno o varios de estos temas. Muchos también han establecido comités intersectoriales o interministeriales de alto nivel a escala nacional, departamental y municipal. Algunos están también tomando medidas para garantizar la producción nacional de alimentos necesaria para satisfacer los requerimientos de la población. Un logro clave en Centroamérica fue la Agenda Regional de Seguridad Alimentaria Nutricional aprobada recientemente. En América del Sur, el Mercosur está trabajando en un programa similar. En el 50.º Consejo Directivo, que tuvo lugar en septiembre del

2010, los Estados Miembros aprobaron la *Estrategia y plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica* (documento CD50/13), por medio de la resolución CD50.R11. En esta estrategia y plan de acción se reconoce que la desnutrición es causada por factores subyacentes y se proponen intervenciones para abordar sus determinantes por medio de un enfoque intersectorial e involucrando a distintos niveles del gobierno. También se promueven las alianzas nacionales, al igual que el seguimiento y la evaluación.

8. Con respecto al “fortalecimiento de la capacidad de recursos por conducto del sector de la salud y otros sectores basado en las normas”, la OPS ha impartido capacitación a nivel regional y nacional, en coordinación con algunos asociados, acerca de los Patrones de Crecimiento Infantil de la Organización Mundial de la Salud y la Iniciativa en pro de los hospitales “amigos del lactante” (OMS), así como sobre el diseño de programas de fortificación alimentaria y el aseguramiento de la calidad que incluye tanto al sector público como a los productores alimentarios.

9. En el área de “información, gestión del conocimiento y sistemas de evaluación”, la OPS ha promovido el uso de indicadores nutricionales en los sistemas nacionales de vigilancia sanitaria. Esto ha demostrado ser un reto y requiere que se siga trabajando al respecto. Varios países han realizado encuestas nutricionales representativas a nivel nacional que suministran información actualizada sobre los indicadores nutricionales. Algunos países todavía no cuentan con estas encuestas, en particular los del Caribe. La OPS ha usado estas encuestas para elaborar informes sobre la anemia, la carencia de yodo, el crecimiento infantil y la lactancia materna, describiendo las tendencias nacionales y regionales, y el número de personas afectadas. En la OPS se ha creado un equipo técnico transversal sobre la nutrición para la salud y el desarrollo a fin de promover la coordinación de las actividades en diferentes áreas técnicas.

10. En cuanto a la “formulación y difusión de normas, herramientas y modelos eficaces”, la OPS, en coordinación con otros interesados directos, ha formulado directrices regionales, ha traducido directrices de la OMS y ha brindado apoyo para la adaptación de las directrices al contexto nacional. Algunos ejemplos incluyen materiales actualizados y la reactivación de la Iniciativa en pro de los hospitales “amigos del lactante”, los indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño, las guías para la administración de suplementos de vitamina A, y las guías para ejecutar el control de calidad, el aseguramiento de la calidad y la vigilancia regulatoria de la fortificación de alimentos de primera necesidad. Estas actividades han dado lugar a políticas y normas nacionales actualizadas en los Estados Miembros, a la medición de indicadores usando normas mundiales o regionales, y a una mejor capacitación en materia de nutrición para los profesionales de la salud. Un reto clave estriba en garantizar la cobertura amplia y la ejecución de alta calidad de estas normas y guías.

11. En cuanto a la “creación de asociaciones, redes y un foro regional sobre alimentación y nutrición”, en julio del 2008 los Directores Regionales de las Naciones Unidas establecieron la Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo (2). Esta iniciativa interinstitucional, constituida por 15 organismos de las Naciones Unidas, facilita la coordinación de los esfuerzos de cooperación y los recursos internacionales para promover intervenciones eficaces, basadas en datos probatorios, multisectoriales e interprogramáticas a fin de responder a las causas múltiples de la malnutrición. Los directores de los organismos establecieron un Equipo Técnico Regional para elaborar un marco conceptual y un plan de acción. El marco conceptual de la Alianza se ha diseminado en toda la Región por medio de talleres con los equipos de coordinación de las Naciones Unidas en Argentina, Bolivia, El Salvador, Guatemala, Paraguay y Perú, así como por medio de algunos seminarios políticos, técnicos y académicos. El siguiente paso es la creación de alianzas nacionales similares.

12. Con respecto a la sublínea de acción sobre la “nutrición subóptima y carencias nutricionales”, los datos muestran que en los niños de la Región, la desnutrición crónica es la forma más prevalente de problemas del crecimiento. Sin embargo, el sobrepeso y la obesidad son también un problema cada vez mayor: 7% a 12% de los menores de 5 años de edad son obesos, seis veces el porcentaje de niños que actualmente tienen un peso inferior al normal (3). Aunque la prevalencia de la desnutrición crónica está disminuyendo, cerca de un tercio de los niños padecen desnutrición crónica en Bolivia y Ecuador, y cerca de mitad en Guatemala. Los datos nacionales ocultan las disparidades cada vez más amplias dentro de los países basadas en los ingresos, la residencia rural o urbana y el grupo étnico. Dado que la desnutrición crónica comienza durante el período prenatal y se transmite intergeneracionalmente, su erradicación requiere enfoques de los servicios de salud e intersectoriales, que utilicen un marco a lo largo de la vida. En el sector de la salud, la OPS promueve políticas y programas para brindar apoyo a la lactancia materna y la alimentación complementaria óptimas, a la evaluación de crecimiento, al tratamiento de la desnutrición aguda grave, a la administración de suplementos de micronutrientes y a la fortificación de alimentos, así como medidas para aumentar el acceso a los servicios de salud. La OPS también propugna los enfoques que involucran a una variedad de sectores (incluidos los de la vivienda y el medio ambiente, el agua y el saneamiento, la educación, la seguridad alimentaria, el empleo, los ingresos familiares y la protección social) dirigidos a aquellas zonas donde las carencias nutricionales son más prevalentes. Por otro lado, la OPS ha aprendido a partir de las experiencias exitosas con respecto a la reducción de la desnutrición crónica en Brasil, México y Perú, y ha compartido estas experiencias con otros países. Otros ejemplos incluyen el programa Crece Contigo de Chile y las transferencias condicionadas de dinero en varios países.

13. A escala mundial, la lactancia materna subóptima es el tercer factor de riesgo de morbilidad y mortalidad mundiales, según los cálculos más recientes del proyecto Carga

Mundial de Morbilidad.¹ Tanto la lactancia materna como las prácticas de alimentación complementaria, esenciales para el crecimiento y el desarrollo saludables, están lejos de ser universales. En la Región, solo 58% de los recién nacidos se ponen al pecho en la primera hora de nacimiento y solo 44% de los lactantes menores de 6 meses se benefician de la lactancia materna exclusiva, porcentaje que descende a tan solo 25% en los lactantes de cuatro a cinco meses (4). Cerca de 30% de los niños no reciben una diversidad alimentaria mínima y solo 43% reciben una frecuencia mínima de comidas. Aunque la mayoría de los países han ejecutado el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, solo cinco países tienen reglamentos implantados para su cumplimiento eficaz (5). Se ha retrasado también la certificación de los hospitales dentro de la Iniciativa en pro de los hospitales “amigos del lactante”.

14. Las carencias de micronutrientes tienen una repercusión importante sobre el desarrollo humano y la productividad económica. En la Región, la prevalencia de la anemia es de 44,5% en niños pequeños (22,5 millones), de 30,9% en embarazadas (3,5 millones) y de 22,5% en mujeres en edad fecunda (31,7 millones) (6). En los 10 últimos años, solo la prevalencia de la anemia en embarazadas ha disminuido, lo que muestra el fracaso de la mayoría de los programas de administración de suplementos de micronutrientes, así como la necesidad de integrar mejor las medidas contra la anemia en programas como la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), la atención materna y otros programas que prestan servicios de salud. La mayoría de los países han puesto en marcha programas de administración de suplementos de ácido fólico o de fortificación para prevenir los defectos del tubo neural. Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica y Estados Unidos cuentan con información representativa a nivel nacional que muestra una reducción de los defectos del tubo neural como prueba de la eficacia de estos programas. Se están realizando esfuerzos en los países centroamericanos para poner en marcha un sistema de vigilancia de los defectos del tubo neural. Se ha adoptado la yodación universal de la sal para prevenir los trastornos por carencia de yodo y 90% de la población en la Región presenta una ingesta adecuada de yodo. Persisten algunos retos en los países con una producción de sal de baja calidad y en las comunidades sin acceso a los alimentos fortificados. Se calcula que la carencia de vitamina A es de leve a moderada en la Región, aunque en el caso de algunos países la información de la que se dispone es de hace más de 10 años. La administración de suplementos de vitamina A ha sido la estrategia principal para prevenir esta carencia; sin embargo, solo los países con encuestas nacionales de demografía y salud tienen información sobre la cobertura de programas. La fortificación del azúcar con vitamina A ha tenido éxito en Centroamérica. La carencia de cinc, vitamina B12 y, de manera más reciente, de vitamina D han sido notificadas en algunas encuestas pequeñas no representativas en Centroamérica. Aunque la mayoría de los países de la Región tienen

¹ Presentado en la OPS en enero del 2012 por Cristóbal Murray, Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria; pendiente de publicación.

políticas y planes de acción nacionales para la administración de suplementos de micronutrientes o la fortificación de alimentos de primera necesidad, los sistemas de vigilancia para guiar estas políticas son débiles.

15. Con respecto a la sublínea de acción sobre la “nutrición y la actividad física”, los niños con sobrepeso y obesos tienen probabilidad de seguir siendo obesos hasta la edad adulta y de contraer alguna enfermedad crónica no transmisible a una edad más temprana que el promedio. Para la mayoría de las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas con la obesidad, los riesgos dependen en parte de la edad de aparición y la duración de la obesidad. Se necesitan políticas y programas para proporcionar ambientes conducentes a una alimentación sana y una vida activa, para que la opción saludable se convierta en la alternativa fácil. Dado que los niños son especialmente vulnerables a la influencia de la publicidad, deben ser protegidos por medio de una acción de salud pública eficaz. Con este fin, la OPS convocó una consulta de expertos sobre la comercialización de alimentos y bebidas no alcohólicas a los niños en las Américas para formular recomendaciones sobre el tema (7). Se necesitan medidas coordinadas y centradas en el tema con los Estados Miembros para poner en práctica estas recomendaciones y evaluar su repercusión. Además se han logrado avances en cuanto a la creación de ciclovías y a la limitación del tránsito en las carreteras generales durante los fines de semana para facilitar la recreación. Se han celebrado reuniones regionales sobre la obesidad en Aruba y México, y entre los presidentes de Centroamérica. El senado chileno también organizó una conferencia en Valparaíso, con el apoyo de la OPS, para analizar el mejoramiento del suministro de alimentos.

16. En la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud en el 2010, se aprobó la resolución WHA63.23, en la que se solicita a la OMS que apoye a los Estados Miembros en cuanto a la ampliación de sus intervenciones nutricionales relacionadas con la doble carga de la malnutrición, el seguimiento y la evaluación de estas intervenciones, el fortalecimiento o la creación de sistemas eficaces de vigilancia nutricional y la aplicación de los Patrones de Crecimiento Infantil de la OMS y de la Iniciativa en pro de los hospitales “amigos del lactante”. En esa resolución también se solicita a la OMS que elabore un plan de ejecución de estas medidas, que se sometería a la consideración de la Asamblea Mundial de la Salud en el 2012. Con el fin de recibir aportes de los Estados Miembros con respecto al proyecto de plan de ejecución, la OPS y la Organización para la Agricultura y la Alimentación convocaron una reunión regional en el 2011, en la que participaron equipos de 17 países.

Conclusiones

17. En la mitad del período de vigencia de la estrategia y plan de acción regionales, los Estados Miembros han logrado adelantos importantes para abordar los determinantes de la malnutrición y sus efectos sobre la salud, con la participación de muchos sectores e interesados directos. Además, hay una mayor concientización e integración de las

intervenciones nutricionales en la atención primaria de salud, usando un enfoque de la totalidad del ciclo de vida. Se han registrado importantes reducciones de la desnutrición crónica en Brasil, México y Perú, y muchos otros países muestran algún grado de reducción.

18. En este examen de mitad de período se destacan los muchos retos en la Región en relación con la doble carga de la desnutrición y el sobrepeso y la obesidad. A pesar de que gran parte de la carga de los problemas nutricionales afecta al sector sanitario por sus innumerables consecuencias en materia de salud, muchas de las soluciones para abordar los determinantes subyacentes se encuentran fuera de este sector. En consecuencia, los ministerios de salud deben desempeñar una función de catalizadores al promover un enfoque integral multisectorial, idealmente dirigido por las esferas gubernamentales más altas. Si se aplica un conjunto bien establecido de intervenciones eficaces se podría prevenir 35% de la mortalidad por desnutrición maternoinfantil (8). Los ministerios de salud deben asumir el liderazgo con respecto a la mejora de la cobertura y la calidad de estas intervenciones.

19. Un requisito clave para la cooperación técnica de la OPS es detectar esas medidas que tienen probabilidad de tener una repercusión mayor para reducir la morbilidad y la mortalidad causadas por la malnutrición. Además, debe fortalecerse la difusión de conocimientos en todas las áreas técnicas de la OPS a fin de que las intervenciones que se sabe que son eficaces para reducir la malnutrición se ejecuten en el contexto de la atención primaria de salud.

Referencias

1. Pan American Health Organization. Technical reference document on non-communicable disease prevention and control. Washington (DC): OPS; 2011.
2. Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo. Documento básico, premisas conceptuales y principios estratégicos. Lima: Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo; 2009.
3. Lutter CK et al. Progress towards Millennium Development Goal 1 in Latin America and the Caribbean: the importance of the choice of indicator for undernutrition. *Bull World Health Organ*. 2011;89:22-30.
4. Lutter CK et al. Undernutrition, poor feeding practices and low coverage of key nutrition interventions. *Pediatrics*. 2011;128:e1-e10.
5. Organización Panamericana de la Salud. 30 años del Código en América Latina: Un recorrido sobre diversas experiencias de aplicación del Código Internacional de

Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en la Región entre 1981 y 2011. Washington (DC): OPS; 2011.

6. Pan American Health Organization. Anemia in Latin America and the Caribbean, 2009. Situation analysis, trends, and implications for public health programming. Washington (DC): PAHO; 2010.
7. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones de la Consulta de Expertos de la Organización Panamericana de la Salud sobre la promoción y publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños en la Región de las Américas. Washington (DC): OPS; 2011.
8. Bhutta ZA. et al. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *Lancet*. 2008 Feb 2;371:417-40.

E. PLAN ESTRATÉGICO REGIONAL DE LA OPS PARA EL CONTROL DE LA INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA Y LAS ITS, 2006-2015: EVALUACIÓN DE MITAD DE PERÍODO

Antecedentes

1. El Plan estratégico regional de la Organización Panamericana de la Salud para el control de la infección por el VIH/sida y las infecciones de transmisión sexual (2006-2015) fue aprobado por los Estados Miembros de la OPS en septiembre del 2005 (resolución CD46.R15). En él se establece que se debe realizar una evaluación de mitad de período, la cual se está realizando de marzo a julio del 2012, a fin de recabar información y examinar y actualizar las metas, prioridades y estrategias para los años restantes del plan.
2. El objetivo del plan es proporcionar orientación a los países de la Región de las Américas a fin de que puedan responder más eficazmente a la epidemia de la infección por el VIH, y prevenir y controlar las infecciones de transmisión sexual (ITS). Tiene como finalidad fortalecer los planes nacionales en todos los países de la Región así como alentar a los planificadores nacionales e internacionales a que consideren las repercusiones a largo plazo, la sostenibilidad y la evolución de la enfermedad con respecto a otros objetivos de desarrollo económicos y humanos a largo plazo.
3. En el Plan se han establecido cinco líneas fundamentales de acción:
 - a) el fortalecimiento del liderazgo y la capacidad de rectoría del sector de la salud, y fomento de la participación de la sociedad civil;
 - b) el diseño y la ejecución de programas eficaces y sostenibles contra la infección por el VIH/sida y las ITS, y el fortalecimiento de la capacidad de recursos humanos;
 - c) el fortalecimiento, la ampliación, y la reorientación de los servicios de salud;
 - d) el mejoramiento del acceso a los medicamentos, los medios de diagnóstico y otros productos básicos; y
 - e) el mejoramiento de la gestión de la información y el conocimiento, incluidas la vigilancia, el monitoreo, la evaluación y la difusión.
4. En el plan se establecen estrategias, metas, hitos e indicadores específicos para cada línea de acción, además de que se define la función de apoyo que debe desempeñar la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), incluida la supervisión y gestión del plan.

Planes subregionales

5. Sobre la base del Plan, se elaboraron planes subregionales para el Caribe, Centroamérica y la zona andina. El Plan Andino finalizó en el 2010 y se evaluó en el 2011. En el proceso de examen de mitad de período se están incorporando los resultados de ese proceso. Los demás planes subregionales se evaluarán usando una metodología que concuerde plenamente con la del Plan Regional.

Finalidad de la evaluación de mitad de período

6. La evaluación de mitad de período tiene por objeto:
- a) determinar los logros y los retos clave en relación con la respuesta regional del sector de la salud frente a la infección por el VIH y las ITS, y la ejecución del plan; y
 - b) actualizar las metas, las prioridades y las estrategias para la respuesta del sector de la salud, así como para la estrategia de cooperación técnica de la OPS durante el período 2012-2015.

Alcance de la evaluación

7. La evaluación de mitad de período abarca los años del 2006 al 2011 y es de alcance regional. En ella se presta especial atención a los procesos, temas y resultados subregionales, y se hace hincapié en la actualización de las estrategias del sector de la salud sobre la base de nuevas pruebas científicas e iniciativas, actividades y compromisos recientes relacionados con la infección por el VIH, entre los que se incluye:

- a) Nuevas pruebas científicas con respecto al tratamiento de la infección por el VIH como una manera de prevención.
- b) El Tratamiento 2.0 de la OMS y el ONUSIDA, que tiene como propósito la optimización del tratamiento de la infección por el VIH.
- c) La Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Maternoinfantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe.
- d) La estrategia mundial de la OMS para el sector de la salud con respecto a la infección por el VIH/sida, 2011-2015.
- e) Los cambios en la situación financiera mundial en relación con la infección por el VIH, incluidos los criterios de admisibilidad para el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y sus consecuencias para la Región.

Metodología

8. Teniendo en cuenta la limitación de los recursos, en la evaluación de mitad de período se aplica una combinación de enfoques a fin de lograr el mayor grado posible de consulta y participación de los interesados directos, y de generar un sentido de propiedad de los resultados del proceso.

9. La metodología tiene cinco componentes principales:

- a) un examen de los planes regionales y subregionales, los informes y los documentos de orientación técnica regionales y mundiales recientes;
- b) consultas con los interesados directos en actividades regionales y subregionales;
- c) encuestas de los interesados directos administradas por correo electrónico y dirigidas a los gerentes de programas nacionales, directores de laboratorio, personas seropositivas con respecto al VIH, las organizaciones de la sociedad civil, los defensores de la causa y el personal técnico de la OPS; se han preparado dos formularios de encuesta distintos para los interesados directos y para el personal de la OPS;
- d) entrevistas exhaustivas con algunos interesados directos, incluidos asociados del sistema de las Naciones Unidas, organizaciones pertinentes en el ámbito regional y subregional, directores de salud pública, gerentes de programas nacionales, representantes de entidades subregionales (como la Alianza Pancaribeña contra el VIH/Sida y el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica) y el personal de la OPS a nivel regional, subregional y de país;
- e) consultas con el Comité Consultivo Técnico de la OPS sobre la Infección por el VIH y las ITS a fin de examinar y debatir los resultados y las recomendaciones preliminares, y de redactar de manera conjunta las recomendaciones finales.

Proceso de ejecución

10. El proceso de ejecución incluye:

- a) Se ha contratado a dos consultores a fin de que presten apoyo a la evaluación de mitad de período: uno para el proceso en el Caribe y otro para América Latina. Estos consultores están trabajando de manera estrecha con el equipo de la OPS a fin de determinar y recopilar los documentos pertinentes, elaborar herramientas de recopilación de datos y seleccionar a los interesados directos que se entrevistará.
- b) En el Caribe se estableció un comité de orientación presidido por el Ministro de Salud de Granada a fin de contribuir con el proceso de evaluación. A escala regional, el Comité Consultivo Técnico asumirá esa función.

- c) Se elaborarán dos informes sobre la base del análisis de los datos recopilados. El primero será una descripción detallada del proceso de evaluación y sus resultados. El segundo será un resumen en el que se incluirán las conclusiones y recomendaciones principales a fin de actualizar la respuesta del sector de la salud frente a la infección por el VIH y las ITS durante el período remanente del plan regional y hacerla converger con los resultados de la evaluación, que se someterá a la consideración de la 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre del 2012.

11. ***Cronograma de actividades***

Fecha	Actividad
Marzo del 2012	Contratación de los consultores, elaboración de la metodología y las herramientas de evaluación
Abril a mayo del 2012	Consultas con los interesados directos, entrevistas de la encuesta, preparación de informes
4 y 5 de junio del 2012	Reunión del comité de orientación del Caribe a fin de analizar los resultados del proceso en el Caribe
11 al 13 de junio del 2012	Reunión del Comité Consultivo Técnico de la OPS sobre la Infección por el VIH y las ITS a fin de analizar los resultados del proceso regional y elaborar los informes preliminares
14 al 30 de junio del 2012	Preparación de los informes finales

Resultado previsto

12. El resultado previsto de la evaluación de mitad de período es un conjunto de datos e información pertinente a fin de obtener la orientación de los Cuerpos Directivos sobre las áreas en las que se debe hacer hincapié en la ejecución de la estrategia durante el período restante del plan.

F. SITUACIÓN ACTUAL DEL DENGUE

Introducción

1. El dengue, enfermedad endémica en la Región con ciclos epidémicos, continúa siendo un problema significativo de salud pública. Su persistencia se asocia con la existencia de determinantes sociales o macrofactores tales como el crecimiento poblacional, las migraciones, la urbanización no controlada ni planificada, los cinturones de pobreza en las ciudades, la falta de servicios básicos, como el suministro de agua y la eliminación de residuos líquidos y sólidos.

2. Este informe presenta una actualización de la situación de la enfermedad y el grado de avance de las actividades impulsadas por los Estados Miembros para su prevención y control.

Antecedentes

3. En la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana del 2007, los países reconocieron la problemática presentada por los crecientes brotes de dengue y la complejidad de la situación epidemiológica para su prevención y control. En la Conferencia se consideró al dengue como un problema que va más allá del sector de la salud y se orientó la búsqueda de políticas públicas de control de los macrofactores condicionantes de su transmisión y el fortalecimiento de las estrategias nacionales de gestión integrada para su prevención y control (EGI-dengue).

Análisis de situación

4. El dengue en las Américas mantiene una situación epidemiológica muy compleja con la circulación de los cuatro serotipos de la enfermedad y condiciones muy propicias para su transmisión. El año 2010 ha sido el de mayor notificación con 1,6 millones de casos, 50.235 graves y 1.185 muertes. Para el 2011 se produce una reducción de un 39% de la morbilidad y de un 40% en el número de muertes con 1.044.279 casos y 719 muertes, respectivamente, tendencia que aparentemente va a mantenerse en este año 2012. También ocurre una disminución del 39,1% de la proporción de casos graves en el 2011 con respecto a los últimos cuatro años, lo que puede estar relacionado con la aplicación de las nuevas guías de manejo de casos, que plantean la atención oportuna de los signos de alarma que indican gravedad, desde el nivel de la atención primaria.

5. Actualmente, 22 países y territorios de las Américas han elaborado sus EGI-dengue nacionales. Además, se han elaborado cuatro EGI-dengue subregionales (subregión andina, Cono Sur, Centroamérica y Caribe de habla inglesa).

6. El proceso de evaluación de las EGI-dengue se inició en México en el 2008. Desde entonces, se han evaluado 16 países y territorios. En todos los procesos de evaluación han trabajado integralmente el Grupo Técnico Internacional (GTI-dengue) y los grupos técnicos nacionales. El GTI-dengue brinda apoyo técnico desde el año 2003 en situaciones de brotes y epidemias y ha fortalecido la capacidad de los técnicos en los países. Hoy en día, el Grupo impulsa la utilización de herramientas nuevas, tales como el levantamiento del índice rápido de infestación por *Aedes aegypti*, (conocido como LIRAA, por sus siglas en portugués), los Sistemas de Información Geográfica (SIG), las nuevas pruebas diagnósticas y la nueva clasificación del dengue.
7. Durante el bienio 2009-2010, se notificaron importantes brotes en Argentina, Colombia, Brasil, Bolivia, Guadalupe, Honduras, Martinica, Paraguay, Puerto Rico, República Dominicana y Venezuela. Es notorio el abordaje más integral del problema con la participación, además del sector de la salud, de municipalidades, el sector privado, la comunidad y los medios de comunicación. Sirven como ejemplo los brotes en Santa Cruz de la Sierra en Bolivia, el Chaco en Argentina y Honduras.
8. Se consolidó la Red de laboratorios de dengue de las Américas (RELDA), conformada por los laboratorios nacionales de referencia y los cuatro centros colaboradores de dengue de la OPS/OMS. Se fortaleció el proceso de control de calidad y el uso de técnicas de diagnóstico molecular.
9. Se continúa capacitando a los países en la metodología Comunicación para el impacto conductual en relación con el dengue (conocido como COMBI por sus siglas en inglés) y comunicación del riesgo. En el 2011, se elaboró y distribuyó a todos los países una publicación con la sistematización de este proceso.
10. La EGI-dengue está influyendo en la generación de políticas públicas, leyes y ordenanzas para el mejoramiento del medio ambiente y para hacer frente a los macrofactores causantes del dengue. Sin embargo, es necesario un mayor impulso extrasectorial y el abordaje de los determinantes sociales que originan la transmisión, para lograr la sostenibilidad de los esfuerzos actuales.
11. En el año 2010, se inició el proceso de difusión de las nuevas guías sobre el dengue elaboradas por la OPS/OMS, por medio de su traducción, publicación y distribución. El componente de atención al paciente fue adaptado por expertos de la Región durante el 2011 y la capacitación abarcó a todos los países de Sudamérica, Centroamérica y el Caribe de habla hispana.
12. En cuanto al combate del vector, el uso inadecuado de insecticidas compromete la durabilidad de los principios activos disponibles actualmente y pone de relieve el incremento de la resistencia a los insecticidas del *Aedes aegypti*. Además, son pocos los países de esta Región que realizan investigaciones sobre la susceptibilidad y resistencia,

por lo cual la OPS/OMS está trabajando en un proyecto regional sobre vigilancia de la resistencia a los insecticidas, en colaboración con la Red Latinoamericana de Control de Vectores (RELCOV) y con el apoyo de cuatro centros de referencia.

13. En el presente, hay varias vacunas contra el dengue en fases clínicas de desarrollo y, es posible, que en poco tiempo (5 a 10 años) se cuente al menos con una vacuna inocua y eficaz. La más avanzada, una vacuna viva atenuada contra los cuatro serotipos, se encuentra en ensayos clínicos fase III y sus resultados se esperan en el 2013. Existe un incentivo para que los Estados Miembros y la OPS/OMS se preparen para la introducción de la vacuna contra el dengue de forma oportuna y basada en pruebas científicas la cual, en un contexto integral, será una herramienta más para el control del dengue. Se destaca la intención de ProVac¹ de incluir la vacuna del dengue en sus trabajos futuros.

14. Durante los últimos dos bienios la cooperación de los gobiernos español y canadiense fue fundamental para los avances logrados. El Proyecto Mesoamérica de dengue será, en los próximos años, un apoyo a los países de esta subregión.

15. Aún existen grandes retos para la prevención y el control del dengue en la Región. Los países todavía enfrentan serios problemas vinculados a la atención de los determinantes sociales a los que se añaden otros factores externos, como el cambio climático, que favorecen el ciclo de vida del mosquito transmisor.

Propuesta

16. Este informe de progreso presenta los avances y el trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana para la prevención y el control del dengue en la Región. Se propone continuar apoyando la respuesta de gestión integrada, fortalecer las capacidades nacionales e intensificar los esfuerzos de los Estados Miembros para ejecutar políticas públicas que repercutan en los determinantes sociales o macrofactores relacionados con la enfermedad.

¹ La iniciativa de ProVac fue creada por el proyecto de inmunización de la OPS/OMS para fortalecer la capacidad nacional para la toma de decisiones basadas en evidencias sobre la introducción nuevas vacunas y la conforman instituciones y organizaciones del alto nivel científico.

G. IMPLEMENTACIÓN DEL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL

Introducción

1. El presente informe tiene por objeto proporcionar una actualización sobre el progreso logrado por los Estados Miembros de la Región de las Américas y por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con respecto al cumplimiento de sus obligaciones y compromisos relativos a la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (en adelante el RSI o el Reglamento). Además se actualiza la información incluida en el último informe, presentado al 51.º Consejo Directivo en el 2011 (1).

2. Este informe tiene también por objeto alentar a los Estados Partes a que utilicen el RSI como algo más que un marco para velar por la seguridad sanitaria mundial. El RSI es además una oportunidad y una herramienta para institucionalizar las funciones esenciales de salud pública¹ mediante la movilización de recursos sostenibles para brindar apoyo a mecanismos eficaces para la colaboración intersectorial y la preparación en salud pública para enfrentar múltiples riesgos.

3. Este informe se estructura alrededor de algunas áreas estratégicas de trabajo definidas en el documento de la OMS *Reglamento Sanitario Internacional (2005): Áreas de trabajo para su aplicación* (2). Se centra en el estado de las capacidades básicas nacionales según se indica en el anexo 1 del Reglamento, que deben estar presentes a más tardar el 15 de junio del 2012.

Impulso de las alianzas regionales y mundiales

4. La OPS sigue colaborando con los mecanismos y las iniciativas de integración subregional.² El objetivo más importante en ese sentido es promover la apropiación y el liderazgo por parte de los Estados Partes en sus esfuerzos de aplicación del RSI. Otros

¹ El documento *La Salud Pública en las Américas: Instrumento para la Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública* (OPS, 2001) se puede consultar en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Instrumento_Medicion_Desempeno.pdf.

² Estos mecanismos e iniciativas de integración subregional incluyen al Mercado Común del Sur (MERCOSUR), por medio de su Grupo de Trabajo sobre la Salud (SGT-11) a cargo de la Comisión Intergubernamental para el Reglamento Sanitario Internacional (CIRSI); la Comunidad Andina (CAN), por medio de la Red Andina para la Vigilancia Epidemiológica (RAVE) coordinada por el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU); la Unión de Países Sudamericanos (UNASUR), por medio de su Grupo de Trabajo Técnico para la Vigilancia y la Respuesta (GTVR); el Sistema de Integración Centroamericana (SICA), por medio de la Secretaría Ejecutiva de su Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (SE-COMISCA); y la Comunidad de Caribe (CARICOM), por medio del centro panamericano de la OPS/OMS, el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC).

objetivos son optimizar el uso de recursos técnicos y financieros y aumentar la concientización entre los asociados y los Estados Partes con respecto a los derechos y las obligaciones estipuladas por el Reglamento.

5. Aunque la aplicación del RSI se contempla en los documentos programáticos y estratégicos de las iniciativas subregionales y cuenta con el apoyo de la OPS/OMS mediante planes de trabajo subregionales dedicados al tema,³ los diversos mecanismos de gobernanza, las estructuras organizativas y la especialización técnica de las iniciativas subregionales se siguen caracterizando por una falta de claridad en cuanto a sus funciones y responsabilidades frente al RSI. Algunos ejemplos son la percepción de que se puede delegar a las iniciativas subregionales responsabilidades que son prerrogativas de los Estados Partes (por ejemplo, gestión de eventos de salud pública de posible importancia internacional); la influencia de las agendas de los donantes que hace que se distraiga la atención de la aplicación de los planes nacionales de acción del RSI; y la explotación subóptima del potencial de asegurar el compromiso político y la coordinación intersectorial necesarios para la ejecución de los planes nacionales de acción del RSI.

6. La Organización debe explorar y fortalecer los mecanismos para potenciar al máximo la contribución de las redes existentes para la cooperación técnica. Los resultados de este tipo de evaluación deben ser usados por las autoridades nacionales para fortalecer las iniciativas existentes.⁴

7. Se han realizado evaluaciones conjuntas de la OPS/OMS y la Organización de Aviación Civil Internacional (OACI) en los aeropuertos internacionales de 15 países de la

³ Mercado Común del Cono Sur (MERCOSUR), Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unzué (ORAS-CONHU), Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (SE-COMISCA), Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC).

⁴ Se puede obtener información de las siguientes fuentes:

- Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos (INFOSAN): http://www.who.int/foodsafety/fs_management/infosan/en/index.html.
- Red Mundial sobre Infecciones de Transmisión Alimentaria (GFN) http://thor.dvfv.dk/portal/page?_pageid=53,1&_dad=portal&_schema=PORTAL.
- PulseNet: <http://www.pulsenetinternational.org/networks/Pages/latinamerica.aspx>.
- Red de centros de toxicología: http://www.who.int/gho/phe/chemical_safety/phe_poison_centres_20110701.xls.
- Enfoque estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional (SAICM) del Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente: <http://www.saicm.org/documents/List%20of%20SAICM%20National%20Focal%20Points%20web.doc>.
- Red de Emergencias Químicas de Latinoamérica y el Caribe (REQUILAC): <http://www.bvsde.paho.org/requilac/e/miembros.html>.
- Red de Toxicología de Latinoamérica y el Caribe (RETOXLAC): <http://www.bvsde.paho.org/bvstox/e/retoxlac/review.html>.
- Red de Preparación y Asistencia Médica para las Situaciones de Emergencia relacionadas con la Radiación (REMPAN): http://www.who.int/ionizing_radiation/a_e/rempan/REMPAN_directory_2007.pdf.

Región, como parte del acuerdo de cooperación para prevenir la propagación de enfermedades transmisibles mediante los viajes aéreos (CAPSCA por su sigla en inglés).⁵

8. Como resultado de la alianza de la OPS con el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA), en junio del 2012 se pondrá en marcha un proyecto único, a fin de fortalecer la infraestructura nacional con respecto a la seguridad radiológica y la protección de las fuentes radiactivas en los países miembros de la Comunidad del Caribe (CARICOM).

9. Durante la sesión sobre la vigilancia integrada que tendrá lugar en la 16.^a Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, en Salud y Agricultura (RIMSA) —que la OPS convocará en Chile en julio del 2012— la Organización usará el marco del RSI para fomentar aun más la colaboración intersectorial con los organismos y las organizaciones internacionales. La reunión se centrará en la interfaz entre animales y seres humanos, y se concientizará acerca de las obligaciones nacionales frente al RSI en los sectores distintos del de la salud.⁶

10. La OPS sigue fortaleciendo la alianza con el centro colaborador de la OMS para el fortalecimiento de la capacidad nacional de vigilancia y respuesta de acuerdo con el RSI, en los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) en Atlanta (Georgia). Otros esfuerzos realizados por la OPS a fin de brindar acceso al nivel más alto de conocimientos técnicos especializados incluyen la participación del centro colaborador de la OMS durante la gestión de eventos específicos y el proceso de toma de decisiones relacionado con la prórroga de la fecha límite del 2012.

11. En junio del 2011, la OPS desempeñó una función facilitadora en el proceso para establecer el componente regional de la Red Mundial OMS de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (conocida como GOARN por su sigla en inglés).

12. Para promover el intercambio de experiencias y mejores prácticas entre los Estados Partes en la Región —así como para determinar los retos y las soluciones en común— la OPS organizó la *Segunda reunión regional sobre la implementación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) en las Américas*, que tuvo lugar en Cancún (México), el 1 y 2 de septiembre del 2011.

13. La Copa Mundial de Fútbol de la FIFA y los Juegos Olímpicos de Verano, de los que Brasil será la sede en el 2014 y 2016, respectivamente, constituirán una oportunidad más de forjar alianzas y acelerar la preparación en materia de salud pública en la Región.

⁵ Para información acerca de los países que integran el acuerdo CAPSCA se puede consultar: <http://www.capsca.org/AmericasEventsRefs.html>.

⁶ Por ejemplo, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA), el Organismo Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria (OIRSA) y la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE).

Con este fin, la OPS y el Ministerio de Salud de Brasil organizaron el 12 y 13 de diciembre del 2011 en Brasilia (Brasil) la *I Reunión Latinoamericana sobre las acciones del Sector Salud para eventos masivos/ V Reunión de la Comisión de Salud para la Copa del Mundo FIFA 2014*.

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

14. De acuerdo con lo dispuesto en los artículos 5 y 13 del Reglamento, así como en el anexo 1, los Estados Partes deben haber evaluado sus capacidades básicas de vigilancia y respuesta, incluido en los puntos de entrada designados, a más tardar, el 15 de junio del 2009. Además, deben haber elaborado un plan de acción nacional con respecto al RSI para lograr las capacidades básicas a más tardar el 15 de junio del 2012 y deben haber institucionalizado los mecanismos para mantenerlas después de esa fecha.

15. Las fechas límite estipuladas en el Reglamento deben considerarse más bien como hitos en un proceso en curso de preparativos en materia de salud pública. Sin embargo, es un reto cumplir con las fechas previstas. Por consiguiente, en cumplimiento de las disposiciones mencionadas anteriormente que permiten que la fecha prevista se amplíe hasta el 15 de junio del 2014 en una primera instancia, tanto la OMS como la OPS informaron a los Estados Partes en septiembre del 2011 acerca de los procedimientos a fin de solicitar la prórroga.

16. A ese efecto, desde febrero del 2012 la OPS ha estado manteniendo reuniones, tanto presenciales como virtuales con las autoridades nacionales. A fin de velar por la transparencia y la rendición de cuentas durante esas reuniones, todos los Estados Partes fueron invitados a comunicar a la OPS/OMS su posición acerca de cualquier posible prórroga antes de la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud y a más tardar el 15 de junio del 2012. De manera análoga, en un primer intento de compilar la lista de los puntos de entrada designados que se prevé que cuenten con una función de respuesta, se invitó a los Estados Partes a que comunicaran explícitamente la lista de los puntos de entrada designados que han logrado establecer las capacidades básicas o que necesitan una ampliación del plazo.

17. Como se había previsto en el *Informe del Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la pandemia por virus (H1N1) 2009*, que se sometió a la consideración de la 64.^a Asamblea Mundial de la Salud, “muchos Estados Partes carecen de las capacidades básicas para detectar, evaluar y notificar posibles amenazas sanitarias ni tampoco dan indicios de poder cumplir sus obligaciones en materia de planes e infraestructura para 2012, el plazo especificado por el RSI” (3). A nivel mundial, se estima que aproximadamente 70% de los 194 Estados Partes solicitarán una prórroga con respecto a la fecha límite del 2012. Hasta el 15 de abril del 2012, la OPS/OMS había recibido una comunicación oficial sobre

su posición acerca de la prórroga de cinco Estados Partes en la Región. Con base en comunicaciones con las autoridades nacionales, la OPS prevé que cerca de 28 (~80%) de los 35 Estados Partes de la Región de las Américas solicitarán una prórroga de la fecha límite del 2012.

18. El estado de las capacidades básicas en la Región es bastante heterogéneo entre las subregiones, como puede observarse en el panorama que surge de la interacción directa con las autoridades nacionales así como del informe anual de los Estados Partes presentado a la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud por 31 de los 35 Estados Partes (89%).⁷ En el cuadro que figura en el anexo se muestra el valor promedio por subregión con respecto a las capacidades básicas (en porcentaje), tal como se define en el documento de la OMS denominado *IHR Core Capacity Monitoring Framework: Checklist and Indicators for Monitoring Progress in the Development of IHR Core Capacities in States Parties* [Marco para el monitoreo de las capacidades básicas del RSI: lista de verificación e indicadores para el monitoreo de los avances en el establecimiento de las capacidades básicas en los Estados Partes] (4), y en el que se sientan las bases del formato propuesto por la OMS para presentar los informes a la Asamblea Mundial de la Salud. La situación actual a nivel mundial y en otras regiones se está presentando a la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud (2012) en el documento *Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005): Informe de la Directora General* (5).

19. Los puntos débiles más críticos detectados incluyeron las siguientes áreas: emergencias radiológicas, eventos químicos, puntos de entrada, recursos humanos y grado de preparación. Se prevé que estas áreas se abordarán en el plan de acción que debe presentar cada Estado Parte, junto con su solicitud de prórroga del plazo límite del 2012. Estas áreas requerirán esfuerzos de movilización de recursos a nivel internacional.

20. Se deben tener en cuenta algunos aspectos: la variación sustancial que se observa entre los Estados Partes en cuanto a la capacidad y la calidad del enfoque adoptado para el proceso de planificación con respecto al grado de participación y compromiso intersectorial; el alcance de las capacidades abordadas en el plan; el establecimiento de prioridades de los componentes encaminados a asegurar la sostenibilidad de las capacidades logradas; el estado y la integración del plan dentro del contexto de la estrategia nacional de salud, los procesos de planificación, los ciclos financieros y los mecanismos de seguimiento y evaluación; las estrategias previstas sobre el uso el plan

⁷ El estado de presentación del informe anual de los Estados Partes de cada país (en adelante, el “informe”) ante la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud al 15 de abril del 2012 es el siguiente:

- República Dominicana, Perú, Uruguay y Venezuela todavía no habían presentado el informe.
- Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia y Paraguay presentaron el informe usando la herramienta del MERCOSUR y posteriormente migraron los datos de las secciones pertinentes al formato propuesto por la OMS de conformidad con el acuerdo con el Grupo Técnico de Trabajo para la Vigilancia y Respuesta de UNASUR.
- Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, y Trinidad y Tabago habían presentado el informe usando versiones modificadas del formato propuesto por la OMS.

como una herramienta de movilización de recursos; y la función del seguimiento y la evaluación en la ejecución de dicho plan.

21. El alto grado de rotación que se registra en el personal sanitario, que se extiende a las instituciones de los Centros Nacionales de Enlace (CNE) para el RSI, dificulta que el sector pueda formar una capacidad de recursos humanos sostenible. En algunos países con poblaciones pequeñas y una capacidad de gobierno limitada, es común que una misma persona tenga a su cargo una variedad de responsabilidades. Estos retos obstaculizan los esfuerzos y las inversiones que están efectuando tanto la Organización como los socios desde que el Reglamento entró en vigor. El *Plan regional de la OPS para la capacitación epidemiológica en las Américas 2010* debe revitalizarse como un intento de establecer y mantener las competencias en epidemiología de campo de acuerdo con los modelos que mejor se ajusten a cada contexto nacional.

22. En cumplimiento de las recomendaciones formuladas en el *Informe del Comité de Examen sobre el Funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la pandemia por virus (H1N1) 2009*, y en respuesta a la solicitud presentada por diversos Estados Miembros de la OMS en la 130.^a reunión del Consejo Ejecutivo. La sede de la OMS y las oficinas regionales llevaron a cabo un análisis de los factores que limitan el progreso de los países, para lograr las capacidades básicas nacionales, así como de todas las medidas posibles que la Organización debería tomar para superar estos obstáculos. El análisis completo se presentará ante la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud.

23. La OMS está actualmente considerando la posibilidad de convocar un Comité de Examen del RSI, a fin de brindar orientación sobre los métodos de seguimiento y evaluación con relación a la aplicación del Reglamento, incluidas las capacidades básicas. El alcance de la labor del Comité de Examen del RSI podría incluir aquellos aspectos relacionados a una posible prórroga para el 2014-2016, así como la factibilidad de evaluar la repercusión del Reglamento en cuanto a los aspectos sanitarios y económicos.

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

24. La OPS actúa como punto de contacto de la OMS para el RSI para la Región de las Américas facilitando el proceso de manejo de eventos de salud pública, lo que incluye detección y evaluación de riesgos, respuesta y comunicación de riesgos. En el período del 1 de enero al 31 de diciembre del 2011, se detectó y evaluó un total de 196 eventos de salud pública de posible importancia internacional. En 94 de los 196 eventos considerados (48%), las autoridades sanitarias nacionales —por conducto del Centro Nacional de Enlace— fueron la fuente inicial de información. En los 102 eventos restantes, menos dos, se solicitó y se obtuvo verificación de los CNE. De los eventos considerados, 82 (42%) fueron realmente de importancia internacional para la salud

pública y afectaron a 22 Estados Partes en la Región. La mayor proporción de estos eventos se atribuyó a riesgos infecciosos (52 eventos, 63%): la etiología registrada con mayor frecuencia fueron los casos importados de sarampión (10), los virus de la influenza (9) y el dengue (6). Seguidos de los eventos relacionados con la inocuidad de los alimentos (11), los eventos zoonóticos (8), los eventos de origen indeterminado (5), los eventos relacionados con productos (3), los eventos que ocurrieron en un contexto de desastre (2) y un único evento relacionado con una amenaza radionuclear.

25. La OPS sigue prestando apoyo a las autoridades de Haití y de la República Dominicana en sus esfuerzos para controlar el brote de cólera. El 11 de enero del 2012, el Presidente de Haití y el de la República Dominicana —junto con la OPS/OMS, el UNICEF y los CDC— hicieron un llamado a fin de recibir importantes inversiones internacionales, para obras de infraestructura de agua y saneamiento para eliminar el cólera de la Hispaniola.⁸ Este llamado estuvo seguido de una reunión binacional, que contó con la presencia de la Subdirectora de la OPS y se celebró en Haití en marzo del 2012, con el objeto de armonizar los planes de acción nacionales sobre el cólera de Haití y de la República Dominicana.

26. Durante el período considerado, la OPS apoyó a las autoridades nacionales en sus esfuerzos para responder a varios brotes en la Región, para lo que movilizó expertos de las instituciones de la red regional GOARN.

27. En el marco de la regionalización de la red GOARN, se realizó un ejercicio para extraer las enseñanzas de varias respuestas realizadas en conjunto por la OPS y los CDC. El ejercicio se realizó en Atlanta (Georgia, Estados Unidos), en mayo del 2012.

Respaldo de los derechos, obligaciones y procedimientos; realización de estudios y vigilancia de los progresos

28. Varios países examinaron las disposiciones del Reglamentos y armonizaron sus propias disposiciones dentro el marco jurídico y normativo nacional. No obstante, queda el reto para los países de aprobar y hacer cumplir las normas y las leyes modificadas. Con ese fin, la OPS organizó un taller sobre legislación y el RSI para los países del Caribe Oriental, que tuvo lugar en Bridgetown (Barbados), el 22 y 23 de noviembre del 2011.

29. En el 2011, los 35 Estados Partes de la Región presentaron su confirmación anual de la información de contacto del CNE o actualizaron la información correspondiente. Al 31 de marzo del 2012, la Lista de Expertos del RSI incluye a 309 expertos, de los cuales 71 son de la Región de las Américas. En el 2011, fueron puestos en marcha procedimientos para la renovación o la discontinuación de la membresía de los expertos en esta lista (que es válida durante cuatro años).

⁸ *Llamado a la acción: La Hispaniola sin cólera*; véase <http://new.paho.org/colera/?p=17&lang=es>.

30. Hasta el 31 de marzo del 2012, 412 puertos en 19 Estados Partes de la Región de las Américas estaban autorizados para emitir certificados de sanidad a bordo. La lista de los puertos autorizados se actualiza regularmente y se publica en línea.⁹

31. En el 2011, 15 Estados Partes de la Región informaron a la OMS acerca de sus requisitos de vacunación para los viajeros. Esta información ya se ha incluido en la edición 2012 en inglés de la publicación de la OMS *Viajes internacionales y salud* (6). La OPS ha adoptado medidas para aumentar la transparencia y participación en los procedimientos relativos a la definición de las áreas de riesgo de transmisión de la fiebre amarilla. Para actualizar los requisitos de vacunación de los viajeros internacionales contra la fiebre amarilla, se espera que a nivel mundial se adopte un procedimiento en dos pasos, y que se refleje en la edición del 2013 de esta publicación.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Implementación del Reglamento Sanitario Internacional [Internet]. 51.º Consejo Directivo de la OPS, 63.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2011; Washington, DC (Estados Unidos). Washington, DC: OPS; 2011 (documento CD51/INF/5) [consultado el 25 de marzo del 2012]. Se puede encontrar en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14422&Itemid=.
2. Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional (2005): Áreas de trabajo para su aplicación. Ginebra: OMS, 2007 [consultado el 25 de marzo del 2012]. Se puede encontrar en: <http://www.who.int/ihr/AreasofworkES.pdf>.
3. Organización Mundial de la Salud. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005): Informe del Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la pandemia por virus (H1N1) 2009 [Internet]. 64.ª Asamblea Mundial de la Salud; del 21 al 26 de mayo del 2011; Ginebra (Suiza). Ginebra: OMS; 2011 (documento A64/10) [consultado el 25 de marzo del 2012]. Se puede encontrar en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-sp.pdf.
4. World Health Organization. IHR Core Capacity Monitoring Framework: Checklist and Indicators for Monitoring Progress in the Development of IHR Core Capacities in States Parties [Internet]. Ginebra: OMS; 2011 [consultado el 25 de marzo del 2012]. Se puede encontrar en:

⁹ La lista de los puertos autorizados se puede consultar en http://www.who.int/ihr/training/ihr_authorized_ports_list.pdf.

http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_HSE_IHR_2011.6_eng.pdf.

5. Organización Mundial de la Salud. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005): Informe de la Directora General [Internet]. 65.^a Asamblea Mundial de la Salud; del 21 al 26 de mayo del 2012; Ginebra (Suiza). Ginebra: OMS; 2012 (documento A65/17) [consultado el 5 de abril del 2012]. Se puede encontrar en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_17-sp.pdf.
6. World Health Organization. International Travel and Health [Internet]. Ginebra: OMS; 2012 [consultado el 18 de mayo del 2012]. Se puede encontrar en: <http://www.who.int/ith/en/>

**CAPACIDADES BÁSICAS
VALORES PROMEDIO (%) POR SUBREGIÓN**

Capacidad	Subregión				Región de las Américas ⁵
	<i>América del Norte¹</i>	<i>Caribe²</i>	<i>Centro-américa³</i>	<i>América del Sur⁴</i>	
Legislación nacional, política y financiamiento	92%	36%	80%	84%	65%
Coordinación y comunicaciones de los CNE	82%	62%	90%	73%	74%
Vigilancia	90%	77%	76%	73%	77%
Respuesta	88%	73%	72%	80%	75%
Preparación	68%	49%	53%	63%	58%
Comunicación de riesgo	76%	71%	68%	69%	72%
Recursos humanos	100%	39%	50%	66%	57%
Laboratorio	80%	63%	76%	86%	73%
Puntos de entrada	85%	50%	58%	48%	51%
Eventos zoonóticos	81%	74%	73%	80%	77%
Eventos relacionados con la inocuidad de los alimentos	91%	64%	56%	71%	69%
Eventos de origen químico	75%	29%	23%	59%	41%
Emergencias por radiación	86%	15%	46%	40%	35%

¹ La subregión de América del Norte comprende Canadá, México y Estados Unidos; la tasa de respuesta fue de 3 de los 3 Estados Partes (3/3 o 100%). En el cuadro se incluye la información proporcionada por los 3 Estados Partes.

² La subregión del Caribe comprende Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Cuba, Dominica, Granada, Haití, Jamaica, Santa Lucía, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, y Trinidad y Tabago; la tasa de respuesta fue 13 de los 13 Estados Partes (13/13 o 100%). En el cuadro se incluye la información proporcionada por 11 Estados Partes.

³ La subregión de Centroamérica comprende Costa Rica, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá; la tasa de respuesta fue de 6 de los 7 Estados Partes (6/7 o 86%). En el cuadro se incluye la información proporcionada por 6 Estados Partes.

⁴ La subregión de América del Sur comprende Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela; la tasa de respuesta fue de 9 de los 12 Estados Miembros (9/12 o 75%). En el cuadro se incluye la información proporcionada por 8 Estados Partes.

⁵ Para la Región de las Américas en su totalidad, la tasa de respuesta fue de 31 de los 35 Estados Partes (31/35 o 89%). En el cuadro se incluye la información proporcionada por 28 Estados Partes.

H. METAS REGIONALES EN MATERIA DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD 2007-2015

Introducción

1. En septiembre del 2007, la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó la resolución CSP27.R7, *Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015 (1)*, que tiene por objeto brindar apoyo a la formulación de planes de acción nacionales en materia de recursos humanos para la salud encaminados a fortalecer la atención primaria de salud. Se estableció un conjunto de 20 metas regionales de recursos humanos para la salud 2007-2015 organizadas en torno a los cinco desafíos principales señalados en el *Llamado a la Acción de Toronto 2006-2015: Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas (2)* y posteriormente en la *Agenda de Salud para las Américas 2008-2017*.

2. En el presente informe de avance se suministra información sobre los resultados clave a partir de las mediciones iniciales realizadas en 23 países para las 20 metas regionales,¹ se señalan las áreas en las que es necesario renovar la atención y se formulan recomendaciones a fin de garantizar el logro de estas metas para el 2015.

Puesta al día sobre la situación actual

3. Tras la aprobación de la resolución CSP27.R7 (2007) mencionada anteriormente, se elaboró un conjunto de indicadores y un método para realizar una evaluación de referencia y poder hacer un seguimiento mayor a partir de ella. Se impartió capacitación y se brindó apoyo técnico a los ministerios de salud en los países que manifestaron su interés. El proceso se terminó primero en algunos países de la zona andina, seguidos del Cono Sur, el Caribe de habla inglesa y —de manera más reciente— Centroamérica y el Caribe de habla hispana.

4. A continuación se describen los resultados más pertinentes, presentados de acuerdo con los cinco desafíos.²

Desafío 1: Definir políticas y planes de largo alcance con respecto a los recursos humanos

5. Con respecto al primer desafío, tres metas (las número 1, 2 y 5)³ mostraron problemas graves para lograr tanto una densidad mínima de personal sanitario como una

¹ Se puede encontrar información detallada sobre la situación inicial para medir las 20 metas regionales de recursos humanos para la salud 2007-2015 en el siguiente sitio web:

<http://www.paho.org/baseline20goalshrh>.

² En el 2012 se publicará un informe sobre la evaluación inicial de las 20 metas regionales.

³ Meta 1: Todos los países de la Región habrán logrado una razón de densidad de recursos humanos de 25 por 10.000.

composición adecuada de la fuerza laboral médica. La limitada capacidad nacional para gestionar los recursos humanos en materia de salud sigue siendo un problema.

6. Con respecto a la meta 1, solo 12 de los 23 países donde se tomaron mediciones iniciales han logrado la razón de densidad mínima recomendada por la OMS de 25 profesionales de la salud (médicos, enfermeras o parteras) por 10.000 habitantes. Con respecto a la meta 2, solo 6 países informaron que más de 40% de la fuerza laboral médica total se considera que está compuesta por médicos de atención primaria de salud. En el caso de la meta 5, solo 3 países registraron 100%, lo que significa que han establecido una unidad de recursos humanos para la salud con capacidades integrales de planificación estratégica, gestión, seguimiento y evaluación.

Desafío 2: Colocar a las personas indicadas en los lugares adecuados

7. Las cuatro metas descritas en el desafío 2 se centran en la ampliación del acceso nacional a la atención primaria de salud. Muchos de los países no contaron con datos suficientes para evaluar adecuadamente estas metas. Sin embargo, en aquellos casos en los que había información sobre estos puntos específicos, la meta 7⁴ mostró que el acceso a la atención primaria no se ha desarrollado adecuadamente y que se necesita prestar atención de inmediato a este tema a fin de garantizar el acceso universal.

8. *Meta 7:* Esta meta requiere que al menos 70% de los trabajadores de atención primaria de salud tengan competencias de salud pública e interculturales comprobables. Nueve países registraron menos de 50% en este indicador y dos países no tuvieron datos. Barbados, Dominica, Jamaica y Santa Lucía registraron 100%, por lo que lograron plenamente la meta 7.

Desafío 3: Asegurar un nivel adecuado de dotación del personal de salud, de acuerdo con las necesidades del país

9. Los países de la Región no han logrado la autosuficiencia necesaria para salvar sus brechas con respecto a los recursos humanos en materia de salud y satisfacer sus necesidades nacionales. La mayoría de los países han avanzado en cuanto al manejo de la migración por medio de acuerdos bilaterales y multilaterales encaminados a reconocer las licencias y a lograr la notificación colaborativa. Sin embargo, la meta 10⁵ muestra que pocos países han contraído el compromiso de adherirse a algún código de conducta ética con respecto a la migración internacional del personal sanitario y la protección de los

Meta 2: Las proporciones regional y subregional de médicos de atención primaria excederán el 40% de la fuerza laboral médica total.

Meta 5: Todos los países de la Región habrán establecido una unidad de recursos humanos para la salud responsable por el desarrollo de políticas y planes de recursos humanos, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores, niveles de gobierno e interesados directos.

⁴ Meta 7: Al menos el 70% de los trabajadores de atención primaria de salud tendrán competencias de salud pública e interculturales comprobables.

países de origen frente a las prácticas de reclutamiento enérgicas por parte de otros países.

10. *Meta 10:* Con respecto a la contratación internacional de personal de salud, solo 2 de los 23 países (menos de 10%) dijeron haber adoptado un código de prácticas internacional o haber elaborado normas éticas relacionadas con esta contratación. Esos países son Barbados y Jamaica.

Desafío 4: Promover ambientes de trabajo saludables y fomentar el compromiso con la misión institucional de garantizar buenos servicios de salud para toda la población

11. Algunos estudios han mostrado que los lugares de trabajo propicios conducen a una mayor productividad, mejor calidad de la atención y menos emigración. Dentro del desafío 4, las metas 13⁶ y 16⁷ fueron las más llamativas, puesto que mostraron que muchos países tienen realmente mecanismos para manejar los conflictos laborales. Sin embargo, no han regularizado la práctica de contratos por escrito, ni han elaborado recomendaciones para puestos de normalización, a pesar de que estas prácticas generalizadas ayudan a disminuir las causas de conflictos laborales.

12. *Meta 13:* La mayoría de los países tienen una proporción alta de contratos laborales precarios y sin protección para el personal sanitario. Cinco países indicaron 0% o “no se aplica”, sin ninguna estrategia implantada a fin de normalizar los contratos que ofrecen protección social a los trabajadores. Otros siete países registraron menos de 50%. Sólo cuatro países lograron 100%, lo que significa que han definido estrategias para la protección contractual de los trabajadores y la normalización de puestos precarios.

13. *Meta 16:* Dieciséis países registraron 100%, lo que indica que más de las dos terceras partes de los países han puesto en marcha mecanismos para resolver los conflictos y asegurar la continuidad de la atención durante los conflictos laborales. Cuatro de los siete países restantes están a mitad de camino de alcanzar esta meta.

Desafío 5: Desarrollar cooperación entre las instituciones de formación y aquellas que prestan servicios de salud

14. Dado que la mayor parte de los ministerios de salud en los países participantes no tienen autoridad con respecto a las instituciones educativas dedicadas a las ciencias de la

⁵ Meta 10: Todos los países de la Región habrán adoptado un código de práctica global o habrán desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de salud.

⁶ Meta 13: La proporción de empleo precario, sin protección para los proveedores de servicios de salud se habrá reducido a la mitad en todos los países.

⁷ Meta 16: El 100% de los países de la Región contarán con mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de los servicios esenciales, toda vez que se presten.

salud, surgieron problemas al intentar evaluar las metas conexas, lo que indica una falta de coordinación.

15. *Meta 17:* Solo un país (Jamaica) alcanzó la meta 17,⁸ en la que se requiere que la formación se centre en la atención primaria de salud en 80% de las escuelas de ciencias de la salud del país y además que se adopten estrategias de capacitación interdisciplinaria. La mayoría de los países registraron porcentajes muy bajos en este indicador y 15 países —más de la mitad de los que se midieron— registraron 50% o menos.

16. Los enfoques encaminados a abordar prioridades nacionales específicas variaron entre los países; sin embargo, hubo consenso con respecto a la necesidad de: *a)* mejorar la capacidad de seguimiento y evaluación dentro de los ministerios y *b)* perfeccionar y ajustar las metas regionales sobre la base de las necesidades propias de cada país.

17. Sobre la base de los resultados clave de la evaluación de referencia de las 20 metas regionales, se invita a los Estados Miembros a que consideren las siguientes líneas de acción:

- a) Redoblar tanto los esfuerzos como las inversiones en la planificación y el aumento de los recursos humanos para la salud apropiados, como un requisito esencial para lograr el acceso universal a servicios de atención de salud de buena calidad y ejecutar la estrategia de atención primaria de salud.
- b) Aumentar los esfuerzos dirigidos a la distribución equitativa del personal de salud, en particular en cuanto a su contratación y retención en las zonas subatendidas, rurales e indígenas.
- c) Poner en marcha sistemas para ofrecer programas de educación continua y de capacitación en el servicio para los gerentes de recursos humanos para la salud y para el personal sanitario; y forjar alianzas con las instituciones académicas.
- d) Fortalecer el Observatorio de Recursos Humanos de Salud como una estrategia para incluir a los sectores pertinentes y los interesados sociales directos, así como para garantizar información de buena calidad sobre los recursos humanos para la salud, tanto para la adopción de decisiones como para la formulación de políticas.
- e) Comprometerse a realizar una segunda evaluación de las 20 metas regionales en materia de recursos humanos para la salud en el 2013.

18. La Organización reitera su compromiso de colaborar con los ministerios de salud y las entidades regionales, así como de apoyar sus esfuerzos para alcanzar las metas regionales para el fortalecimiento de la capacidad de recursos humanos para la salud en la Región.

⁸ Meta 17: El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria y habrán incorporado estrategias para la formación interpersonal.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015 [Internet]. 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 59.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 1 al 5 de octubre del 2007; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2009 (resolution CSP27.R7) [consultado el 20 de marzo del 2012]. Se puede encontrar en:
<http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27.r7-s.pdf>.
2. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud de Canadá, Ministerio de Salud y Cuidados Prolongados de la Provincia de Ontario [Internet]. Séptima Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud; del 4 al 7 de octubre del 2005; Toronto (Canadá). Toronto; 2005 [consultado el 20 de marzo del 2012]. Se puede encontrar en:
<http://www.observearh.org/fulltext/desafios-toronto.pdf>.

I. SITUACIÓN DE LOS CENTROS PANAMERICANOS

Introducción

1. Este documento fue elaborado en respuesta al mandato de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de realizar evaluaciones y exámenes periódicos de los Centros Panamericanos.

Antecedentes

2. Los Centros Panamericanos han sido una modalidad importante de cooperación técnica de la OPS durante casi 60 años. En ese período, la OPS ha creado o administrado 13 centros, ha suprimido seis y ha transferido la administración de uno de ellos a sus propios órganos directivos. Este documento presenta información actualizada sobre el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA); el Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME); el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano/Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR); y los Centros Subregionales, el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) y el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI).

Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA)

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

Avances recientes

4. En el marco del proyecto de desarrollo institucional para PANAFTOSA se creó un Fondo Fiduciario para facilitar la contribución financiera de los sectores público y privado interesados en la erradicación de la fiebre aftosa. El Fondo recibió su primer financiamiento de la Asociación Coordinadora Nacional de Salud Animal (ACONASA) de Paraguay, mientras que otros donantes están estudiando la factibilidad de utilizarlo. De esta forma, se ha canalizado una proporción adecuada de los recursos financieros regulares del Centro hacia la cooperación técnica en las áreas de zoonosis e inocuidad de los alimentos. Los recursos financieros movilizados para la fiebre aftosa están apoyando la cooperación técnica relacionada con la coordinación regional del Plan de acción 2011-2020 del Programa Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (PHEFA), que fue aprobado en una reunión extraordinaria del Comité Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (COHEFA), en diciembre del 2010 (1).

5. En el mes de diciembre del 2011, concluyó la primera etapa de la transferencia del laboratorio de referencia de PANAFTOSA a las instalaciones del Laboratorio Nacional Agropecuario, del Ministerio de Agricultura, Ganadería y Abastecimiento del Brasil, situado en Pedro Leopoldo en el Estado de Minas Gerais. Actualmente se está finalizando la remodelación del laboratorio, cuyo nivel de bioseguridad será 4, según las normas de la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE).

6. En diciembre del 2011, la OPS, por conducto de PANAFTOSA, y la Secretaría de Vigilancia Sanitaria del Ministerio de Salud del Brasil suscribieron un acuerdo de cooperación técnica para contribuir con el fortalecimiento del Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria y la capacidad de gestión del Sistema Único de Salud de Brasil para reducir la carga sobre la población humana de las zoonosis, las enfermedades vectoriales, y las de origen hídrico y alimentario. El acuerdo también prevé acciones de gestión del conocimiento y cooperación Sur-Sur, y se suma a la prolongada y valiosa colaboración de 60 años con el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Abastecimiento del Brasil, poniendo de relieve el importante rol de PANAFTOSA como centro de cooperación técnica intersectorial entre la salud animal y la salud pública. Vale la pena resaltar, que la articulación entre la salud, la agricultura y el ambiente será el tema central de la próxima Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, en Salud y Agricultura, que se celebrará en Santiago (Chile), los días 26 y 27 de julio del 2012. PANAFTOSA está coordinando la organización y preparación de esta Reunión.

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

7. BIREME es un centro especializado de la OPS fundado en 1967 a fin de canalizar la cooperación técnica que presta la Organización a la Región en cuanto a la información científica y técnica en materia de salud. El 1º de enero del 2010 entró en vigencia el nuevo Estatuto de BIREME y, seguidamente, se estableció el Comité Asesor de BIREME.

8. El 51.º Consejo Directivo eligió dos nuevos miembros, Bolivia y Suriname, para integrar el Comité Asesor de BIREME al cumplirse el mandato de Jamaica y México. La 28.a Conferencia Sanitaria Panamericana elegirá tres nuevos Estados Miembros para integrar el Comité Asesor de BIREME, por un mandato de tres años, para remplazar a la Argentina, Chile y la República Dominicana, cuyos mandatos llegarán a su fin en el 2012.

Avances recientes

9. En el contexto de las líneas de acción para poner en práctica el nuevo marco institucional de BIREME, cabe destacar los siguientes aspectos:

- a) Convenio de sede para BIREME: la OPS/OMS y el Ministerio de Salud del Brasil elaboraron un convenio de sede, que fue encaminado para su aprobación desde el 6 de agosto del 2010. Tras el cambio de gobierno en Brasil, se han mantenido los contactos con la Secretaría Ejecutiva del Ministerio de Salud. La Secretaría Ejecutiva del Ministerio de Salud del Brasil convocó al Director de BIREME a una reunión a fines de febrero del 2012 para considerar la situación de adopción del nuevo marco institucional de BIREME, y la discusión fue ampliada en una reunión realizada el día 21 de marzo del 2012 con participación de: la Secretaría Ejecutiva; otros dos Secretarios del Ministerio de Salud; representantes de la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), la Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP), la Asociación Brasileña de Salud Colectiva (ABRASCO), la Secretaría de Salud del Estado de São Paulo y la Representación de la OPS en Brasil; el Gerente del Área de Gestión del Conocimiento y Comunicaciones de la OPS y el Director de BIREME.
- b) Convenio de instalaciones y funcionamiento de BIREME en el recinto universitario de la UNIFESP: la negociación y suscripción de este documento comenzará una vez firmado el Acuerdo de Sede con el Gobierno de Brasil, citado en el párrafo anterior.
- c) Definición del mecanismo de financiamiento para BIREME en los próximos años a partir de las contribuciones de la OPS y del Gobierno del Brasil estipulado en el artículo 6 del Estatuto; los aportes regulares se definirán de común acuerdo para respaldar los planes de trabajo bienales aprobados de conformidad con lo establecido en el Estatuto. En el 2011, dado que aún se encuentra pendiente la suscripción del nuevo Acuerdo de Sede, fue necesario prorrogar una vez más el Convenio de Mantenimiento y Desarrollo de BIREME. Se aprobó un presupuesto a partir de un plan de trabajo detallado para ese año, mediante el Término Aditivo No. 18¹ al Convenio de Mantenimiento y Desarrollo de BIREME, por un monto aproximado de US\$ 2.300.000 sobre la base del nuevo marco institucional de BIREME.

¹ El Término Aditivo N°18 al Convenio No. 007/2004 (Grant 063004), que entre sí celebran el Gobierno de la República Federativa del Brasil, por intermedio de sus Ministerios de Salud y Educación, el Estado de São Paulo, por intermedio de su Secretaría de Salud, y la OPS/OMS tiene por objeto el mantenimiento y desarrollo de BIREME asignando por parte del Ministerio de Salud, recursos financieros y metas en apoyo al mantenimiento y costeo del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud, de conformidad con lo establecido en el segundo párrafo de la cláusula 14ª del Convenio 007/2004.

- d) Establecimiento del Comité Científico en el 2011 en coordinación con el Comité Asesor de BIREME. Se inició el proceso de presentación de candidaturas para elegir a los miembros de Comité Científico, de conformidad con los Términos de Referencia aprobados. Estos Términos se anexaron a una carta en la que se solicita a los países que envíen sus propuestas hasta el final de mayo del 2012 a fin de cumplir con el plan para establecer el Comité Científico en el primer semestre del año 2012.

10. La segunda reunión del Comité Asesor de BIREME se llevó a cabo el 25 de octubre del 2011, en las oficinas de BIREME en São Paulo (Brasil). Los miembros reafirmaron su apoyo al desarrollo institucional del Centro, lo que abarca la ejecución del nuevo marco institucional, establecimiento y firma del Acuerdo de Sede y financiamiento de sus planes de trabajo, además de la integración del Comité Científico en el primer semestre del 2012 y la organización del IX Congreso Regional de Información en Ciencias de la Salud (CRICS), que se celebrará en Washington, D.C. en el segundo semestre del 2012.

11. Elaboración del plan bienal de trabajo (2012-2013) bajo la forma de sub-entidad del Área de Gestión del Conocimiento y Comunicaciones de la OPS. El plan de trabajo bienal con la OPS 2012-2013 se elaboró de forma integrada con el área de Gestión del Conocimiento y Comunicaciones y se ha continuado la comunicación para lograr su perfeccionamiento y articulación.

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

12. El Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) fue creado en 1970, mediante un acuerdo entre el Gobierno de la República Oriental del Uruguay, la Universidad de la República del Uruguay y la OPS, que se renueva periódicamente y cuya última prórroga vence el 28 de febrero del 2016. El objetivo general del CLAP es promover, fortalecer y mejorar las capacidades de los países de la Región de las Américas en materia de atención de salud para la mujer, la madre y el recién nacido.

Avances recientes

13. Se sigue buscando un local para instalar las oficinas del CLAP y de la Representación de la OPS/OMS en Uruguay. A finales del 2011 se visitaron cinco locales que no cumplían con los requisitos necesarios. En el primer semestre del 2012 se ha reiniciado la búsqueda con la visita a cinco propiedades privadas y a una gubernamental perteneciente a la Facultad de Veterinaria.

Centros Subregionales (CAREC y CFNI)

Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC)

14. Se ha programado la transición del CAREC al Organismo de Salud Pública del Caribe (CARPHA) para finales del 2012. El CAREC ha centrado su labor en mantener sus servicios actuales, ampliarlos según corresponda y prepararse para la transición. Como parte del fortalecimiento de su capacidad actual, en septiembre del 2011 se cubrió el puesto de director de laboratorio y en el último trimestre del 2011 se completó un análisis y reorganización de sus recursos humanos.

15. El CAREC ha recibido un importante apoyo de la Sede en todas las actividades relativas a la transición. En preparación para dicho proceso, se conformó un grupo de trabajo a cargo de implementar un plan con respecto a los productos y servicios técnicos, administrativos y de laboratorio que se trasladarán a CARPHA.

16. Se han programado misiones adicionales al CAREC que se llevarán a cabo durante el resto del año 2012. De acuerdo con el plan de transición, se prevé que ésta se lleve a cabo de manera eficiente y ordenada a fin de que no se verifiquen interrupciones en el servicio que presta el CAREC a sus estados miembros.

Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI)

17. Se ha programado la transición del CFNI al CARPHA para finales del 2012. En preparación para la transición, se reubicó al personal de la oficina subsidiaria del Instituto en Trinidad y Tabago dentro de la sede del CAREC. Además, se están evaluando las funciones de vigilancia del CFNI y del CAREC a fin de fusionarlas, cuando sea posible, para lograr una mayor eficacia. Este proceso concluirá en diciembre del 2012.

18. Han seguido adelante los planes para reubicar la oficina de la Representación de la OPS/OMS en Jamaica en el edificio del CFNI y se prevé que el proceso se habrá concluido durante el segundo semestre del 2012.

19. El CFNI sigue manteniendo el apoyo técnico a los países miembros al mismo tiempo que continúa trabajando con CARICOM los diversos temas y procesos necesarios para una transición eficiente y ordenada a CARPHA.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud-Centro Panamericano de Fiebre Aftosa. Programa Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (PHEFA) - Plan de

Acción 2011-2020. PANAFTOSA; Rio de Janeiro (Brasil): OPS; 2011 [consultado el 9 de marzo del 2012]. Disponible en:
<https://work.paho.org/pbr/ID%20Shared%20Documents/PHEFA-PlanAccion-2011-2020esp.pdf>.

- - -