



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

57.º CONSEJO DIRECTIVO

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

Washington, D.C., EUA, del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2019

Punto 3.2 del orden del día provisional

CD57/3, Rev. 1
26 de agosto del 2019
Original: inglés

INFORME ANUAL DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Impulsar la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030

Índice

Prefacio	4
Resumen.....	7
Parte 1. Introducción	16
Parte 2. Cooperación técnica de la OPS para impulsar la ASSA2030.....	27
Objetivo 1 de la ASSA2030: Acceso equitativo a servicios de salud integrales	27
Objetivo 2 de la ASSA2030: Rectoría y gobernanza de la salud.....	37
Objetivo 3 de la ASSA2030: Recursos humanos para la salud.....	38
Objetivo 4 de la ASSA2030: Financiamiento de la salud.....	42
Objetivo 5 de la ASSA2030: Medicamentos esenciales, vacunas y tecnologías	43
Objetivo 7 de la ASSA2030: Evidencia y conocimiento en materia de salud	50
Objetivo 8 de la ASSA2030: Brotes, emergencias y desastres	52
Objetivo 9 de la ASSA2030: Enfermedades no transmisibles, trastornos mentales y neuroológicos	66
Objetivo 10 de la ASSA2030: Enfermedades transmisibles.....	83
Objetivo 11 de la ASSA2030: Desigualdades e inequidades en torno a la salud	91
Parte 3. Examen del fortalecimiento institucional de la Oficina	103
Parte 4. Retos y enseñanzas.....	115
Retos	115
Enseñanzas	118
Parte 5. Conclusiones y camino por delante.....	121
Lista de siglas.....	125
Agradecimientos.....	126
Anexo A. Resumen de los ODS y del ODS 3.....	131
Anexo B. Ejemplos de la influencia de otros ODS en el ODS 3	133
Anexo C. Vinculación entre la ASS2030 y los ODS, y algunos marcos facilitadores de la ASSA2030.....	135

A los Estados Miembros:

De conformidad con la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, tengo el honor de presentar el informe anual correspondiente al 2019 sobre la labor de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas.

En este informe se pone de relieve la cooperación técnica proporcionada por la Oficina durante el período de julio del 2018 a junio del 2019, en el marco del Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 definido por los Cuerpos Directivos y modificado por la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana en el 2017.

Este informe se complementa con el Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2018.

Carissa F. Etienne
Directora
Oficina Sanitaria Panamericana

Prefacio

Agosto del 2019

1. Han transcurrido casi dos años desde que fui reelecta para desempeñar un segundo mandato como Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina u OSP), que es la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para las Américas. En mi informe anual correspondiente al 2018 señalé que el tema general de este segundo término sería **“Mejorar la salud y el bienestar sin que nadie se quede atrás”**. Este tema está en consonancia con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en especial el objetivo que aborda más directamente el tema de la salud, el ODS 3 (“Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”), así como con la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030: Un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la Región (ASSA2030) (documento CSP29/6, Rev. 3). En la ASSA2030 se aborda el ODS 3 y otros ODS específicos y se incorporan sus metas, adaptándolas según corresponda a la situación en la Región de las Américas,.

2. La ASSA2030 fue aprobada de manera unánime por los ministros y secretarios de salud en la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre del 2017. Presenta la direccionalidad y la visión política de los Estados Miembros para el desarrollo de la salud y el avance hacia el logro de los ODS en la Región de las Américas. La ASSA2030 es producto de un amplio proceso consultivo y señala el camino por delante para que se haga realidad la visión colectiva de lograr “la salud para todos” en la Región de las Américas. Es un marco adaptado para abordar las brechas en nuestra Región en cuanto al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, y presenta las medidas necesarias para que los Estados Miembros de la OPS aseguren que se alcance el grado más alto posible de salud para todos en la Región para el 2030, con acceso universal a la salud y cobertura universal de salud, servicios de salud de calidad y sistemas de salud resilientes.

3. En los 11 objetivos y las 60 metas de la ASSA2030 se reconoce que, aunque el ODS 3 es el “objetivo de la salud”, todos los ODS están entrelazados y muchos afectan la salud puesto que tienen un impacto en los determinantes de la salud, ya sean sociales, ambientales, políticos o de otro tipo. Los objetivos y las metas de la ASSA2030 están en consonancia con la atención que por muchos años ha prestado la OPS a la reducción de las inequidades en materia de salud y su compromiso con este tema. Asimismo, respaldan el interés renovado en el derecho a que todos, en todas partes, y especialmente las personas en situación de vulnerabilidad, gocen del grado máximo de salud que se pueda lograr.

4. En la ASSA2030 se hace referencia reiteradamente al acceso equitativo, los servicios integrales, la participación social, los determinantes sociales y ambientales de la salud, y la reducción de las desigualdades y las inequidades en materia de salud. Es cada vez más evidente que para abordar esta agenda es fundamental adoptar medidas multisectoriales y enfoques de todo el gobierno, de toda la sociedad y de la salud en todas las políticas. La repetición de estas frases refleja el compromiso de los Estados Miembros de la OPS y de la Oficina de abordar con firmeza los temas conexos: las intervenciones eficaces para abordar las prioridades de salud como las

enfermedades no transmisibles, la respuesta a los desastres causados por amenazas naturales u otras situaciones de emergencia y el avance hacia la salud universal nos exigen esto y mucho más.

5. El tema de este informe anual, que abarca el período comprendido entre julio del 2018 y junio del 2019, es **“Impulsar la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018–2030”**. En el informe se resume el trabajo que ha realizado la Organización en este período para alcanzar los objetivos y las metas de la ASSA2030, poniendo de relieve la cooperación técnica a nivel regional, subregional, nacional y subnacional, y aplicando permanentemente las funciones básicas de la OPS relacionadas con el liderazgo y las alianzas; la investigación, la generación y la difusión de conocimientos; las normas; las opciones de políticas basadas en la ética y la evidencia; la cooperación técnica para el cambio y la capacidad sostenible institucional; y las tendencias de la situación de salud.

6. A nivel regional y mundial, los Estados Miembros han renovado su compromiso con la estrategia de atención primaria de salud y las redes integradas de servicios de salud (RISS) al considerarlas esenciales para avanzar hacia la salud universal y la prestación de servicios integrales que aborden la promoción de la salud y la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades, así como la rehabilitación y los cuidados paliativos. En el 2018 celebramos el 40.º aniversario de la revolucionaria Declaración de Alma-Ata, emitida en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Kazajstán (antigua Unión Soviética) en 1978, y en el 2019 publicamos el Informe de la Comisión de Alto Nivel “Salud Universal en el siglo XXI: 40 Años de Alma-Ata”. En abril del 2019, conjuntamente con la presentación del Informe de la Comisión de Alto Nivel, dimos a conocer el Pacto Regional por la Atención Primaria de Salud para la Salud Universal: APS 30-30-30, la respuesta inicial de la Organización a las recomendaciones de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Universal. En este pacto se establecen como metas para el 2030 reducir al menos en 30% los obstáculos que dificultan el acceso a la salud y asignar al menos 30% de todo el presupuesto público en salud al primer nivel de la atención.

7. El informe y las recomendaciones de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Universal están en consonancia con la Declaración de Astaná, el documento final de la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud (“Desde Alma-Ata hacia la Cobertura Sanitaria Universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible”), que se celebró en Astaná (Kazajstán), en octubre del 2018. En esta declaración, los jefes de Estado y de Gobierno, los ministros y los representantes de los Estados y Gobiernos que participaron en la conferencia reafirmaron su “compromiso con el derecho fundamental de todo ser humano al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinciones de ningún tipo”. Además quedaron “convencidos de que el fortalecimiento de la atención primaria de la salud es el enfoque más inclusivo, eficaz y efectivo para la mejora de la salud física y mental de las personas, así como su bienestar social, y que la atención primaria de la salud es la piedra angular de un sistema de salud sostenible para la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud”.

8. A medida que la Oficina sigue impulsando la cooperación técnica, las alianzas y la colaboración para lograr avances en la salud, una vez más quisiera expresar mi más sincero agradecimiento a todos los que contribuyen a que realicemos nuestra labor de manera eficaz: los Estados Miembros de la OPS, los Estados Miembros de otras regiones de la OMS, los ministerios

de salud y otras carteras ministeriales, el personal de la OMS en la sede y en otras oficinas regionales, los organismos de las Naciones Unidas, la sociedad civil, el sector privado que apoya la salud, y todo el personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, en los países y en Washington, D.C.

9. A medida que colaboramos para avanzar en la ASSA2030, enfrentaremos momentos apasionantes, productivos e incluso desafiantes. Reconociendo que la salud es tanto una condición necesaria como un resultado del desarrollo sostenible, avancemos con una mayor consciencia de la contribución que todos tendremos que hacer para lograr resultados equitativos para todos.

Carissa F. Etienne
Directora
Oficina Sanitaria Panamericana

Resumen

10. El tema del Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana correspondiente al 2019 es “Impulsar la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018–2030”. La Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (ASSA2030) es el instrumento estratégico de política que proporciona la direccionalidad y visión política para el desarrollo de la salud en la Región de las Américas a lo largo de ese período. La ASSA2030 es una adaptación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, principalmente del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (ODS 3), “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”. Con sus nueve metas y cuatro mecanismos de aplicación, el ODS 3 está en consonancia con la situación de la Región de las Américas en cuanto al desarrollo de la salud.

11. Los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) han trabajado siempre no solo para mejorar la salud de las personas en la Región sino también para reducir las inequidades. Aunque se han logrado avances considerables, es mucho lo que queda por delante. Los Cuerpos Directivos de la OPS han aprobado estrategias y planes de acción clave, así como las correspondientes resoluciones, para abordar los temas pertinentes para la ASSA2030 y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, muchos de los cuales ya estaban en marcha antes de que se adoptaran los marcos para el desarrollo sostenible.

12. Los Estados Miembros han demostrado su solidaridad y constante voluntad de intercambiar recursos, logros, experiencias y enseñanzas, con el apoyo, la coordinación y la facilitación de la Oficina. La Región ha progresado considerablemente hacia el logro de los objetivos establecidos en la ASSA2030, que abordan el acceso equitativo a servicios de salud integrales; la rectoría y la gobernanza para la salud; los recursos humanos para la salud; el financiamiento de la salud; los medicamentos esenciales, las vacunas y las tecnologías sanitarias; los sistemas de información para la salud; la evidencia y el conocimiento en el ámbito de la salud; los brotes de enfermedades, las situaciones de emergencia y los desastres; las enfermedades no transmisibles (ENT), la salud mental y los trastornos neurológicos; las enfermedades transmisibles; y las desigualdades y las inequidades en la salud.

13. A fin de impulsar la ASSA2030, en el período comprendido entre julio del 2018 y junio del 2019 la Oficina hizo ajustes a sus actividades de cooperación técnica y las fortaleció para aprovechar los éxitos alcanzados en el pasado, mantener los logros en el campo de la salud, abordar tanto los retos que subsisten como los que puedan surgir, y reducir las inequidades en materia de salud. La Oficina tuvo en cuenta y aprovechó las interconexiones clave que existen no solo entre los objetivos y las metas de la ASSA2030, el ODS 3 y los otros 16 ODS, sino también entre los propios ODS, y puso de relieve la importancia de las alianzas multisectoriales al abordar la salud y sus determinantes sociales, ambientales, económicos y de otra naturaleza.

14. La Oficina redobló sus actividades y esfuerzos interprogramáticos a nivel regional, subregional, nacional y subnacional para llevar a la práctica la visión de la ASSA2030 (“un continente americano más saludable y equitativo, en armonía con la visión y los principios mundiales establecidos en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”) y para abordar los fundamentos morales y éticos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (“no dejar a nadie

atrás”). Se prestó especial atención a los ocho países clave de la Organización —Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Suriname— en función de los retos específicos que enfrentan y de la ejecución de la estrategia de la OPS para los países clave, a los grupos y las personas en situación de vulnerabilidad, y a los países que están experimentando crisis políticas, migratorias y de otro tipo.

15. Un elemento central de la cooperación técnica de la Oficina en el período analizado fue su incesante labor hacia la salud universal y la reducción de las inequidades en materia de salud, abordando no solo la cobertura universal de salud sino también el acceso universal a servicios integrales para todos, en el momento en que se los necesita y sin riesgo de ruina financiera. Al cobrar mayor conciencia de este imperativo, los países iniciaron o redoblaron los esfuerzos para analizar su situación y poner en práctica intervenciones adaptadas específicamente, incluido el fortalecimiento de su estrategia de atención primaria de salud, un elemento básico de la salud universal, a fin de prestar servicios esenciales para todos y avanzar hacia la salud universal.

16. Un aspecto importante de la cooperación técnica para lograr la salud universal, tanto a nivel nacional como a nivel subregional, fue el fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza para la salud, incluidos los marcos jurídicos. La colaboración con el Parlamento Centroamericano (PARLACEN) condujo a la adopción de una iniciativa para armonizar y fortalecer los marcos jurídicos para la salud, en consonancia con la *Estrategia sobre legislación relacionada con la salud* (documento CD53/13) adoptada en el 2014. Esta colaboración incluyó además un modelo de ley y pautas para revisar la legislación en cada uno de los países de Centroamérica y en la República Dominicana. Asimismo, se examinó un marco conceptual renovado de las funciones esenciales de salud pública, que constituyó la fase final de las consultas para revisar su estructura.

17. La Oficina colaboró con los Estados Miembros para fortalecer no solo la ejecución de la estrategia de atención primaria de salud sino también de las redes integradas de servicios de salud y los componentes esenciales de los sistemas de salud como los recursos humanos para la salud, el financiamiento de la salud y el acceso a medicamentos esenciales, vacunas y tecnologías sanitarias de calidad.

18. La labor con las redes integradas de servicios de salud se centró en el fortalecimiento del primer nivel de la atención y la integración de los programas prioritarios de salud, como los que abordan las ENT, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/sida), la tuberculosis y la salud maternoinfantil. El *Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023* guio las actividades realizadas a nivel regional, subregional, nacional y subnacional a fin de avanzar hacia la mejora de los equipos en el primer nivel de la atención y su trabajo; promover e impulsar la responsabilidad social de las instituciones de capacitación de personal de salud en cuanto al abordaje de las necesidades de las comunidades donde están ubicadas; y abordar cuestiones relacionadas con la calidad, la distribución y el desempeño de los recursos humanos para la salud.

19. Se exploraron diversas opciones sobre el financiamiento de la salud en vista de que las asignaciones presupuestarias destinadas a la salud se han estancado o reducido en algunos países y de que la ayuda oficial para el desarrollo destinada a muchos países ha disminuido, lo que implica

que se requieren soluciones específicas a fin de proporcionar suficientes recursos que satisfagan las necesidades y ambiciones de los Estados Miembros en el ámbito de la salud. Las actividades de promoción de la causa y de cooperación técnica emprendidas por la Oficina impulsaron y respaldaron la aplicación de modalidades basadas en la evidencia, incluidos los esquemas nacionales de seguro de salud y la asignación al sector de la salud de los fondos recaudados mediante la aplicación de impuestos a productos básicos que no son saludables e impulsan la epidemia de las ENT, como el tabaco, las bebidas alcohólicas, las bebidas azucaradas y los alimentos con alto contenido de grasas, azúcar y sal.

20. El Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas (el Fondo Rotatorio) y el Fondo Rotatorio Regional de Suministros Estratégicos de Salud Pública (el Fondo Estratégico) siguieron siendo pilares estratégicos de la cooperación técnica de la Oficina y brindaron un apoyo fundamental a los Estados Miembros en la compra oportuna de vacunas y medicamentos de calidad. El Fondo Estratégico proporcionó medicamentos y estuches de diagnóstico, así como equipos y suministros para el control de vectores, y 60% de esta actividad estuvo relacionada con el diagnóstico y el tratamiento de la infección por el VIH y el sida, el virus de la hepatitis C y la tuberculosis. Gracias a estos esfuerzos varios países pudieron poner en marcha esquemas de tratamiento de la infección por el VIH basados en la orientación provisional de tratamiento publicada por la OMS en julio del 2018, y mejorar la prevención y el tratamiento de algunas ENT. Asimismo, el Fondo Rotatorio de la OPS proporcionó a los países más de 1,6 millones de dosis de vacunas contra el virus del papiloma humano para que fortalecieran los programas de prevención del cáncer cervicouterino, y el Fondo Estratégico aumentó la compra de medicamentos e insumos para algunas ENT como la diabetes, el cáncer y la hipertensión. A nivel subregional, el Fondo Estratégico brindó apoyo en las negociaciones entre el Mercado Común del Sur (MERCOSUR) y los fabricantes de medicamentos contra la hepatitis C, que permitieron reducir en hasta un 40% el costo de uno de los medicamentos antivirales fundamentales.

21. Las actividades de cooperación técnica que realiza la Oficina para reducir las muertes maternoinfantiles estuvieron en consonancia con el *Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018–2030* (documento CD56/8, Rev. 1), que busca hacer realidad el Compromiso a la Acción de Santiago. Este compromiso a la acción fue adoptado en una reunión de alto nivel que se celebró en Santiago de Chile en julio del 2017 como parte del movimiento “Todas las mujeres, todos los niños: América Latina y el Caribe”, que tiene como objetivo poner fin a las muertes evitables de mujeres, niñas, niños y adolescentes, y asegurar su bienestar.

22. La Región de las Américas logró hace más de diez años la meta 3.1 de los ODS, es decir, una razón de mortalidad materna menor de 70 por 100.000 nacidos vivos. Sin embargo, algunos países, y algunos grupos dentro de algunos países, siguen registrando razones de mortalidad materna mayores que los promedios regionales y nacionales, respectivamente. En vista de ello, para alcanzar la meta establecida en la ASSA2030 de reducir la razón de mortalidad materna a menos de 30 por 100.000 nacidos vivos, es necesario hacer énfasis en el acceso a la atención de calidad y la reducción de las inequidades. Como parte de su respuesta, la Oficina ha colaborado con los Estados Miembros y los asociados para mejorar el tratamiento de las urgencias obstétricas y fortalecer la vigilancia de la mortalidad materna, entre otras medidas, como parte de las

iniciativas emprendidas tanto para medir con exactitud el número de muertes maternas como para reducirlo.

23. Se ha registrado una mejora considerable de la salud infantil, con una notable disminución en la desnutrición y la eliminación de algunas enfermedades prevenibles mediante vacunación como la viruela, la poliomielitis, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, y el sarampión. No obstante, los brotes recientes de sarampión en algunos países y el aumento de la obesidad infantil amenazan los avances logrados, y la reducción de la mortalidad neonatal sigue siendo un reto.

24. Se ha avanzado en la eliminación de la transmisión maternoinfantil (ETMI) de algunas enfermedades transmisibles como la infección por el VIH y la sífilis. En abril del 2019 se publicó el primer informe sobre el marco para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas (conocido como la iniciativa ETMI Plus). En ese informe se presentan por primera vez las líneas de base con respecto a la hepatitis B y la enfermedad de Chagas congénita en niños.

25. El seguimiento sistemático del avance hacia el logro de los objetivos y las metas de la ASSA2030 y el ODS 3 será sumamente importante, y el principal medio para hacerlo son los indicadores de los resultados intermedios y a nivel del impacto en el proyecto de Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020–2025 (*Documento Oficial 359*). La Oficina ha redoblado sus esfuerzos para que se disponga de información adecuada, oportuna y de buena calidad que permita dar seguimiento al progreso de los programas de salud, darles seguimiento y evaluarlos, así como tomar decisiones basadas en la evidencia, mediante la ejecución de la iniciativa de sistemas de información para la salud (IS4H por su sigla en inglés). Algunos resultados importantes de esta iniciativa son la elaboración de una hoja de ruta para el fortalecimiento de los sistemas de información para la salud en el Caribe y el otorgamiento de subvenciones a algunos países mediante la convocatoria de propuestas para fortalecer los sistemas de información para la salud organizada por la Oficina. Además, la Oficina realizó actividades complementarias para mejorar la evidencia y los conocimientos sobre la salud, incluida el perfeccionamiento de algunas plataformas que facilitan el intercambio de conocimientos, como la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA). La Oficina siguió aprovechando los adelantos en las tecnologías de la información y de la comunicación para difundir información de salud, publicar artículos científicos y mejorar los conocimientos sobre la salud, y un ejemplo de ello es la *Revista Panamericana de Salud Pública*.

26. Con respecto a la cooperación técnica relacionada con los brotes de enfermedades, las situaciones de emergencia y los desastres, Oficina siguió trabajando con los países para fortalecer la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Esto incluyó intervenciones como la capacitación sobre la prevención y el control de infecciones, la investigación de brotes de enfermedades, y la vigilancia y contención de infecciones relacionadas con la atención de salud; el fortalecimiento de la preparación para una pandemia de gripe y la capacidad de respuesta; y la mejora de la capacidad de diagnóstico de los laboratorios.

27. La Oficina promovió estrategias de adaptación para mitigar los efectos del cambio climático en la salud humana.¹ Entre estos efectos se encuentran el aumento de la mortalidad y la morbilidad debidas al calor, la mayor frecuencia de epidemias de enfermedades infecciosas, el incremento del riesgo y la gravedad de los desastres causados por amenazas naturales, el desplazamiento de grupos poblacionales debido al aumento del nivel del mar y de las tormentas, y las amenazas a la seguridad alimentaria y nutricional. La Oficina destacó la necesidad de que el sector de la salud tenga una respuesta firme y de que se determinen los beneficios colaterales que generan en el ámbito de la salud las medidas de mitigación del cambio climático adoptadas por otros sectores. Las actividades de la Oficina se concentraron en los pequeños Estados insulares en desarrollo del Caribe que están en una situación vulnerable y condujeron a la elaboración del *Plan de acción del Caribe sobre la salud y el cambio climático 2019–2023*, que representó un avance de suma importancia. El propósito de ese plan de acción es proteger a la población de esos países frente a los efectos adversos del cambio climático en la salud al establecer sistemas de salud resilientes ante las repercusiones del clima, aumentar la concientización, incorporar las oportunidades de financiamiento para apoyar a los países, y promover la adopción de medidas de mitigación intersectoriales en el sector de la salud.

28. La promoción de la inclusión y la equidad fueron aspectos importantes de la cooperación técnica que prestó la Oficina en la respuesta a los desastres causados por amenazas naturales y otras situaciones de emergencia en los países. La Oficina promovió la necesidad de adoptar enfoques basados en los derechos y fortalecer la vigilancia epidemiológica, los programas de vacunación y el manejo clínico de las posibles amenazas por enfermedades. En el período analizado en el presente informe, la migración masiva pasó a ser un reto importante, y los problemas transfronterizos y la salud de los migrantes ocuparon el primer plano. La Oficina colaboró con los gobiernos nacionales y locales, otros asociados a nivel de país y otros organismos internacionales para definir y abordar las necesidades de salud de todos los grupos poblacionales afectados en los países de origen, tránsito y destino. Asimismo, la Oficina promovió el uso de una metodología de inclusión de la discapacidad en la gestión del riesgo de desastres en hospitales (conocida como INGRID-H), que está orientada a la consecución de resultados y permite evaluar y mejorar el grado de inclusión de los establecimientos de salud con respecto a las personas con discapacidad en caso de desastres.

29. Se reconoció en mayor medida la necesidad de adoptar métodos innovadores para la prevención y el control de las principales ENT (las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas) y sus factores de riesgo más importantes (el consumo de tabaco, la alimentación poco saludable, la falta de actividad física y el consumo nocivo de alcohol), así como la necesidad de fortalecer la detección y el tratamiento de los trastornos de salud mental y de tipo neurológico. La Oficina dirigió, coordinó y contribuyó con diferentes medidas innovadoras de los Estados Miembros a fin de abordar la abrumadora carga de las ENT, incluido un mayor uso de las iniciativas legislativas, fiscales y regulatorias para que haya opciones más saludables. Esto se hizo de manera conjunta con otros sectores diferentes al de la salud, con la sociedad civil y, en los casos apropiados, con el sector privado. Los países elaboraron estrategias o planes de acción nacionales para reducir los factores de riesgo vinculados con las ENT y mejorar

¹ OMS. Cambio climático y salud humana: Riesgos y respuestas. Ginebra: OMS; 2003 (<https://www.who.int/globalchange/publications/en/Spanishsummary.pdf?ua=1>).

su tamizaje y el tratamiento, sobre la base de los compromisos establecidos en las reuniones de alto nivel de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles celebradas en los años 2011, 2014 y 2018, y en consonancia con los marcos de acción mundiales, regionales y subregionales.

30. Se hizo hincapié en continuar aplicando el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT) por medio de la legislación, la tributación y el uso de empaquetado neutro de los productos de tabaco y las campañas de comunicación contra el tabaco. También se subrayó la necesidad de reducir la obesidad infantil, mediante medidas para mejorar la nutrición y la actividad física en el entorno escolar y reducir el mercadeo de productos poco saludables dirigido a la población infantil. En el Caribe se adoptaron iniciativas para aumentar la actividad física y promover una nutrición sana en todos los entornos, como la campaña “el Caribe se mueve” puesta en marcha en septiembre del 2018 con el respaldo de los jefes de Estado y de gobierno de la Comunidad del Caribe (CARICOM), el inicio de “Barbados se mueve” en Barbados en octubre del 2018, y la presentación de “TT se mueve” en Trinidad y Tabago en abril del 2019.

31. La cooperación técnica que prestó la Oficina contribuyó con las iniciativas legislativas y regulatorias para reducir el consumo nocivo de alcohol, que han sido beneficiosas no solo para reducir las ENT y aumentar la seguridad vial, sino que además han aumentado la atención que se presta a la salud mental y los trastornos neurológicos. En el apoyo brindado por la Oficina en el ámbito de la salud mental se puso de relieve la necesidad de trasladar el foco de la acción de los hospitales psiquiátricos a la comunidad y se promovió la ejecución del *Programa de acción para superar las brechas en salud mental* de la OMS (conocido como mhGAP por su sigla en inglés).

32. Se avanzó en la prevención y el control de varias enfermedades transmisibles y en la eliminación de otras. En el período analizado en el presente informe, se validó la eliminación del *Rhodnius prolixus* (el principal triatomino vector de la enfermedad de Chagas en Centroamérica) en Guatemala, Honduras y Nicaragua. Esto significa que Centroamérica y México están ahora libres del vector responsable en gran medida de la endemicidad de esta enfermedad en esa zona geográfica. De manera análoga, se validó la eliminación de la transmisión del *Trypanosoma cruzi* por el vector *Triatoma infestans* en el Departamento de Presidente Hayes en Paraguay, por lo que todo el país está libre de la transmisión vectorial de la enfermedad. Estos éxitos representan logros significativos para estos países clave de la OPS en vista de los conocidos retos que comporta la eliminación de la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas.

33. La OPS puso en marcha el Programa Especial de Resistencia a los Antimicrobianos con el fin de promover y apoyar las medidas nuevas que emprendan los Estados Miembros para reducir el impacto de la resistencia a los antimicrobianos en la Región. Se prestó apoyo a una red regional que está haciendo el seguimiento de la resistencia antifúngica en la especie *Candida*, fuente habitual de septicemia intrahospitalaria. La OPS también brindó apoyo a los esfuerzos para fortalecer la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis, especialmente en los países que tienen las cargas más altas de la enfermedad. Entre otros logros en cuanto a la prevención y el control de las enfermedades transmisibles se encuentran una mayor aplicación de las recomendaciones de la OMS dentro de la política de “tratamiento para todos” sobre el inicio del tratamiento antirretroviral en las personas con infección por el VIH independientemente de su recuento de CD4, la certificación de Argentina y Paraguay como países libres de malaria, la

reducción significativa de los presuntos casos de cólera en la isla La Española, y los informes según los cuales solo hubo seis casos de rabia humana transmitida por el perro en toda la Región de las Américas. La Oficina también puso en marcha intervenciones para mejorar la prevención de enfermedades y muertes causadas por incidentes con animales venenosos, centradas especialmente en las mordeduras de serpiente.

34. La labor de las comisiones establecidas por la OPS para analizar temas regionales relacionados con la atención primaria de salud, la salud universal y reducción de las inequidades, como la Comisión de Equidad y Desigualdades en Salud de las Américas y la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Universal en el Siglo XXI: 40 Años de Alma-Ata, concluyó satisfactoriamente. Sus recomendaciones se relacionaron con el fortalecimiento de los servicios en el primer nivel de la atención y la inclusión y la participación sociales, entre otros temas, y se usaron en la elaboración de los resultados a nivel del impacto y los resultados intermedios del proyecto de Plan Estratégico de la OPS 2020–2025. También impulsaron la aplicación de iniciativas como el Pacto Regional APS 30–30–30, que tiene como objetivo fortalecer el apoyo presupuestario al enfoque de la atención primaria de salud y mejorar el acceso a la salud.

35. Los temas transversales de la Organización —los derechos humanos, el género, la etnicidad y la equidad— siguieron sustentando la cooperación técnica de la Oficina. Se pusieron en marcha intervenciones para abordar los determinantes sociales de la salud y mejorar la salud de los grupos en situación de vulnerabilidad, incluidos los adolescentes, los pueblos indígenas, las personas afrodescendientes y las personas con diferentes orientaciones sexuales y de género, como las que se identifican como lesbianas, homosexuales, bisexuales, trans y *queer* (LGBTQ). Se realizaron esfuerzos para mejorar la prestación de servicios adaptados a sus necesidades y abordar temas como la salud sexual y reproductiva, incluido el uso de la herramienta Innov8 de la OMS para analizar y mejorar los programas de salud dirigidos a la población adolescente.

36. En el período analizado en este informe, la Oficina estableció y mantuvo asociaciones eficaces de distintos tipos a fin de lograr ciertos objetivos. La Oficina trabajó con entidades subnacionales, nacionales, subregionales, regionales y mundiales (como organismos parlamentarios subregionales, ayuntamientos, universidades, instituciones de beneficencia y entidades del sector privado) y abordó los conflictos de intereses en cada caso por medio de la aplicación permanente del *Marco para la colaboración con agentes no estatales* (conocido como FENSA por su sigla en inglés).

37. Esas asociaciones fueron un factor importante en el avance hacia la reducción de los riesgos ambientales para la salud y las mejoras en cuanto al agua, el saneamiento y la higiene (WASH por su sigla en inglés). Una evaluación de los servicios de agua, saneamiento e higiene en algunos establecimientos nacionales de atención de salud permitió recabar información que fue la principal fuente de datos regionales de la publicación *WASH en los establecimientos de salud: informe de línea de base mundial 2019* del Programa Conjunto de Monitoreo de la OMS y UNICEF. Publicado en abril del 2019, ese documento sentará las bases para seguir integrando el agua, el saneamiento y la higiene en las políticas y los planes nacionales de salud. Gracias a la colaboración de la Oficina con el PARLACEN, ese órgano parlamentario aprobó una resolución en la que se reconoció que la mala calidad del aire es un problema de salud pública y un importante factor de

riesgo ambiental, y se solicitó la promulgación de leyes y la adopción de medidas para mejorar la calidad del aire.

38. Las actividades continuas para promocionar y apoyar la cooperación técnica que la Oficina presta bajo la modalidad de cooperación entre los países para el desarrollo de la salud permitieron aprovechar los conocimientos especializados y la experiencia de los propios Estados Miembros, facilitaron el intercambio de experiencias y enseñanzas, y brindaron apoyo en la transferencia de tecnología en temas como la resistencia a los antimicrobianos, la prevención del sobrepeso y la obesidad, y el tratamiento de los problemas de salud mental.

39. La Oficina realizó el seguimiento y análisis periódicos de sus actividades, y continuó con las intervenciones de fortalecimiento institucional en las esferas de: *a)* la gestión de los recursos humanos, área en la cual siguió adelante con la aplicación de la *Estrategia de la Organización Panamericana de la Salud para el personal*; *b)* la ética, la transparencia y la rendición de cuentas, que se vieron impulsadas por la creación de una Oficina de Investigaciones y de procedimientos que permitieron obtener un dictamen de auditoría sin reservas por parte del nuevo auditor externo de la Oficina; *c)* la movilización de recursos, con el establecimiento de diez asociaciones nuevas; *d)* la planificación y presupuestación, con la participación activa de los Estados Miembros en la formulación del proyecto de Plan Estratégico de la OPS 2020-2025; *e)* las operaciones financieras, que permitieron cerrar el ejercicio financiero del 2018 de una manera más eficiente; *f)* la gestión de riesgos institucionales, que suministró información clave para fortalecer las funciones de supervisión y evaluación; *g)* la gestión de compras, que permitió lograr una mayor eficiencia y reducir los costos en la adquisición de medicamentos, vacunas y tecnologías sanitarias por parte de los Estados Miembros; *h)* los servicios de tecnología de la información, incluido el impulso a las medidas de ciberseguridad; *i)* la gestión del conocimiento, con la consolidación de tres programas separados en una nueva Oficina de Gestión del Conocimiento, Publicaciones y Traducciones para lograr una mayor eficiencia e impacto; *j)* las comunicaciones para la salud (C4H, por su sigla en inglés), mediante la ejecución continua del *Plan estratégico de comunicaciones de la Oficina Sanitaria Panamericana 2018-2022*; y *k)* los servicios generales, que permitieron mejorar la seguridad y la eficiencia logística de las actividades en la sede de la OPS y las representaciones.

40. El período que se analiza en este informe no estuvo exento de retos. Entre ellos se encontraron los cambios en las autoridades políticas de varios países, lo que exigió que la Oficina tuviera una flexibilidad permanente para ajustarse y adaptarse y así lograr los objetivos prioritarios de salud acordados; la crisis económica y la austeridad fiscal observada en muchos países, lo que llevó a la consideración y la aplicación de estrategias y asociaciones innovadoras para la movilización de recursos por parte de los Estados Miembros y la Oficina; y la interferencia por parte de la industria para debilitar o restringir los marcos legislativos y de otro tipo establecidos para el control de los factores de riesgo de las ENT en varios países, lo que requirió iniciativas de promoción de la causa a alto nivel basadas en la evidencia. Asimismo, se enfrentaron otros retos como la persistente segmentación y fragmentación de algunos sistemas de salud, junto con la necesidad de hacer un mayor énfasis en la prevención, la atención primaria de salud, las redes integradas de servicios de salud, una fuerza laboral de salud que se ajuste a las necesidades y el financiamiento adecuado de la salud. También representó un reto el suministro de información de

salud oportuna y de buena calidad que se requiere para la toma de decisiones basada en la evidencia, la planificación, el seguimiento y la evaluación.

41. De cara al futuro, hay varias oportunidades para abordar los retos encontrados y mejorar las probabilidades de éxito, incluida la presentación del proyecto de Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 y el proyecto de Presupuesto por Programas de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2021 (*Documento Oficial 358*) al 57.º Consejo Directivo de la OPS en septiembre del 2019. En el proyecto de Plan Estratégico 2020-2025, que tiene como tema central “La equidad, el corazón de la salud”, se definen medidas específicas para hacer frente a la desigualdad en la salud, lo que responde de manera directa al objetivo 11 de la ASSA2030 y, en términos generales, a uno de los principios y valores centrales de la ASSA2030 y de la Organización. El proyecto de Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 se complementará con las estrategias y los planes de acción para abordar muchos temas específicos, como la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud, la promoción de la salud en el contexto de los ODS, la etnicidad y la salud, la eliminación de las enfermedades transmisibles, la eliminación de los ácidos grasos trans de producción industrial, el acceso equitativo a los trasplantes de órganos, tejidos y células, y el fortalecimiento de los sistemas de información para la salud.

42. Asimismo, son varios los foros en los cuales la Oficina puede llevar delante de manera continua sus actividades de promoción de la causa a alto nivel en apoyo del bienestar, la prevención y el control de enfermedades, y la equidad en la salud. Entre ellos se encuentran la reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre la cobertura universal de salud, programada para septiembre del 2019; una mayor consonancia con los marcos de vigilancia mundial; y la participación en iniciativas conjuntas para acelerar el avance hacia los ODS relacionados con la salud, como el *Plan de acción mundial en favor una vida sana y bienestar para todos: unidos para acelerar los progresos hacia los ODS relacionados con la salud*, una iniciativa emprendida por varios organismos internacionales a fin de coordinar sus acciones a nivel de país para brindar apoyo a la ASSA2030, el ODS 3 y otros ODS relacionados. La Oficina seguirá prestando apoyo y guiando a los Estados Miembros de acuerdo con los marcos y las resoluciones aprobadas, y manteniendo la flexibilidad para responder a los cambios en la situación mundial, regional, subregional y nacional, así como en los entornos operativos.

Parte 1. Introducción

43. En este informe se presentan los aspectos más destacados de la cooperación técnica que la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina u OSP) presta a los Estados Miembros, así como la colaboración con los asociados clave y los interesados directos, para abordar los objetivos y las metas de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas (ASSA2030) en el período comprendido entre julio del 2018 y junio del 2019. Se detallan las estrategias, las intervenciones y los logros de este período; se señalan los desafíos y las enseñanzas extraídas; se resume el fortalecimiento institucional de la Oficina; y se manifiesta el deseo de que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) continúe desempeñando un papel clave en la mejora de los resultados en materia de salud de todas las personas en la Región de las Américas y de otras regiones del mundo, sin que nadie se quede atrás.

44. La ASSA2030 se elaboró para ser la sucesora de la Agenda de Salud para las Américas 2008–2017 y en respuesta a la resolución A/RES/70/1 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*, el documento final de la cumbre de las Naciones Unidas para la aprobación de la agenda para el desarrollo después del 2015. En la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en septiembre del 2015, se presentan 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y 169 metas que abordan las tres dimensiones del desarrollo sostenible: económica, social y ambiental. La Agenda 2030 es un plan de acción en favor de las personas, el planeta y la prosperidad con el objeto de fortalecer la paz universal, de establecer una alianza colaborativa para su implementación con la participación de todos los países, todas las partes interesadas y todas las personas, y de no dejar a nadie atrás.

45. Los ODS entraron en vigor el 1 de enero del 2016 y se basaron en los Objetivos de Desarrollo del Milenio del 2015 (ODM), establecidos en el 2000. Comparados con los ODM, los ODS tienen un alcance más amplio; van más lejos para abordar las causas fundamentales de la pobreza; se aplican a todos los países, no solo a los considerados “en desarrollo”; hacen hincapié en los mecanismos de aplicación; redoblan los esfuerzos para reducir las inequidades dentro de los países y entre ellos; y mejoran de manera progresiva el ejercicio de los derechos humanos. Se hace hincapié en la naturaleza integrada e interrelacionada de los objetivos, en la revitalización de la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible y en las necesidades de los miembros más pobres y vulnerables de la sociedad. En el anexo A se resumen los ODS y el ODS 3, el objetivo más directamente relacionado con la salud, así como sus nueve metas y sus cuatro mecanismos de aplicación.

46. En el 2015, la Oficina publicó el documento *Preparar a la Región de las Américas para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible sobre la salud*, con fichas descriptivas que resumían la situación de las metas del ODS 3 en la Región y los mandatos, programas y documentos técnicos pertinentes de la OPS/OMS sobre el tema, así como los asociados estratégicos. En este valioso recurso también se incluyó un análisis sobre la armonización entre las metas del ODS 3 y el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. En el 2017, publicó otro documento, *Información sobre la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en la Región de las Américas*, en el que se resumían las estrategias e intervenciones institucionales para promover las alianzas y

las medidas multisectoriales con el fin de avanzar hacia el logro del ODS 3. En ese documento también se hizo hincapié en la interconexión entre los ODS, su impacto en la salud y la importancia de un enfoque integrado para garantizar que la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible se haga realidad. En el anexo B de este informe se presentan varios ejemplos de la influencia de los otros ODS en el ODS 3.

47. Para facilitar el trabajo solidario en la Región de las Américas hacia el logro del ODS 3 y otros ODS que repercuten en la salud, y considerando los aspectos específicos de la Región, los Estados Miembros de la OPS y la Oficina elaboraron la ASSA2030, un plan que servirá de guía para las actividades de la Organización. A continuación se presentan los objetivos de la ASSA2030.

Objetivos de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030



Objetivo 1: Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, integrados y de calidad, centrados en la persona, la familia y la comunidad, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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

48. Además de los ODS y del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, muchos otros documentos y marcos internacionales y de la OPS/OMS guían el progreso hacia el logro de los objetivos y las metas de la ASSA2030. En el anexo C de este informe se presentan los objetivos y metas de la ASSA2030; su vinculación con determinados ODS y sus metas; y varios marcos transversales y habilitantes internacionales y de la OPS. Muchos de los marcos de la OPS son una prueba de la visión prospectiva de la Organización al abordar varios de estos temas prestando especial atención a la equidad.

49. La ASSA2030 se operacionaliza mediante la ejecución de los planes estratégicos de la OPS y los presupuestos por programas asociados. El proyecto de Plan Estratégico de la OPS 2020–2025 y sus tres presupuestos por programas serán los principales instrumentos para ejecutar de manera continua las intervenciones necesarias para lograr los objetivos y las metas de la ASSA2030.

50. La Oficina da seguimiento al progreso en el cumplimiento de las resoluciones aprobadas por la Conferencia Sanitaria Panamericana o el Consejo Directivo de la OPS, y el logro de los objetivos establecidos en las estrategias y los planes de acción relacionados, en colaboración con Estados Miembros y asociados. Asimismo, presenta informes con regularidad a ese respecto. Más adelante se presentan los aspectos más importantes del progreso general y la situación actual de la Región con respecto ciertos objetivos y metas de la ASSA2030, respaldados con datos, de estar disponibles.

51. Como parte de los avances hacia el acceso equitativo a servicios integrales de salud, la Región de las Américas fue la primera de las regiones de la OMS en respaldar en conjunto la meta relativa al logro de la salud universal, por medio de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (documento CD53/5, Rev. 2), adoptada en el 2014. La mayor parte de los Estados Miembros de la OPS han utilizado esta estrategia como guía en la reforma del sistema de salud. Varios países emprendieron la formulación de políticas, estrategias o planes nacionales de salud, y otros impulsaron la aplicación de RISS, establecieron o fortalecieron marcos de financiamiento de la salud y redujeron algunos déficits cruciales en los recursos humanos para la salud, todo con el propósito de avanzar hacia el logro de la salud universal. Se pueden observar algunos ejemplos del progreso en la mejora del acceso a servicios de salud integrales, integrados y de buena calidad en varios países: Bolivia amplió e integró la iniciativa “Mi Salud”, El Salvador consolidó una iniciativa nacional para fortalecer sus redes de servicios de salud y Bahamas avanzó en el establecimiento de un seguro de salud a nivel nacional.

52. Aunque 25 países² incrementaron el gasto público en salud entre el 2011 y el 2016, en general el avance ha sido lento: el promedio regional aumentó de 3,7% del producto interno bruto (PIB) en el 2011 a 4,2% en el 2016, lo que representa un alza de 14%. Además, a pesar de las intervenciones para mejorar la situación con respecto a los recursos humanos para la salud, muchos

² Bahamas, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Cuba, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Guatemala, Guyana, Haití, Jamaica, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, y Uruguay.

países todavía no han alcanzado el nivel recomendado por la OMS de 44,5 médicos, enfermeras y parteras por 10.000 habitantes, que se considera esencial para lograr los ODS.³

53. Con respecto a los medicamentos esenciales, las vacunas y las tecnologías sanitarias, la mayor parte de los países de la Región tiene una lista oficial de medicamentos esenciales, y se han establecido criterios de selección como parte de la metodología de la OPS/OMS para la evaluación de tecnologías sanitarias a fin de incorporar los medicamentos y otras tecnologías sanitarias a los beneficios que forman parte de la cobertura del sector público. Sin embargo, no todas las listas de medicamentos esenciales se mantienen actualizadas y algunas todavía incluyen productos en torno a los cuales existen preocupaciones acerca de su seguridad, eficacia o costo-efectividad. Además, menos de 50% de los países estudiados han establecido un mecanismo que aplique los criterios de selección establecidos en la metodología de evaluación. La Región ha logrado avances importantes en el fortalecimiento de las autoridades regulatorias nacionales para que solo se ofrezcan a la población medicamentos y tecnologías sanitarias de buena calidad; en la actualidad, ocho autoridades regulatorias de referencia a nivel regional designadas por la Oficina regulan los productos de aproximadamente 82% de la población de la Región. No obstante, cerca de 18 millones de personas viven en países donde no hay supervisión regulatoria o esta es muy rudimentaria, y en la mayor parte de los países las autoridades regulatorias nacionales tienen planes institucionales de desarrollo formulados sobre la base de una evaluación estandarizada de sus brechas y capacidades.

54. La mortalidad materna e infantil son marcadores importantes del acceso equitativo a los servicios integrales de salud. Aunque la Región de las Américas logró hace más de 10 años la meta 1 del ODS 3 de reducir la razón de mortalidad materna a menos de 70 por 100.000 nacidos vivos, aún no ha alcanzado la meta de la ASSA2030 de reducirla a menos de 30 por 100.000 nacidos vivos. El acceso a la atención obstétrica y prenatal sigue siendo alto en la Región: el porcentaje de embarazadas que han asistido a cuatro o más consultas de atención prenatal se ubica en 89% y el de partos hospitalarios en 95%. El tamizaje de la infección por el VIH y la sífilis en las embarazadas también sigue siendo alto: 73% de las embarazadas con la infección por el VIH y 87% de las embarazadas con sífilis acuden a la atención prenatal.

55. Una de las intervenciones más importantes para reducir la mortalidad materna es la atención del parto por personal capacitado. La Región ha avanzado sustancialmente en el acceso y la cobertura en la atención del parto por personal capacitado, y se ha alcanzado el 95%⁴ a nivel regional. Sin embargo, en algunos países y ciertos grupos de la población el acceso y la cobertura se encuentran por debajo del promedio regional, con tasas de mortalidad materna mayores que las establecidas en la meta de la ASSA2030. La Oficina sigue colaborando con los países para determinar cuáles son las causas subyacentes de las muertes maternas, fortalecer los sistemas de salud y mejorar el acceso a la atención capacitada, y eliminar los obstáculos económicos, culturales y geográficos que agravan las inequidades en materia de salud.

³ [Health workforce requirements for universal health coverage and the sustainable development goals](#), Human Resources for Health Observer N.º 17, OMS 2016.

⁴ OPS. Situación de salud en las Américas: Indicadores básicos 2018. Washington, D.C.: OPS, 2018. Disponible en http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49511/IndicadoresBasicos2018_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y.

56. En términos generales, la Región de las Américas ha logrado avances al asegurar un entorno de políticas sólidas en apoyo de la supervivencia y el desarrollo infantiles, y está aplicando gradualmente un enfoque renovado de salud en la niñez que toma en cuenta el desarrollo, el aprendizaje y la salud como resultados indivisibles. Sin embargo, al igual que ocurre con la salud materna, existen inequidades entre los países y dentro de ellos, y la supervivencia infantil, especialmente en el período neonatal, sigue siendo una prioridad para la acción.

57. En la ASSA2030 se establece una meta regional de 9 muertes o menos de recién nacidos por 1.000 nacidos vivos. De acuerdo con los indicadores básicos de la OPS correspondientes al 2018, la tasa de mortalidad neonatal en toda la Región de las Américas se ubicó en 7,7 por 1.000 nacidos vivos, y en América Latina y el Caribe, en 9,4 por 1.000 nacidos vivos. Según estimaciones correspondientes al 2017 publicadas por el Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de Mortalidad en la Niñez,⁵ esta tasa fue de 7,9 por 1.000 nacidos vivos en la Región de las Américas y 9,6 por 1.000 nacidos vivos en América Latina y el Caribe.⁶ De acuerdo con estas estimaciones 15 países, de un total de 34, registraron tasas de mortalidad neonatal mayores que la meta de la ASSA2030, mientras que según los indicadores básicos de la OPS del 2018, 22 países y territorios (de 45) registraron tasas mayores que la establecida en la meta de la ASSA2030. La Oficina sigue trabajando para mejorar la atención neonatal y la atención obstétrica materna de urgencia para avanzar hacia el logro de la meta regional.

58. En el 2016, 53% de las muertes de menores de 5 años ocurrieron en el período neonatal; la mortalidad neonatal es el componente más importante de la mortalidad en los menores de 1 y 5 años. En general, según estimaciones del Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas, la mortalidad en menores de 5 años disminuyó 68% entre el año 1990 y el 2017, al pasar de 44 a 14 por 1.000 nacidos vivos. Este descenso refleja principalmente una disminución de la diarrea, la neumonía, la desnutrición y las enfermedades prevenibles mediante vacunación como causas de mortalidad en el período posneonatal. En el 2000, 8% de las muertes de menores de 5 años se debieron a las enfermedades diarreicas y 14% a las infecciones de las vías respiratorias inferiores; para el 2016 estos porcentajes eran de 4% y 10%, respectivamente. Las tasas de mortalidad en menores de 5 años se ubican por encima del promedio de 14 por 1.000 nacidos vivos en 16 países de la Región; la tasa nacional más alta es de 71 por 1.000 nacidos vivos.

59. Si bien la prevalencia regional del retraso del crecimiento disminuyó de 11% en el 2000 a 7% en el 2015, el valor más bajo registrado en un país fue de 2% y el más alto fue de 48%. El sobrepeso en los menores de 5 años fue de 7% para la Región en su conjunto, pero los valores por países en lo individual variaron entre 4% y 12%.

60. En la Región de las Américas, tanto la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos como la necesidad insatisfecha de planificación familiar están en buen camino, con tasas de 69% y 9%, respectivamente. Sin embargo, hay diferencias importantes entre los países y entre

⁵ El Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de Mortalidad en la Niñez está integrado por representantes del UNICEF, de la División de Población de las Naciones Unidas, del Banco Mundial y de la OMS.

⁶ Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de Mortalidad en la Niñez. Levels & trends in child mortality 2018. Nueva York: UNICEF; 2018. Disponible en <https://childmortality.org/wp-content/uploads/2018/12/UN-IGME-Child-Mortality-Report-2018.pdf>.

distintos grupos de la población. Por ejemplo, en la población adolescente, estas tasas se ubican, respectivamente, en 51% y 37% en Barbados; 64% y 20% en Costa Rica; 8% y 22% en Guatemala; y 8% y 35% en Haití. Estos valores divergentes son un ejemplo de las inequidades y de la necesidad de prestar mayor atención a grupos poblacionales prioritarios específicos como los adolescentes y realizar intervenciones dirigidas a estos grupos.

61. Los datos sobre la tasa de natalidad en adolescentes de 10 a 14 años son limitados, pues la recopilación de datos y las estimaciones mundiales se han centrado en los adolescentes de 15 a 19 años, el grupo utilizado anteriormente en el indicador internacional de la fecundidad en la adolescencia. Sin embargo, en apoyo a los ODS, el seguimiento internacional del embarazo de adolescentes se ha ampliado al grupo etario de 10 a 19 años, lo que mejorará los datos sobre embarazos en las niñas menores de 15 años. Según estimaciones del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), 2% de las mujeres en edad fecunda en América Latina y el Caribe tuvieron su primer parto antes de los 15 años. Se estima que la tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años en América Latina y el Caribe ha disminuido de 79 por 1.000 en el período del 2000 al 2005 a 67 por 1.000 en el período del 2010 al 2015. En los últimos tres años, algunos países de la Región, como Colombia, Costa Rica y Uruguay, han registrado una reducción significativa en la tasa de natalidad en adolescentes. La Oficina está apoyando a estos países para analizar las respuestas, determinar los factores contributivos y documentar las enseñanzas.

62. La prevención, la mitigación y la respuesta a los brotes de enfermedades, las situaciones de emergencia y los desastres siguen siendo prioritarias para la Región de las Américas. Entre el 2013 y mediados del 2018, más de uno de cada cinco desastres ocurridos en todo el mundo tuvo lugar en la Región; en total, causaron 141 millones de víctimas y más de 10.000 muertes. En últimos decenios, los países de la Región han trabajado para mitigar la carga generada por los desastres, las epidemias, los conflictos y las emergencias relacionadas con el medioambiente y la alimentación, centrándose en la reducción de riesgos y el fortalecimiento de la capacidad en cuanto a los preparativos, la respuesta y la recuperación. Gracias a estos esfuerzos, hoy en día la mayor parte de los países de la Región están en capacidad de responder a los desastres y las emergencias de salud menos graves sin necesidad de recurrir a la asistencia internacional.

63. Todos los Estados Miembros de la OPS coinciden en que para tener una planificación y respuesta apropiadas ante las situaciones de emergencia es necesario contar con un programa para abordar los desastres en el sector de la salud. Se ha seguido adelante con la institucionalización de los programas contra los desastres, en conformidad con la resolución CD24.R10 de la OPS del año 1976 sobre la asistencia a los países del continente en situaciones de emergencia. Sin embargo, en 24% de los países con programas formalmente establecidos para abordar los desastres, estos programas no tienen personal de tiempo completo ni un presupuesto específico.

64. La aplicación del RSI es un aspecto clave de la reducción de riesgos, y el fortalecimiento de las capacidades básicas establecidas en el RSI en los países⁷ sigue siendo una prioridad. En los informes anuales que los Estados Miembros de la OPS presentaron a la Asamblea Mundial de la Salud entre el 2011 y el 2018 se observa una mejora constante o un estancamiento en las

⁷ Las capacidades básicas establecidas en el RSI y su estado de aplicación en la Región se pueden consultar en el documento CD57/INF/4 de la OPS, de julio del 2019.

puntuaciones regionales promedio. En los informes anuales del 2018 se observa que las puntuaciones regionales promedio se ubicaron cerca o por encima de 60%, con cifras superiores a los promedios mundiales en todas las capacidades básicas excepto una, la prestación de servicios de salud. Sin embargo, al igual que en años anteriores, las puntuaciones siguen siendo heterogéneas en las subregiones: América del Norte tiene los promedios más altos y el Caribe los más bajos.

65. Las enfermedades no transmisibles (ENT), incluidos los trastornos de salud mental, siguen representando una amenaza grave para la salud de las personas en la Región. La mayor parte de los Estados Miembros elaboraron y ejecutaron —en mayor o menor grado— planes estratégicos o planes de acción nacionales para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Estos marcos, en consonancia con la orientación mundial, regional y subregional según la situación nacional, han intensificado los esfuerzos para reducir las ENT, sus complicaciones y las muertes prematuras que causan. Los marcos nacionales generalmente incluyen varias de las intervenciones formuladas por la OMS en *“Mejores inversiones” y otras intervenciones recomendadas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*, publicación en la que se presenta una lista de opciones costo-eficaces comprobadas que permiten reducir los principales factores de riesgo de las ENT y abordar las principales ENT.

66. Treinta (86%) de los Estados Miembros de la OPS son Estados Partes del Convenio Marco para el Control del Tabaco. Si bien la aplicación de las disposiciones del Convenio no es igual en todos los países, se ha observado progreso en varios frentes, incluidas la formulación de leyes sobre el control del tabaco y la aplicación de impuestos al tabaco.

67. En general, no se han observado cambios en la tasa de mortalidad causada por el tránsito y la mortalidad aumentó en los usuarios más vulnerables de las vías de tránsito, es decir, los peatones, los motociclistas y los ciclistas. Las muertes causadas por el tránsito siguen ocupando la segunda posición entre las principales causas de muerte en las personas entre 15 y 29 años, lo que pone de relieve la necesidad de dar prioridad a la seguridad vial en la agenda de salud en la adolescencia.

68. El *Programa de acción para superar las brechas de salud mental* (mhGAP, por su sigla en inglés) se ha aplicado de manera continua y acelerada para ampliar los servicios relacionados con los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas. El conjunto de medidas mhGAP incluye la capacitación para tratar la depresión en el primer nivel de la atención, y varios países que tienen altas tasas de suicidio han elaborado planes específicos para la prevención del suicidio. Se espera que estas intervenciones mejoren los servicios orientados a la comunidad y con el tiempo reduzcan la tasa de mortalidad por suicidio.

69. Se han fortalecido las actividades de colaboración y las asociaciones intersectoriales a nivel regional y nacional para la adopción de normas internacionales sobre el tratamiento de los trastornos por el consumo de sustancias psicoactivas. Con la participación de los ministerios de salud, las comisiones nacionales para el control de las drogas y organizaciones de la sociedad civil, se ha mejorado el acceso al tratamiento de buena calidad de los trastornos causados por el consumo de sustancias psicoactivas en las redes de servicios públicos de salud. Sin embargo, el consumo por habitante de bebidas alcohólicas no ha disminuido en la Región, por lo que la Oficina sigue prestando cooperación técnica para que se ponga en práctica la iniciativa SAFER de la OMS para

el control del alcohol, en particular con relación a la aplicación de restricciones a la disponibilidad de las bebidas alcohólicas, medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol, prohibiciones o restricciones integrales a la publicidad, el patrocinio y la promoción del alcohol, e impuestos al alcohol.

70. Con respecto a la prevención y el control de las enfermedades transmisibles, la Región ha logrado progresos constantes. La transmisión materno-infantil del VIH ha disminuido: las tasas de transmisión pasaron de 37% en el 2010 a 14% en el 2018. Por otro lado, el número de casos notificados de sífilis congénita aumentó en 22% en el período 2016-2017, con un total de 28.800 niños en el 2017. Además, se estima que cada año se registran aproximadamente 9.000 casos nuevos de enfermedad de Chagas congénita. La cobertura de la vacuna contra la hepatitis B se ha estabilizado en 87% de los menores de 1 año que reciben la tercera dosis; sin embargo, la adopción de políticas para la administración universal y oportuna de la dosis de la vacuna contra la hepatitis B administrada al nacer ha aumentado progresivamente en la Región.⁸

71. Los países están acercándose a la eliminación de la transmisión perinatal y en la primera infancia de la hepatitis B y han avanzado en la eliminación de malaria. Además, se ha observado progreso en la eliminación de la transmisión materno-infantil de la infección por el VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas en la Región, mediante la adopción de enfoques innovadores, integrados, costo-eficientes y eficaces. La Oficina reconoce la necesidad de fortalecer el acceso de los Estados Miembros al tratamiento antirretroviral eficaz contra el VIH y de mejorar la vigilancia de la farmacoresistencia del VIH para detectar y abordar los casos de resistencia a los medicamentos de primera línea, y está tomando las medidas pertinentes en colaboración con los Estados Miembros y los asociados.

72. La eliminación de varias enfermedades infecciosas desatendidas, incluidas la enfermedad de Chagas, la lepra, el tracoma, la filariasis linfática y la oncocercosis (ceguera de los ríos), también está al alcance de la Región. Asimismo, la rabia humana transmitida por el perro está muy cerca de su eliminación, y los países han logrado reducir de manera sustancial las repercusiones negativas de la geohelmintiasis, la esquistosomiasis y la fascioliasis en niños y otros grupos poblacionales en riesgo. Sin embargo, la Región de las Américas tiene condiciones sociales y ambientales que favorecen la transmisión y la propagación constantes de enfermedades arbovirales como el chikunguña, el dengue y el zika. La Oficina está adoptando un enfoque colaborativo e integrado frente a estas amenazas al vigilar la progresión y el comportamiento de los virus y al abordar los determinantes sociales y ambientales relacionados.

⁸ Korenromp EL, Rowley J, Alonso M, Mello MB, Wijesooriya NS, Mahiané SG, et al. (2019) Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012. PLoS ONE 14(2): e0211720. Disponible en <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211720>.

73. La reducción de las desigualdades y las inequidades en la salud es un punto central predominante para los Estados Miembros de la OPS y la Oficina. El Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 fue singular por su énfasis explícito en la reducción de las inequidades en materia de salud a nivel de las metas de impacto. La adopción de una perspectiva de equidad en la planificación y la ejecución de todas las intervenciones de cooperación técnica dio el impulso necesario para realizar los ajustes pertinentes en cuanto a la gestión, la planificación y el presupuesto. La progresividad —es decir, asegurarse de que los países con las mayores necesidades recibieran asignaciones proporcionales— se reflejó en la elaboración de la *Política del presupuesto de la OPS* del 2012, que acompañó al Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Al evaluar las necesidades de salud y priorizar los programas de salud se aplicó un criterio relativo a la equidad. Además, se institucionalizó el seguimiento de las desigualdades sociales que repercuten en la salud. Al igual que la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, la ASSA2030 incluye un objetivo que aborda directamente la reducción de las desigualdades y las inequidades en la salud, el cual pone de relieve los determinantes sociales de la salud; los efectos de las sustancias químicas peligrosas y la contaminación del aire, el agua y el suelo; el agua y el saneamiento; y la migración.

74. La promoción de la salud, definida como un proceso que permite a las personas tener un mayor control de su salud y de los determinantes correspondientes,⁹ es fundamental para abordar los determinantes sociales de la salud. Es una estrategia transversal que se operacionaliza por medio de mecanismos como el enfoque de colaboración de “la salud en todas las políticas”, que tiene como objetivo mejorar la salud al incorporar consideraciones sobre la salud en las decisiones que se toman en distintos sectores y áreas de política, para así abordar los determinantes de la salud, ya sean sociales, ambientales, económicos o de otro tipo. Todos los Estados Miembros de la OPS han adoptado la promoción de la salud como una estrategia transversal, pero el grado de aplicación varía de un país a otro. Muchos Estados Miembros abordan solo algunos aspectos, como la educación de salud y la comunicación para la salud; otros han formulado políticas que fomentan la salud desde la perspectiva del entorno donde se realizan las intervenciones, como la escuela, el lugar de trabajo y la comunidad; y otros tienen estrategias nacionales para la promoción de la salud. La Oficina está trabajando en la validación de los indicadores de la nueva *Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030* (documento CD57/10) y la determinación de la línea de base sobre el número de países y territorios que aplican una política nacional de promoción de la salud.

75. Dado el enorme tamaño que tienen tanto el sector agropecuario como la industria minera formal e informal en la Región de las Américas, las sustancias químicas peligrosas generan inquietudes importantes en el ámbito de la salud pública. Como parte de su respuesta, los países han estado aplicando la hoja de ruta sobre los productos químicos que la OMS publicó en el 2017, un marco elaborado por la OMS y el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente con el fin de mejorar la participación del sector de la salud en el Enfoque Estratégico para la Gestión de Productos Químicos a Nivel Internacional. Por ejemplo, la mayor parte de los países centroamericanos participan en una iniciativa multisectorial que tiene como objetivo elaborar planes de acción para abordar los peligros de origen químico. Los países de toda la Región han participado en las redes mundiales de la OMS sobre productos químicos y salud y sobre la

⁹ OPS. About health promotion. Disponible en <https://bit.ly/34b4rON>.

evaluación de riesgos. Esas redes promueven la difusión del aprendizaje sobre la interfaz entre la ciencia y las políticas, especialmente en las redes subregionales que brindan apoyo a la coordinación operativa de la gestión clínica y las deliberaciones sobre políticas.

76. En el 2016, la OMS estimó que en la Región de las Américas ocurrieron 234.000 muertes prematuras atribuibles a la contaminación del aire exterior, y otras 82.000 muertes prematuras por el uso de combustibles sólidos para generar energía en el hogar (contaminación del aire en el interior de las viviendas). Para reducir la carga, los países han fortalecido la legislación en torno a la calidad del aire, establecido objetivos sobre la calidad del aire en consonancia con las directrices de la OMS, mejorado el seguimiento de la calidad del aire, aumentado la capacidad para calcular la carga de enfermedad atribuible a la contaminación de aire y creado sistemas de alerta temprana. También han trabajado en la eliminación de los combustibles y las tecnologías contaminantes que se usan en los hogares para cocinar y en la mejora de la capacidad de evaluar los efectos de las intervenciones de mitigación en la salud.

77. Entre el 2015 y el 2017, la Región tuvo un avance lento hacia la mejora de los servicios de agua y saneamiento conforme a las metas del ODS 6, en las cuales se abordan el acceso a agua potable segura y asequible, la calidad del agua, el uso eficiente del agua, la gestión de los recursos hídricos, los ecosistemas relacionados con el agua, y los servicios de saneamiento e higiene adecuados y equitativos. Sin embargo, muchos Estados Miembros posteriormente revisaron sus planes y políticas nacionales para incorporar las metas y los indicadores pertinentes, considerar la perspectiva de equidad e incluir objetivos estratégicos diferenciados para los grupos en situación de vulnerabilidad, con la intención de aplicar medidas más fuertes para que los sistemas y servicios de agua, saneamiento e higiene sean más equitativos y se gestionen de manera segura.

78. La migración es una realidad de larga data en la Región de las Américas, y los Estados Miembros de la OPS han sido países de origen, tránsito, destino o retorno. Las penurias económicas, la inseguridad alimentaria, los peligros ambientales, la violencia, la persecución política o religiosa y la discriminación por razones de origen étnico o de género pueden dar lugar a flujos migratorios masivos.¹⁰ Muchos migrantes pueden encontrarse en una situación de vulnerabilidad que amenaza su salud y bienestar ya sea durante el viaje, en las zonas fronterizas de los países de tránsito o bien en el proceso de adaptación a las condiciones del sistema de salud y el acceso a los servicios de salud de los países de destino. Los Estados Miembros han dado pruebas de solidaridad regional al prestar apoyo a los migrantes y han adoptado medidas para dar respuestas colaborativas, pero las limitaciones en la disponibilidad de recursos y la reaparición de enfermedades han sobrecargado los sistemas nacionales de salud. La Oficina está colaborando con los países en la búsqueda de soluciones mutuamente aceptables y equitativas que apoyen la salud de este grupo vulnerable.

¹⁰ OPS. La salud de los migrantes (documento CD55/11, Rev. 1). Washington, D.C.: OPS; 2016.

79. La posibilidad de seguir impulsando la ASSA2030 dependerá de que se alcancen los hitos que conduzcan al logro de sus metas y objetivos; de los retos que surjan, sobre la base de la situación nacional, las influencias externas y los eventos imprevistos; de la formulación de estrategias y el uso de innovaciones para superar los retos; y de la atención inquebrantable de la OPS a sus valores institucionales de equidad, excelencia, solidaridad, respeto e integridad en el cumplimiento de su misión: “Liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los Estados Miembros y otros aliados, para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad, y mejorar la calidad y prolongar la duración de la vida de los pueblos de las Américas”.

Parte 2. Cooperación técnica de la OPS para impulsar la ASSA2030

Objetivo 1 de la ASSA2030: Acceso equitativo a servicios de salud integrales

El marco de la salud universal

80. La salud universal —el acceso a servicios que aborden la promoción de la salud; la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades; la rehabilitación y los cuidados paliativos, así como la cobertura de estos servicios— sigue siendo una prioridad fundamental para la cooperación técnica de la OPS a fin de reducir las inequidades en materia de salud y lograr avances en la salud para todos, sin dejar a nadie atrás. De acuerdo con la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*, adoptada por el 53.º Consejo Directivo de la OPS en octubre del 2014 (resolución CD53.R14), “el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios de salud integrales, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular a los grupos en situación de vulnerabilidad”. Para alcanzar la salud universal es necesario formular y aplicar políticas y medidas multisectoriales encaminadas a abordar los determinantes sociales de la salud, y promover un enfoque de toda la sociedad a fin de mejorar la salud y el bienestar.

81. Actualmente, se estima que 30% de la población de la Región de las Américas carece de acceso a la atención de salud que necesita debido a obstáculos financieros, geográficos, institucionales, sociales y culturales. En término medio, los países de la Región invierten 4,2% del PIB en la salud, menos del 6% recomendado por la OMS, y asignan, en promedio, 26% del presupuesto de salud al primer nivel de atención.

82. Uno de los aspectos más destacados de la cooperación técnica de la Oficina durante este período fue la culminación del extenso trabajo que encabezó para celebrar el cuadragésimo aniversario de la Declaración de Alma-Ata de 1978. La Oficina inició una consulta formal con los Estados Miembros a fin de apoyar el proceso mundial de redacción de una nueva declaración sobre la atención primaria de salud como parte de los preparativos para la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, que se celebró en octubre del 2018 en Astaná. El evento fue coauspiciado por el Gobierno de Kazajstán, la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La consulta con los Estados Miembros contó con la amplia participación de los países y generó amplias deliberaciones. El informe regional de la consulta, que fue presentado a la OMS con los aportes de 24 países y territorios (e incluso de organizaciones de la sociedad civil), representó una gran contribución a la Declaración de Astaná. Trece Estados Miembros de la OPS¹¹ enviaron delegaciones oficiales a la conferencia mundial, y las autoridades nacionales de salud, otros líderes del ámbito de la salud de la Región y varios funcionarios de la Oficina colaboraron en paneles, ponencias y debates.

¹¹ Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Cuba, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Guatemala, Nicaragua, Paraguay, Perú y Suriname.

83. En el 56.º Consejo Directivo de la OPS se organizó una actividad paralela para conmemorar el cuadragésimo aniversario de la Declaración de Alma-Ata, que tuvo lugar en septiembre del 2018. En el evento se pusieron de relieve los hitos de la salud pública y las respuestas de la OPS a lo largo de esos 40 años por medio de imágenes impresas y audiovisuales. Paralelamente a la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, se publicaron dos números especiales de la *Revista Panamericana de Salud Pública*, con más de 30 artículos originales de investigación, en los cuales se destacaron trayectos innovadores en varios países de América Latina y el Caribe para promover la estrategia de atención primaria de salud, fortalecer sus sistemas de salud y mejorar la salud y el bienestar de sus poblaciones.

84. La Comisión de Alto Nivel “Salud Universal en el siglo XXI: 40 Años de Alma-Ata”, establecida por la Directora de la OPS en el foro regional homónimo en diciembre del 2017, presentó su informe en abril del 2019 en Ciudad de México como parte de la conmemoración del Día Mundial de la Salud. La presentación del informe de la Comisión¹² estuvo a cargo del excelentísimo señor Andrés López Obrador, presidente de México; la doctora Carissa Etienne, Directora de la OPS; el embajador Nestor Mendez, Secretario General Adjunto de la Organización de los Estados Americanos (OEA) y presidente de la Comisión de Alto Nivel, y la doctora Michelle Bachelet, Alta Comisionada para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas. Asistieron al evento representantes de 29 países y territorios,¹³ entre ellos 20 ministros de salud y otros funcionarios públicos de alto nivel, así como representantes de la sociedad civil. En el informe se destaca la importancia de la estrategia de la atención primaria de salud y la necesidad de eliminar los obstáculos al acceso, y se formulan recomendaciones con el fin de alcanzar la salud universal para el 2030. Entre estas recomendaciones cabe señalar la elaboración de modelos de atención basados en la atención primaria de salud y centrados en la persona y la comunidad, que tengan en cuenta la diversidad humana, la interculturalidad y la etnicidad; la ejecución de intervenciones intersectoriales en el ámbito de la salud que promuevan cambios sustanciales en las condiciones ambientales, sociales, económicas, habitacionales y de la infraestructura básica de la población; la creación de mecanismos de participación social genuinos, profundos, incluyentes y accesibles, y la elaboración de un modelo de financiamiento que asegure la suficiencia, la calidad, la equidad, la eficiencia y la sostenibilidad.

85. Tras la presentación del informe, la Directora de la OPS anunció el Pacto Regional por la Atención Primaria de Salud para la Salud Universal: APS 30-30-30. Este pacto promueve la aceleración de la labor para transformar los sistemas de salud en modelos de atención de salud equitativos, integrales e incluyentes basados en la estrategia de la atención primaria de salud. En concreto, propone que los países reduzcan por lo menos en 30% los obstáculos que dificultan el acceso a la salud y asignen al menos 30% del gasto público en salud al primer nivel de atención para el 2030.

¹² OPS. Salud universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Washington, D.C.: OPS, 2019.

¹³ Argentina, Bahamas, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Curaçao, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Martín, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

Redes integradas de servicios de salud y calidad de la atención

86. La Oficina continuó la labor de cooperación técnica con los Estados Miembros para transformar la organización y la gestión de los servicios de salud con modelos de atención centrados en la persona y la comunidad a fin de ampliar el acceso a servicios de buena calidad. Durante el período abarcado por el presente informe, nueve Estados Miembros (Bolivia, Costa Rica, Guatemala, Honduras, Jamaica, Panamá, Paraguay, República Dominicana y Uruguay) lograron avances en el establecimiento de redes integradas de servicios de salud (RISS) y otras intervenciones para fortalecer el primer nivel de atención y la integración de los programas de salud prioritarios, como los que abordan las ENT, la infección por el VIH, la tuberculosis y la salud maternoinfantil. La Oficina colaboró con Barbados en una evaluación de la capacidad de su sistema de salud para atender las necesidades de una población que está envejeciendo; se prevé que los resultados se darán a conocer en el segundo semestre del 2019.

87. La Oficina apoyó el establecimiento de RISS como parte de la ejecución de las hojas de ruta para la salud universal en Belice, Chile, Ecuador, Guatemala, Guyana, Jamaica, República Dominicana y Suriname, y trabajó con Dominica en la evaluación del sistema de salud y la elaboración de un nuevo modelo institucional tras el huracán María.¹⁴ Asimismo, proporcionó apoyo integrado con respecto a todas las competencias de los sistemas y servicios de salud (políticas, regulación, financiamiento, recursos humanos para la salud, organización de servicios de salud, sistemas de información de salud, medicamentos y tecnologías sanitarias) a los siguientes países clave:

- a) Bolivia, en el desarrollo conceptual del Sistema de Salud Unificado, el modelo institucional y el marco legislativo;
- b) Guatemala, en la adopción de un nuevo modelo de atención basado en la estrategia de atención primaria de salud;
- c) Guyana, en la evaluación del plan estratégico actual y la mejora de los servicios de salud materna;
- d) Haití, en la evaluación del Programa de Medicamentos y Suministros Esenciales (PROMESS);
- e) Honduras, en apoyo de la Comisión Nacional de Salud encargada de la transformación de los sistemas de salud;
- f) Paraguay, en un examen de la red de salud, la calidad de la atención y la planificación de recursos humanos.

88. Durante el período en análisis se realizaron extensas consultas regionales y a nivel de país con el fin de elaborar la *Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025* (documento CD57/12), que fue aprobada por el Comité Ejecutivo en su 164.^a sesión en junio del 2019 y se presentará al 57.º Consejo Directivo de la OPS en septiembre del 2019. Las brechas en la calidad de la atención afectan a las personas, las familias, las comunidades y, en particular, los grupos en situación de vulnerabilidad. Los datos

¹⁴ El huracán María azotó a Dominica en el 2017.

regionales indican que, entre el 2013 y el 2014, se podrían haber evitado más de 1,2 millones de muertes si los sistemas de salud hubieran ofrecido servicios accesibles, oportunos y de calidad. La nueva estrategia y plan de acción representa un cambio de paradigma en el enfoque de la calidad de la atención en los servicios de salud. Promueve intervenciones basadas en sistemas de salud y perspectivas intersectoriales, haciendo hincapié en el fortalecimiento del primer nivel de atención y su articulación con los otros niveles; el empoderamiento de las personas, incluido el personal de salud, para que puedan mejorar la calidad de la atención; la orientación de la acción hacia resultados, y la mejora de las experiencias y la confianza que las personas, las familias y las comunidades tienen en los servicios de salud.

Salud materna

89. Las intervenciones para mejorar la salud y reducir la mortalidad materna a menudo se efectúan en programas que abordan tanto la salud maternoinfantil como la salud sexual y reproductiva, en vista de la estrecha relación y la sinergia entre ambos temas. Eso se refleja en el movimiento mundial “Todas las mujeres, todos los niños” que se puso en marcha en la Cumbre de las Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, realizada en el 2010, y su rama regional, “Todas las mujeres, todos los niños, América Latina y el Caribe”.

90. Esta iniciativa tiene como propósito movilizar y fortalecer la acción multisectorial en los ámbitos internacional y nacional, y fomentar la participación de los gobiernos, las organizaciones multilaterales, la sociedad civil y el sector privado con el propósito de abordar los importantes desafíos para la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes en todo el mundo. El movimiento pone en práctica la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030), que presenta una hoja de ruta para poner fin a las muertes prevenibles y asegurar el bienestar de las mujeres, los niños y los adolescentes. En la estrategia mundial se ponen de relieve tres objetivos: sobrevivir (poner fin a la mortalidad prevenible), prosperar (lograr la salud y el bienestar físico y mental) y transformar (ampliar los entornos propicios).

91. La cooperación técnica de la Oficina para reducir la mortalidad materna en el período analizado estuvo en consonancia con el *Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030*. Este plan de acción fue elaborado en el marco de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente, prestando especial atención a las personas y los grupos en situación de vulnerabilidad y a la reducción de las inequidades. La cooperación técnica se benefició con la designación por la Directora de un asesor especial para acelerar la reducción de la mortalidad materna en diez países prioritarios: Bolivia, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Suriname. Este tema central se complementó con el trabajo interprogramático coordinado de la Oficina a escala regional, con lo cual se logró una mayor eficiencia y eficacia. La estrategia de cooperación técnica fundamental procuraba mejorar la calidad de la atención en esta población de mujeres en riesgo, modernizar las estrategias de planificación familiar y mejorar la vigilancia de la salud materna, en particular en los grupos subatendidos y más vulnerables.

92. El proyecto interprogramático “Cero muertes maternas por hemorragia” prosiguió con éxito en los países participantes: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, Guyana, Perú, República Dominicana y Suriname. La Oficina promovió estrategias de

capacitación y actualizó los planes de estudio con la evidencia nueva, con financiamiento de los ministerios de salud respectivos, las representaciones de la OPS/OMS, la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Un hospital en cada uno de cuatro países (Bolivia, Guatemala, Perú y República Dominicana) ejecutó el proyecto en su totalidad. En un período de dos años, todos los hospitales participantes mostraron una disminución en la mortalidad materna por hemorragia y se evitaron 14 muertes maternas en los cuatro hospitales.

93. Se preparó un protocolo para analizar la relación entre la mortalidad materna por hemorragia y la disponibilidad y la administración de sangre y sus componentes. Cuando se hizo una prueba piloto del protocolo en Honduras y Paraguay, los resultados indicaron que esta causa de mortalidad era mayor en las madres menores de 30 años, que la disponibilidad de kits sanguíneos para tales urgencias era baja o inexistente, que los proveedores tenían pocos conocimientos sobre el uso de componentes sanguíneos en urgencias obstétricas y que la relación entre las unidades maternas y los servicios de transfusión era débil o inexistente. Eso muestra la necesidad de ofrecer capacitación sobre el suministro integral de sangre, las transfusiones sanguíneas de urgencia y el cumplimiento del protocolo para el manejo de urgencias obstétricas. También es necesario reorganizar las redes de servicios de sangre según las necesidades clínicas y aumentar su eficiencia.

94. En un área conexas, se evaluaron los costos de la regionalización de los servicios de sangre en Guatemala y en la zona andina, en este último caso en colaboración con el Organismo Andino de Salud (ORAS). Este trabajo demostró que es más costoso y menos eficiente para los hospitales tener sus propios bancos de sangre que centralizar en una sola institución las tareas de recibir donaciones voluntarias, procesar la sangre y distribuir sangre certificada a uno o varios hospitales.

95. Se reforzó la capacidad técnica para controlar las principales urgencias obstétricas mediante la formación de instructores en Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Honduras, Paraguay, República Dominicana y Suriname. Entre las personas que recibieron capacitación se encuentran estudiantes de escuelas de medicina, enfermería y partería.

96. Se promovieron estrategias actualizadas de planificación familiar, como el uso de métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada inmediatamente después de intervenciones obstétricas¹⁵ en los grupos más vulnerables, incluidas las adolescentes y las mujeres indígenas, rurales y de escasos recursos. Estas actividades se llevaron a cabo en once países.¹⁶

¹⁵ OMS. Estrategias para la programación de la planificación familiar posparto. Ginebra: OMS; 2013.

¹⁶ Bolivia, Colombia, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname y Venezuela.

97. La Oficina trabajó en la validación de una herramienta para promover los partos culturalmente seguros en cuatro países (Guatemala, Honduras, Paraguay y Perú) como parte del proyecto de Sistemas Integrados de Salud en América Latina y el Caribe, que se lleva a cabo sobre la base de la colaboración entre la Oficina y el Ministerio de Asuntos Mundiales de Canadá.¹⁷ Esta intervención, realizada junto con comunidades indígenas, se integró en una serie de “diálogos de conocimiento” para abordar cuestiones clave de salud pública que afectaban a las mujeres y los jóvenes. El proyecto, que concluirá en el 2019, se está llevando a cabo en once países¹⁸ y procura mejorar la salud de los niños, las niñas y las mujeres que viven en situación de vulnerabilidad en América Latina y el Caribe.

98. Se hicieron talleres para mejorar la vigilancia de la mortalidad materna en 14 países,¹⁹ de acuerdo con las *Guías de vigilancia epidemiológica y respuesta de la mortalidad materna: Región de las Américas (2015)*. Esta iniciativa fue financiada por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), con la cooperación técnica de la OMS, el UNFPA, el Banco Mundial, el UNICEF y otros asociados. Se está organizando un curso virtual para mejorar la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y la respuesta en todos los Estados Miembros, que estará disponible en el Campus Virtual de Salud Pública de la OPS en junio del 2020.

99. La Oficina formó un equipo de expertos para realizar una auditoría perinatal en hospitales de Granada y Saint Kitts y Nevis. El objetivo principal era evaluar la carga de mortalidad materna y neonatal, incluidos los mortinatos, y determinar las tendencias en el número de muertes y las causas. Esto facilitó la detección de factores modificables y la elaboración de estrategias para prevenir muertes similares, como el establecimiento de protocolos y flujogramas para el manejo de la atención neonatal y obstétrica de urgencia.

Salud neonatal e infantil

100. La cooperación técnica de la Oficina para mejorar los resultados de la salud del niño concuerda con el Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030. El plan de acción busca hacer realidad el Compromiso a la Acción de Santiago, que fue adoptado en una reunión de alto nivel que se celebró en Santiago de Chile en julio del 2017 como parte del movimiento “Todas las mujeres, todos los niños, América Latina y el Caribe”. En este compromiso a la acción se hace un llamamiento a la aplicación de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente, que destaca la urgencia de reducir las inequidades en materia de salud con una acción decisiva para transformar las condiciones sociales, económicas y ambientales de las familias y las comunidades. Esta visión, basada en los derechos humanos, consiste en asegurar que cada mujer, niño y adolescente de la Región de las Américas no solo sobreviva, sino que también prospere y tenga oportunidades para lograr su potencial de desarrollo humano.

¹⁷ El Ministerio de Asuntos Mundiales de Canadá se conoce formalmente como Ministerio de Asuntos Exteriores, Comercio y Desarrollo de Canadá.

¹⁸ Bolivia, Colombia, Ecuador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú y Suriname.

¹⁹ Bolivia, Brasil, Colombia, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía y Suriname.

101. La ejecución de directrices basadas en la mejor evidencia disponible para el monitoreo, la atención multidisciplinaria y el seguimiento clínico de recién nacidos pequeños y gravemente enfermos (incluidos los que tienen el síndrome congénito relacionado con la infección por el virus del Zika) es esencial para lograr los mejores resultados. A fin de reducir las muertes prevenibles de recién nacidos y menores de 5 años, la Oficina se centró en la mejora de la calidad de la atención y en la creación de herramientas y estrategias para fortalecer los sistemas de información relacionados con la mortalidad neonatal y fetal. Entre esas herramientas cabe mencionar las que se usan para evaluar las condiciones esenciales para las unidades de cuidados intensivos neonatales, y las estrategias incluyen la capacitación sobre auditorías de la mortalidad neonatal y fetal y sobre la prevención o el manejo de las principales causas de muerte de los recién nacidos.

102. Se realizaron talleres en 14 países²⁰ con el fin de aumentar la capacidad para examinar y analizar las muertes neonatales y fetales, fortalecer los sistemas de información y mejorar la calidad de la atención perinatal. En los talleres se abordó la detección de las principales causas de mortalidad y discapacidad de los recién nacidos —vinculadas a la prematuridad, la retinopatía del recién nacido prematuro, defectos congénitos, infecciones y septicemia— y se examinó la disponibilidad de herramientas programáticas y regulatorias pertinentes. Se facilitaron recursos técnicos, entre ellos materiales para la promoción de la causa, material didáctico y directrices clínicas basadas en la evidencia. Además de los talleres más generales, se realizaron talleres de formación de instructores en Colombia, Ecuador y Guatemala. Estas actividades se llevaron a cabo en coordinación con expertos y asociados, entre ellos la OMS, el UNICEF y la fundación March of Dimes. En consecuencia, más de 350 enfermeras, neonatólogos, pediatras, oftalmólogos y médicos generales recibieron capacitación virtual y presencial sobre los diferentes temas; se elaboró una directriz sobre la retinopatía del recién nacido prematuro en inglés y en español, y se la difundió por medio de seminarios por internet y talleres en los países, y se formuló una directriz basada en la evidencia sobre el cuidado de los recién nacidos extremadamente prematuros con trastornos que plantean riesgos. Esta última directriz se formuló con el aporte de 45 expertos de 15 países²¹ y se encuentra en la etapa de validación final.

103. La cooperación técnica en el período examinado también abarcó la preparación de un documento para promover la vigilancia de los defectos congénitos, que son la segunda causa más prevalente de mortalidad neonatal y de menores de 1 año; capacitación para el establecimiento de sistemas nacionales de vigilancia de los defectos congénitos, incluidos los relacionados con el virus del Zika; información sobre la disponibilidad y las características de los sistemas de vigilancia; la creación y la difusión de herramientas para la codificación y el registro de defectos congénitos usando el Sistema de Información Perinatal (SIP),²² y la preparación de un informe

²⁰ Colombia, Ecuador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, y Trinidad y Tabago.

²¹ Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua, Paraguay, Uruguay y Venezuela.

²² El SIP se creó en 1983 en el Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR), un centro especializado de la OPS situado en Uruguay. Se usa en 26 países y territorios de América Latina y el Caribe (Anguila, Antigua y Barbuda, Argentina, Belice, Bermudas, Bolivia, Brasil, Colombia, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, y Uruguay), adaptado a sus necesidades e indicadores priorizados.

regional que presenta la situación actual y los retos que es necesario abordar a corto y mediano plazo. Dos países más (El Salvador y Panamá) establecieron sistemas nacionales de vigilancia de los defectos congénitos y están produciendo datos, mientras que cuatro países (Barbados, Ecuador, Perú y San Vicente y las Granadinas) están estableciendo el sistema de vigilancia. Estas actividades se realizaron en coordinación con asociados como los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, el Banco Mundial y la Organización Internacional de Vigilancia e Investigación de los Defectos Congénitos; la coordinación interinstitucional estuvo a cargo principalmente de la OMS y USAID.

104. Durante el período examinado, la Oficina ofreció cooperación técnica directa a nivel nacional o institucional relacionada con el SIP. En ese sentido, convocó dos reuniones subregionales en Barbados y Trinidad y Tabago, que contaron con participantes de 15 países y territorios del Caribe;²³ organizó visitas a 12 países²⁴ y proporcionó apoyo virtual a distancia a los países para resolver problemas de tecnología de la información e implementar el SIP.

105. Un logro importante en el período examinado fue la finalización e implementación del SIP Plus, versión del SIP en la web que facilita el ingreso de datos desde servicios distantes en el primer nivel de atención y permite consultar los datos de pacientes en todo momento, en todos los niveles de la atención, por internet o por medio de redes gubernamentales nacionales. La nueva versión SIP Plus está adaptándose a las particularidades de los países, aunque mantiene una norma regional básica para los datos. En julio del 2018, el Ministerio de Salud de Trinidad y Tabago dio instrucciones para reemplazar los formularios actuales de registro prenatal con los registros perinatales del SIP Plus, tanto en el sector público como en el sector privado, y en marzo del 2019 se usaron datos del SIP para validar la atención perinatal en Uruguay.

106. El trabajo interprogramático de la Oficina dio lugar a la elaboración de una serie de informes automáticos que pueden generarse con datos del SIP Plus con un solo clic. La Oficina proporcionó material didáctico y ofreció cursos en los países para que este análisis fácil de usar esté al alcance de todos los profesionales de la salud. En algunos países se integró el SIP Plus en los programas de estudios de grado y de posgrado de las escuelas de medicina, partería y enfermería. El SIP Plus puede incorporarse en las redes de datos nacionales y conectarse con bancos de datos multisectoriales, lo cual permite dar seguimiento a las tendencias en cohortes, ayudar a comprender mejor las disparidades en la salud de la población, y mejorar el seguimiento de las políticas y los servicios de salud. Esta compatibilidad y el aumento resultante de la capacidad de análisis estadístico facilita la consecución de los objetivos 6 y 7 de la ASSA2030, que abordan los sistemas de información para la salud y la evidencia y el conocimiento en materia de salud, respectivamente.

107. En el 2017 se introdujo el marco para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas (ETMI-plus), cuyo objetivo es que las nuevas generaciones estén libres de estas cuatro enfermedades. El marco proporciona una hoja de

²³ Anguila, Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Dominica, Granada, Guyana, Haití, Jamaica, Montserrat, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, y Trinidad y Tabago.

²⁴ Bolivia, Brasil, Colombia, Dominica, Guyana, Honduras, Paraguay, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, y Trinidad y Tabago.

ruta, con intervenciones de salud pública para las mujeres antes del embarazo y durante el mismo, su pareja, las nuevas madres y los bebés.

108. El primer informe de la iniciativa ETMI-plus,²⁵ producto de la colaboración entre la Oficina y el UNICEF, se publicó en abril del 2019. Describe el progreso realizado en la Región de las Américas hacia la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis entre el 2010 y el 2017 y, por primera vez, presenta la línea de base en la Región para la enfermedad de Chagas congénita y la hepatitis B en los niños. El informe indicó que el acceso a la atención prenatal y obstétrica seguía siendo alto en la Región: 89% de las embarazadas habían asistido a cuatro o más consultas prenatales y 95% habían dado a luz en un hospital. El tamizaje de las embarazadas para detectar el VIH y la sífilis también seguía siendo alto: 73% de las embarazadas con infección por el VIH y 87% de las embarazadas con resultado positivo para la sífilis recibían atención prenatal.

109. La Oficina proporcionó cooperación técnica para mantener la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis en Anguila, Antigua y Barbuda, Bermudas, Cuba, las Islas Caimán, Montserrat y Saint Kitts y Nevis. En el 2015 y el 2017, la OMS certificó que estos países estaban libres de dichas enfermedades, lo cual debe validarse cada dos años. Por ese motivo, y para la próxima certificación de más países, la Oficina mantiene la estructura del Comité Regional de Validación. La Oficina evaluó las mejoras en la eliminación de la sífilis congénita en la Región y publicó una monografía al respecto en la *Revista Panamericana de Salud Pública* en abril del 2019.²⁶

Mejora de la salud materno-infantil en Chocó (Colombia)

En el 2017 y el 2018 se llevó a cabo una iniciativa en áreas posconflicto del departamento colombiano de Chocó a fin de ampliar la acción para mejorar la salud materno-infantil y reducir la mortalidad materna y neonatal. El proyecto estuvo dirigido a más de 30.000 mujeres en edad reproductiva, 8.000 adolescentes mujeres y más de 3.000 recién nacidos en Chocó, donde 83% de la población es afrodescendiente y 12% es indígena, con una población beneficiaria potencial de 65.738 menores de 5 años y 150.570 mujeres en edad reproductiva.

La iniciativa, apoyada por el Ministerio de Asuntos Mundiales de Canadá, proporcionó asistencia directa a las autoridades nacionales y locales, y fomentó la participación de la comunidad. La iniciativa abarcó dos fases: 1) apoyo a profesionales de establecimientos de salud, en particular para la reanimación y atención temprana de recién nacidos, y 2) trabajo en las comunidades para promover la mejora o el mantenimiento de la salud materna y el nacimiento de recién nacidos sanos, con la participación integral de mujeres, hombres y adolescentes.

Todos los profesionales de la salud, entre ellos obstetras, ginecólogos, pediatras, médicos generales y enfermeras, de Quibdó y otros municipios de Chocó recibieron capacitación sobre el manejo de urgencias obstétricas y neonatales, y el hospital regional de referencia de Quibdó recibió materiales y dispositivos para repetir los cursos a escala local. Además, todas las parteras tradicionales, los agentes

²⁵ OPS. Nuevas generaciones sin la infección por el VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas en las Américas 2018. ETMI Plus. Washington, D.C.: OPS; 2019.

²⁶ Silveira MF, Gomez Ponce de Leon R, Becerra F, Serruya SJ. *Evolution towards the elimination of congenital syphilis in Latin America and the Caribbean: a multicountry analysis*. Rev. Panam Salud Pública. 2019;43:e31. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.31>.

comunitarios de salud y líderes comunitarios de Chocó recibieron capacitación sobre métodos para mejorar la atención prenatal y en el parto, así como herramientas de bajo costo creadas exclusivamente para el proyecto con el fin de detectar las pacientes de alto riesgo entre las mujeres que planeaban dar a luz en su casa.

Desde que comenzó el proyecto no se ha registrado ninguna muerte materna por hemorragia. El uso de nuevas tecnologías y dispositivos médicos en los embarazos complicados aumentó de cero a 100%. Se elaboró un plan a nivel comunitario para mejorar la salud materna y perinatal con la participación de mujeres, hombres, parteras tradicionales, agentes de salud y otros miembros de la comunidad. El mejor conocimiento de las recomendaciones basadas en la evidencia ha tenido un efecto positivo en la comunidad, y se han establecido mecanismos de empoderamiento para asegurar el derecho de la mujer a tener un acompañante durante el parto. Las autoridades locales consideraron que proyecto fue uno de los más productivos que se habían llevado a cabo en esta zona desatendida.

El programa *Criança Feliz* en Brasil

El programa *Criança Feliz* [niño feliz], iniciado en Brasil en el 2017, es una iniciativa multisectorial de gran alcance dirigida a las familias que viven en la pobreza y que participan en el programa estatal de transferencia de dinero en efectivo conocido como “Bolsa Família”. Este programa ofrece visitas regulares a domicilio que comienzan en el embarazo y continúan a lo largo de los tres primeros años de vida del niño, con el fin de aumentar la capacidad de los padres para proporcionar un entorno estimulante, afectuoso y seguro para los niños y conectar a las familias con servicios de salud y otros servicios sociales. El elemento central del programa es la intervención de la OMS y el UNICEF conocida como “atención para el desarrollo del niño”. En el 2018, la Oficina movilizó a expertos de toda la Región con el propósito de capacitar a un grupo básico de personal brasileño a fin de desplegar este modelo de atención en los estados de la federación. La Oficina colaboró en el diseño de materiales para presentar los conceptos fundamentales del modelo a agentes estatales, organizó reuniones para intercambiar experiencias, y proporcionó apoyo continuo a los gerentes y el equipo técnico del programa.

A mediados del 2019, el programa se había implementado en 2.600 de 5.500 municipios del país, y más de 400.000 familias estaban recibiendo visitas a domicilio, incluidas 80.000 embarazadas. A efectos de la evaluación, la Universidad Federal de Pelotas comenzó a recopilar datos de referencia para un ensayo controlado aleatorizado con el fin de comparar los estados donde se lleva a cabo el programa con los estados que no cuentan con el programa. La Oficina seguirá apoyando a las autoridades brasileñas encargadas del programa y promoverá la participación del Ministerio de Salud. La documentación de esta experiencia proporcionará importantes enseñanzas para otros países de la Región y del resto del mundo.

Salud sexual y reproductiva

110. Las intervenciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva se realizan generalmente por medio de programas de salud de la madre y el adolescente; prevención y control de la infección por el VIH e infecciones de transmisión sexual; prevención y control de las ENT, con especial atención a la prevención, la detección y el tratamiento del cáncer del tracto reproductivo, y reducción de las inequidades por razones de género. Gran parte de la cooperación técnica de la Oficina para mejorar la salud sexual y reproductiva en la Región en el período

abarcado por el presente informe se describe en los apartados sobre esos temas; en los párrafos siguientes se proporciona información adicional.

111. La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030 abarca la atención y los derechos en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, la promoción de una vida sexual sana, el acceso a una variedad de opciones reproductivas para todas las personas y el acceso de las mujeres a la planificación familiar y a otros servicios y productos de salud reproductiva. Se calcula que cerca de 2% de las mujeres de América Latina y el Caribe empiezan a tener relaciones sexuales antes de los 15 años, y América Latina y el Caribe es la única región del mundo donde está aumentando el número estimado de embarazos en menores de 15 años. Los adolescentes siguen enfrentando obstáculos jurídicos, sociales, políticos y relacionados con el sistema de salud que les niegan acceso a servicios y productos de salud sexual y reproductiva que sean confidenciales y de buena calidad.

112. La Oficina promovió la disponibilidad y la accesibilidad de servicios de salud adaptados a los adolescentes. En el 2018, la Oficina apoyó el uso en Honduras del enfoque Innov8 de la OMS en el examen de su plan nacional para reducir los embarazos en la adolescencia. El apoyo consistió en una reunión de sensibilización sobre el enfoque Innov8, apoyo virtual constante al equipo nacional y una sesión de trabajo con autoridades nacionales de salud para concluir la evaluación y reformular el plan nacional. La Oficina también proporcionó cooperación técnica a la República Dominicana, el país con la tasa de fecundidad en la adolescencia más alta de la Región, para hacer un análisis de la situación basado en la equidad y elaborar un nuevo plan de prevención del embarazo en la adolescencia.

113. En Colombia se llevó a cabo el proyecto interinstitucional “Salud para la Paz” con la colaboración de la OPS/OMS, el UNFPA, la Organización Internacional para las Migraciones y el Ministerio de Salud, con financiamiento del Fondo Multidonante de las Naciones Unidas para el Sostentamiento de la Paz, a fin de aumentar la capacidad de los profesionales de la salud de los centros y puestos de salud para mejorar y ampliar los servicios de salud sexual y reproductiva y, en particular, prevenir la violencia de género y el embarazo en la adolescencia.

Objetivo 2 de la ASSA2030: Rectoría y gobernanza de la salud

114. El fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza de los sistemas de salud pública por las autoridades nacionales de salud es esencial para abordar los obstáculos al acceso, superar la fragmentación y segmentación de los sistemas de salud y avanzar hacia la salud universal. El “fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública” fue una de las 11 funciones esenciales de salud pública (FESP) definidas en el 2000 para medir el desempeño del sistema de salud como parte de la Iniciativa de la Salud Pública en las Américas. En agosto del 2018, la Oficina convocó a los representantes de quince escuelas de salud pública de once países²⁷ con el fin de examinar un marco conceptual renovado para las FESP en la Región. Eso dio lugar a una mayor colaboración entre la Oficina, los ministerios de salud y las instituciones académicas para fortalecer los sistemas de salud a fin de asegurar y priorizar la

²⁷ Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos de América, México, Nicaragua, Perú y República Dominicana.

adopción de medidas de salud pública integradas e integrales. La revisión fue el último paso del proceso de consulta para la revisión del marco conceptual de las FESP; el marco revisado se publicará en el segundo semestre del 2019.

115. El fortalecimiento del marco jurídico y la capacidad jurídica general de los sistemas de salud es fundamental para mejorar la rectoría y la gobernanza. La Oficina proporcionó apoyo a El Salvador, que patrocinó la *Estrategia sobre legislación relacionada con la salud* (documento CD54/14, Rev. 1), en la elaboración de un marco legislativo de próxima generación para construir un sistema de salud integrado. La legislación incluye normas para medir y mejorar la calidad de los servicios de salud esenciales, incluido el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, de buena calidad y asequibles para todos, con un enfoque de atención primaria de salud basado en la comunidad y participación social garantizada. El marco legislativo también fortalece la función de rectoría del Ministerio de Salud, consolida el trabajo de diversas instituciones fragmentadas y abre un camino para la planificación participativa de la política sanitaria nacional. También proporciona una amplia variedad de herramientas para la integración y la interacción de diferentes instituciones en el sistema nacional de salud.

116. A escala subregional, en el 2019 la Oficina presentó una iniciativa de seguimiento de un acuerdo firmado por el PARLACEN en el 2015 con el fin de armonizar y fortalecer los marcos jurídicos para la salud de acuerdo con la *Estrategia sobre legislación relacionada con la salud*. La iniciativa de seguimiento incluye una ley modelo y orientación para la revisión legislativa en cada país centroamericano y la República Dominicana. Se entablaron conversaciones con el parlamento andino y el del Mercado Común del Sur (MERCOSUR) con respecto a estrategias similares.

117. La Oficina promovió el derecho a la salud y la difusión de prácticas legislativas óptimas durante el IV Congreso de Comisiones de Salud de los Parlamentos de las Américas. Más de 35 legisladores de 13 países²⁸ presentaron su experiencia con la intención de armonizar la legislación nacional relacionada con la salud con las políticas y las estrategias de la OPS en materia de salud universal, así como con instrumentos internacionales de derechos humanos.

Objetivo 3 de la ASSA2030: Recursos humanos para la salud

118. En vista de la necesidad de ampliar la disponibilidad de recursos humanos para la salud que estén preparados para la transformación de los sistemas de salud en la Región de las Américas, en septiembre del 2018 el 56.º Consejo Directivo de la OPS aprobó el *Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023* (documento CD56/10, Rev. 1), que presenta un análisis integral del personal de salud en la Región. Este plan de acción se basa en la *Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (documento CSP29/10), que fue aprobada por la 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre del 2017, así como en los extensos aportes de los Estados Miembros y en tres consultas subregionales. Se señala específicamente la necesidad de considerar el género, la etnicidad, la migración y los derechos humanos en las políticas y los planes relativos al personal de salud.

²⁸ Argentina, Bolivia, Cuba, Chile, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Panamá, Perú, Paraguay, República Dominicana y Uruguay.

119. Uno de los retos más importantes que enfrenta la Región de las Américas es el despliegue de equipos multidisciplinarios en el primer nivel de atención para responder a las necesidades de los grupos vulnerables en zonas subatendidas. Diez países (Belice, Dominica, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Suriname) participaron en un taller coordinado por la Oficina, que se realizó en Washington, D.C., en octubre del 2018, sobre cuentas nacionales del personal de salud, cuya finalidad era mejorar las aptitudes para la gestión, la generación de datos y la planificación del personal. Posteriormente, la Oficina organizó talleres intersectoriales para la formación de capacidad en el área de planificación del personal en cuatro países (Belice, Guatemala, Paraguay y Suriname) y colaboró con Belice en la elaboración de su plan estratégico de recursos humanos para la salud universal 2019-2024. La Oficina también colaboró con los Estados Miembros para impulsar la planificación del personal de salud sobre la base de las competencias y la modelación de situaciones hipotéticas. Asimismo, desplegó una iniciativa sobre la gestión de datos sobre el personal y la integración de las cuentas nacionales del personal de salud para la formulación y la planificación de políticas basadas en las necesidades del sistema de salud en su totalidad.

120. En la *Estrategia sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* se señala que, en la Región, a pesar de que la educación en el campo de las ciencias de la salud ha aumentado de manera exponencial en los últimos decenios, la regulación de los procesos relacionados es insuficiente, lo cual suscita preocupación por la calidad de la formación, la pertinencia de muchos programas académicos y el ejercicio de la profesión. Sin embargo, un número cada vez mayor de instituciones de enseñanza están redefiniendo sus responsabilidades sociales y su compromiso con las comunidades que sirven, elaborando perfiles profesionales compatibles con las necesidades de salud de la población y demostrando su responsabilización social. A fines del 2018, la Oficina creó una herramienta denominada “Indicadores de la responsabilización social” (ISAT), que puede usarse para dar seguimiento al progreso de la misión social de la formación profesional para la salud. En marzo del 2019, la Oficina participó en la XXI Conferencia Panamericana de Educación Médica, celebrada en Cartagena (Colombia), y colaboró en la elaboración de la Declaración de Cartagena sobre la Educación Médica y la Responsabilización Social, en la cual se vinculan los retos de la educación médica a la estrategia de la atención primaria de salud.

121. Con el apoyo de la Oficina, Argentina organizó una reunión de la Red Regional de Educación Interprofesional de las Américas (REIP) en el 2018, en la cual los representantes de 15 países²⁹ abordaron la ejecución de las directrices y el plan de trabajo bienal de la red 2018-2019. La Red Regional, establecida con el apoyo de los ministerios de salud de Argentina, Brasil y Chile durante una reunión técnica regional sobre la educación interprofesional que se realizó en Brasilia en diciembre del 2017, ha promovido varios seminarios por internet y ha producido documentos técnicos para ayudar a los países a preparar sus propios planes de educación interprofesional. A mediados del 2019, 19 países³⁰ tenían planes para aplicar estrategias de educación interprofesional y práctica colaborativa en el ámbito de la salud.

²⁹ Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Guatemala, Guyana, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname y Uruguay.

³⁰ Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname, Uruguay y Venezuela.

122. A fin de abordar y mejorar la combinación de aptitudes en los sistemas de salud, la Oficina puso en marcha la iniciativa de práctica de enfermería avanzada como parte de la educación interprofesional y la práctica colaborativa en seis países: Brasil, Colombia, Chile, México, Perú y Uruguay. La Oficina también elaboró la Orientación estratégica para enfermería en la Región de las Américas, que se dio a conocer en el Día Internacional de la Enfermería en mayo del 2019.

123. La migración de recursos humanos para la salud de zonas rurales a zonas urbanas y de países con menos recursos a países con más recursos continúa en la Región. La Oficina colaboró con 12 países³¹ que se han visto afectados por el éxodo de personal de salud para elaborar estrategias a fin de mejorar la planificación y las previsiones relacionadas con los recursos humanos para la salud y retener la fuerza laboral existente. Como parte de este proceso y para alcanzar las metas establecidas en el *Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023*, la Oficina apoyó la elaboración de planes estratégicos intersectoriales avanzados para el personal de salud en cinco países: Belice, Costa Rica, Guatemala, Paraguay y Suriname.

124. La Oficina cooperó con el Cuerpo Regional de Enfermería del Caribe en la finalización del plan estratégico regional para la enfermería y partería 2020-2024 y concluyó un estudio sobre la migración del personal de salud en el Caribe, en el cual participaron 26 países y territorios.³² Según los resultados preliminares, que fueron presentados al Comité de Ministros de Salud de CARICOM en septiembre del 2018, antes del 56.º Consejo Directivo de la OPS, casi 60% de los profesionales de la salud que todavía residen en su país de origen y que participaron en el estudio dijeron que migrarían si tuvieran la oportunidad. Se estima que el número de plazas en las escuelas de enfermería de la subregión del Caribe es suficiente para satisfacer las necesidades de la subregión, y la escasez de personal de enfermería se debe a una tasa de deserción de 55% durante la formación y a la migración a otros países de 73% de quienes que se gradúan. Estos resultados ponen de relieve los retos que afrontan los países del Caribe con la formación y la retención de personal de salud, especialmente con respecto a la enfermería especializada, la planificación del personal de salud y la regulación de la migración. La Oficina colaboró con los países de la subregión para abordar estos temas y asistió en la formulación y ejecución de planes integrados de recursos humanos para la salud. Se observó un progreso notable en Antigua y Barbuda, Dominica, Saint Kitts y Nevis y San Vicente y las Granadinas.

125. En enero del 2019, la Oficina colaboró con el Consejo Superior Universitario Centroamericano (CSUCA) y la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (SE-COMISCA) en la preparación de una hoja de ruta para la acreditación de carreras en el ámbito de la salud en Centroamérica y la República Dominicana, haciendo hincapié en los programas de salud familiar y comunitaria. La SE-COMISCA y la Secretaría General del CSUCA firmaron un memorando de entendimiento sobre el desarrollo y la formación profesional de recursos humanos para la salud en la subregión

³¹ Belice, Bolivia, Brasil, Dominica, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Suriname.

³² Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Belice, Bermudas, Bonaire, Curaçao, Dominica, Granada, Guayana Francesa, Guyana, Haití, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Islas Vírgenes de Estados Unidos, Jamaica, Montserrat, Saint Kitts y Nevis, San Martín, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, y Trinidad y Tabago.

centroamericana y establecieron las líneas estratégicas de acción, entre ellas la adaptación del marco de calificaciones para la enseñanza superior a los programas del sector de la salud, la definición de los criterios y el proceso para la acreditación de carreras profesionales y técnicas en la salud, la armonización de los programas de estudios subregionales en el campo de la salud y la movilidad de los profesionales de la salud en Centroamérica y la República Dominicana. Para abril del 2019, como parte de esta iniciativa subregional, se había hecho un inventario de los programas de capacitación en salud familiar y comunitaria de ocho países (Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana) y se había definido un conjunto de competencias para el primer nivel de atención y los médicos de salud familiar. Se terminó de preparar una propuesta para la introducción progresiva de un trayecto para las carreras en el ámbito de la salud, que fue validada por los países.

126. También en Centroamérica se inició un estudio multicéntrico de factores que influyen en la elección de una carrera en el primer nivel de atención por los médicos de los servicios sociales. La muestra abarca 2.545 pasantes y médicos de los servicios sociales de más de 25 facultades de medicina de Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua.

127. En la subregión sudamericana, la cooperación técnica de la Oficina brindó oportunidades para la cooperación Sur-Sur y el intercambio de experiencias con el fin de facilitar la ejecución del *Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023*. Entre esas oportunidades cabe señalar las siguientes:

- a) una reunión de observatorios de recursos humanos de la subregión, que tuvo lugar en Uruguay en agosto del 2018;
- b) un taller sobre la ejecución del plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud para los países sudamericanos, que se realizó en Perú en noviembre del 2018;
- c) la inauguración de la Red Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública durante la V Conferencia Internacional de Educación Médica, celebrada en Perú en mayo del 2019; esta red, que abarca instituciones de pregrado y de posgrado, aprovechará la experiencia de la Red de Escuelas de Salud Pública de la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR), y la Oficina ayudó a la nueva red a examinar los métodos de enseñanza de la salud pública en la Región y a apoyar la ejecución, el seguimiento, y la evaluación de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* en la Región de las Américas;
- d) una reunión sobre los sistemas de información, la regulación de la práctica profesional y la planificación de residencias médicas, que se realizó en Argentina en junio del 2019.

128. El Campus Virtual de Salud Pública siguió siendo un recurso muy valorado para el aprendizaje. Cuarenta países y territorios³³ participaron en programas y estrategias de educación continua para el personal de salud que se ofrecieron por medio del Campus Virtual o redes de ciberaprendizaje equivalentes. A diciembre del 2018, el Campus Virtual había llegado a 550.000 usuarios.

Objetivo 4 de la ASSA2030: Financiamiento de la salud

129. En un contexto macroeconómico que está limitando la disponibilidad de recursos financieros para los sistemas y servicios de salud en muchos países, especialmente en los pequeños estados insulares en desarrollo, se ha renovado el énfasis en el análisis de las estrategias financieras, el margen fiscal para la salud y las oportunidades para aumentar la eficiencia en los sistemas y servicios de salud. Solo cuatro países (Canadá, Cuba, Estados Unidos de América y Uruguay) han alcanzado y mantenido la meta de dedicar 6% del PIB al financiamiento de la salud, porcentaje que en general se considera necesario para alcanzar la salud universal.

130. El promedio del gasto directo de bolsillo en la salud sigue siendo alto en la Región y asciende a casi un tercio del gasto en salud. La mayor parte de los Estados Miembros no tienen planes de cobertura para proporcionar todos los medicamentos esenciales sin pagos directos en el lugar donde se provee el servicio, y los desembolsos directos para medicamentos y tecnologías sanitarias representan entre 30% y 70% del gasto general en efectivo en salud. Esta es la segunda partida más grande, después de los recursos humanos, de los presupuestos de salud pública y constituye un importante obstáculo para el acceso a los servicios de salud necesarios para gran parte de la población, y muchas familias corren permanentemente el riesgo de caer en la pobreza a raíz de gastos catastróficos en salud.

131. Varios países, entre ellos Anguila, Antigua y Barbuda, Bahamas, Granada y Jamaica, comenzaron a hablar de reformas del financiamiento de la salud, incluida la opción de adoptar programas de seguro nacional de salud. Para mediados del 2019, Anguila había terminado de preparar un proyecto de ley sobre un seguro nacional de salud; Antigua y Barbuda había establecido un sistema de cuentas de salud, con la colaboración de la Oficina y la Unidad de Economía de la Salud de la Universidad de las Indias Occidentales (Campus de San Agustín) en Trinidad y Tabago; Granada había hecho una revisión de las prestaciones, las fuentes de financiamiento y el marco de gobernanza para el seguro nacional de salud, y Saint Kitts y Nevis había iniciado una evaluación actuarial de las prestaciones del seguro nacional de salud.

132. La Oficina coordinó un diálogo subregional del Caribe sobre financiamiento de la salud, realizado en Barbados en agosto del 2018, a fin de apoyar el compromiso de los Estados Miembros de CARICOM de avanzar hacia la salud universal. Participaron altos funcionarios de gobierno de países de CARICOM, representantes de las principales instituciones subregionales del Caribe y

³³ Anguila, Antigua y Barbuda, Argentina, Aruba, Bahamas, Barbados, Belice, Bermudas, Bolivia, Bonaire, Brasil, Costa Rica, Chile, Colombia, Cuba, Curaçao, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, México, Montserrat, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, y Uruguay.

expertos internacionales, con el fin de abordar los retos para el financiamiento de los servicios de salud en el Caribe y señalar oportunidades para fortalecer la colaboración subregional en este tema. Prosiguió la cooperación técnica de la Oficina en los sistemas de pago para las RISS, con la meta de reducir la fragmentación con mecanismos de financiamiento para promover las RISS sobre la base de la estrategia de APS.

Objetivo 5 de la ASSA2030: Medicamentos esenciales, vacunas y tecnologías

133. Los Estados Miembros siguieron haciendo grandes avances en el aumento de la capacidad de los sistemas regulatorios y la obtención de medicamentos y tecnologías sanitarias como estrategias centrales para aumentar el acceso a medicamentos y tecnologías que cumplan las normas internacionales de calidad, seguridad y eficacia.

134. Para mediados del 2019, el Sistema Regulator del Caribe (SRC), órgano regulatorio subregional innovador para el Caribe que fue establecido con cooperación técnica de la Oficina y cuya administración está a cargo del Organismo de Salud Pública del Caribe (CARPHA), había registrado 37 productos con autorización final o provisional y tenía previsto agregar 60 medicamentos recomendados durante el 2019, casi el doble de los recomendados en el 2017 y el 2018. Entre los medicamentos aprobados se encuentran una cura para la hepatitis C contenida en la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS y varios medicamentos para ENT. Para junio del 2019, el SRC había recibido casi 200 informes de eventos adversos y medicamentos inferiores al promedio y falsificados por medio de VigiCarib, su programa de farmacovigilancia y vigilancia posterior a la comercialización. Igual que el SRC, VigiCarib se estableció con la premisa de que un enfoque regional facilitaría la mancomunación de recursos, el intercambio de información, la coordinación de las actividades y las eficiencias de escala en los Estados Miembros de CARICOM, y contribuiría al fortalecimiento general de los sistemas de salud.

135. Cada vez se reconoce más que el SRC es un modelo eficaz para los pequeños estados insulares en desarrollo con recursos humanos limitados. En febrero del 2019, la Oficina y CARICOM presentaron la iniciativa del SRC a los ministros de salud de las islas del Pacífico en una reunión convocada por la Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental (WPRO) en Fiji. Sobre la base de la experiencia del SRC, las islas del Pacífico decidieron avanzar con su propio enfoque regulatorio regional, aprovechando el ejemplo de CARICOM en esta área.

136. En agosto del 2018, como parte de los esfuerzos para fortalecer los organismos de regulación farmacéutica de Centroamérica y la República Dominicana, se inició un proyecto piloto para el examen conjunto de expedientes de medicamentos. El proyecto reunió a personal técnico del organismo de regulación farmacéutica de cada país, con la meta de mejorar el proceso de registro de nuevos productos farmacéuticos en la subregión centroamericana y crear sinergias para aumentar el acceso a medicamentos seguros y eficaces. El proyecto piloto fue patrocinado por la Oficina, la USAID y el Banco Mundial.

137. La Oficina colaboró con la OMS en la producción de la primera herramienta mundial de evaluación comparativa para determinar la capacidad nacional de regulación de medicamentos. Esta herramienta permitirá a los países de todo el mundo detectar los puntos fuertes y las lagunas

en su capacidad de regulación y priorizar áreas críticas para el desarrollo institucional sistemático y transparente. Utiliza elementos de la herramienta regional de la OPS, que se ha aplicado a los sistemas regulatorios de la Región de las Américas durante los últimos diez años y que se mejoró por medio de extensas consultas con organismos de regulación farmacéutica de todo el mundo. En abril del 2019 concluyó la aplicación piloto de la herramienta en El Salvador. Los resultados se usarán para validar la herramienta y la metodología en toda la Región.

138. La Oficina organizó la IX Conferencia de la Red Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica (Red PARF) en El Salvador en octubre del 2018, con el tema “Contribuciones de la armonización regulatoria en el logro de salud para todos: conmemorando 20 años de la Red PARF y 40 años de Alma-Ata”. Asistieron 200 participantes de diversos sectores e instituciones, entre ellos la OMS, la OPS, autoridades regulatorias nacionales, la industria farmacéutica, organizaciones no gubernamentales (ONG) y asociaciones profesionales. Los Estados Miembros de la Red PARF aprobaron notas conceptuales y recomendaciones sobre el estado actual de la regulación de productos medicinales terapéuticos avanzados, la utilización de las decisiones de autoridades regulatorias de otras jurisdicciones, y modelos de sistemas reguladores para estados y mercados pequeños con recursos limitados. Los documentos proporcionan una orientación muy útil a los países en sus iniciativas de fortalecimiento de la calidad, la seguridad, la eficacia y los sistemas regulatorios de los productos farmacéuticos.

139. En un área conexas, la Oficina organizó una reunión de la red de precios para los Estados Miembros que forman parte de la Red de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de las Américas (RedETSA). La reunión, que se realizó en Buenos Aires en noviembre del 2018, se centró en el papel de la evaluación de las tecnologías sanitarias en la ampliación del acceso eficaz y equitativo a los medicamentos. La Oficina también elaboró una lista de dispositivos médicos prioritarios para el primer nivel de atención —la primera lista de ese tipo— a fin de guiar a los países en la selección y el uso racional de dispositivos médicos. La lista abarca 257 dispositivos médicos seleccionados con un enfoque basado en la evidencia que fue validado por los Estados Miembros. Los objetivos son aumentar la disponibilidad de estos dispositivos en el primer nivel de atención y asegurar la capacidad de respuesta de los centros de salud en las RISS. La Oficina también propuso un nuevo modelo para la evaluación, la selección, la incorporación, la prescripción, la dispensación, el uso racional y el seguimiento de medicamentos y tecnologías sanitarias, que se está poniendo a prueba en Paraguay.

140. Con el fin de mejorar la calidad y la seguridad, la cooperación técnica de la Oficina posibilitó la realización de evaluaciones de servicios de radioterapia en 17 países³⁴ en el 2018. En Belice, la Oficina se asoció con el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA) para evaluar las normas de control de calidad de la radiología y el riesgo para la seguridad radiológica, con miras a mejorar los servicios de radiología y la protección contra la radiación en el país.

141. El Fondo Estratégico de la OPS apoyó las negociaciones encabezadas por el MERCOSUR con los fabricantes de medicamentos para la hepatitis C que llevaron a reducciones de hasta 40% del costo de uno de los antivirales críticos. El Fondo Estratégico también colaboró con los Estados

³⁴ Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

Miembros del MERCOSUR en una estrategia de negociación para el 2019 a fin de comprar medicamentos para la hepatitis C y el cáncer.

Mantenimiento y mejora de la inmunización

142. La vacunación sigue siendo un programa emblemático de la estrategia de atención primaria de salud y es una fuerza que impulsa la salud universal. En el 2018, la cobertura regional con la tercera dosis de vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DPT) permaneció en 88%, y 22 países y territorios³⁵ aumentaron la cobertura de vacunación respecto del 2017.

143. La cooperación técnica de la Oficina durante el período analizado procuró mantener la calidad de los programas de vacunación. Se ofrecieron talleres regionales sobre la respuesta rápida a brotes de sarampión, rubéola y poliomielitis; la fiebre amarilla, y la notificación oportuna y correcta por medio del formulario de notificación conjunta de la OPS/OMS y el UNICEF. A escala subregional, se hizo un taller de capacitación para los gerentes del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) en el Caribe, y se realizaron actividades en 22 países y territorios³⁶ para aumentar la capacidad nacional en áreas como la cadena de frío y la gestión eficaz de vacunas, la evaluación de la calidad de los datos, la vacunación en grandes ciudades, la planificación y el funcionamiento del PAI y los registros de vacunación electrónicos.

144. Cuatro países agregaron vacunas nuevas a sus planes nacionales de vacunación durante el período abarcado por el presente informe: Guatemala introdujo la vacuna contra el VPH y Haití introdujo la vacuna antineumocócica en el 2018, en tanto que las Islas Turcas y Caicos y Santa Lucía introdujeron la vacuna contra el VPH en el 2019. Cuarenta países y territorios³⁷ de la Región están usando la vacuna contra el VPH. A pesar de este progreso, en el 2019, uno de los dos proveedores mundiales anunció su salida de los mercados regionales y mundiales, con lo cual ha quedado un solo proveedor de esta vacuna, al menos hasta el 2022. Esta situación causa preocupación con respecto al suministro y el precio de la vacuna. La desconfianza con respecto a la vacuna contra el VPH también plantea un reto, ya que la captación de la vacuna es subóptima a pesar del aumento observado. La Oficina seguirá colaborando con los países para prevenir el desabastecimiento de la vacuna contra el VPH y reforzar la campaña de promoción basada en la evidencia para aumentar la captación de la vacuna.

³⁵ Anguila, Barbados, Belice, Bermudas, Chile, Curaçao, Dominica, Ecuador, Granada, Guatemala, Haití, Honduras, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Perú, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, y Trinidad y Tabago.

³⁶ Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

³⁷ Anguila, Antigua y Barbuda, Argentina, Aruba, Bahamas, Barbados, Belice, Bermudas, Bolivia, Bonaire, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Estados Unidos de América, Granada, Guadalupe, Guatemala, Guyana, Honduras, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Jamaica, México, Montserrat, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Saba, San Eustaquio, San Martín, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, y Uruguay.

145. Se hicieron evaluaciones del programa de inmunización de Islas Vírgenes Británicas, el Comité Asesor en Vacunas e Inmunizaciones (CAVEI) de Chile y el programa regional de inmunización de la OPS.

- a) Como parte de la evaluación realizada en las Islas Vírgenes Británicas se formularon recomendaciones para mejorar la logística de la vacunación y la cadena de frío, la capacitación del personal de salud, la puesta en marcha de un registro de inmunización electrónico y la elaboración de estrategias para la comunicación y movilización social.
- b) En la evaluación efectuada en Chile se recomendó que el CAVEI tratara de aumentar su propia visibilidad y la conciencia del público sobre su labor para fomentar la aceptación de vacunas y la confianza por parte de la comunidad y los prestadores de servicios de salud.
- c) Tras la evaluación del programa regional de inmunización de la OPS, realizada por un comité externo independiente, se recomendó que el programa promoviera más enérgicamente la vacunación y se mostrara más receptivo a los argumentos de los grupos que tienen dudas con respecto a la vacunación; que evaluara las necesidades y mejorara la capacitación y los incentivos para su personal; que hiciera evaluaciones más frecuentes de los programas de inmunización de los países, en particular los países clave; que examinara sus mecanismos financieros, especialmente las contribuciones relativas de donantes externos y de la Organización, y que buscara fondos nuevos de asociados anteriores y nuevos.

146. La Oficina desplegó una extensa respuesta en el terreno frente a los brotes de enfermedades prevenibles mediante vacunación en la Región, que incluyó la cooperación técnica con la República Bolivariana de Venezuela (en adelante Venezuela) para llevar a cabo una campaña de vacunación de gran alcance en la cual se vacunó a alrededor de 9 millones de niños de 1 a 4 años. La Oficina movilizó a expertos técnicos para asistir en la respuesta a brotes, incluidos los de sarampión en Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela; difteria en Haití y Venezuela, y fiebre amarilla en Brasil. La Oficina también colaboró con las autoridades de salud de todos los países de América Latina y el Caribe a fin de mejorar los preparativos para posibles brotes. Además de los ministerios de salud, colaboraron en esta tarea la Iniciativa Sarampión y Rubéola, los CDC de Estados Unidos y el UNICEF. La Oficina movilizó alrededor de US\$ 9 millones³⁸ para estas actividades.

147. La Semana de Vacunación en las Américas, iniciativa emblemática de la Oficina, celebró su decimoséptimo aniversario en abril del 2019, con el lema “Protege tu comunidad. Haz tu parte”. Durante la celebración, 65 millones de personas se vacunaron en 45 países y territorios. En vista del resurgimiento del sarampión en la Región, la Semana de Vacunación en las Américas 2019 tuvo un especial sentido de urgencia. Por ejemplo, los CDC de Estados Unidos señalaron que se habían producido 981 casos de sarampión en 26 estados entre el 1 de enero y el 31 de mayo del 2019, el mayor número de casos notificados en ese país desde 1992 y desde que se declaró la

³⁸ A menos que se indique otra cosa, todas las cifras monetarias en este informe se encuentran en dólares de los Estados Unidos.

eliminación del sarampión en el 2000.³⁹ Otros aspectos destacados de la Semana de Vacunación en las Américas 2019 fueron los siguientes:

- a) administración de 450.000 dosis de vacuna contra el sarampión mediante una variedad de actividades, como campañas de “barrido” y otras actividades de vacunación notificadas por 23 países y territorios,⁴⁰ incluida la focalización en grupos de alto riesgo;
- b) campaña de vacunación masiva contra la gripe en Brasil, donde se hizo la ceremonia inaugural a nivel regional de la Semana de Vacunación en las Américas, que llegó a 59 millones de personas. Además, alrededor de 3.500 profesionales de la salud administraron la vacuna antigripal y otras vacunas corrientes en comunidades indígenas, con la meta de que casi 700.000 niños y adultos de esas zonas estuvieran al día con los planes de vacunación recomendados;
- c) campañas de vacunación contra la gripe en otros 13 países,⁴¹ en previsión de un aumento de la circulación del virus en meses posteriores;
- d) administración de la vacuna antiamarílica en zonas en riesgo de al menos cuatro países (Bolivia, Brasil, Colombia y Ecuador);
- e) vacunación de adolescentes contra el VPH en 16 países y territorios;⁴²
- f) medidas especiales para vacunar a poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, como mujeres durante el embarazo y el puerperio, personal de salud, adultos mayores, poblaciones indígenas, personas con enfermedades crónicas, reclusos y personal penitenciario, en 17 países y territorios.⁴³

148. La Oficina negoció y celebró un importante convenio con la División Médica de la Universidad de Texas para la administración de una patente que protege una vacuna contra el virus del Zika que representa una gran innovación científica. La Oficina también proporcionó asistencia jurídica para ampliar la participación de los países en el Fondo Rotatorio de la OPS y el Fondo Estratégico de la OPS. En ese sentido se están realizando negociaciones con México, algunas provincias de Argentina y varias entidades estatales de Colombia.

³⁹ Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. *Measles cases in 2019*. Disponible en <https://www.cdc.gov/measles/cases-outbreaks.html>. Consultado el 7 de junio del 2019.

⁴⁰ Anguila, Barbados, Belice, Brasil, Colombia, Dominica, Granada, Guatemala, Honduras, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, México, Montserrat, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Martín, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, y Trinidad y Tabago.

⁴¹ Barbados, Belice, Colombia, Dominica, Granada, Honduras, Jamaica, Panamá, Paraguay, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, y Uruguay.

⁴² Anguila, Barbados, Belice, Colombia, Granada, Guatemala, Honduras, Islas Turcas y Caicos, Jamaica, México, Montserrat, Panamá, Paraguay, San Martín, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, y Trinidad y Tabago.

⁴³ Bahamas, Belice, Bermudas, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Guyana, Honduras, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, Nicaragua, Panamá, Perú, República Dominicana, Suriname y Uruguay.

Objetivo 6 de la ASSA2030: Sistemas de información para la salud

149. Reconociendo la necesidad cada vez mayor y la enorme importancia de contar con información oportuna, actualizada y de buena calidad sobre la salud y temas conexos, la Oficina mantuvo la cooperación técnica a fin de promover el marco de los IS4H. Este marco fue introducido en el 2016 para abordar la necesidad de que se dé seguimiento a las metas de los ODS relacionadas con la salud en los datos subnacionales y, en términos más generales, asegurar que los encargados de formular políticas y adoptar decisiones cuenten con los datos que necesitan para adoptar intervenciones en el ámbito de la salud que verdaderamente no dejen a nadie atrás.

150. Durante el período abarcado por el presente informe, la Oficina colaboró con el Grupo de Trabajo Técnico sobre los IS4H apoyado por CARICOM para elaborar una hoja de ruta con el fin de mejorar los sistemas de información para la salud en el Caribe.⁴⁴ La hoja de ruta fue respaldada por CARICOM y el Consejo de Ministros de la Organización de los Estados del Caribe Oriental (OECS).

151. Tras un llamado a concurso,⁴⁵ la Oficina otorgó subvenciones a 36 adjudicatarios de 27 países y territorios⁴⁶ para llevar a cabo proyectos de IS4H en el 2019 con el fin de que los sistemas de información sean más interoperables y estén interconectados. La Red Latinoamericana y del Caribe para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información de Salud (RELACSIS) aprovechó sus alianzas y asociados de toda la Región de las Américas para conseguir que la información técnica y los seminarios por internet sobre los IS4H se difundieran de forma gratuita a los miembros de la red y otros destinatarios. Esto proporcionó a los Estados Miembros un medio para difundir prácticas eficaces y recibir información sobre metodologías, herramientas, políticas y estrategias recomendadas por la Oficina en relación con los IS4H.

152. En el mismo marco, la Oficina ayudó a 15 países y territorios⁴⁷ a usar la herramienta de evaluación de la madurez de los IS4H y formular recomendaciones para mejorar sus sistemas de información para la salud. La Oficina también colaboró con el Banco Interamericano de Desarrollo en el uso de la herramienta para evaluar la madurez de los IS4H a fin de orientar las inversiones en sistemas de información y salud digital. También colaboraron en esta labor USAID, el Ministerio de Asuntos Mundiales de Canadá, el Hospital Italiano de Buenos Aires (centro colaborador de la OMS) y algunas instituciones académicas, como la Universidad de Illinois, la Universidad de Utah y la Universidad de Harvard.

153. Los datos del registro civil son componentes importantes de los IS4H, pero suelen ser inexactos e incompletos. Durante el período examinado, la Oficina organizó cinco cursos

⁴⁴ OPS. *High-level meeting on information systems for health: Advancing public health in the Caribbean region, 7–8 November 2016, Kingston, Jamaica. Meeting report.* Washington, D.C.: OPS; 2017. Disponible en <https://bit.ly/2YIY8HZ>.

⁴⁵ El concurso se cerró en noviembre del 2018.

⁴⁶ Argentina, Antigua y Barbuda, Bermudas, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Curaçao, Ecuador, Guatemala, Guyana, Honduras, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname, San Vicente y las Granadinas, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

⁴⁷ Anguila, Bahamas, Barbados, Bermudas, Dominica, Ecuador, Guyana, Honduras, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, y Trinidad y Tabago.

regionales y tres cursos virtuales para 500 codificadores que trabajaban en el registro civil de países latinoamericanos. Una de las intervenciones de aprendizaje fue un curso que se ofreció en noviembre del 2018 para codificadores de 19 países⁴⁸ sobre búsquedas intencionales de muertes maternas en todas las fuentes de certificados de defunción de los países, o sea, una auditoría de los certificados de defunción para detectar las muertes maternas que no se habían incluido originalmente en el recuento. En el curso se usó el método de Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muertes Maternas (BIRMM), creado por el Centro Mexicano para la Clasificación de las Enfermedades (CEMECE), que es un centro colaborador para la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS.

154. En dos talleres regionales —uno realizado en agosto del 2018 con 16 países⁴⁹ y otro realizado en marzo del 2019 con 12 países⁵⁰— se capacitó a profesionales de ministerios de salud y oficinas nacionales de estadísticas en una metodología utilizada por el Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Materna⁵¹ a fin de estimar la mortalidad materna, y por el Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad Infantil, también de las Naciones Unidas, a fin de medir el número de mortinatos y la mortalidad infantil. Después del curso, la Oficina fomentó la participación de equipos nacionales de los países destinatarios en la selección de estrategias con el propósito de fortalecer la calidad y la cobertura de los datos para fundamentar mejor las intervenciones de los gobiernos y las estimaciones de las Naciones Unidas.

155. Tanto en la ASSA2030 como en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible se insta a los Estados Miembros a que den seguimiento al progreso nacional y subnacional hacia los objetivos y las metas para mejorar la salud y el bienestar de todos los grupos poblacionales. El mandato mundial de los ODS ha planteado grandes retos para la Oficina y los países de la Región de las Américas, ya que los datos que recopila la Oficina por medio de la Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud no abarcan 10 de los 27 indicadores del ODS 3, y muchos países no recopilan datos subnacionales desglosados por las principales variables de estratificación sociodemográfica. Se dará seguimiento al progreso hacia los objetivos de la ASSA2030 principalmente por medio de los indicadores de impacto y de resultados intermedios del proyecto de Plan Estratégico de la OPS 2020-2025, que se seleccionaron en consulta con los 21 integrantes del Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico de la OPS⁵² y se someterán a la aprobación del 57.º Consejo Directivo en septiembre del 2019.

⁴⁸ Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú, Paraguay, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

⁴⁹ Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Suriname.

⁵⁰ Bahamas, Bolivia, Ecuador, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Paraguay, República Dominicana y Trinidad y Tabago.

⁵¹ El Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Materna está integrado por representantes del UNFPA, el UNICEF, la División de Población de las Naciones Unidas, la OMS y el Banco Mundial.

⁵² El Grupo Asesor contó con representación de todas las subregiones de la OPS: el Caribe (Antigua y Barbuda, Bahamas, Dominica, Guyana, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía y Trinidad y Tabago), Centroamérica (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá), América del Norte (Canadá, Estados Unidos de América y México) y América del Sur (Argentina, Bolivia, Brasil, Ecuador, Paraguay y Venezuela). Panamá fue designado para ocupar la presidencia y Bahamas para la vicepresidencia.

156. La Plataforma de Información en Salud para las Américas (PLISA) es el repositorio de datos de la Organización sobre 170 indicadores básicos de salud (365 si se los desglosa), los datos de mortalidad proporcionados por los Estados Miembros y los problemas de salud que van desde la resistencia a los antimicrobianos hasta la vacunación. Se introdujeron mejoras en PLISA durante el período abarcado por el presente informe, que permiten a los países intercambiar datos epidemiológicos, aprovechar su capacidad de análisis para el dengue y el zika y dar seguimiento a indicadores clave, entre ellos la tasa de letalidad del dengue. Se está trabajando en la ampliación de la capacidad de PLISA para incluir información epidemiológica sobre el chikunguña, la leishmaniasis, la malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores.

Objetivo 7 de la ASSA2030: Evidencia y conocimiento en materia de salud

157. Durante el período analizado, la Oficina continuó la cooperación técnica para facilitar y posibilitar la formulación de políticas basadas en la evidencia, la adopción de decisiones y la planificación. Esta tarea estuvo encabezada por el Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME), centro especializado de la OPS ubicado en Brasil.

158. Se indizaron 35.000 documentos nuevos en LILACS, el índice bibliográfico de la OPS de la bibliografía científica y técnica de la Región sobre la salud, y se actualizaron más de 20.000 términos en inglés, francés, español y portugués en DeCS, el vocabulario de la Organización para indizar información científica. LILACS sirvió de piedra angular para dos bibliotecas virtuales nuevas sobre la salud:

- a) La Biblioteca Virtual en Salud en Medicinas Tradicionales, Complementarias e Integrativas (BVS MTCI) fue inaugurada en diciembre del 2018 en reconocimiento de la importancia de la medicina tradicional para los enfoques interculturales incluyentes. La BVS MTCI promueve la visibilidad, el acceso, la utilización y el desarrollo de información científica y material didáctico sobre modelos de sistemas de salud interculturales e incluyentes. Un ejemplo es la iniciativa de la Oficina para integrar los conocimientos tradicionales indígenas sobre la reducción del riesgo de desastres, junto con una red regional en la que participen pueblos indígenas.
- b) El portal EvIDeNCe de CARPHA se estableció con el fin de servir de repositorio dinámico para la investigación, síntesis, documentos pertinentes para la formulación de políticas e información sobre la salud para facilitar la adopción de decisiones fundamentadas en la evidencia en el Caribe. La Oficina presentó el portal en la 49.^a Conferencia de la Asociación de Bibliotecas Universitarias, de Investigación e Institucionales del Caribe (ACURIL) en junio del 2019.

159. La base de datos internacional de las directrices GRADE (BIGG),⁵³ donde se compila la nueva evidencia, comenzó a funcionar en el 2018. Esta base de datos recoge las directrices para la salud pública y la práctica, basadas en la evidencia, elaboradas por la OMS, la OPS, instituciones gubernamentales y asociaciones científicas nacionales e internacionales de varios países que cumplen las normas recomendadas por la OPS/OMS. La base de datos BIGG se integró en la BVS de la OPS, con más de 600 directrices indizadas y enlaces con el texto completo que ofrecen recomendaciones de buena calidad, fundamentadas en la evidencia, con respecto a la salud pública y su práctica. También en el 2018 se estableció un nuevo marco para la interoperabilidad que facilita la actualización continua del Global Index Medicus (GIM) con bibliografía técnica y científica de todas las regiones de la OMS. Se prevé que el portal se actualizará a fines del 2019.

160. En agosto del 2018 se puso en marcha el repositorio de leyes sobre los factores de riesgo de las ENT, que ofrece acceso a los marcos jurídicos establecidos por los países para combatir las enfermedades crónicas. Este repositorio ha facilitado la sistematización de la organización, el seguimiento y la consulta de leyes relacionadas con las ENT en los Estados Miembros. Procura fortalecer la rectoría y la gobernanza con el fin de avanzar hacia la salud universal y proporciona un modelo para compilar legislación en materia de salud.

161. En el marco del programa regional de investigación sobre enfermedades tropicales y el programa OPS de pequeñas subvenciones,⁵⁴ la Oficina fortaleció la capacidad de los países para realizar investigaciones sobre la ejecución en el área de las enfermedades tropicales. En el período abarcado por el presente informe se aprobaron y financiaron cinco proyectos de investigación sobre la ejecución de programas para la tuberculosis, la malaria y la leishmaniasis. La Oficina también llevó a cabo la Iniciativa de Investigación Operacional Estructurada y Capacitación de TDR (SORT IT), cuya finalidad es mejorar la capacidad del personal nacional de salud pública para el diseño y la redacción de protocolos, el análisis de datos, la redacción científica y la difusión de resultados. Durante el período abarcado por el presente informe se ofreció capacitación para personal de salud pública de Ecuador, Paraguay y Uruguay por medio de la investigación operacional integrada y la formación de capacidad relacionada con los sistemas de salud y los programas para combatir enfermedades específicas.

162. Desde mediados del 2018, la Oficina, en colaboración con el CEMECE de México, el UNICEF, el Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Materna, USAID y el Ministerio de Salud de Argentina:

- a) coordinó una serie de sesiones virtuales y presenciales con seis países centroamericanos (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá) a fin de aumentar la capacidad de los profesionales de la salud para analizar datos de estadísticas vitales y

⁵³ GRADE = Clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones.

⁵⁴ El programa conjunto HRP/TDR/OPS de pequeñas subvenciones es una iniciativa del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales, copatrocinado por el UNICEF, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el Banco Mundial y la OMS (conocido como TDR), el Programa Especial PNUD/UNFPA/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana (conocido como HRP) y la OPS.

- abordar los problemas de la calidad de los datos, prestando especial atención a los indicadores de los ODS relacionados con la mortalidad;
- b) trabajó con cuatro países (Bolivia, Colombia, Ecuador y República Dominicana) para mejorar los conocimientos de los profesionales de la salud sobre la metodología para estimar y analizar la mortalidad infantil, neonatal y materna en el plano nacional y subnacional;
 - c) capacitó a profesionales de ministerios de salud y oficinas nacionales de estadísticas de 20 Estados Miembros⁵⁵ para establecer metas y analizar datos subnacionales a fin de determinar las inequidades sociales relacionadas con los indicadores de la ASSA2030 y los ODS.

Objetivo 8 de la ASSA2030: Brotes, emergencias y desastres

163. Continuaron los avances en la institucionalización de programas de manejo de desastres. A fines del 2018, 26 países y territorios⁵⁶ tenían un programa formal de manejo de desastres en el ámbito de la salud, 29⁵⁷ tenían un plan para responder a emergencias de salud, 23⁵⁸ tenían equipos médicos de emergencia, 27⁵⁹ tenían centros de operaciones de emergencias de salud y 30⁶⁰ tenían un comité coordinador nacional para emergencias en el ministerio de salud. Sin embargo, persisten algunas lagunas a pesar del notable progreso. Por ejemplo, de los 26 países y territorios que han establecido formalmente programas para desastres, solo 20⁶¹ tienen programas con personal a tiempo completo y presupuesto propio.

⁵⁵ Bahamas, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname, y Trinidad y Tabago.

⁵⁶ Anguila, Antigua y Barbuda, Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guatemala, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Jamaica, Martinica, México, Nicaragua, Paraguay, Puerto Rico, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Suriname, y Trinidad y Tabago.

⁵⁷ Anguila, Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica (en curso), Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guatemala, Guyana, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Jamaica, Martinica, México, Nicaragua, Panamá, Puerto Rico, San Vicente y las Granadinas, Suriname, y Trinidad y Tabago.

⁵⁸ Anguila, Bahamas, Barbados, Bermudas, Bolivia, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica (en curso), Cuba, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Guyana, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Jamaica, Martinica, México, Nicaragua, Puerto Rico, República Dominicana, y Saint Kitts y Nevis.

⁵⁹ Anguila, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Guatemala, Guyana, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Jamaica, Martinica, México, Nicaragua, Panamá, Puerto Rico, San Vicente y las Granadinas, y Santa Lucía.

⁶⁰ Anguila, Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Bermudas, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guyana, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Jamaica, Martinica, México, Nicaragua, Panamá, Puerto Rico, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, y Trinidad y Tabago.

⁶¹ Antigua y Barbuda, Bolivia, Canadá, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, Estados Unidos de América, Guatemala, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Jamaica, Martinica, México, Nicaragua, Paraguay, Puerto Rico, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, y Suriname.

164. En el período analizado, la Oficina continuó —y mejoró, en los casos en que era necesario— su cooperación técnica con países que se enfrentaban con desastres ocasionados por amenazas naturales u otras emergencias, o incluso con problemas relacionados con la migración masiva, el cambio climático y los brotes de enfermedades. Esta tarea abarcó la respuesta a situaciones inmediatas y prolongadas, así como en la etapa posterior al evento y en la etapa de recuperación, y la adaptación al cambio climático. La respuesta consistió en la colaboración con autoridades nacionales de salud y de otros sectores, así como con asociados regionales e internacionales, para detectar y subsanar brechas, y formar la capacidad nacional y subnacional necesaria para responder a diversas situaciones y mitigarlas.

165. En su labor para aumentar la resiliencia de los Estados Miembros frente a las emergencias y los desastres, la Oficina contó con la colaboración de importantes asociados, entre ellos la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), los CDC de Estados Unidos, la Oficina de Asistencia para Desastres en el Exterior de USAID, la Oficina del Subsecretario de Preparación y Respuesta del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, el Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido, la Dirección General de Protección Civil y Operaciones de Ayuda Humanitaria Europeas (ECHO), el Fondo central para la acción en casos de emergencia (CERF) de las Naciones Unidas, el Fondo para Contingencias relacionadas con Emergencias (FCE) de la OMS y los gobiernos de Macau, Nueva Zelanda y Suiza.

**Fortalecimiento de la capacidad para tomar decisiones durante emergencias
en Chile, Haití y República Dominicana**

La Oficina, en coordinación con los ministerios de salud y los servicios nacionales de salud de Chile, Haití y República Dominicana y con el apoyo de varios asociados, organizó talleres sobre mecanismos de coordinación y decisión para las operaciones de respuesta a emergencias de salud.

Estos talleres, realizados en el marco del RSI, procuraban fortalecer la capacidad del personal técnico para tomar decisiones durante emergencias de salud y elaborar, actualizar y difundir procedimientos normalizados de trabajo. Eso posibilitará una respuesta oportuna, coordinada e integral en la cual todos los componentes del sector de la salud estén representados en un plan para responder a múltiples riesgos.

Los representantes de los Estados Miembros observaron que algunos desastres son una consecuencia del cambio climático e hicieron énfasis en la relevancia de los talleres para ayudar a los países de la Región de las Américas a responder de manera apropiada y reducir el impacto de las emergencias y los desastres. Se subrayó la importancia de los centros de operaciones para emergencias de salud, sean físicos o virtuales, a fin de aunar los aspectos políticos y técnicos y facilitar la ejecución oportuna de los planes de emergencia.

La migración masiva y las necesidades crecientes de salud pública en Venezuela y los países vecinos

Entre el 2015 y el 2018, más de 3 millones de venezolanos migraron a otros países de la Región y del resto del mundo debido a la situación política y socioeconómica del país. La crisis ha tenido graves repercusiones en la capacidad del sistema de salud de Venezuela y ha dado lugar a una escasez de personal, medicamentos, productos y suministros para la salud, así como al mantenimiento inadecuado de equipo crítico y servicios esenciales, como agua, electricidad, gases médicos, abastecimiento de alimentos y eliminación de desechos. Esto ha puesto en riesgo los avances en el campo de la salud o los ha revertido, y la interrupción de los sistemas de vigilancia epidemiológica y el debilitamiento de los programas de vacunación han causado un resurgimiento de enfermedades que ya se habían eliminado (como el sarampión y la difteria) o controlado (como la malaria). Los países vecinos (Brasil, Colombia, Ecuador y Perú) siguen recibiendo un gran número de migrantes venezolanos y son la primera parada para los que se dirigen a otros lugares de la Región, y este flujo migratorio constituye un riesgo para la propagación de enfermedades transmisibles en toda la Región.

La Oficina ha intensificado la cooperación técnica para fortalecer las redes de servicios de salud de Venezuela y de los países vecinos a fin de hacer frente a los brotes activos de enfermedades y las necesidades de salud cada vez mayores. Durante el período analizado, la Oficina colaboró con las autoridades nacionales y con asociados externos a fin de elaborar un plan maestro para el control de la infección por el VIH, la tuberculosis y la malaria en Venezuela, y organizó una reunión de asociados e interesados para presentarlo y examinarlo. El plan maestro recibió \$5 millones del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria para la compra de antirretrovirales por medio del Fondo Estratégico de la OPS.

La Oficina movilizó más de \$20 millones de la comunidad internacional para fortalecer la capacidad de adaptación de los sistemas de salud nacionales y locales, y colaboró con las autoridades nacionales y otros asociados en la esfera de la salud a fin de apoyar los servicios de salud locales y proporcionar atención de salud esencial a los grupos más vulnerables entre los migrantes y la población receptora. En Colombia, Ecuador y Perú, la labor se centró en la mejora del acceso y la capacidad para proporcionar servicios de salud esenciales y en el fortalecimiento de la vigilancia sanitaria nacional y descentralizada, la gestión de la información y los sistemas de vigilancia para la detección y el control de brotes.

En Venezuela, la Oficina aumentó las intervenciones a corto plazo y de gran impacto con el fin de reforzar la capacidad institucional y de la comunidad para la vigilancia y el control de brotes, el manejo clínico de casos relacionados con agentes patógenos de gran impacto y grandes consecuencias, y los preparativos para hacer frente a amenazas para la salud. En el 2018, con financiamiento de asociados estratégicos y recursos propios, la Oficina compró 82 toneladas de medicamentos esenciales y suministros médicos para algunos establecimientos de salud prioritarios, los principales programas de salud y algunos ONG estratégicas asociadas. En los primeros tres meses del 2019, la Oficina compró 80 toneladas más de medicamentos y suministros, incluidos productos para el tratamiento de la malaria con complicaciones, el sarampión, la difteria, las urgencias de salud reproductiva y las ENT.

La Oficina proporcionó cooperación técnica y apoyo logístico para una campaña nacional de vacunación contra el sarampión y la difteria que llegó a casi 9 millones de niños. La Oficina ayudó con la compra directa de 9 millones de dosis de vacuna combinada contra el sarampión y la rubéola y 1,5 millones de dosis de vacuna contra el tétanos y la difteria, así como jeringas y cajas de seguridad; la contratación de ocho expertos internacionales y 30 profesionales nacionales; el transporte para las operaciones sobre el terreno, incluso en zonas remotas de los estados de Amazonas y Delta Amacuro,

y la capacitación de los vacunadores y los profesionales de la salud. La Oficina también estableció el Sistema de Gestión de Incidentes en mayo del 2018, con el despliegue de más de 60 profesionales de la sede de la OPS y las representaciones para colaborar en la gestión técnica, administrativa y logística.

Junto con el MERCOSUR, el Instituto Social del MERCOSUR, la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica y el ORAS, la Oficina apoyó la labor de los grupos de trabajo técnicos sobre la salud fronteriza que, entre otros temas, abordaron los retos para la salud relacionados con la migración masiva en el Chaco sudamericano, el altiplano andino y la cuenca amazónica.

La cooperación técnica ha aumentado considerablemente en Venezuela y los países vecinos con la finalidad de atender las necesidades críticas vinculadas al fenómeno prolongado y complejo de la migración masiva. Sin embargo, subsisten grandes brechas en la disponibilidad continua y el acceso no discriminatorio a servicios de salud críticos para los grupos más vulnerables.

Equipos médicos de emergencia

166. La iniciativa de equipos médicos de emergencia procura mejorar los preparativos para situaciones de emergencia y apoyar el despliegue rápido y eficiente de equipos médicos nacionales e internacionales para proporcionar atención clínica coordinada y de buena calidad, a fin de reducir la pérdida de vidas y prevenir la discapacidad a largo plazo causada por desastres debidos a las amenazas naturales, los brotes y otras emergencias. La iniciativa, centrada en el fortalecimiento de la capacidad y la respuesta a escala local y nacional, apoya a las autoridades nacionales de salud en su papel de liderazgo y aprovecha la capacidad nacional de los países para apoyarse mutuamente.

167. Hasta la fecha, la mayor parte del trabajo de la Oficina con los equipos médicos de emergencia ha consistido en la introducción de la iniciativa en los países y territorios de la Región; la creación de herramientas operacionales y de células de información y coordinación médica (CICOM), cuya finalidad es facilitar el manejo de la información y la coordinación de los equipos médicos de emergencia durante las emergencias y los desastres, y el fortalecimiento de la capacidad logística y operativa de los equipos médicos de emergencia. El trabajo de la Oficina con los Estados Miembros ha incluido la selección, la inscripción, la mentoría, el fortalecimiento y la clasificación de equipos médicos de emergencia locales y nacionales y la adopción de normas mundiales para la iniciativa. Participan también más de 30 ONG de América Latina y el Caribe dedicadas a la asistencia médica humanitaria. La iniciativa facilita la difusión y el análisis de prácticas adecuadas, conceptos técnicos y temas operativos relacionados con el desarrollo y la respuesta de los equipos médicos de emergencia, con miras a una mejora continua.

168. A diciembre del 2018, 39 países y territorios⁶² habían introducido oficialmente la iniciativa de equipos médicos de emergencia a escala nacional y estaban recibiendo apoyo de la Oficina para formar capacidad nacional y local en el área del manejo de emergencias de salud y crear sus

⁶² Anguila, Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bermudas, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, México, Montserrat, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

propios equipos médicos de emergencia. Se ha sensibilizado a más de 500 especialistas en manejo de emergencias de salud de los países y se los ha capacitado en mecanismos de coordinación de equipos médicos de emergencia. Se ofrecieron cinco cursos regionales para coordinadores de equipos médicos de emergencia en Panamá (2015), Costa Rica (2016), Chile (2017), Estados Unidos de América (2018) y Barbados (2019). Estas intervenciones contribuyeron al establecimiento de una nómina regional de 112 coordinadores de equipos médicos de emergencia capacitados de 35 países y territorios,⁶³ listos para desplegarse a escala nacional, regional y mundial con el fin de facilitar la coordinación de la asistencia médica en situaciones de emergencia.

169. Durante el período abarcado por el presente informe, 23 Estados Miembros⁶⁴ designaron oficialmente puntos focales de los equipos médicos de emergencia para que representasen a su país en el grupo regional de equipos médicos de emergencia. Los equipos de tres instituciones u organizaciones nacionales han sido designados equipos internacionales por la OMS: el Equipo Rubicon de Estados Unidos, el Ministerio de Salud de Ecuador y la Caja Costarricense de Seguro Social. Además, 30 equipos están inscritos en un programa de mentoría para lograr la clasificación internacional de la OMS. Cinco países (Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador y Perú) están implementando procedimientos nacionales para solicitar y desplegar equipos médicos de emergencia, y están estableciendo células de información y coordinación médica con la cooperación técnica de la Oficina.

170. La Oficina colaboró con la Fuerza de Defensa de Barbados y el Sistema de Seguridad Regional del Caribe en la compra del hospital de campaña que usarán los equipos de respuesta del Caribe oriental y la capacitación sobre su uso. El hospital recibirá la certificación de equipo médico de emergencia de nivel 1 de la OMS en julio del 2019, y ya se ha iniciado la labor para fortalecer el hospital a fin de que llegue al nivel 2 para el 2020, con el apoyo de los gobiernos de Estados Unidos y China.

Fortalecimiento de las capacidades básicas requeridas por el RSI

171. El RSI proporciona el marco fundamental para la colaboración de los Estados Miembros a fin de abordar el tema de la seguridad de la salud mundial. El Reglamento es un documento jurídicamente vinculante que requiere que los Estados Partes notifiquen al Punto de Contacto de la OMS para el RSI, que funciona en la Oficina en el caso de la Región de las Américas, todo evento, independientemente de su origen o fuente, que pueda tener implicaciones para la salud pública internacional. Estos eventos pueden luego ser declarados emergencias de salud pública de importancia internacional, de acuerdo con los criterios definidos. El fortalecimiento de las capacidades básicas de los países para aplicar el RSI sigue siendo una prioridad importante para la cooperación técnica de la Oficina, y el trabajo relacionado con el RSI durante el período

⁶³ Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Bermudas, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Estados Unidos de América, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Nicaragua, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

⁶⁴ Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Perú, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Uruguay y Venezuela.

abarcado por el presente informe se llevó a cabo con el apoyo de los CDC de Estados Unidos, el Ministerio de Asuntos Mundiales de Canadá y contribuciones voluntarias nacionales de Brasil.

172. La información especial o “inteligencia” sobre epidemias es el ciclo de recopilación, análisis e interpretación organizados y sistemáticos de información de todas las fuentes para detectar, comprobar e investigar posibles riesgos para la salud. Las actividades captadas a lo largo de este ciclo son funciones básicas establecidas en el RSI. Se necesita un sistema y una red mundial de alerta temprana eficiente que publique evaluaciones de riesgos de todos los eventos que puedan tener implicaciones para la salud pública en el sitio de información sobre eventos del Centro Nacional de Enlace para el RSI dentro de las 48 horas siguientes a la finalización de la evaluación.

173. Un aspecto fundamental del cumplimiento del RSI es la capacidad de los países para comunicar de manera eficiente y con exactitud, interna y externamente, eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional en un lapso de 24 horas. Entre el 1 de julio del 2018 y el 17 de mayo del 2019, 117 eventos que se produjeron en la Región de las Américas se registraron en el sistema interno de manejo de eventos de la OMS: 10 requirieron documentación necesaria con una evaluación rápida de riesgos, la información con respecto a ocho eventos se difundió por medio del sitio seguro de la OMS para la información sobre eventos utilizado por los Centros Nacionales de Enlace para el RSI, y la información con respecto a tres eventos se dio a conocer en la página web pública de la OMS con noticias sobre brotes de enfermedades.

174. De acuerdo con sus funciones de análisis y evaluación de riesgos, la Oficina emitió 28 alertas epidemiológicas y actualizaciones entre el 1 de julio del 2018 y el 17 de mayo del 2019, relacionadas principalmente con enfermedades prevenibles mediante vacunación. Las alertas epidemiológicas y actualizaciones incluyeron recomendaciones para abordar los eventos, y fueron la única fuente autorizada de información actualizada de dominio público sobre eventos en Venezuela.

175. El período abarcado por este informe coincidió con la introducción de un instrumento revisado para la notificación bajo el RSI.⁶⁵ El instrumento, que contiene cambios en las funciones esenciales de salud pública relacionadas con las capacidades básicas requeridas por el RSI, facilita la presentación obligatoria de los informes anuales de los Estados Partes a la Asamblea Mundial de la Salud, de conformidad con el artículo 54 del RSI. Treinta y tres de los 35 Estados Partes de las Américas (94%) presentaron informes anuales a la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2019. Se analizaron los datos de 31 de los Estados Partes que presentaron informes anuales del 2018:⁶⁶ 17 (55%) indicaron que habían probado, examinado y actualizado al menos uno de los instrumentos que constituían su marco nacional para emergencias de salud, 11⁶⁷ (35%) dijeron que

⁶⁵ RSI (2005). Instrumento de autoevaluación para la presentación anual de informes de los Estados Partes. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272956>.

⁶⁶ Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Belice, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

⁶⁷ Brasil, Canadá, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, México, Nicaragua, Suriname y Uruguay.

los presupuestos se distribuían oportunamente y se ejecutaban de una manera coordinada y 19⁶⁸ (61%) afirmaron que había un mecanismo de financiamiento público para situaciones de emergencia en los sectores pertinentes que posibilitaba la recepción estructurada y la distribución rápida de fondos para responder a emergencias de salud pública.

176. Las puntuaciones promedio para la Región de las Américas fueron de alrededor de 60% o más, y las puntuaciones relacionadas con 12 de las 13 capacidades básicas requeridas por el RSI⁶⁹ fueron superiores al promedio mundial, excepto por la capacidad básica de prestación de servicios de salud. La puntuación promedio regional más alta, de 92%, siguió siendo la correspondiente a amenazas zoonóticas, mientras que las capacidades básicas vinculadas a los recursos humanos y la respuesta a eventos relacionados con peligros químicos tuvieron los puntajes más bajos: 65% y 63%, respectivamente. No obstante, el estado de las capacidades básicas en las distintas subregiones siguió siendo heterogéneo. Las puntuaciones subregionales promedio más altas se observaron sistemáticamente en América del Norte, en tanto que la mayoría de las capacidades básicas con las puntuaciones promedio más bajas correspondieron al Caribe, en las áreas de legislación y financiamiento, eventos zoonóticos y la interfaz entre los seres humanos y los animales, vigilancia, recursos humanos, comunicación de riesgos, puntos de entrada, eventos químicos y situaciones de emergencia por radiación.

177. El marco de seguimiento y evaluación del RSI del 2018 tiene un componente obligatorio (el informe anual de los Estados Partes) y tres voluntarios (examen posterior a la acción de eventos de salud pública, simulacros y evaluaciones externas voluntarias). Durante el período abarcado por el presente informe, la Oficina colaboró con Granada para realizar una evaluación externa voluntaria con el instrumento de evaluación externa conjunta del 2018, y la Oficina está colaborando con Argentina, Haití y República Dominicana en los preparativos para recibir (o recibir nuevamente, en el caso de Haití) una evaluación externa voluntaria durante el segundo semestre del 2019. Cuatro Estados Partes incluyeron una evaluación externa voluntaria en su plan de trabajo bienal para el 2018-2019 y cuatro expresaron interés en someterse a una evaluación externa voluntaria. La Oficina facilitó simulacros en Bolivia, Brasil y República Dominicana y exámenes posteriores a la acción de eventos de salud pública en Brasil y República Dominicana.

178. El fortalecimiento de la prevención y el control de infecciones es una capacidad básica requerida en el RSI. Durante el período abarcado por el presente informe, la Oficina impartió capacitación sobre prevención y control de infecciones, investigación de brotes, y vigilancia y contención de infecciones relacionadas con la atención de salud en 30 países y territorios.⁷⁰ La Oficina siguió abogando por la asignación de prioridad a escala nacional a la agenda de prevención y control de infecciones relacionadas con la atención de salud, el uso del marco de la OMS para la

⁶⁸ Argentina, Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Jamaica, México, Nicaragua, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, y Uruguay.

⁶⁹ Las capacidades básicas establecidas en el RSI y su estado de aplicación en la Región se pueden consultar en el documento CD57/INF/4 de la OPS, de julio del 2019.

⁷⁰ Anguila, Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Bermudas, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, Montserrat, Nicaragua, Panamá, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, y Venezuela.

aplicación de componentes básicos de la prevención y el control de infecciones, y la designación de puntos focales nacionales en esta área. La cooperación técnica con algunos países específicos abarcó lo siguiente:

- a) Ecuador: se estableció un grupo de trabajo multidisciplinario para revisar las políticas de prevención y control de infecciones y establecer un conjunto mínimo de indicadores para la vigilancia de infecciones relacionadas con la atención de salud.
- b) Guyana: un brote de histoplasmosis que se produjo en abril del 2019 en trabajadores de minas de manganeso destacó la necesidad de revisar la política nacional de prevención y control de infecciones e iniciar la capacitación del personal de salud en preparativos (detección temprana de enfermedades emergentes y reemergentes que puedan dar lugar a brotes o epidemias) y respuesta (investigación inmediata de casos, con medidas de contención y comunicación de resultados).
- c) República Dominicana: un brote de micobacterias no tuberculosas ofreció una oportunidad a la Oficina para concientizar sobre la agenda de prevención y control de infecciones, y apoyar la formulación de una directriz nacional sobre las mejores prácticas de prevención y control de infecciones.
- d) Suriname: tras una evaluación nacional de las normas mínimas para la prevención y el control de infecciones en los establecimientos de salud y un brote intrahospitalario en unidades neonatales, la Oficina apoyó el refuerzo de las capacidades y políticas nacionales para la prevención y el control de infecciones y la vigilancia de las infecciones relacionadas con la atención de salud.
- e) Trinidad y Tabago: la Oficina colaboró en la formulación de una política nacional sobre prevención y control de infecciones y vigilancia de infecciones relacionadas con la atención de salud, incluidas las funciones y las responsabilidades del personal de salud, así como la publicación del manual nacional sobre prevención y control de infecciones.

179. Se fortalecieron los preparativos y la capacidad de respuesta para una pandemia de gripe en 23 países⁷¹ con la cooperación técnica de la Oficina. Como parte de esta tarea se evaluaron los sistemas nacionales de vigilancia, el uso de datos para la formulación de políticas basadas en la evidencia y la gravedad de la gripe estacional. Los resultados incluyeron no solo una mejora de la capacidad nacional en el ámbito de los preparativos y la respuesta para una pandemia de gripe, sino también la ampliación de la red regional de profesionales para apoyar a los países en casos de pandemia. Además, Argentina y Trinidad y Tabago recibieron capacitación en gestión de calidad y bioseguridad de los laboratorios para la gripe; Bolivia y República Dominicana fortalecieron sus equipos multisectoriales de respuesta rápida, y Colombia, El Salvador, Haití, Jamaica, México, Paraguay, República Dominicana y Suriname aumentaron su capacidad para el despliegue eficaz de vacunas antipandémicas e insumos conexos.

⁷¹ Barbados, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Haití, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Suriname y Uruguay.

Brote de cólera en Haití

En el 2018 se notificaron 3.786 casos presuntos de cólera en Haití, principalmente en los departamentos de Artibonito y el Centro, el número anual más bajo desde el comienzo de la epidemia en el 2010. En el 2019, para mediados de abril se habían notificado 308 casos presuntos; el último caso confirmado por laboratorio se notificó a principios de febrero del 2019.

La reducción constante de los casos notificados de cólera puede atribuirse al apoyo concertado de asociados internacionales, incluida la cooperación técnica ininterrumpida de la Oficina con el Ministerio de Salud Pública y Población (MSPP) y otras autoridades nacionales, entre ellas la Dirección Nacional de Agua Potable y Saneamiento (DINEPA), con apoyo del CERF y el Banco Mundial. La Oficina proporcionó asistencia para la vigilancia epidemiológica, la capacidad en materia de laboratorios, el manejo médico de casos y la vacunación.

Desde julio del 2018, el sistema de “enfermeras labo-moto”, una red de enfermeras de campo establecida en diciembre del 2017 para transportar muestras de centros de tratamiento de las diarreas agudas (CTDA), ha operado en seis de los diez departamentos que han notificado casi todos los casos sospechosos. Otras iniciativas consistieron en el suministro de materiales para la obtención de muestras de cólera (medio de transporte Cary Blair) a los CTDA, la capacitación del personal de los CTDA para obtener muestras de personas con cólera en cumplimiento de las normas de bioseguridad y la entrega de los resultados de las pruebas de laboratorio a los CTDA. Entre julio del 2018 y abril del 2019, las enfermeras labo-moto transportaron 1.556 muestras de cólera, suministraron 2.041 medios de transporte Cary Blair a los CTDA y capacitaron a 1.299 trabajadores de CDTA.

Las iniciativas contribuyeron a un aumento notable de la notificación de casos en todo el país desde el 2017, año en que se obtuvieron muestras de menos de 30% de los casos presuntos de cólera. En el 2018 se obtuvieron muestras de 80% de los casos y a mediados de mayo del 2019 se habían obtenido muestras de 97% de los casos. El aumento del muestreo y de la confirmación de casos presuntos de cólera en este país clave ha llevado a una mejor comprensión de la transmisión del cólera y ha fundamentado las decisiones para orientar mejor el uso de los recursos limitados.

Brote de fiebre amarilla en Brasil

El brote de fiebre amarilla más grande de la historia reciente de Brasil comenzó en el 2016. A junio del 2019 se habían notificado 2.236 casos confirmados en seres humanos, con 759 muertes, y 2.542 en animales, principalmente a lo largo de la costa este y en el sudeste. De estos casos, 82 casos confirmados en seres humanos y 48 en animales se notificaron entre el 1 de enero y el 9 de junio del 2019. Al mediados del 2019, la Oficina seguía trabajando en “modalidad de alerta” y estaba dando seguimiento al brote en colaboración con las autoridades nacionales de salud. La cooperación técnica de la Oficina abarca información especial sobre epidemias, seguimiento de las actividades de vacunación, mapeo de casos en seres humanos y en animales, e informes periódicos de la evolución del brote.

En diciembre del 2018, la Oficina convocó una reunión con funcionarios de los ministerios de salud de Argentina, Brasil y Paraguay en la ciudad brasileña de Foz do Iguacu a fin de examinar las estrategias de respuesta en caso de aparecieran casos de fiebre amarilla en las zonas fronterizas. Los participantes llegaron a un acuerdo sobre una estrategia común de respuesta adaptada a la estructura de salud de cada país, basada en intervenciones integrales, entre ellas vacunación, control de vectores y vigilancia epizootica urbana. Las medidas pertinentes consisten en la vacunación en los municipios con cobertura baja de vacunación, campañas en los medios de comunicación, capacitación de los

profesionales de la salud en la vigilancia y el control de la fiebre amarilla, y el fortalecimiento de la vigilancia de primates no humanos para facilitar la detección temprana.

La cooperación técnica de la Oficina mejoró la preparación y la respuesta para la fiebre amarilla en Argentina, Perú y Suriname, centradas en el fortalecimiento de las redes de laboratorios de los países, la vigilancia de epizootias y epidemias, el manejo clínico y la evaluación de riesgos geográficos de acuerdo con el RSI. También se crearon herramientas predictivas para pronósticos de la fiebre amarilla, la planificación de la prevención y la respuesta temprana a brotes.

180. La capacidad adecuada de detección y diagnóstico de laboratorio es crucial para que los países puedan detectar y notificar emergencias de salud pública de importancia internacional de conformidad con el RSI. Durante el período abarcado por el presente informe, la Oficina contribuyó a la capacitación en las siguientes áreas:

- a) aislamiento de virus y cultivos celulares en Argentina;
- b) detección y diagnóstico de laboratorio de enfermedades arbovirales y gripe, incluido un curso de bioinformática realizado en la Universidad Federal de Minas Gerais (Brasil) en el cual participó personal de Argentina, Cuba, México, Panamá y Paraguay;
- c) detección molecular de la fiebre amarilla y el virus de Mayaro, en un contexto de cocirculación, para personal de laboratorio de Barbados y Jamaica;
- d) detección molecular de arbovirus en mosquitos para personal de laboratorio, en un curso ofrecido en Brasil que contó con participantes de Chile y Jamaica.

181. La Oficina también desempeñó un papel decisivo en el suministro de material de laboratorio a los países que tienen dificultades —limitaciones presupuestarias, pocos proveedores y normas aduaneras— para obtener reactivos críticos y materiales de laboratorio.

- a) Se proporcionaron reactivos para la detección molecular del virus de Mayaro al Instituto Nacional de Salud Pública de Guayaquil (Ecuador), con lo cual se pudo confirmar por primera vez la presencia del virus en el país en abril del 2019.
- b) Se proporcionaron reactivos críticos y material de laboratorio para la detección molecular y estudios serológicos de enfermedades arbovirales y causadas por otros virus a 26 países.⁷² Este mecanismo de suministro, que usa la misma fuente de materiales y los mismos protocolos para todos los países, asegura la continuidad del componente de laboratorio de la vigilancia nacional de los virus y el uso de reactivos de buena calidad y materiales normalizados en la red de laboratorios. Asimismo, facilita la comparabilidad de los resultados y la solución eficiente de problemas, en particular los relacionados con la detección molecular.

⁷² Argentina, Barbados, Belice, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Uruguay y Venezuela.

182. Se amplió el programa de evaluación externa de la calidad del desempeño de los laboratorios a fin de incluir virus endémicos y emergentes, y de asegurar la exactitud de las plataformas de laboratorio serológicas y moleculares para el diagnóstico de enfermedades arbovirales y gripe. Actualmente participan 28 laboratorios de 24 países⁷³ en el programa.

183. En el 2018, la Oficina hizo la primera evaluación externa de la calidad del diagnóstico molecular de la fiebre amarilla en la Región de las Américas. La serie de muestras para la evaluación fue diseñada, coordinada y distribuida por la Oficina en colaboración con el Instituto Robert Koch de Alemania. La evaluación abarcó los laboratorios de salud pública nacionales y subnacionales, y se enviaron series de muestras a 31 laboratorios de 21 países.⁷⁴ Los resultados generales mostraron una concordancia con el resultado previsto en 30 de 31 laboratorios (97%), lo cual confirmó los beneficios de la capacitación y del uso de métodos y procedimientos de referencia en toda la Región.

184. Durante el período examinado, la Oficina colaboró con el OIEA, la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) y el Centro Colaborador de la OMS para el Manejo de Salud Pública de la Exposición a Sustancias Químicas (CC UNK-179 de la OMS) con el fin de ayudar a los Estados Partes a fortalecer los mecanismos intersectoriales para abordar esta amenaza.

Fortalecimiento de los preparativos para situaciones de emergencia y reducción de riesgos de desastres en el sector de la salud

185. La cooperación técnica de la Oficina contribuyó al fortalecimiento de la capacidad nacional relacionada con los preparativos para situaciones de emergencia y la reducción de riesgos de desastres por medio de la capacitación sobre atención de víctimas en gran escala, sistemas de comando de incidentes y la formulación y finalización de planes de manejo de desastres ocasionados por varios peligros. La Oficina formuló, difundió y promovió directrices y herramientas para fortalecer la capacidad de los países para hacer frente a emergencias de salud y desastres, entre las cuales cabe señalar las siguientes:

- a) el *Marco de respuesta multiamenaza del sector de la salud*, que se terminó de preparar a principios del 2019 y se promovió en talleres realizados en Guatemala y República Dominicana;
- b) el *Índice de preparativos ante emergencias y desastres en salud*, también terminado a principios del 2019, que ayudará a los países a evaluar su capacidad para responder a eventos naturales, ocasionados por el hombre y epidémicos;
- c) información y nuevos protocolos para la realización de estudios epidemiológicos de afecciones respiratorias durante erupciones volcánicas;

⁷³ Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Guayana Francesa, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

⁷⁴ Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Guyana, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname, Uruguay y Venezuela.

- d) directrices preliminares, tituladas *Ola de calor y medidas a tomar*, cuya finalidad es mejorar la capacidad del sector de la salud para prepararse para esta amenaza y responder en coordinación con los servicios meteorológicos; entre diciembre del 2018 y febrero del 2019, siete países de la Región (Argentina, Brasil, Chile, México, Paraguay, Perú y Uruguay) declararon una alerta por ola de calor casi simultáneamente, algo nunca antes visto en la Región;
- e) el sistema de comando de incidentes para hospitales, que se introdujo en todos los países centroamericanos; en siete países (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana), la Oficina capacitó a 98 facilitadores, que repetirán la metodología en sus países.

Tornado de categoría EF4 en La Habana (Cuba)

El 27 de enero del 2019, un tornado de categoría EF4 (en la escala Fujita mejorada, que tiene cinco niveles) golpeó directamente a La Habana. Este fenómeno meteorológico sin precedentes afectó a alrededor de 532.000 habitantes de cinco de los quince municipios de la capital de Cuba y ocasionó grandes daños a la infraestructura, incluidos establecimientos de salud críticos y sistemas de servicio públicos. Sufrieron daños 19 instituciones de salud, entre ellas el hospital materno Hijas de Galicia. Este hospital, que ocupa el primer lugar por el número de partos en la capital y el segundo en todo el país, sirve de centro de referencia para la atención perinatal. Después del tornado hubo que evacuar el hospital, lo cual afectó la continuidad de la atención de salud esencial para los grupos más vulnerables, como los niños y las embarazadas.

Frente a este evento, la Oficina activó su mecanismo de respuesta a emergencias y proporcionó apoyo directo a las autoridades cubanas para evaluar y atender las necesidades humanitarias inmediatas. Asimismo, movilizó a expertos en evaluación de daños para acompañar a funcionarios del Ministerio de Salud en visitas en el terreno y determinar cuáles eran las medidas más urgentes que era necesario tomar, y brindó asistencia para vigilar la calidad del agua en los municipios afectados a fin de evitar una compleja situación epidemiológica en un contexto de deterioro de las condiciones ambientales.

La Oficina movilizó \$300.000 del CERF y el Gobierno de Suiza en apoyo de las medidas de respuesta prioritaria del sector de la salud como el restablecimiento rápido de servicios críticos en los centros de salud dañados y el refuerzo de la vigilancia epidemiológica y del control de enfermedades transmitidas por el agua y por vectores a fin de prevenir brotes. Las prioridades señaladas con el fin de restablecer y fortalecer los servicios de salud afectados fueron la reparación de la infraestructura dañada y la compra de suministros esenciales y equipo de salud para el control de vectores, la vigilancia epidemiológica y el funcionamiento de los laboratorios.

186. La Oficina, en colaboración con el Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido y con apoyo adicional del Ministerio de Asuntos Mundiales de Canadá, coordinó la ejecución del tercer año de la fase II de la iniciativa Hospitales Inteligentes en los siete países destinatarios: Belice, Dominica, Granada, Guyana, Jamaica, San Vicente y las Granadinas, y Santa Lucía. La iniciativa procura fortalecer los establecimientos de salud combinando mejoras de la seguridad y la ecologización —por ejemplo, con el uso sostenible del agua y de energía renovable— para abordar las brechas, aumentar la resiliencia y generar ahorros en las operaciones. Cabe señalar los siguientes logros obtenidos durante el período analizado:

- a) modernización de siete establecimientos en Dominica, Granada, San Vicente y las Granadinas y Santa Lucía y selección de 13 establecimientos más que se modernizarán para agosto del 2019 (el apogeo de la temporada de huracanes) y otros 21 cuya modernización se iniciará durante los próximos seis meses;
- b) evaluación de 362 establecimientos de salud de 10 países del Caribe (Antigua y Barbuda, Bahamas, Belice, Dominica, Granada, Guyana, Jamaica, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía y Suriname) y selección de 54 establecimientos que se modernizarán; 10% de los establecimientos seleccionados atienden a grupos en situación de vulnerabilidad (son hogares para jóvenes, personas mayores y personas con trastornos mentales); dos establecimientos de dos países son establecimientos de salud estratégicamente importantes porque se encargan del almacenamiento de suministros para todo el país; además, los evaluadores recibieron capacitación en el uso de la *Herramienta para hospitales inteligentes*.

187. En el contexto de la iniciativa de Hospitales Seguros, la Oficina actualizó y publicó las directrices para el índice de seguridad hospitalaria en español e inglés. En octubre del 2018, capacitó a 50 personas de 18 países⁷⁵ en el uso de las directrices actualizadas.

188. Las emergencias afectan desproporcionadamente a los grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad, como las personas con discapacidad, que por lo general no participan en la formulación de políticas y la planificación de la gestión del riesgo de desastres. Esto aumenta aún más su vulnerabilidad y dificulta la respuesta a sus necesidades después de un desastre. Con el fin de abordar esta situación, la Oficina apoyó los esfuerzos de los países para fomentar una mayor participación de las personas con discapacidad y su familia en la gestión de riesgos para la salud en situaciones de emergencia. De acuerdo con el artículo 11 (“Situaciones de riesgo y emergencias humanitarias”) de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Oficina colaboró en la aplicación de medidas correctivas en hospitales priorizados, dirigidas a elementos estructurales y no estructurales vinculados a la inclusión de estas personas, y en la preparación del personal de salud para responder a emergencias y desastres con el enfoque de no dejar a nadie atrás.

189. La Oficina creó herramientas prácticas a fin de asegurar que se incorporen arreglos para las personas con discapacidad en los planes de respuesta de los hospitales y apoyó la prueba piloto de las directrices en tres países (Chile, Ecuador y México). La metodología utilizada (Inclusión para la Gestión del Riesgo de Desastres en Hospitales, conocida como INGRID-H) es sencilla y práctica y está orientada a los resultados a fin de evaluar y mejorar el grado de inclusión de las personas con discapacidad en los establecimientos de salud en casos de desastre. La prueba piloto abarcó la evaluación de establecimientos de salud, la capacitación de personal y la compra de suministros básicos para que los establecimientos sean más incluyentes. Con los estudios piloto se logró finalizar y validar las directrices en septiembre del 2018 y difundirlas en español y en inglés a principios de diciembre del 2018. En Perú se examinó la metodología en junio del 2019, y en Chile y México se están llevando a cabo actividades de seguimiento. Se planea extender su

⁷⁵ Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela.

aplicación a otras áreas, como los equipos médicos de emergencia y la respuesta de las comunidades.

190. Los países en desarrollo de la Región de las Américas y los grupos poblacionales más vulnerables de esos países son afectados desproporcionadamente por el cambio climático. Veintiocho Estados Miembros⁷⁶ señalaron la salud como tema prioritario en sus contribuciones determinadas a nivel nacional, que representan sus esfuerzos para reducir las emisiones y adaptarse a los efectos del cambio climático. Esos Estados Miembros también se han comprometido a recopilar evidencia sobre las amenazas relacionadas con el clima, a prevenirlas, a prepararse para ellas y a responder con rapidez. La Oficina proporcionó cooperación técnica para la preparación de los capítulos sobre la salud de los planes nacionales de adaptación al cambio climático de Brasil, Chile, Colombia, Cuba, El Salvador, Guatemala, Honduras y Santa Lucía. La Oficina también está preparando un perfil de los países en lo que respecta al clima y la salud. Estos diversos instrumentos de diagnóstico y planificación fortalecen la participación de líderes del sector de la salud, aportan evidencia para la promoción de la causa y facilitan la movilización de recursos.

191. Junto con CARICOM, sus Estados Miembros y organismos especializados, la Oficina proporcionó cooperación técnica para la preparación, el lanzamiento y el inicio de la ejecución del *Plan de acción del Caribe sobre la salud y el cambio climático 2019-2023*. En el plan de acción se insta al Caribe a participar en la Iniciativa Especial de la OMS sobre Cambio Climático y Salud en los Pequeños Estados Insulares en Desarrollo. Sus cuatro líneas de acción estratégica concuerdan con las cuatro áreas clave de la iniciativa especial (empoderamiento, evidencia, implementación y recursos). El plan de acción procura proteger a las poblaciones del Caribe de los efectos nocivos del cambio climático con sistemas de salud capaces de adaptarse al cambio climático, una mayor conciencia, la integración de oportunidades de financiamiento para apoyar a los países y la promoción de medidas intersectoriales de mitigación en el sector de la salud. La Unión Europea ha aprobado una subvención de 7 millones de euros para la Oficina, destinada a un proyecto colaborativo con la finalidad de establecer sistemas de salud capaces de adaptarse al cambio climático en el Caribe, que se prevé que comenzará durante el segundo semestre del 2019 y beneficiará a los Estados Miembros de CARIFORUM.

192. La Oficina abogó por la salud en una reunión de pequeños estados insulares en desarrollo del Caribe convocada en agosto del 2018 en San Pedro (Belice) con el fin de prepararse para el examen de mitad de período de las Modalidades de Acción Acelerada para los Pequeños Estados Insulares en Desarrollo (Trayectoria de Samoa), que se realizará en septiembre del 2019. El documento sobre la Trayectoria de Samoa se preparó en la Tercera Conferencia Internacional sobre los Pequeños Estados Insulares en Desarrollo, que se celebró en el 2014 en la nación insular de Samoa. De la reunión preparatoria de los pequeños estados insulares en desarrollo del Caribe del 2018 emanó la Declaración de San Pedro, en la cual los países señalaron la necesidad de mejorar la participación de los ciudadanos y del sector privado a escala nacional y de incorporar la Trayectoria de Samoa (que abarca el período 2015-2025) en los planes nacionales de desarrollo. Los países del Caribe también reafirmaron que el cambio climático era uno de los mayores retos

⁷⁶ Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Uruguay y Venezuela.

del momento y reconocieron que sus efectos, entre ellos el aumento del nivel del mar, seguían planteando una gran amenaza para los pequeños estados insulares en desarrollo del Caribe y la puesta en práctica de la Trayectoria de Samoa.

193. La labor de promoción de la causa de la Oficina contribuyó a la participación de representantes de pequeños estados insulares en desarrollo del Caribe en la reunión preparatoria interregional para el examen de mitad de período, celebrada en Apia, la capital de Samoa, a fines del 2018. De esa reunión emanó la declaración titulada Apia Outcome [resultados de Apia], en la cual se reafirma la Trayectoria de Samoa como marco fundamental para guiar a los pequeños estados insulares en desarrollo en sus esfuerzos nacionales, regionales y mundiales orientados al desarrollo en el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

194. En la subregión sudamericana, la Oficina organizó la capacitación de funcionarios sobre la salud y el cambio climático para ayudarles a preparar la “Declaración de Ministros de Salud del MERCOSUR y Estados Asociados en relación a la Salud y el Cambio Climático”, que se dio a conocer en noviembre del 2018.⁷⁷

Objetivo 9 de la ASSA2030: Enfermedades no transmisibles, trastornos mentales y neurológicos

195. La cooperación técnica de la Oficina para la prevención y el control de las ENT se intensificó durante el período analizado. La Oficina contribuyó a la preparación de los Estados Miembros para la tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las ENT, que se celebró en septiembre del 2018, y participó en ella. En la declaración política de dicha reunión se reafirmó el compromiso político de los jefes y representantes de Estados y gobiernos de acelerar y aumentar la ejecución de los compromisos contraídos en la declaración política del 2011 y en el documento final del 2014 sobre los resultados de las reuniones de alto nivel anteriores sobre el tema. En la declaración política del 2018 se reconoció que algunos países habían logrado avances en los compromisos, pero muchos otros enfrentaban grandes retos, y se señaló que la carga de las ENT seguía aumentando desproporcionadamente en los países en desarrollo, donde causaban 85% de la mortalidad prematura, es decir, la que se produce en personas de 30 a 69 años.

196. En la declaración política del 2018 también se afirma que las intervenciones deben concentrarse en las cinco ENT principales (enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, y trastornos neurológicos y mentales) y en los cinco factores de riesgo principales (consumo de tabaco, alimentación poco saludable, consumo nocivo de alcohol, inactividad física y contaminación del aire). Los países se comprometieron a adoptar intervenciones y prácticas adecuadas, eficaces en función de los costos, asequibles y basadas en la evidencia, entre ellas las “mejores inversiones” de la OMS y otras intervenciones recomendadas para la prevención y el control de las ENT.

⁷⁷ La declaración y más información al respecto se encuentran en <https://bit.ly/2L81k3d>.

Enfermedades cardiovasculares: la iniciativa HEARTS

197. La Oficina continúa promoviendo la iniciativa mundial HEARTS en la Región de las Américas como conjunto integral de prácticas óptimas para la prevención y el manejo de enfermedades cardiovasculares. En esta iniciativa se abordan los modos de vida sanos, los protocolos basados en la evidencia, el acceso a medicamentos esenciales y tecnologías, el manejo basado en el riesgo, la atención por equipos multidisciplinarios y la distribución de tareas, y los sistemas de monitoreo. Sus cuatro componentes centrales son un algoritmo simplificado, basado en la evidencia, para el tratamiento de la hipertensión; la disponibilidad y la asequibilidad de un conjunto básico de medicamentos antihipertensivos de buena calidad; el registro de los pacientes hipertensos para el seguimiento y la evaluación del desempeño, y la distribución de tareas con un enfoque basado en el trabajo en equipo en el primer nivel de atención.

198. Durante el período analizado, cuatro países más pusieron en marcha la iniciativa HEARTS: Argentina, Ecuador, Panamá y Trinidad y Tabago, que se sumaron a Barbados, Chile, Colombia y Cuba como participantes. Los cuatro países nuevos agregaron 22 centros de salud al número de establecimientos que aplicaban la iniciativa, con lo cual se alcanzó una cobertura de alrededor de 800.000 personas en los ocho países participantes.

199. Se proporcionó apoyo a la implementación de la iniciativa HEARTS por medio de seminarios por internet, cursos virtuales y la difusión de herramientas nuevas, como los módulos técnicos de HEARTS y el *Marco de monitoreo y evaluación para programas de control de hipertensión* elaborado por la OPS y la Liga Mundial de la Hipertensión. Alrededor de 460 profesionales de la salud del primer nivel de atención, incluidos médicos, enfermeras y asistentes de enfermería, recibieron capacitación en Argentina, Ecuador, Panamá y Trinidad y Tabago, y 8.030 personas de esos países fueron acreditadas tras haber terminado cursos virtuales sobre el manejo de la hipertensión en el primer nivel de atención y la prevención secundaria de enfermedades cardiovasculares. Para mediados del 2019, estos cursos virtuales habían llegado a 82.354 profesionales de la salud del primer nivel de atención en 29 países y territorios.⁷⁸ Una amenaza para la sostenibilidad de la iniciativa es el recambio frecuente del personal de salud. Para abordar este tema se está estableciendo una red de personas capacitadas en la ejecución de la iniciativa HEARTS en todos los niveles de los ministerios de salud mediante programas de formación de instructores.

Diabetes

200. La Oficina proporcionó cooperación técnica para combatir los factores de riesgo de las ENT y la obesidad, fortalecer la aplicación de la estrategia de atención primaria de salud y las RISS, y mejorar el autocuidado de las personas con diabetes y otras ENT.

⁷⁸ Antigua y Barbuda, Argentina, Barbados, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Guadalupe, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Trinidad y Tabago, Venezuela y Uruguay.

- a) En Honduras, el Instituto Nacional de la Diabetes recibió equipo y suministros, y sus técnicos recibieron capacitación, a fin de mejorar la capacidad para diagnosticar la diabetes de manera correcta y oportuna. Esta intervención se efectuó con una subvención del Fondo OPEP para el Desarrollo Internacional.
- b) En Paraguay, la atención integral de las personas con ENT en la red de servicios de salud mejoró tras la introducción de un modelo para el manejo y la atención integral de enfermedades crónicas, en particular la diabetes. El modelo fue introducido en el primer nivel de atención, en 124 unidades de salud familiar de tres departamentos del país. A mediados del 2019, el programa estaba extendiéndose a más unidades de salud familiar de la red de servicios de salud pública.
- c) En Trinidad y Tabago, la Oficina contribuyó al examen y la actualización del manual de autocuidado y otros tipos de material didáctico conexos para la diabetes y la hipertensión, y facilitó la capacitación sobre las ENT para educadores que no son profesionales. Estas intervenciones procuran dar poder de decisión a los miembros de la comunidad y a las personas con ENT para que asuman una mayor responsabilidad por su propia salud y estén en mejores condiciones de controlar sus enfermedades crónicas.

Cáncer

201. Tras el llamamiento mundial realizado por el Director General de la OMS en mayo del 2018 para la eliminación del cáncer cervicouterino, y aprovechando el considerable trabajo anterior de la Oficina en esta área, la Oficina promovió el nuevo *Plan de acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018-2030* (documento CD56/9). En el plan de acción, aprobado por el 56.º Consejo Directivo de la OPS, los Estados Miembros se comprometen a efectuar intervenciones de gran impacto a escala poblacional a lo largo del proceso continuo de la educación para la salud y la promoción de la salud, la vacunación contra el VPH, la detección y el diagnóstico del cáncer cervicouterino, y el tratamiento de las lesiones precancerosas y del cáncer invasor, con intervenciones adaptadas a las necesidades de los grupos poblacionales prioritarios en situación de vulnerabilidad.

202. Los países se comprometieron a mejorar la organización y la gobernanza de los programas contra el cáncer cervicouterino, incluidos los sistemas de información y los registros del cáncer; a fortalecer la prevención primaria por medio de la información, la educación y la vacunación contra el VPH; a mejorar la detección del cáncer cervicouterino y el tratamiento de las lesiones precancerosas con estrategias innovadoras, y a aumentar el acceso a los servicios de diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos del cáncer invasor. Estas líneas de acción encaminarán a la Región de las Américas hacia la eliminación del cáncer cervicouterino como problema de salud pública. Para alcanzar esta meta, durante el período analizado el Fondo Rotatorio de la OPS proporcionó a los países más de 1,6 millones de dosis de la vacuna contra el VPH.

203. Como parte de su estrategia integral para la prevención y el control del cáncer cervicouterino, Saint Kitts y Nevis incluyó la vacunación contra el VPH en su programa nacional de vacunación, y la Oficina contribuyó a la elaboración de un plan de acción y capacitación para el personal del Ministerio de Salud y otras partes interesadas como los medios de comunicación, las organizaciones de carácter religioso, los padres y los adolescentes. Aunque en muchos países

se ofrece la vacunación contra el VPH como parte de los programas de vacunación (véase el apartado “Mantenimiento y mejora de la inmunización”), alcanzar los 7 millones de niñas del grupo destinatario de 9 a 14 años sigue siendo un reto, ya que la cobertura en la mayoría de los países es menor que la recomendada de 80% de esta población.

204. Trinidad y Tabago es el único país de la Región de las Américas que participa en el estudio de la OMS para determinar los costos del cáncer cervicouterino, en el cual se usa el instrumento elaborado por la OMS para determinar el costo de la prevención y el control del cáncer cervicouterino. Trinidad y Tabago también está contribuyendo a la campaña regional “Es hora de poner fin al cáncer cervicouterino”, que se inició en noviembre del 2018 en el marco del *Plan de acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018-2030*. En la campaña se relatan intervenciones de prevención y control efectuadas en diversos países de la Región y se proporciona material pertinente a todos los países.

205. Con la cooperación técnica de la Oficina se actualizaron los planes de control del cáncer y los protocolos de tratamiento, se llevaron a cabo actividades de divulgación y educación, y se introdujeron mejoras en los sistemas de información sobre el cáncer en algunos países, en colaboración con algunos asociados clave.⁷⁹

- a) Belice: se evaluaron las necesidades del programa de control del cáncer, se actualizó el plan nacional de prevención y control del cáncer, y se elaboró un plan operacional para apoyar su ejecución a lo largo de tres años.
- b) Bolivia y Honduras: para mejorar la detección y el tratamiento de las lesiones precancerosas del cuello uterino, se fortalecieron los servicios de colposcopia de seis consultorios de Bolivia y diez de Honduras, con la provisión de colposcopios y otros tipos de equipo y suministros, y se ofrecieron cursos de actualización para técnicos en colposcopia.
- c) Colombia: el Instituto Nacional del Cáncer colaboró con el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC) a fin de generar información para la planificación y el seguimiento de los programas contra el cáncer en América Latina. En esta iniciativa también participaron Argentina, El Salvador, Guatemala, Panamá, Paraguay y Perú.
- d) Trinidad y Tabago: en una evaluación multidisciplinaria del programa de control del cáncer se examinó la capacidad para proporcionar servicios, así como las brechas en la atención, y se presentó al Ministerio de Salud una hoja de ruta para fortalecer los servicios del cáncer. La Oficina colaboró en la elaboración de un plan de acción para mejorar el control del cáncer y organizar eventos de divulgación y concientización del público con el fin de mejorar el tamizaje del cáncer, la detección temprana y el tratamiento.
- e) Subregión sudamericana: como parte de una iniciativa horizontal de cooperación que abarcó la Red de Institutos e Instituciones Nacionales de Cáncer (RINC) de UNASUR y el CIIC, se estableció un registro del cáncer a escala poblacional, importante herramienta

⁷⁹ Las intervenciones en Bolivia y Honduras se realizaron con una subvención del Fondo OPEP para el Desarrollo Internacional.

técnica para el seguimiento y el control del cáncer en la subregión y en la Región de las Américas en general.

Otros temas relacionados con las ENT

206. Al mismo tiempo que se centraba en las cinco ENT principales, la Oficina continuó su trabajo interprogramático en el campo de la enfermedad renal crónica de causas no tradicionales en Centroamérica.⁸⁰ Se preparó un informe sobre los avances de los Estados Miembros en relación con este problema de salud prioritario, que se presentará en el 57.º Consejo Directivo de la OPS en septiembre del 2019. Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá han formulado respuestas integradas con el fin de aumentar la capacidad de sus servicios de salud para diagnosticar esta enfermedad y proporcionar atención y tratamiento apropiados. Además, los países están aumentando su capacidad para mejorar la vigilancia, con la integración de la vigilancia epidemiológica y de estrategias de vigilancia ambiental y ocupacional.

207. La cooperación técnica de la Oficina puso de relieve la gran disparidad entre la demanda y la disponibilidad de órganos para trasplantes en la Región de las Américas. Por esta razón se elaboró la *Estrategia y plan de acción sobre donación y acceso equitativo al trasplante de órganos, tejidos y células 2019-2030*, basada en la donación voluntaria y en la observancia de los *Principios rectores sobre trasplante de células, tejidos y órganos humanos* de la OMS, que se presentará al 57.º Consejo Directivo en septiembre del 2019. El objetivo de la estrategia y plan de acción es crear y ampliar los programas de trasplante de riñón en todos los países de la Región, en particular en Centroamérica y el Caribe.

208. La cooperación técnica de la Oficina fortaleció los sistemas de vigilancia de las ENT en varios Estados Miembros durante el período examinado.

- a) Se hizo la Encuesta Mundial de Salud Escolar, que genera información clave sobre los comportamientos de riesgo de los adolescentes de 13 a 17 años, en cinco países: Argentina, Bolivia, Panamá (por primera vez), San Vicente y las Granadinas, y Santa Lucía. Los datos se usarán para generar informes de país sobre el consumo de alcohol y tabaco, la actividad física, la obesidad, la salud mental y el comportamiento sexual en la adolescencia.
- b) Siete países avanzaron con la encuesta panamericana STEPS sobre las ENT y sus factores de riesgo: Bahamas, Bolivia y Ecuador la terminaron, y los dos últimos países hicieron estimaciones nacionales de las ENT y sus factores de riesgo por primera vez. Saint Kitts y Nevis y Santa Lucía adaptaron el protocolo a su situación nacional y prevén que concluirán la encuesta a fines del 2019; Antigua y Barbuda y Granada comenzaron a formular un plan para realizar la encuesta en el 2020.
- c) Se dieron a conocer los resultados de la encuesta sobre la capacidad de los países para hacer frente a las ENT, que sirvieron de base para los perfiles de las ENT en los países,

⁸⁰ OPS. *Epidemic of chronic kidney disease in agricultural communities in Central America: case definitions, methodological basis, and approaches for public health surveillance*. Washington, D.C.: OPS; 2017. Disponible en <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34132>.

publicados por la OMS en el 2018,⁸¹ con datos sobre la mortalidad por ENT, la prevalencia de factores de riesgo, la capacidad de los sistemas nacionales para prevenir y controlar las ENT y el progreso hacia metas nacionales relacionadas con el marco mundial de vigilancia integral para la prevención y el control de las ENT, basado en las nueve metas mundiales para el 2025. Los resultados permitieron a los directores de los programas para las ENT en los países comparar su situación con la de otros países de la Región.

Factores de riesgo de las ENT

209. La Oficina, en consonancia con los marcos regionales, como la *Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, 2012-2025* (documento CSP28/9, Rev. 1), el *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles* (documento CD52/7, Rev. 1), el *Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia* (documento CD53/9, Rev. 2), las “mejores inversiones” de la OMS y otras intervenciones recomendadas para la prevención y el control de las ENT, fortaleció su cooperación técnica para reducir los factores de riesgo de las ENT durante el período analizado. Se hizo hincapié en la promoción de políticas fiscales para reducir el consumo de productos poco saludables, como aumentos de los impuestos sobre productos de tabaco y el alcohol, impuestos sobre las bebidas azucaradas que aumenten el precio por lo menos 20% (según la recomendación de la OMS),⁸² la mejora de los conocimientos básicos sobre nutrición y el rotulado en el frente de los envases para facilitar las decisiones fundamentadas, restricciones del suministro y la publicidad de alimentos y bebidas poco saludables dirigidos a la población infantil, e intervenciones en la escuela, la comunidad y el lugar de trabajo para promover y posibilitar una nutrición saludable y una mayor actividad física. También se destacó un posible beneficio colateral de un impuesto más alto sobre los productos poco saludables, a saber, la disponibilidad de más fondos para la salud al orientar una parte de los fondos recaudados o su totalidad a la prevención y el control de las ENT y otros programas prioritarios.

210. Una alimentación poco saludable, con alimentos y bebidas no alcohólicas con alto contenido de grasas, azúcar o sal según criterios como los del modelo de perfil de nutrientes de la OPS del 2016, y la inactividad física contribuyen considerablemente a la obesidad, el sobrepeso, la diabetes, la hipertensión y las cardiopatías. El consumo regional de sal es de 10 g por persona al día, el doble del recomendado por la OMS. El aumento de la obesidad y el sobrepeso en la Región es evidente, en particular en la niñez: 7% de los menores de 5 años tienen sobrepeso, proporción que excede el promedio mundial de 6%.⁸³ Estas tendencias son preocupantes, ya que presagian aumentos de la carga ya abrumadora de las ENT en la Región.

211. Por medio de su cooperación técnica, la Oficina ayudó a elaborar, aplicar, actualizar y evaluar marcos nacionales (leyes, normas, planes y directrices) para la reducción de los factores

⁸¹ OMS. *Noncommunicable diseases country profiles 2018*. Ginebra: OMS; 2018.

⁸² OMS. *Taxes on sugary drinks: why do it?* Ginebra: OMS; 2017. Disponible en <https://bit.ly/2KbHxQq>.

⁸³ Global Health Observatory Data Repository. *Global regional trends by WHO regions 1990-2030. Overweight 1990-2018*. Disponible en <https://bit.ly/2Y48hoJ>.

de riesgo de las ENT y la prevención y el control de la obesidad y el sobrepeso, especialmente en niños y adolescentes, en 13 países y territorios.⁸⁴

- a) Antigua y Barbuda elaboró una política en materia de lactancia materna, estableció un comité sobre la lactancia materna, capacitó a instructores y fortaleció las políticas y las normas nutricionales escolares. Estas intervenciones formaron parte de los preparativos para la certificación de hospitales “amigos del niño”, que está relacionada con el objetivo 1 de la ASSA2030, pero también es pertinente para la meta 9.7 de la ASSA2030, en vista de los vínculos reconocidos entre la lactancia materna exclusiva y la prevención de la obesidad en la niñez.⁸⁵
- b) En las Bahamas se ofrecieron opciones más saludables entre los alimentos de la canasta familiar con control de precios y se ampliaron los programas de salud escolar.
- c) Belice elaboró un manual para los menús del programa nacional de alimentación escolar en colaboración con los ministerios de salud y de educación y el UNICEF.
- d) Brasil evaluó el impacto económico de la obesidad y las estrategias de prevención.
- e) Brasil, Costa Rica, Paraguay y Perú realizaron investigaciones formativas, en colaboración con el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), para formular una estrategia con el fin de utilizar los medios sociales para reducir el consumo discrecional de sal. Esta estrategia servirá de referencia para el resto de la Región.
- f) Dominica, Granada y Santa Lucía fortalecieron las políticas y normas relativas a la nutrición escolar.
- g) Guatemala elaboró la estrategia nacional para la prevención de sobrepeso y obesidad en niñez y adolescencia.
- h) Puerto Rico elaboró y ejecutó su plan de acción para la prevención de la obesidad.
- i) Uruguay promulgó una ley sobre el rotulado en el frente de los envases que entrará en vigor en el 2020.

Ley 30021 de promoción de la alimentación saludable para niños y adolescentes en Perú

En Perú se aprobó un manual sobre advertencias publicitarias relacionadas con la Ley 30021 de promoción de la alimentación saludable para niños, niñas y adolescentes. El manual regula el uso de las frases “Alto en (sodio, azúcar, grasas saturadas)” y “Contiene grasas trans” en octógonos negros en el frente de los envases de productos procesados. El manual también regula la publicidad de dichos productos en distintos medios, y con su aprobación y publicación se cumplen los requisitos para la plena vigencia de la Ley 30021.

⁸⁴ Antigua y Barbuda, Bahamas, Belice, Brasil, Dominica, Granada, Guatemala, Paraguay, Perú, Puerto Rico, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Trinidad y Tabago, y Uruguay.

⁸⁵ OMS. *Exclusive breastfeeding to reduce the risk of childhood overweight and obesity (2014)*. Disponible en https://www.who.int/elena/titles/bbc/breastfeeding_childhood_obesity/en/.

La documentación del proceso y la experiencia de la elaboración, la aprobación y la aplicación de la ley 30021 en Perú proporciona un modelo útil y una herramienta a los países que deseen introducir la rotulación nutricional como parte de sus intervenciones para reducir los factores de riesgo modificables de las ENT.

En una medida complementaria, Perú aumentó el impuesto selectivo sobre las bebidas azucaradas, el tabaco, el alcohol y los combustibles fósiles. Los nuevos ingresos tributarios contribuirán a la prevención y el control de las ENT, la reducción de la violencia y los traumatismos causados por el tránsito, y la protección del ambiente.

212. La Oficina trabajó a escala regional y subregional para contribuir a la promoción de la nutrición saludable.

- a) Brasil encabeza una red regional para reducir las enfermedades cardiovasculares mediante la reducción del consumo de sal.
- b) En el Caribe, en el marco de la cooperación entre países para el desarrollo sanitario, prosiguió la iniciativa encaminada a impulsar las políticas de salud pública a fin de abordar el sobrepeso y la obesidad, iniciada conjuntamente por el Gobierno de Chile y CARICOM en el 2017. La iniciativa concuerda con la labor de CARICOM en esta área, como el aval que los jefes de Estado y de gobierno de CARICOM dieron al rotulado en el frente de los envases como medida prioritaria en julio del 2018.
- c) En Centroamérica y la República Dominicana, la Oficina coordinó con el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) la introducción de la caja de herramientas de la red de seguimiento y apoyo mundiales para la aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y de las resoluciones posteriores de la Asamblea Mundial de la Salud (NetCode). La Oficina también colaboró con el INCAP y el COMISCA en la elaboración de una estrategia subregional centroamericana para reducir el consumo de sal.

Rotulación en el frente de los envases en el Caribe

La Organización Regional de CARICOM para las Normas y la Calidad (CROSQ) está revisando la norma regional relativa a las especificaciones para la rotulación de alimentos envasados (CRS 5:2010), a fin de incorporar disposiciones sobre la rotulación en el frente del envase. El enfoque propuesto, que consiste en el uso de la frase “alto en” en el frente del envase, es una medida decisiva que permite a los consumidores determinar de una manera rápida y fácil qué alimentos envasados tienen un alto contenido de nutrientes relacionados con la epidemia cada vez mayor de las ENT y la obesidad en el Caribe.

El proceso regional de la CROSQ abarca la colaboración con diversos interesados, entre ellos la sociedad civil, el sector privado, la comunidad académica, ministerios de salud y otros sectores gubernamentales, como el de finanzas, comercio y agricultura y ganadería. Las oficinas nacionales de normas de todo el Caribe realizaron consultas con los interesados y se formaron comités para establecer la posición nacional sobre el proyecto de norma. Se prevé que habrá una tercera ronda de consultas de interesados durante el segundo semestre del 2019, antes de la preparación de una versión final que se presentará al Consejo de Comercio y Desarrollo Económico (COTED) de CARICOM.

Esta iniciativa ha suscitado un debate público sobre el derecho a conocer el contenido nutricional de los productos alimenticios. Varias organizaciones de la sociedad civil, como la Coalición Caribe Saludable, están encabezando campañas de educación pública sobre este tema y otros relacionados con la obesidad y la prevención y el control de las ENT. La iniciativa también ha impulsado la participación del sector privado. Algunas entidades de la industria han expresado preocupación y han propuesto enfoques voluntarios y otros sistemas de rotulación en el frente del envase que no serían tan eficaces para alcanzar el objetivo de salud pública propuesto.

Con esta iniciativa, el Caribe está más cerca de introducir la frase “alto en” en la rotulación en el frente del envase, lo que no solo facilitará decisiones más saludables de los consumidores, sino que también posibilitará la adopción de otros enfoques eficaces, como la tributación, políticas nutricionales escolares y la restricción de los avisos publicitarios dirigidos a la población infantil, al identificarse claramente los productos procesados y ultraprocesados a los cuales deben aplicarse estas medidas. A fin de armonizar mejor las políticas, el COTED ha convocado una reunión conjunta de ministros de comercio y de salud para examinar y armonizar posiciones, y se han señalado la obesidad en la niñez y la reducción del consumo de alcohol como áreas prioritarias.

213. Durante el período analizado, la cooperación técnica de la Oficina abordó la actividad física adecuada como componente importante de la prevención de la obesidad y el sobrepeso, y como parte de la acción integrada a escala nacional y subregional para reducir los factores de riesgo de ENT.

- a) Belice: se firmó un memorando de acuerdo entre la Asociación de Alcaldes de Belice y el Ministerio de Salud para fomentar parques que promuevan el bienestar en los seis distritos del país.
- b) Brasil: se incluyó la actividad física como componente de una agenda nacional intersectorial de convergencia para la acción en la que participan el gobierno, la comunidad académica, la sociedad civil y organismos de las Naciones Unidas. Los otros componentes de la agenda son la contaminación del aire y la movilidad sostenible.
- c) Caribe: tras la puesta en marcha de “Jamaica se mueve” por el Ministerio de Salud en el 2017, con el propósito de facilitar el aumento de la actividad física de la población, la iniciativa se extendió en el ámbito subregional cuando los jefes de Estado y de gobierno de CARICOM respaldaron la iniciativa “El Caribe se mueve” en septiembre del 2018. Con el apoyo de la Oficina, la iniciativa se difundió a otros países del Caribe, como Barbados, donde se puso en marcha “Barbados se mueve” en octubre del 2018 como parte de una iniciativa nacional de bienestar, y Trinidad y Tabago, donde “TT se mueve” comenzó en abril del 2019.
- d) Ecuador: como parte de un proyecto financiado por el Organismo Coreano para la Cooperación Internacional (KOICA) se crearon redes intersectoriales y multisectoriales, con la participación de la comunidad académica y la sociedad civil, para fortalecer la atención primaria y los conocimientos sobre la salud, promover una nutrición sana y la actividad física en las escuelas, y prevenir la infección por el virus del Zika. Como resultado del proyecto, que concluyó en febrero del 2019, los vendedores de alimentos callejeros empezaron a vender alimentos más sanos; las escuelas agregaron horas extraescolares para actividades físicas, lo cual llevó a un aumento de la actividad física de los estudiantes; se desinfectaron las fuentes de agua de los distritos escolares a fin de

proporcionar agua potable a los estudiantes, y se fortalecieron los servicios de salud para mejorar la prevención y el control de las ENT.

214. En términos generales, la Región de las Américas está en buen camino para alcanzar en el 2015 la meta de una reducción de 30% de la prevalencia ajustada por la edad del consumo de tabaco en hombres y mujeres mayores de 15 años. Según el informe mundial de la OMS sobre las tendencias en cuanto a la prevalencia del consumo de tabaco en el período 2000-2025,⁸⁶ la meta regional de este indicador para el 2025 es de 14,2%; sin embargo, la prevalencia prevista para la Región para el 2025 es menor (13%).

215. Durante el período abarcado por el presente informe, la Oficina proporcionó cooperación técnica para la aplicación en los países del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT), sobre la base de la *Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022* (documento CSP29/11).

- a) Antigua y Barbuda aprobó una ley integral de control del tabaco que hizo que se convirtiera en uno de los 20 países⁸⁷ de la Región con entornos sin humo de tabaco, uno de los 21 países⁸⁸ que exigen la colocación de advertencias sanitarias y uno de los siete países (Antigua y Barbuda, Brasil, Colombia, Guyana, Panamá, Suriname y Uruguay) que han prohibido la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco, en consonancia con el CMCT.
- b) Barbados, Granada, Saint Kitts y Nevis, Trinidad y Tabago y Venezuela examinaron su legislación en materia de tabaco.
- c) Brasil alcanzó el nivel máximo de ejecución del programa MPOWER, con la aplicación de sus seis medidas al nivel más alto. La finalidad del programa MPOWER es facilitar intervenciones eficaces recomendadas en el CMCT para reducir la demanda de tabaco en los países, y Brasil es el segundo país del mundo (después de Turquía) en alcanzar este nivel sin precedentes. En reconocimiento de este logro, la OMS y el Gobierno de Brasil presentarán el informe de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo correspondiente al 2019 en Brasil en julio del 2019.
- d) Brasil y Colombia se sumaron a Argentina y Chile en la adopción de impuestos sobre los productos de tabaco que representan más de 75% del precio final minorista.
- e) Canadá y Uruguay adoptaron el empaquetado neutro de los productos de tabaco.
- f) Guyana llevó a cabo una campaña contra el tabaco por radio y televisión, cartelera, carteles, folletos, la prensa y los medios sociales, tras la promulgación en el 2017 de una ley sobre el control del tabaco que se encuentra entre las más completas de la Región.

⁸⁶ OMS. *WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000-2025*, segunda edición. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en <https://bit.ly/2ThRdhj>.

⁸⁷ Antigua y Barbuda, Argentina, Barbados, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaica, Panamá, Perú, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

⁸⁸ Antigua y Barbuda, Argentina, Barbados, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Perú, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

- g) Santa Lucía ultimó un proyecto de ley para enmendar la Ley de Salud Pública, con el propósito de establecer espacios públicos sin humo de tabaco. A mediados del 2019, el proyecto de ley estaba en consideración en el Gabinete. En abril del 2018 se inició una campaña antitabaco de ocho meses en la prensa, los medios sociales, la televisión y la radio.

216. En agosto del 2018, la Oficina patrocinó una conferencia regional en Washington, D.C., en preparación para dos eventos que tendrían lugar en octubre del 2018: la octava reunión de la Conferencia de las Partes (COP8) del CMCT y la primera reunión de las Partes del Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco (MOP1). La conferencia regional de agosto posibilitó el intercambio de experiencias entre las partes del CMCT de la Región de las Américas y brindó una oportunidad para establecer una plataforma regional más cohesiva en preparación para la COP8 y la MOP1. La Oficina sigue facilitando la coordinación entre las partes de ambos tratados.

217. En el 2018, la Oficina colaboró con el Ministerio de Salud y el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD) de El Salvador, la Secretaría del CMCT, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y RTI International en la formulación de argumentos a favor de la inversión en el control del tabaco en ese país. La formulación de argumentos a favor de la inversión ha resultado eficaz para facilitar la elaboración de una política tributaria sobre el tabaco y fomentar la participación de otros sectores, además del sector de la salud, en la aplicación del CMCT.⁸⁹

218. Los colaboradores y los asociados de la Oficina en esta labor incluyen la Campaña para los Niños Sin Tabaco, la Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, la Alianza para el Convenio Marco, la Asociación Americana Contra el Cáncer, la Universidad Johns Hopkins, la Universidad de Illinois en Chicago, la Fundación Interamericana del Corazón y la organización Vital Strategies.

219. La cooperación técnica de la Oficina para reducir la contaminación del aire como factor de riesgo durante el período abarcado por el presente informe se describe más adelante, en el apartado sobre el objetivo 11 de la ASSA2030.

Seguridad vial

220. En apoyo del informe de la OMS sobre la situación mundial de la seguridad vial correspondiente al 2018,⁹⁰ se recopilaron datos regionales y se analizaron las principales intervenciones legislativas y de salud pública y su impacto en 30 países de la Región.⁹¹ El análisis correspondiente a la Región de las Américas, que también se detalla en el cuarto informe regional

⁸⁹ RTI International. *Studying investment in tobacco control in low- and middle-income countries: investment cases for the FCTC*. Disponible en <https://www.rti.org/impact/studying-investment-tobacco-control-lmics> y <https://bit.ly/2xdFjre>.

⁹⁰ OMS. *Global status report on road safety 2018*. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2018/en/.

⁹¹ Antigua y Barbuda, Argentina, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

sobre la seguridad vial publicado en el 2018, *La seguridad vial en la Región de las Américas*, mostró que las muertes por traumatismos causados por el tránsito aumentaron levemente, de 153.714 en el 2013 a 154.997 en el 2016, aunque las tasas de mortalidad permanecieron relativamente estables, en 15,6 por 100.000 habitantes en el 2016, en comparación con 15,9 por 100.000 habitantes en el 2013.

221. Los usuarios más vulnerables de las vías de tránsito (peatones, motociclistas y ciclistas) presentaron las tasas más elevadas de muertes y traumatismos causados por el tránsito, y aumentaron las muertes de motociclistas en particular. En términos generales, las muertes causadas por el tránsito siguen siendo la segunda causa principal de muerte en adultos jóvenes de 15 a 29 años en la Región, lo cual pone de relieve la necesidad de dar prioridad a la seguridad vial en la agenda de salud en la adolescencia. El informe regional indica que algunos aspectos del manejo de la seguridad vial, la legislación y la atención después de las colisiones han mejorado en varios países. El informe también proporciona una herramienta importante para dar seguimiento al progreso e impulsar a los Estados Miembros a que indiquen las principales lagunas y oportunidades para mejorar la seguridad vial.

Reducción del consumo de alcohol y los traumatismos causados por el tránsito en Guatemala

En Guatemala, la Oficina asumió un papel de liderazgo en la labor colaborativa e intersectorial del gobierno con miras a fortalecer la aplicación y el cumplimiento del marco jurídico para reducir las muertes relacionadas con el alcohol y los traumatismos causados por el tránsito. La iniciativa, financiada por el Fondo OPEP para el Desarrollo Internacional, fortaleció la capacidad de los funcionarios del Departamento de Tránsito de la Policía Nacional Civil y la Policía Municipal de Tránsito, así como de los profesionales de la salud de las salas de urgencias de uno de los hospitales más grandes del país, para realizar intervenciones breves.

Junto con el Ministerio del Interior, la Oficina organizó un foro público para debatir los aspectos jurídicos de la conducción en estado de ebriedad. Fue la primera vez que las autoridades y los funcionarios del Instituto Nacional de Ciencias Forenses, la Asociación de Jueces y Magistrados, el Instituto de la Defensa Pública Penal, la Oficina del Procurador de los Derechos Humanos, el decano de la Facultad de Derecho, la Policía Municipal y organismos nacionales de transporte trataron este importante tema. Como resultado del foro, todas las entidades participantes firmaron un acuerdo con la finalidad de establecer un grupo de trabajo técnico, preparar un protocolo y revisar la ley sobre conducción en estado de ebriedad. Esto constituye un avance importante en Guatemala para abordar temas de seguridad vial relacionados con el alcohol y el tránsito con un enfoque colaborativo.

La Oficina colaboró con la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas (SECCATID) y el Ministerio del Interior a nivel central, municipal y comunitario para fortalecer la prevención y el control del consumo nocivo de alcohol y el consumo de sustancias psicoactivas. Un objetivo específico de esta iniciativa, que recibió apoyo del Gobierno de Suecia como parte de un programa conjunto de desarrollo rural integral, fue proteger a las poblaciones indígenas de los graves problemas de salud causados por el consumo nocivo de alcohol.

Trastornos mentales y neurológicos

222. Durante el período analizado prosiguió la cooperación técnica de la Oficina en relación con la salud mental y los trastornos neurológicos, en el marco del *Programa de acción para superar*

las brechas en salud mental de la OMS (conocido como mhGAP por su sigla en inglés). La premisa del programa es que, con atención, asistencia psicosocial y medicación apropiadas y suficientes, se podría tratar a millones de personas para la depresión, la esquizofrenia y la epilepsia, a fin de prevenir el suicidio y de que puedan llevar una vida normal, incluso en entornos de escasos recursos. El programa mhGAP procura ampliar la escala de los servicios para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en los países. Proporciona herramientas que se pueden usar en entornos de salud no especializados, como el manual de operaciones del mhGAP (actualizado en el 2018), la guía de intervención y manuales de capacitación sobre el programa. Para mediados del 2019, 25 países y territorios⁹² de la Región habían implantado el mhGAP.

Fortalecimiento del programa de acción para superar las brechas en salud mental en los países

Anguila, Saint Kitts y Nevis y San Vicente y las Granadinas. Estos países comenzaron a ejecutar el mhGAP, integrando la salud mental en la estrategia de atención primaria de salud y centrándose en los módulos sobre la depresión y el suicidio, a fin de reducir la estigmatización y facilitar el diagnóstico temprano y el tratamiento. La formación de instructores para supervisar la capacitación continua de los prestadores de atención de salud sobre el mhGAP fue uno de los aspectos principales de la cooperación técnica de la Oficina: 20 personas recibieron capacitación en Anguila, 35 en Saint Kitts y Nevis, y 30 en San Vicente y las Granadinas.

Argentina. Se elaboró un plan para la introducción gradual y efectiva del programa mhGAP, que condujo a mejoras de las aptitudes y la capacidad de los equipos de salud centrales, provinciales y locales para realizar intervenciones en el primer nivel de atención. Se capacitó a 250 profesionales y se inició la fase de rendición de cuentas de la ejecución local del mhGAP, con el establecimiento de indicadores para el seguimiento que permitirán hacer ajustes en la ejecución de la estrategia.

Bahamas. En el 2018 se llevó a cabo una campaña de prevención del suicidio y capacitación para 25 profesionales de la salud de las islas Family, a fin de aumentar el acceso a servicios de salud mental comunitarios. Con la participación de grupos multisectoriales —con representantes de los ministerios de salud, educación y seguridad nacional, así como otros asociados— se integró un módulo de conocimientos básicos sobre la salud mental en el programa de educación sobre salud y vida familiar de ocho escuelas secundarias, y se inició un proyecto piloto de prevención de la violencia en una escuela primaria y una escuela secundaria de New Providence, la isla más populosa de las Bahamas. En estos proyectos escolares se procura detectar a niños y niñas con trastornos mentales o que son perpetradores o víctimas de violencia juvenil, remitirlos a servicios apropiados y reducir la estigmatización.

Belice. Las intervenciones incluyeron la formación de capacidad de médicos y enfermeras en lo que se refiere a las directrices del mhGAP, la capacitación de instructores sobre conocimientos básicos de salud mental para 65 empleados de los ministerios de salud y de educación, y la formulación de un plan estratégico nacional para la prevención y el control del suicidio. Un asociado decisivo para la mejora de los conocimientos básicos sobre la salud mental fue la Universidad Dalhousie (Canadá), que es un centro colaborador de la OPS/OMS.

⁹² Argentina, Bahamas, Belice, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Honduras, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Perú, República Dominicana, San Martín, Suriname, Trinidad y Tabago y Venezuela.

Colombia. Para fines del 2018, 1.800 profesionales de la salud del primer nivel de atención y de hospitales básicos de casi todo el país habían recibido capacitación sobre el programa mhGAP. Este es el único ejemplo de una labor de capacitación de un alcance tan amplio en la Región, que se llevó a cabo por medio del Campus Virtual de Salud Pública de la OPS, aprovechando la pericia de cuatro universidades de la Región. El personal capacitado por medio de esta iniciativa aumentará la atención a los trastornos mentales en el primer nivel de atención en Colombia. Esta labor puede servir de ejemplo para países de ingresos bajos y medianos, donde hasta 75% de las personas con trastornos mentales no tienen acceso al tratamiento que necesitan.

Ecuador. Se revisó el *Plan nacional de salud mental* para fortalecer el enfoque comunitario.

Guyana. Se avanzó mucho en la integración de la salud mental en el primer nivel de atención, con una hoja de ruta para la introducción de servicios de salud mental comunitarios, el establecimiento de una unidad de salud mental encargada de la ejecución de una estrategia de salud mental y un plan de acción para prevenir el suicidio, y la capacitación de 233 prestadores de servicios de salud sobre el mhGAP.

Islas Turcas y Caicos. Se inició la revisión y actualización de las leyes sobre salud mental del país, con el fin de reducir la estigmatización, fomentar una mayor colaboración multisectorial y establecer nexos con la atención comunitaria en el país, según corresponda, para personas con trastornos mentales. La Oficina proporcionó acceso a recursos para la capacitación en línea del personal de salud sobre salud mental.

Paraguay. Entre las intervenciones encaminadas a la reforma de la salud mental cabe señalar la creación de un grupo de trabajo técnico para la reforma de la atención de salud mental y la transición gradual del modelo tradicional centrado en el hospital psiquiátrico a un enfoque holístico centrado en la comunidad. Se trata de una intervención importante, ya que en el 2003 y el 2008 el país fue sancionado por la Corte Interamericana de Derechos Humanos por la violación de los derechos de las personas con trastornos mentales en lo que se refiere a su atención de salud.

Perú. Se aprobó el *Plan nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2018-2021*, que representa una señal de la institucionalización en el país de la reforma de la salud mental y la adopción de un modelo basado en los derechos humanos. El modelo de salud mental comunitaria incluye una ampliación del presupuesto para la salud mental y el financiamiento de la ejecución del plan; el establecimiento de 106 centros comunitarios de salud mental en 24 regiones; el fortalecimiento de los servicios en el primer nivel de atención, con la capacitación de 170 facilitadores del programa mhGAP en Lima y en las provincias; la formulación de un conjunto de instrumentos normativos y regulatorios, entre ellos una política sectorial para la salud mental y normas para los centros de salud mental comunitaria y hogares protegidos, y la preparación de la propuesta de un proyecto de cooperación entre países para el desarrollo sanitario, con la participación de Chile, Paraguay y Perú, con el fin de difundir prácticas adecuadas de salud mental a nivel comunitario y promover el fortalecimiento mutuo de los servicios pertinentes en los países.

República Dominicana. Se avanzó mucho en la reforma del modelo de atención de salud mental a fin de orientarlo a la persona, la familia y la comunidad mediante el externamiento psiquiátrico, con el reemplazo del hospital psiquiátrico por un centro psicosocial; la creación de unidades de salud mental en hospitales provinciales, municipales y regionales; la inversión en centros de salud a nivel comunitario y el refuerzo del primer nivel de atención, y la creación de otros servicios de rehabilitación psicosocial, como guarderías infantiles y establecimientos residenciales para personas con trastornos mentales crónicos. Se elaboró el *Plan nacional de salud mental 2019-2022* en consonancia con el *Plan de acción sobre salud mental 2015-2020* de la OPS.

Trinidad y Tabago. Se revisó la política y el plan de salud mental, y en el 2019 se iniciaron consultas con los interesados para obtener la aprobación final. Se llegó a un acuerdo sobre la versión definitiva y se comenzó a redactar el plan de ejecución. El país también elaboró una estrategia de prevención del suicidio, que se anunciará oficialmente el Día Mundial de la Salud Mental 2019, en consonancia con el lema de este año: “Conect@ con la vida”, centrado en la prevención del suicidio. Con apoyo de la Oficina, la Unidad de Salud Mental comenzó a capacitar sobre el mhGAP a las autoridades sanitarias regionales e inició una evaluación del impacto de la capacitación en los servicios y la atención de salud mental.

223. Consciente del impacto psicosocial de los desastres y las emergencias humanitarias en la población general, las personas que intervienen primero y el personal de salud, la Oficina centró su cooperación técnica en la mejora de la salud mental y el apoyo psicosocial para las poblaciones afectadas por desastres. Se realizaron intervenciones en nueve países: Antigua y Barbuda, Brasil, Colombia, Ecuador, Granada, Nicaragua, Santa Lucía, Trinidad y Tabago, y Venezuela.

Mejora del apoyo psicosocial en desastres y emergencias humanitarias

En **Antigua y Barbuda** se inició una evaluación de las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial, se elaboró un plan de acción y 30 gerentes de albergues recibieron capacitación sobre primeros auxilios psicológicos.

En **Brasil** se elaboró una propuesta para fortalecer la capacidad local en el ámbito de la salud mental y el apoyo psicosocial para atender a las personas afectadas por desastres y emergencias humanitarias.

En **Colombia**, como parte de las intervenciones de la iniciativa de Salud para la Paz, se abordaron la promoción y el desarrollo de la capacidad institucional y comunitaria en las áreas marcadas por el conflicto armado, el reconocimiento de problemas relacionados con la salud mental y el abuso de sustancias psicoactivas, y formas de allanar el camino para seguir ejecutando estrategias pertinentes en el 2019.

En la frontera entre **Colombia y Venezuela** se proporcionó apoyo psicosocial y atención de salud mental a la población migrante y a profesionales de la salud que experimentaban desgaste.

En **Ecuador** se incluyó el fortalecimiento de las aptitudes de los equipos de salud para responder a la migración transfronteriza en el plan nacional de salud mental revisado.

En **Granada, Santa Lucía y Trinidad y Tabago** se ofrecieron cursos con el fin de fortalecer la capacidad nacional para apoyar la salud mental durante los desastres y los primeros auxilios psicológicos.

En las **Islas Vírgenes Británicas** se llevó a cabo un proyecto encaminado a aumentar la resiliencia individual y comunitaria frente a la devastación causada por los huracanes Irma y María en el 2017. Esta iniciativa utilizó un enfoque de varios niveles para ayudar a las personas a abordar el efecto psicológico persistente de los desastres; mejorar la capacidad del personal de salud, los equipos de primeros intervinientes y otros trabajadores de la comunidad para atender sus propias necesidades de salud mental al responder a las necesidades de otros, y aumentar la resiliencia frente a eventos adversos futuros. El proyecto también colaboró con las comunidades participantes en la formulación de planes de resiliencia comunitaria, así como en una campaña de comunicación nacional para mejorar la

concientización y educar a la población sobre la forma de preservar la salud mental en situaciones de desastre.

En **Nicaragua** se puso en marcha un programa, con la participación de los ministerios de salud y de la familia, para la atención de salud mental durante la crisis sociopolítica que atravesó el país en el 2018 y con posterioridad. Se capacitó a 120 facilitadores en el manejo estandarizado de primeros auxilios psicológicos y se reforzó la capacidad de los equipos de salud mental de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) y de los Equipos de Salud Familiar y Comunitaria (ESFAC), proporcionándoles conocimientos para la detección oportuna, la prevención y la atención de trastornos mentales en las personas y las familias afectadas.

224. Los equipos de cuatro países y territorios del Caribe (Belice, Bermudas, Islas Caimán y Jamaica) recibieron capacitación para una intervención escolar con un modelo de conocimientos básicos sobre salud mental basado en la evidencia. Además, en Jamaica se terminó de elaborar el primer argumento a favor de la inversión en la salud mental a nivel de país. Se demostró que, por cada dólar jamaiquino destinado a ampliar la escala del tratamiento para la depresión, la ansiedad y la psicosis, el rendimiento previsto de la inversión era de J\$ 5,50.

Consumo de sustancias psicoactivas

225. La Oficina siguió trabajando para fortalecer la cooperación intersectorial a escala regional y de país con el fin de mejorar el acceso al tratamiento para trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas, así como su calidad. El principal reto sigue siendo la participación de las autoridades nacionales de salud en el fortalecimiento de la dimensión de salud pública de las políticas para reducir el consumo de sustancias psicoactivas y sus complicaciones. Aunque el punto central de estas políticas está pasando de una perspectiva represiva y punitiva a un enfoque más integral con un componente de salud pública, las estrategias y los recursos siguen sesgados a favor de intervenciones represivas y judiciales.

226. La Oficina participó en la validación de las Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el Consumo de Drogas, elaboradas por la OMS y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), así como los criterios estandarizados para la acreditación de programas de reducción de la demanda de drogas elaborados por el Programa de Cooperación en Políticas sobre Drogas (COPOLAD).⁹³ En consecuencia, la Oficina estuvo particularmente bien posicionada para apoyar a 18 países⁹⁴ en la aplicación de estas normas durante el período abarcado por el presente informe.

227. La Oficina trabajó para fortalecer la colaboración con asociados mundiales, regionales y subregionales, como la UNODC, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), de la OEA, y CARICOM en la formulación y actualización de políticas sobre drogas con un enfoque de salud pública. La Oficina también proporcionó cooperación técnica a

⁹³ COPOLAD es un programa de cooperación entre la Unión Europea y la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC).

⁹⁴ Argentina, Bahamas, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Perú, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

organismos nacionales responsables de las políticas sobre drogas de 14 países,⁹⁵ y este trabajo ayudó a posicionar a la OPS como agente decisivo en la reorientación de las políticas actuales sobre drogas hacia un enfoque más completo, equilibrado e integrado. En el 2018 y el 2019, la Oficina renovó su memorando de entendimiento con la CICAD en torno a proyectos para mejorar el acceso al tratamiento de los trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas, así como su calidad, por medio de redes de servicios de salud pública. Los beneficiarios del proyecto son los ministerios de salud, las comisiones nacionales de control de drogas y algunas organizaciones de la sociedad civil de Argentina, Bahamas, Jamaica, Panamá y Perú. La Oficina colaboró con Bahamas para completar y adoptar las normas de atención para establecimientos que ofrecen tratamiento para el consumo de drogas administrados por organismos del sector público y por ONG.

228. En el marco de la cooperación técnica para reducir el consumo nocivo de alcohol, la Oficina colaboró con Guyana, Jamaica y Suriname con el propósito de formular estrategias y planes de acción nacionales sobre el consumo de alcohol. En la República Dominicana se capacitó a prestadores de servicios de salud en la evaluación y el diagnóstico de trastornos fetales causados por el alcohol, lo cual llevó a la creación del primer centro de diagnóstico de estos trastornos en el país a principios del 2019. La Oficina organizó e inició un curso virtual autodidáctico sobre el alcohol y el embarazo en español, inglés y portugués; para fines de junio del 2019, 4.500 estudiantes habían tomado el curso.

229. La Oficina coordinó un estudio regional sobre el alcohol, las drogas y los traumatismos causados por el tránsito en las salas de urgencias e introdujo, a título piloto, intervenciones eficaces para reducir el consumo de alcohol en Jamaica, Perú y República Dominicana. Además, la Oficina preparó y publicó un informe regional⁹⁶ sobre el grado de aplicación de las políticas para reducir el consumo nocivo de alcohol en los Estados Miembros, en el cual se mide su progreso en la ejecución de la *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol* (2010). La estrategia fue respaldada por los Estados Miembros de la OPS y se introdujo en la Región de las Américas por medio del *Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol* (documento CD51/8, Rev. 1). El informe regional del 2018 indicó que había amplio margen para que los Estados Miembros de la OPS elaboraran políticas más amplias y estrictas en materia de alcohol, y la Oficina instó a los países a que usaran el informe y su sistema de calificación para vigilar y comparar su progreso en esta área.

230. En las Islas Turcas y Caicos se usó el instrumento de la OMS para las encuestas sobre el alcohol con el fin de detectar, documentar y reducir las brechas en las políticas encaminadas a reducir el consumo de alcohol, mientras que, en la subregión centroamericana, la Oficina usó un enfoque interprogramático para trabajar con el PARLACEN y la SE-COMISCA a fin de redactar una declaración sobre la regulación integral del alcohol —la primera de la subregión— y lograr que se aprobara.

⁹⁵ Argentina, Bahamas, Chile, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Jamaica, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname, Uruguay y Venezuela.

⁹⁶ OPS. Calificación de las políticas en materia de alcohol. Evaluación del nivel de ejecución de la Estrategia mundial de la OMS para reducir el uso nocivo del alcohol en la Región de las Américas. Washington, D.C.; OPS; 2018. Disponible en <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49679?locale-attribute=es>.

Enfoque subregional de las políticas para reducir el consumo de alcohol en Centroamérica

La Oficina desempeñó un papel clave en la preparación de una propuesta del Parlamento Centroamericano encaminada a fortalecer y armonizar la legislación en materia de alcohol en Centroamérica y la República Dominicana, de acuerdo con la iniciativa SAFER, de la OMS, para el control del alcohol. El propósito de esta iniciativa es fortalecer las restricciones a la disponibilidad de alcohol; avanzar y hacer cumplir las medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol; facilitar el acceso a la detección, a intervenciones breves y al tratamiento; hacer cumplir las prohibiciones y restricciones integrales a la publicidad, el patrocinio y la promoción del alcohol, y elevar los precios del alcohol por medio de impuestos selectivos al consumo y políticas de precios.

La propuesta fue aprobada en marzo del 2019 durante un taller que contó con la presencia de 120 miembros del PARLACEN y fue ratificada formalmente por la sesión plenaria del PARLACEN en abril del 2019. Se aplica a todos los Estados Miembros del Sistema de Integración Centroamericana (SICA).

En la resolución del PARLACEN se declara que el consumo nocivo de alcohol es un grave problema de salud pública y se reconoce que no hay un nivel seguro de consumo de alcohol. Se insta a todos los países centroamericanos y a la República Dominicana a que trabajen en la actualización y el fortalecimiento de la legislación para limitar la disponibilidad de alcohol, prevenir la conducción en estado de ebriedad, prohibir la publicidad, la promoción y el patrocinio del alcohol, reducir la demanda de alcohol mediante políticas de control de precios y tributación, prevenir la influencia de la industria del alcohol en las políticas de salud pública, y garantizar el acceso a información fidedigna acerca del consumo de alcohol.

Asimismo, en la resolución se estableció, por primera vez, la obligación de la SE-COMISCA de compilar y presentar al PARLACEN información detallada sobre el cumplimiento de la resolución por los países. Este trabajo ilustra un área prometedora de actuación de la salud pública promovida por la Oficina y conocida como “legislación comunitaria”.

Objetivo 10 de la ASSA2030: Enfermedades transmisibles

231. La Oficina continuó la cooperación técnica para poner fin a las epidemias de la infección por el VIH/sida, las ITS y la tuberculosis; eliminar la malaria, las enfermedades infecciosas desatendidas y la transmisión maternoinfantil de varias enfermedades transmisibles (como se describe en el apartado sobre el objetivo 1 de la ASSA2030); combatir las hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles; luchar contra la resistencia a los antimicrobianos y mitigar los riesgos con respecto a la inocuidad de los alimentos.

Infección por el VIH/sida, ITS, tuberculosis y malaria

232. La Organización continuó impulsando el acceso universal al tratamiento de la infección por el VIH mediante la cooperación técnica para aumentar la aplicación de las recomendaciones de la OMS sobre el inicio del tratamiento antirretroviral en las personas con la infección, independientemente de su recuento de células CD4 (la política de “tratar a todos”). A mediados del 2019, 29 (83%) de los 35 Estados Miembros de la OPS habían adoptado esas recomendaciones, mientras que los seis restantes estaban actualizando sus políticas.

233. La Oficina colaboró con asociados regionales y laboratorios de referencia de la OMS a fin de ampliar la vigilancia de la farmacorresistencia del VIH y la optimización de los tratamientos para la infección por el VIH para responder a la amenaza emergente de la resistencia a los medicamentos de primera línea que se usan comúnmente. A mediados del 2019, 16 países⁹⁷ habían realizado encuestas de farmacorresistencia; otros cinco (El Salvador, Haití, Paraguay, Perú y Uruguay) las estaban haciendo; otros ocho (Argentina, Bolivia, Brasil, Cuba, Guatemala, Haití, Jamaica y Venezuela) habían iniciado la transición a esquemas basados en dolutegravir (DTG), que la OMS recomendó como tratamiento de primera línea en su guía provisional de julio del 2018 para el tratamiento de la infección por el VIH. Diez países (Argentina, Bolivia, Chile, Costa Rica, Guatemala, Guyana, Honduras, Paraguay, Perú y Venezuela) compraron DTG por medio del Fondo Estratégico de la OPS.

234. Según las estimaciones mundiales contenidas en el número de agosto del 2019 del *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, la prevalencia y la incidencia de cuatro ITS curables (clamidiasis, gonorrea, tricomoniasis y sífilis) seguían siendo altas, con un promedio de más de un millón de infecciones nuevas al día en el 2016. Estas estimaciones son similares a las publicadas en el 2012, a escala mundial y por región, y subrayan el reto persistente para la salud pública que plantean estas cuatro ITS.

235. De acuerdo con el *Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021* (documento CD55/14), la Oficina ha priorizado la acción encaminada a hacer frente a la sífilis y la gonorrea, y prevenir la infección por el virus del papiloma humano (VPH). En ese sentido, se está trabajando para desplegar pruebas diagnósticas rápidas; estandarizar y simplificar los algoritmos de diagnóstico de la sífilis en embarazadas y grupos de población clave en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua, y realizar intervenciones piloto en Barbados, Jamaica, Suriname, Trinidad y Tabago y los seis países independientes que son miembros de la OECO (Antigua y Barbuda, Dominica, Granada, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, y Santa Lucía). El trabajo en el Caribe se hizo con una subvención del Fondo Mundial para la OECO y CARPHA. En el último año, la Oficina publicó una alerta epidemiológica sobre la resistencia de *Neisseria gonorrhoeae* a la cefalosporina de amplio espectro, y proporcionó cooperación técnica para mejorar la vigilancia nacional de la resistencia a los antimicrobianos a fin de guiar el tratamiento.

236. La tuberculosis sigue siendo un problema importante de salud pública a pesar de los avances en cuanto a su prevención y control. La Oficina contribuyó a la preparación de los Estados Miembros para la primera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Tuberculosis, celebrada en septiembre del 2018. En la Declaración política de esa reunión⁹⁸ se hace un llamamiento para que se intensifiquen los esfuerzos y las inversiones encaminados a poner fin a la pandemia de tuberculosis para el 2030, y se establecen hitos cuantificables que deberán alcanzarse para el 2022. Durante el período analizado, la cooperación técnica de la Oficina con los países estuvo guiada por el *Plan de acción para la prevención y el control de la tuberculosis* (documento CD54/11, Rev. 1), la Estrategia Fin a la Tuberculosis,

⁹⁷ Antigua y Barbuda, Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, Dominica, Granada, Guatemala, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía y Suriname.

⁹⁸ Documento A/73/L.4 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

introducida por la OMS en el 2018, y la Declaración política de la reunión de alto nivel de septiembre del 2018. La Oficina asignó prioridad a los países con una carga elevada de tuberculosis, con intervenciones para fortalecer la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la capacidad de gestión. En las intervenciones se prestó especial atención a los grupos en situación de vulnerabilidad, a los enfoques interprogramáticos e intersectoriales, y a la participación activa de la sociedad civil. Se promovieron iniciativas innovadoras, como el control de la tuberculosis en grandes ciudades y la iniciativa de eliminación de la tuberculosis.

237. La Oficina proporcionó cooperación técnica a los 18 países de la Región⁹⁹ que reúnen los requisitos para presentar solicitudes al Fondo Mundial. Para mediados del 2019, todos los países habían obtenido acceso a nuevo financiamiento para programas contra el VIH, la tuberculosis y la malaria, que ascendió a \$351,3 millones para la Región. En abril del 2019 se estaban ejecutando 42 subvenciones en 18 países y había seis propuestas para varios países. La Oficina también apoyó las actividades relacionadas con la sostenibilidad y la transición (“evaluación de la preparación para la transición”) en ocho países que estaban “graduándose” del Fondo Mundial durante el período abarcado por el presente informe (Belice, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Panamá, Paraguay, República Dominicana y Suriname).

238. La Oficina colaboró con el Fondo Mundial en otras áreas, entre ellas el acuerdo conjunto para fortalecer las cadenas de suministro de productos farmacéuticos y reducir el riesgo de escasez y desabastecimiento de medicamentos esenciales en ocho países (Bolivia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay), la iniciativa de Eliminación de la Malaria en Mesoamérica y la Isla La Española, y el proyecto regional para fortalecer las redes de laboratorios de tuberculosis en 20 países.¹⁰⁰

239. Como parte de la ejecución del *Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016-2020* (documento CD55/13), la Oficina ayudó a Argentina y Paraguay a completar el proceso de certificación de la eliminación de la malaria en julio del 2018 y mayo del 2019, respectivamente. Otros países que están muy cerca de eliminar la malaria, en particular Belice, Costa Rica, El Salvador y Suriname, han recibido apoyo constante de la Oficina para afianzar la interrupción de la transmisión. La Oficina colaboró con todos los países con endemidad en la adaptación de los planes y las estrategias para la eliminación de la malaria, y proporcionó recursos técnicos y financieros para iniciativas en los países que tienen zonas de carga elevada y un interés político renovado, como Colombia, mediante el *Pacto para eliminar la malaria*, y en Perú, con la iniciativa “Municipios eliminando la malaria”.

240. La Oficina promovió medidas de gran impacto a nivel local con el establecimiento de un marco técnico para abordar los focos de malaria y consolidar la colaboración en la lucha contra la malaria en algunos de los municipios de carga más elevada de Brasil, Colombia, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Perú y Venezuela.

⁹⁹ Belice, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Suriname.

¹⁰⁰ Argentina, Belice, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

241. En el 2018, la Oficina participó en la Iniciativa Regional de Eliminación de la Malaria (IREM) en calidad de entidad principal para la cooperación técnica. Esta iniciativa, dirigida a los países centroamericanos, Colombia y la República Dominicana, cuenta con la colaboración del BID y aprovecha nuevos enfoques técnicos, el desarrollo de la capacidad, la movilización de recursos y un renovado interés político. Otros asociados son el COMISCA y la Fundación Bill y Melinda Gates.

Enfermedades infecciosas desatendidas

242. Estas enfermedades a menudo se consideran como indicadores de inequidades, dado que son más comunes en los grupos poblacionales que viven en condiciones socioeconómicas deficientes, con ingresos bajos, poca escolaridad, poco o ningún acceso a servicios básicos tales como agua potable y saneamiento adecuado, y obstáculos para acceder a los servicios de salud.

243. Como parte de la cooperación técnica para la eliminación de la filariasis linfática durante el período analizado, la Oficina movilizó \$1,5 millones al año durante dos años (\$1 millón de la USAID y \$500.000 del Fondo END para poner fin a las enfermedades desatendidas) y apoyó el programa de eliminación de la filariasis linfática en Guyana.

244. Se validó la eliminación de *Rhodnius prolixus*, el vector doméstico de la enfermedad de Chagas, como problema de salud pública en Guatemala, Honduras y Nicaragua durante el período abarcado por el presente informe. Eso significa que Centroamérica y México ahora están libres del vector responsable de la mayor parte de la endemidad en esa zona. De manera análoga, Paraguay recibió la certificación de la eliminación de la transmisión de *Trypanosoma cruzi*, el parásito que causa la enfermedad de Chagas, por el vector *Triatoma infestans*, en el departamento Presidente Hayes y, en consecuencia, en todo el territorio. Los éxitos representan grandes logros para estos países clave, dados los conocidos retos que presenta la eliminación de la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas.

245. La Región está a punto de eliminar la rabia humana transmitida por el perro. Se ha registrado una marcada reducción del número de casos humanos de rabia transmitida por el perro, y durante el período analizado solo dos países (Haití y República Dominicana) notificaron casos (seis en total). Ambos países están ejecutando programas de prevención, y en Haití se observó un aumento notable del acceso de las personas en situación de vulnerabilidad a la profilaxis posexposición a la rabia. La Oficina facilitó la donación a Haití de 15.000 dosis de la vacuna antirrábica humana de Brasil y 3.000 dosis de Paraguay. Ocho países notificaron casos de rabia canina (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Guatemala, Haití, República Dominicana y Venezuela), y 27 países y territorios¹⁰¹ compraron productos inmunológicos contra la rabia (vacunas e inmunoglobulina humana y animal) por medio del Fondo Rotatorio de la OPS. México concluyó la validación externa de la eliminación de la rabia humana transmitida por el perro, como se señaló en el 2018 en el Tercer informe de la Consulta de Expertos de la OMS sobre la rabia.

¹⁰¹Argentina, Aruba, Barbados, Belice, Bermudas, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Honduras, Islas Caimán, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

246. La cooperación técnica de la Oficina contribuyó a la ejecución de programas de profilaxis preexposición para la rabia silvestre en zonas amazónicas de Brasil, Colombia y Perú, y de prevención de la rabia de los herbívoros en Guyana. De esta forma se redujo el impacto de la enfermedad en poblaciones indígenas y en otras poblaciones en situación de vulnerabilidad.

247. En Brasil, Ecuador, Panamá y Paraguay se inició una evaluación de la situación epidemiológica de la brucelosis, centrada en la mejora de los programas nacionales de control y de la colaboración entre la sanidad animal y distintos sectores de la salud pública. La Oficina siguió apoyando la iniciativa sudamericana para el control y la vigilancia de la equinococosis quística/hidatidosis, y proporcionó cooperación técnica para la documentación de la interrupción de la transmisión de la esquistosomiasis en Antigua y Barbuda y Santa Lucía.

248. Los incidentes con animales venenosos conducen a tasas elevadas de morbilidad y causan muertes en todo el mundo. En mayo del 2018, la 71.^a Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución WHA71.5, *Reducción de la carga de envenenamiento por mordedura de serpiente*, con el fin de reducir la mortalidad, las disfunciones y el sufrimiento por esta causa. Los países de América Latina y el Caribe se ven particularmente afectados por incidentes con serpientes venenosas, principalmente en zonas rurales, y con otros animales venenosos, como escorpiones, arañas, orugas y abejas. Durante el período abarcado por el presente informe, la Oficina, por medio del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA), centro especializado de la OPS con sede en Brasil, convocó la primera reunión de laboratorios oficiales productores de antídotos en América Latina e inició la coordinación de una guía técnica que se usará como material de referencia para el diagnóstico y el tratamiento de incidentes con animales venenosos en la Región.

Hepatitis

249. Además de la labor descrita en el apartado sobre el objetivo 1 de la ASSA2030 con respecto a la eliminación de la transmisión materno-infantil de la hepatitis B, la Oficina apoyó la ampliación a mayor escala de las pruebas y el tratamiento de buena calidad para la hepatitis B y C en la Región. Con la publicación de las *Directrices para la atención y el tratamiento de las personas diagnosticadas de infección crónica por el virus de la hepatitis C*, en las cuales se recomiendan los antivirales pangenotípicos de acción directa, la Oficina respaldó la armonización de las directrices nacionales en Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador y Perú, e inició la elaboración de directrices para la hepatitis C en un proceso que abarca todo el Caribe, el primero de su tipo en relación con el tratamiento de las hepatitis. En el Caribe, Ecuador y Perú se facilitó la armonización de las directrices nacionales para la prueba y el tratamiento de la hepatitis B con las directrices publicadas por la OMS en el 2015 en relación con esta enfermedad.

250. Por primera vez, la Oficina convocó una reunión subregional del Caribe sobre la prevención y el control de las hepatitis. También por primera vez, en noviembre del 2018, se celebró en Guatemala una reunión de directores de programas latinoamericanos contra las hepatitis, la infección por el VIH y la tuberculosis. Se inició o se apoyó la planificación nacional del control de las hepatitis en varios países, entre ellos Ecuador, Guatemala y Perú; Honduras se convirtió en el primer país centroamericano en redactar una estrategia nacional para las hepatitis, y Colombia publicó la primera estrategia nacional integrada de la Región para la infección por el VIH, las ITS, la tuberculosis y las hepatitis.

251. La Oficina realizó grandes esfuerzos para ayudar a los países a comprender mejor los costos actuales y futuros, desde el punto de vista epidemiológico y de los sistemas de salud, relacionados con las epidemias de hepatitis B y C. En ese sentido, cabe señalar las siguientes actividades:

- a) la formulación de argumentos a favor de la inversión en el control de las hepatitis y un proceso de modelación matemática y formación de consenso para proyectar la carga de enfermedad y el impacto económico de las medidas encaminadas a abordar las epidemias en Brasil y Chile;
- b) exámenes del programa contra las hepatitis de Bolivia, El Salvador y Perú; el examen en El Salvador se hizo con la colaboración de los CDC de Estados Unidos.

Enfermedades transmitidas por vectores y por el agua

252. Como se describe en los apartados precedentes sobre brotes, emergencias y desastres y, más adelante, en los apartados sobre agua, saneamiento e higiene, la prevención y el control de enfermedades transmitidas por vectores, como el dengue, el chikunguña y el zika, y de enfermedades transmitidas por el agua, como el cólera, siguen planteando retos para varios países de la Región de las Américas. La gran disminución del cólera en la isla La Española —de 3.895 casos presuntos notificados en el 2018 a 452 en el primer semestre del 2019— es una señal de que se está avanzando hacia la eliminación. Sin embargo, tal como se señala en la *Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales* (documento CD55/16), aprobada por el 55.º Consejo Directivo en el 2016, es necesario intensificar la acción para controlar varias enfermedades transmitidas por mosquitos.

253. La cooperación técnica de la Oficina siguió centrándose en la reducción del cólera en la isla La Española. Asimismo, se abordó la formación de capacidad para lograr programas eficaces de control de vectores mediante la capacitación en la identificación de mosquitos, la vigilancia de vectores y de la resistencia a los insecticidas en Dominica, Saint Kitts y Nevis y San Vicente y las Granadinas. En Barbados se evaluó el Programa de Control de Roedores y se formularon recomendaciones para fortalecerlo a fin de prevenir brotes de leptospirosis y hantavirus.

Lucha contra la resistencia a los antimicrobianos

254. La resistencia a los antimicrobianos es una amenaza cada vez mayor para los avances en el ámbito de la salud y un grave reto para el logro del objetivo 10 de la ASSA2030, así como de otros objetivos y metas, entre ellos los relacionados con la mortalidad materna, neonatal y de menores de 5 años y algunos relacionados con las ENT. Con financiamientos de Canadá, Alemania y los CDC de Estados Unidos, en el 2018 la Oficina puso en marcha un nuevo programa especial sobre la resistencia a los antimicrobianos con el fin de mejorar la acción de los Estados Miembros, de acuerdo con su contexto, sus necesidades y sus prioridades, para reducir el impacto de este problema.

255. El progreso en esta área se refleja en la elaboración y la ejecución de planes nacionales de acción para la resistencia a los antimicrobianos en los países, con el enfoque de “Una salud”. Para

finés del 2018, 16 países¹⁰² de la Región tenían planes nacionales de acción y otros 13¹⁰³ los estaban preparando. La Oficina proporcionó cooperación técnica directa a ocho países (Cuba, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Paraguay, República Dominicana y Suriname) para la formulación de planes nacionales de acción durante el período abarcado por el presente informe.

256. En noviembre del 2018, la Comisión Europea respaldó una propuesta de colaboración para luchar contra la resistencia a los antimicrobianos. La iniciativa, coordinada por la Oficina y ejecutada en colaboración con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la OIE, tiene como objetivos generales hacer frente a la resistencia a los antimicrobianos en colaboración con los principales agentes mundiales y países estratégicos, e impulsar el *Plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos*, puesto en marcha por la OMS en el 2015, con la difusión de experiencias, la promoción de mejores prácticas y el estímulo de la acción en siete países sudamericanos: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Paraguay, Perú y Uruguay.

257. La Oficina ayudó a los países a realizar intervenciones operativas multidisciplinarias y basadas en la evidencia para los programas de gestión de antimicrobianos:

- a) En Barbados, Guyana y Santa Lucía se realizó una encuesta de prevalencia puntual del uso de antimicrobianos en los hospitales y se creó una herramienta estandarizada en una aplicación segura en la web a fin de captar datos para la encuesta sobre el uso de antibióticos.
- b) Se publicaron directrices prácticas para las autoridades en lo que respecta al personal de salud y a la ejecución de intervenciones costo-eficaces de manejo de la resistencia a los antimicrobianos.¹⁰⁴
- c) Siete países (Costa Rica, Cuba, Guyana, México, Nicaragua, Paraguay y Perú) recibieron apoyo para la ejecución de programas de rectoría con respecto a los antimicrobianos.
- d) Se ofreció un curso de una semana sobre detección, vigilancia y análisis de la resistencia a los antimicrobianos, dirigido a microbiólogos y responsables de la información sobre la salud del Caribe.

258. La Oficina facilitó la elaboración de una iniciativa de dos años de cooperación entre países para el desarrollo sanitario entre Argentina y CARICOM con objeto de fortalecer la detección y la vigilancia nacional y regional de la resistencia a los antimicrobianos en los 14 Estados Miembros independientes de CARICOM.¹⁰⁵ La finalidad de la iniciativa es formar capacidad técnica para realizar pruebas de buena calidad con el fin de detectar la resistencia a los antimicrobianos,

¹⁰²Argentina, Belice, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Estados Unidos de América, Granada, Guyana, Haití, México, Perú, Saint Kitts y Nevis, Suriname, y Trinidad y Tabago.

¹⁰³Antigua y Barbuda, Bahamas, Cuba, Dominica, Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía y Venezuela.

¹⁰⁴OPS; Florida International University. *Recommendations for Implementing Antimicrobial Stewardship Programs in Latin America and the Caribbean: Manual for Public Health Decision-Makers*. Washington, D.C.: OPS, FIU; 2018.

¹⁰⁵Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Dominica, Granada, Guyana, Haití, Jamaica, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, y Trinidad y Tabago.

compilar y analizar datos de laboratorio sobre el tema, y usar los resultados de laboratorio con objeto de vigilar las tendencias, mejorar las prácticas de prescripción de medicamentos y fomentar políticas, medidas de prevención e intervenciones en relación con la resistencia a los antimicrobianos. La iniciativa contribuye a la implementación del Sistema Mundial de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos (GLASS) de la OMS, que se puso en marcha en el 2015 en apoyo de la ejecución del *Plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos*. Además brinda apoyo a los países del Caribe en el cumplimiento del RSI. A mediados del 2019, la Oficina estaba tratando de movilizar recursos para que los territorios holandeses y británicos del Caribe pudieran participar en la iniciativa.

259. La Oficina participó en la reunión del 2019 del Consejo Asesor Presidencial de Estados Unidos de América para Combatir las Bacterias Resistentes a los Antibióticos y en varias reuniones y deliberaciones del Consejo sobre la vigilancia, la gestión de antimicrobianos, y la prevención y el control de infecciones. La Oficina también desempeñó un papel prominente al conseguir que se incluyera la resistencia a los antimicrobianos en la Declaración del G20 emanada de la cumbre realizada en Argentina a fines del 2018.

260. La Oficina participó en las negociaciones con el Gobierno de Dinamarca, el Banco Mundial y el Grupo Consultivo sobre Investigaciones Agronómicas Internacionales (CGIAI) para llegar un acuerdo sobre el establecimiento del Centro Internacional de Soluciones ante la Resistencia a los Antimicrobianos (ICARS) en Dinamarca. Este centro fortalecerá la lucha mundial contra la resistencia a los antimicrobianos, servirá de centro independiente del saber mundial y de fuente para organismos nacionales e internacionales, y promoverá soluciones adaptadas y económicamente factibles que tengan en cuenta todos los aspectos del enfoque de “Una salud”, prestando especial atención a los países de ingresos bajos y medianos.

261. En un área conexas, la Oficina se asoció con los CDC de Estados Unidos y con Canadá a fin de apoyar una reunión de la Red Regional para la Vigilancia de la Resistencia a los Antifúngicos de las Enfermedades Micóticas Invasoras. La Red coordinará la vigilancia regional y fortalecerá la capacidad nacional para establecer el Sistema Mundial de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos. Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos de América, Guatemala, México, Panamá, Perú y Venezuela forman parte de la organización regional, que está elaborando un protocolo para la vigilancia de la resistencia a los antifúngicos de la especie *Candida*, una fuente común de septicemia intrahospitalaria. Se ha planificado un proyecto piloto para el 2020 con objeto de aplicar el protocolo en América Latina.

Inocuidad de los alimentos

262. La inocuidad y la inspección de los alimentos basadas en el análisis de riesgos son componentes vitales de un sistema moderno de control de los alimentos. A nivel subregional, la Oficina colaboró en el Caribe con las autoridades nacionales en materia de inocuidad de los alimentos para fortalecer la regulación basada en los riesgos. Un producto decisivo obtenido durante el período examinado fue un manual genérico sobre inspecciones basadas en riesgos. El manual está dirigido a las autoridades nacionales que se encargan de asegurar la inocuidad de los alimentos para proteger la salud pública, los consumidores y el comercio internacional. El manual concuerda con las directrices y normas del Codex Alimentarius, en particular los principios y los

enfoques para los sistemas nacionales de control e higiene de los alimentos, así como otros códigos de práctica, como los relativos al pescado, los productos lácteos, la carne y los alimentos callejeros. El manual fue validado por inspectores de alimentos que recibieron capacitación en un taller subregional sobre inspección de alimentos basada en los riesgos. Las autoridades nacionales en materia de inocuidad de los alimentos pueden usarlo como material didáctico y como plantilla para la creación de manuales nacionales para inspectorías de alimentos del Caribe.

263. La Red Interamericana de Laboratorios de Análisis de Alimentos (RILAA) abarca 250 laboratorios de 31 países miembros.¹⁰⁶ En el 2018, alrededor de 5.000 técnicos de laboratorio de 19 países¹⁰⁷ recibieron capacitación por medio de seminarios por internet de la RILAA. La Red coordinó una comparación microbiológica entre laboratorios con 41 participantes de 23 países.¹⁰⁸

264. La Oficina también proporcionó cooperación técnica a nivel nacional.

- a) Se evaluaron los sistemas de inocuidad de los alimentos de Costa Rica, El Salvador y Suriname, y se inició la aplicación de las recomendaciones para fortalecerlos.
- b) Honduras recibió \$150.000 del Fondo Fiduciario del Codex FAO/OMS para fortalecer su comité nacional del Codex con actividades que proseguirán hasta el 2021; la Oficina proporcionó cooperación técnica para la ejecución del proyecto.
- c) En Perú, la Oficina inició la cooperación técnica con la Dirección General de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria (DIGESA) del Ministerio de Salud, en colaboración con el Servicio Nacional de Sanidad Agraria (SENASA) del Ministerio de Agricultura y Riego y el Organismo Nacional de Sanidad Pesquera (SANIPES) del Ministerio de la Producción, con el fin de establecer directrices en materia de comunicación de riesgos para la inocuidad de los alimentos.
- d) En Trinidad y Tabago, el gabinete nacional formuló y aprobó una política nacional de inocuidad de los alimentos.

Objetivo 11 de la ASSA2030: Desigualdades e inequidades en torno a la salud

265. El fortalecimiento de los mecanismos para monitorear y medir las inequidades y el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible y sus metas es una prioridad para la Oficina. En marzo del 2019, la Oficina convocó una reunión regional titulada “Los Objetivos de Desarrollo Sostenible en la salud en las Américas: retos para el seguimiento de la equidad y propuestas para progresar”. Ese evento marcó el inicio del establecimiento en toda la organización de un marco centrado en la equidad para dar seguimiento al progreso a nivel regional y de país hacia las metas

¹⁰⁶ Argentina, Aruba, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Uruguay y Venezuela.

¹⁰⁷ Argentina, Bolivia, Brasil, Chile Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

¹⁰⁸ Argentina, Barbados, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

de la ASSA2030 y del ODS 3. Se examinaron posibles metodologías encaminadas a medir las desigualdades relacionadas con los 27 indicadores del ODS 3 y se elaboró un diagrama en el cual se vincula cada indicador con mecanismos de recopilación sistemática de datos para determinar las líneas de base y las metas. Entre los participantes en la reunión se encontraban funcionarios de departamentos técnicos de la Oficina y varias representaciones de la OPS/OMS, así como expertos de la sede de la OMS en Ginebra, la Oficina Regional de la OMS para Europa, la Universidad Federal de Pelotas (Brasil), el Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria, y la Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins.

266. En su trabajo de promoción de la salud, que es un componente fundamental de la cooperación técnica con los Estados Miembros para impulsar la ASSA2030, la Oficina aborda los determinantes sociales de la salud. Durante el período examinado, tras extensas consultas se estableció el nuevo marco para la cooperación técnica pertinente: la *Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030* (documento CD57/10). El proceso abarcó una reunión regional en Brasil, que contó con 70 participantes de 31 países y territorios,¹⁰⁹ y 35 consultas nacionales con ministerios de salud y representantes de otros sectores, entre ellos la comunidad académica y la sociedad civil.¹¹⁰ El documento final fue aprobado por el Comité Ejecutivo en su 164.^a sesión, y será sometido a la consideración del 57.º Consejo Directivo en septiembre del 2019.

267. La medida en que la promoción de la salud se usa como enfoque transversal varía entre los países, y es necesario que todos los Estados Miembros la incluyan en su política y sus planes nacionales de salud como un enfoque que abarca no solo actividades de educación sobre la salud, sino también el trabajo intersectorial, la participación comunitaria y otros aspectos de la estrategia de APS. Diecisiete países¹¹¹ tienen políticas de promoción de la salud; nueve incluyen la promoción de la salud en sus planes nacionales de salud (Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Jamaica, México y Perú); siete tienen una estrategia nacional de promoción de la salud (Chile, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, México, Panamá y Perú).

268. Para fortalecer la ejecución de la ASSA2030 a escala local e impulsar políticas que fomenten la salud, la Oficina colaboró con la Federación Latinoamericana de Ciudades, Municipios y Asociaciones Municipalistas (FLACMA) a fin de dar nuevo ímpetu al movimiento de ciudades y municipios saludables en la Región. La Oficina contribuyó a la creación de una comisión especial de salud de la FLACMA, que se centrará en la promoción de la salud, la salud

¹⁰⁹ Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba, Dominica, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Honduras, Islas Caimán, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, México, Montserrat, Nicaragua, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, y Venezuela.

¹¹⁰ Las consultas nacionales se celebraron en Anguila, Antigua y Barbuda, Argentina, Aruba, Barbados, Bermudas, Bolivia, Brasil, Canadá, Islas Caimán, Chile, Colombia, Cuba, Dominica, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Venezuela y Uruguay.

¹¹¹ Argentina, Barbados, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaica, Panamá, Perú y República Dominicana.

en todas las políticas y la ejecución de la ASSA2030 y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible a nivel local.

269. Desde el 2011, la OPS ha celebrado la Semana del Bienestar en las Américas, que se realiza cada año en el mes de septiembre, siguiendo el modelo del Día del Bienestar del Caribe establecido por los jefes de Estado y de Gobierno de CARICOM en la Declaración de Puerto España del 2007 sobre la prevención y el control de las ENT, que también se celebra en septiembre de cada año. El propósito de la Semana del Bienestar es movilizar a diversos agentes que puedan tener un efecto positivo en su comunidad: promotores de salud, personal de ministerios de salud, alcaldes, líderes comunitarios y la sociedad civil en general. El lema de la Semana del Bienestar del 2018, “Creando comunidades saludables para tod@s”, destacó la importancia de la promoción de la salud para las decisiones de todos, en todos los entornos, con el fin de mejorar la vida de todos. En la campaña del 2018 se pusieron de relieve los relatos de personas de ocho países (Barbados, Belice, Bolivia, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador y Jamaica) que realizaron intervenciones de promoción de la salud en su comunidad.

270. A mediados del 2018, la Oficina inició un examen de los enfoques actuales para abordar la equidad en la salud en la cooperación técnica. Se analizaron la coherencia y la eficacia de los mandatos en esta área ejecutados en cumplimiento del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, así como los obstáculos para las iniciativas sobre la equidad en la salud en la Organización. Se llegó a la conclusión de que gran parte de la labor en este ámbito se había concentrado en la medición de las desigualdades y en los enfoques de los marcos de la salud universal y los determinantes sociales, y se propusieron estrategias para adoptar una gama más amplia de enfoques de la equidad en la salud.

271. En septiembre del 2018, la Comisión de Equidad y Desigualdades en la Salud en las Américas, establecida por la Directora de la OPS en el 2016 bajo la presidencia de sir Michael Marmot, presentó al 56.º Consejo Directivo un resumen de sus resultados en lo que respecta a las causas sociales y los contextos de la mala salud en la Región, junto con propuestas para abordarlos. En abril del 2019, la Oficina recibió el informe final de la Comisión, que contiene doce recomendaciones organizadas en torno a tres factores principales que influyen en la equidad en la salud: *factores estructurales* (estructuras políticas, sociales, culturales y económicas; racismo estructural; cambio climático), *condiciones de la vida cotidiana* (los primeros años y la educación, el trabajo, la protección social y de los ingresos, la violencia, el medioambiente y la vivienda, y el sistema de salud) y *mecanismos de gobernanza y protección de los derechos humanos*. En el informe también se reconoce la intersección y la multiplicación de los efectos de las diversas formas de desventaja. En consecuencia, la Oficina estableció un grupo interprogramático encargado de analizar la armonización óptima del trabajo de la Oficina con las recomendaciones de la Comisión. Se elaboró un documento de información conexo, que se presentará al 57.º Consejo Directivo de la OPS en septiembre del 2019, en ocasión de la publicación regional del informe final de la Comisión.

272. En enero del 2019, la Oficina obtuvo financiamiento de un importante asociado nuevo, la Fundación Robert Wood Johnson, a fin de respaldar la atención prioritaria a la equidad en la salud. Con estos recursos se abordarán las lagunas en los conocimientos sobre el alcance y la eficacia de las políticas nacionales y subnacionales encaminadas a reducir las inequidades en materia de salud; la mejora del intercambio de conocimientos con redes dedicadas a la equidad en la salud,

integradas por la sociedad civil, la comunidad académica y ejecutores de programas; y la preparación de guías, herramientas y capacitación para los Estados Miembros sobre la formulación de políticas y la planificación en favor de la equidad en la salud.

273. Durante el período analizado, la Oficina realizó y publicó una revisión sistemática de la incidencia de la infección por el VIH, las ITS y las hepatitis virales en las personas indígenas y afrodescendientes de América Latina.¹¹² En el estudio se encontraron lagunas en los datos sobre la carga de estas enfermedades y se destacó la necesidad de mejorar la vigilancia nacional con la recopilación y el análisis sistemáticos de datos sobre las variables de etnicidad, de realizar estudios bioconductuales integrados con metodologías robustas y estrategias culturalmente sensibles, de elaborar una política de respuesta de alcance regional que considere las necesidades de los pueblos indígenas y las personas afrodescendientes, y de adoptar un enfoque intercultural de la salud y la prestación de servicios para eliminar los obstáculos al acceso y mejorar los resultados en materia de salud de estas poblaciones.

274. La Oficina mantuvo extensas consultas nacionales y subnacionales con pueblos indígenas, personas afrodescendientes y romaníes, ministerios de salud y otras entidades pertinentes. Se emplearon diversas modalidades, entre ellas reuniones presenciales y virtuales, para sustentar la elaboración de la *Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025* (documento CD57/13). El objetivo fue incorporar todas las perspectivas en este nuevo marco, que se presentará al 57.º Consejo Directivo en septiembre del 2019. El marco se basa en la iniciativa *La salud de los pueblos indígenas de las Américas* (documento CD47/13) del 2006; concuerda con el *Plan de acción del decenio de las y los afrodescendientes en las Américas (2016-2025)*, adoptado conjuntamente por la OEA y la OPS; pone en práctica la orientación proporcionada en la *Política sobre etnicidad y salud*, aprobada por la 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana en el 2017 (documento CSP29/7, Rev. 1) y considera el *Plan de salud para la juventud indígena de América Latina y el Caribe* y el *Plan de salud para la juventud afrodescendiente de América Latina y el Caribe*, ambos del 2018. Cuando se apruebe, la nueva estrategia y plan de acción proporcionará orientación para avanzar en la equidad en la salud en la Región de las Américas.

275. La Oficina colaboró con el Centro Nacional de Salud Intercultural del Ministerio de Salud de Perú para promover la inclusión en los registros de salud de la autoidentificación indígena, afroperuana y de otros pueblos. Esta identificación posibilita el análisis de datos desglosados, la detección de inequidades y la adopción de medidas específicas para atender las necesidades de las personas que se encuentran en las mayores condiciones de vulnerabilidad y exclusión. También en Perú, la Oficina apoyó una prueba piloto de un instrumento cualitativo de la OMS para analizar la situación de los obstáculos en el lado de la demanda al acceso a la salud que enfrentan las personas que trabajan en la economía informal. El proyecto piloto se centra en la situación de los migrantes venezolanos, y los resultados servirán de base para iniciativas encaminadas a promover la salud universal en Perú.

¹¹² Russell NK, Nazar K, del Pino S, Alonso Gonzalez M, Díaz Bermúdez XP, Ravasi G. *HIV, syphilis, and viral hepatitis among Latin American indigenous peoples and Afro-descendants: a systematic review*. Rev Panam Salud Pública. 2019;43:e17. Disponible en <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.17>.

276. En el 2017 se creó una metodología en favor de la equidad, con criterios relativos a los temas transversales,¹¹³ en el marco del proyecto de Sistemas Integrados de Salud en América Latina y el Caribe. La Oficina ha perfeccionado y probado una versión más integrada del instrumento, con una plataforma en línea fácil de usar y ejemplos del uso de la metodología. La nueva versión se usó en las representaciones de la OPS/OMS para la presentación de informes sobre el proyecto de Sistemas Integrados de Salud a fines del 2018. La Oficina prevé usar la nueva metodología y plataforma más ampliamente con el fin de crear, monitorear y actualizar una base de datos de los métodos utilizados por la Oficina y los Estados Miembros para abordar los temas transversales.

Promoción de la igualdad de género en la salud

277. Es sabido que la desigualdad en materia de género es un factor importante que influye en la inequidad en la salud de los hombres, las mujeres y las personas con identidades de género diversas. En esta desigualdad intervienen diferencias entre hombres y mujeres determinadas social y culturalmente en la exposición, el comportamiento y el acceso a la atención de salud, y los sesgos en la prestación de servicios y la investigación sobre la salud, entre otros factores.

278. Durante el período abarcado por el presente informe, la Oficina hizo un estudio de las iniciativas regionales y de los países para integrar la perspectiva de género en la salud. El estudio incluyó un análisis de las definiciones de integración de la perspectiva de género y los requisitos institucionales establecidos en los documentos de política y los mandatos regionales; una revisión sistemática de los resultados documentados de la integración de la perspectiva de género en las políticas y los programas nacionales de salud, en particular las prioridades de género y salud de los ODS 3 y 5; un examen de documentos de la OPS, publicaciones científicas e información disponible en la web; y entrevistas semiestructuradas con expertos. Estos componentes se complementaron con tres estudios de casos —en Guatemala, Guyana y Perú— centrados en las experiencias de los interesados y las enseñanzas de la integración del género en los distintos sectores de la salud. Estos países participaron en los estudios, y la Oficina organizó la presentación virtual de los resultados y las recomendaciones a cada uno de ellos, y facilitó la colaboración entre asociados con el fin de estimular la continuación del trabajo.

279. El estudio integral de la Oficina y los estudios de casos de los tres países han llevado a una serie de recomendaciones sobre la integración de la perspectiva de género en la salud: establecer requisitos mínimos para las intervenciones institucionales y programáticas; documentar las estrategias eficaces y fructíferas y sus resultados; ampliar el alcance y las definiciones, con planes operativos cuantificables y un énfasis en los resultados, y fortalecer la capacidad para los análisis de género, el seguimiento y la evaluación. Las recomendaciones se presentaron en una reunión de un grupo de expertos durante la conferencia *Women Deliver 2019* realizada en Vancouver (Canadá) en junio del 2019.

¹¹³ En el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 se señalan cuatro temas transversales —género, equidad, derechos humanos y etnicidad— como enfoques programáticos que deben aplicarse en todas las áreas programáticas para mejorar los resultados en materia de salud y reducir las inequidades.

280. La cooperación técnica de la Oficina contribuyó al fortalecimiento de la capacidad de análisis en materia de género en Granada, San Vicente y las Granadinas y Santa Lucía, con el propósito de extender intervenciones similares a otros países del Caribe oriental. La iniciativa abarcó la elaboración de perfiles de género para distintos temas de salud —como la infección por el VIH y las ITS— en colaboración con cada ministerio de salud y sus asociados, a fin de suministrar información de referencia para dar seguimiento a los avances y formular nuevas iniciativas.

281. Con el fin de reforzar la capacidad de los sistemas de salud del Caribe para responder a la violencia contra la mujer, se capacitó a instructores en la subregión sobre la respuesta del sistema de salud basada en la evidencia a las sobrevivientes de la violencia sexual y de pareja. Los principales objetivos de este trabajo eran fortalecer la capacidad de los prestadores de servicios de salud para detectar y atender a sobrevivientes de la violencia y aumentar la colaboración entre el gobierno y las organizaciones de la sociedad civil que atienden a mujeres sobrevivientes. La intervención se efectuó en colaboración con el Organismo de Salud Pública de Canadá, la Escuela de Enfermería de la Universidad Johns Hopkins (Centro Colaborador de la OPS sobre recursos humanos para la salud), el UNFPA, el UNICEF, ONU-Mujeres, el Banco Mundial y CARICOM.

282. A fines del 2018, la Oficina firmó un memorando de entendimiento con la Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero (WPATH), organización sin fines de lucro, interdisciplinaria, profesional y educativa dedicada a la salud transgénero, para organizar un curso virtual de cinco módulos sobre la salud de las personas LGBT. El curso se ofrecerá en el Campus Virtual de Salud Pública de la OPS a partir de fines del 2019.

283. En el 2018, la Directora de la OPS elaboró un informe sobre la salud de las personas LGBT y sus obstáculos para el acceso a los servicios de salud (documento CD56/INF/11, Corr.) con los aportes del grupo de trabajo interprogramático de la Oficina sobre las personas LGBT. Con la presentación del informe al 56.º Consejo Directivo en septiembre del 2018 se cumplió uno de los mandatos establecidos en el 2013 en la resolución CD52.R6, *Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans*. Los resultados y las recomendaciones del informe de la Directora procuran guiar la labor de los países para eliminar los obstáculos que enfrentan las personas LGBT en el acceso a los servicios de salud, en particular el fomento de la protección social y financiera de una manera no discriminatoria y la protección de su derecho a la salud.

Mejora de la salud adolescente

284. La población adolescente enfrenta muchos obstáculos para recibir la gama completa de servicios preventivos, promocionales y curativos de buena calidad y apropiados para la edad que necesitan. Los servicios, en los lugares donde los hay, pueden estar fragmentados y no concordar con las necesidades de salud de la población joven. Los enfoques multisectoriales y las intervenciones dirigidas a la familia, la escuela y la comunidad, así como las iniciativas para detectar y atender a los grupos de población joven más vulnerables con intervenciones basadas en la evidencia, siguen siendo limitados en número y alcance.

285. La cooperación técnica de la Oficina en la salud adolescente contribuye a la consecución de varias metas de la ASSA2030, en particular las relacionadas con las ENT y los trastornos mentales, las enfermedades transmisibles, los traumatismos causados por el tránsito, la violencia, el consumo de sustancias psicoactivas, la mortalidad materna y la salud sexual y reproductiva. En el 2018, la Oficina terminó de preparar un informe regional sobre el estado de salud de la población adolescente en la Región,¹¹⁴ basado en 19 indicadores regionales y en información sobre la ejecución de la *Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y jóvenes 2010-2018*. El informe muestra que se han hecho grandes avances a escala regional y de país en el desarrollo y la ejecución de actividades para promover la salud de adolescentes y jóvenes, entre ellas el establecimiento de programas de salud para la población adolescente en la mayoría de los países, la disponibilidad y la utilización de información estratégica, la ampliación de los servicios de salud para la población adolescente, la formación de capacidad de los interesados en una variedad de temas de salud adolescente y la introducción de intervenciones escolares y familiares. Sin embargo, en el informe también se señala que no todos los grupos se han beneficiado por igual de este progreso; la mortalidad en la adolescencia no ha cambiado, y los homicidios, los suicidios y las muertes causadas por el tránsito son las principales causas de muerte en este grupo.

286. Entre las recomendaciones del informe regional cabe señalar la necesidad de que haya suficientes fondos para los programas multisectoriales de salud de adolescentes y jóvenes que aborden los determinantes sociales de la salud; el establecimiento de un sistema de salud que responda a las necesidades de la población adolescente; intervenciones en la escuela, la familia y la comunidad para proteger y promover la salud infantil y adolescente; el uso de enfoques basados en la evidencia orientados a grupos en situación de vulnerabilidad; el seguimiento y la evaluación para fundamentar la planificación estratégica y la adaptación oportuna de programas y servicios; y la participación de la población joven como agentes de cambio.

287. Las medidas mundiales aceleradas en favor de la salud adolescente (conocidas como AA-HA! por su sigla en inglés), propuestas por la OMS en el 2017, son una guía para elaborar planes y estrategias multisectoriales integrales de salud de los adolescentes, basados en la evidencia y en consonancia con los ODS y la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente*. Durante el período analizado, la Oficina capacitó a equipos de ocho países (Brasil, Ecuador, El Salvador, Haití, Honduras, Panamá, Perú y República Dominicana) para aplicar la guía AA-HA! y proporcionó asistencia a cuatro países (Belize, Honduras, Guyana y Suriname) en la elaboración de una nueva generación de planes de salud adolescente.

288. La Oficina facilitó el uso del instrumento Innov8 de la OMS no solo para examinar las intervenciones encaminadas a reducir los embarazos en la adolescencia, sino también para analizar los programas de salud adolescente. El proceso analítico de ocho pasos de Innov8 para los programas de salud procura concretar el compromiso de los ODS de “no dejar a nadie atrás” y su aplicación conduce a actividades concretas para abordar las inequidades en materia de salud, apoyar la igualdad étnica y de género, abordar los determinantes sociales críticos de la salud, y alcanzar progresivamente la salud universal y el derecho a la salud.

¹¹⁴ OPS. La salud de los adolescentes y jóvenes en la Región de las Américas: la aplicación de la estrategia y el plan de acción regionales sobre la salud de los adolescentes y jóvenes (2010-2018). Washington, D.C.: OPS; 2018 (actualizado en febrero del 2019). Disponible en <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49545>.

289. La Oficina apoyó la traducción y el uso de un manual para evaluar los obstáculos que enfrenta la población adolescente para acceder a los servicios de salud, en particular los adolescentes desfavorecidos, publicado por la OMS en el 2019. El manual presenta una metodología encaminada a detectar los grupos poblacionales sin cobertura de servicios de salud y los obstáculos más importantes que enfrentan. México ha solicitado la aplicación de la metodología para el año próximo.

Salud ambiental, agua, saneamiento e higiene

290. La cooperación técnica de la Oficina en el período abarcado por el presente informe contribuyó a la reducción de los daños y las amenazas para la salud del medioambiente y a la mejora del agua, el saneamiento y la higiene en algunos países y subregiones.

291. En colaboración con ministerios de salud, medioambiente y energía, la Oficina realizó una evaluación coyuntural de la preparación nacional para reducir el uso residencial de combustibles sólidos y querosén, usando la herramienta para la evaluación rápida del consumo doméstico de energía (HEART) en Honduras, México, Panamá, Paraguay y Perú. Esta herramienta es un método novedoso para estimular la conversación intersectorial de acuerdo con las directrices de la salud en todas las políticas. Al usarla con los países, la Oficina fomentó la participación de los sectores de la salud en las deliberaciones pertinentes y elaboró un informe orientado a cada país con un diagnóstico de la situación y una hoja de ruta para mejorar el acceso a la energía limpia para todos.

292. Como parte de la campaña mundial BreatheLife, iniciativa conjunta de la OMS, ONU-Medio Ambiente y la Coalición Clima y Aire Limpio, la Oficina ayudó a formar la capacidad para hacer frente a la contaminación del aire ambiental en varios Estados Miembros. La cooperación técnica consistió en un taller en Colombia sobre sistemas de monitoreo del aire, inventarios de emisiones, y transporte, además de asistencia para la preparación de hojas de ruta para la acción en Argentina, Honduras y Paraguay.

293. La Oficina apoyó la capacitación de funcionarios de salud ambiental y otros interesados de las Islas Vírgenes Británicas, Montserrat y Saint Kitts y Nevis sobre el monitoreo de la calidad del aire en locales cerrados. Además, se mejoró la capacidad de los países en el área del manejo *in situ* de aguas residuales, y se formularon y adoptaron directrices para los países.

294. En Centroamérica, la Oficina propuso una iniciativa sobre la calidad del aire y la salud, y la negoció con el PARLACEN, que la respaldó por medio de una resolución en mayo del 2019. En la resolución se reconoce la calidad deficiente del aire como problema de salud pública y como importante factor de riesgo ambiental de las ENT que es necesario priorizar y abordar adecuadamente. En la resolución se encomienda a la SE-COMISCA y a la Comisión Centroamericana de Ambiente y Desarrollo que establezcan o fortalezcan normas técnicas para la calidad del aire a fin de proteger la salud, se insta a los Estados Miembros del SICA a que examinen su marco jurídico en esta área y se recomienda la creación, con la cooperación técnica de la Oficina, de un observatorio de la calidad del aire en la subregión centroamericana. La Oficina propuso una ley modelo para la creación o el fortalecimiento de leyes sobre la calidad del aire, que también fue aprobada por el PARLACEN.

295. Con financiamiento de ONU-Medio Ambiente y el Fondo para el Medio Ambiente Mundial (FMAM), la Oficina proporcionó cooperación técnica para la eliminación del plomo en la pintura. Con ese fin organizó el primer taller regional sobre el tema en junio del 2019. La Oficina también comenzó a trabajar en otros proyectos del FMAM para la aplicación del Convenio de Minamata sobre el Mercurio en Argentina (reemplazo de termómetros), el Caribe (productos para aclarar la piel) y Uruguay (eliminación gradual de la amalgama dental).

296. La Oficina aplicó el protocolo WASH (sigla en inglés de agua, saneamiento e higiene) para evaluar establecimientos de salud de seis países (Bolivia, Guatemala, Honduras, Panamá, Paraguay y Perú) en lo que se refiere a las medidas relacionadas con el agua, el saneamiento, la higiene, el drenaje, los desechos de los servicios de salud y el control de vectores. Esta información, que servirá de base para integrar el protocolo WASH en las políticas y planes nacionales de salud, fue la fuente principal de datos regionales para el *Informe de línea de base mundial 2019, WASH en los establecimientos de salud*, del Programa Conjunto de Monitoreo de la OMS/UNICEF, que se publicó en abril del 2019. Participaron en esta tarea la OMS, el UNICEF, el proyecto de Sistemas Integrados de Salud en América Latina y el Caribe y el Gobierno del Perú.

297. En Brasil, la Oficina coordinó y utilizó la metodología TrackFin para dar seguimiento al financiamiento del protocolo WASH a escala subnacional. Además, la Oficina aplicó la metodología del análisis y evaluación mundial sobre saneamiento y agua potable en 25 países y territorios.¹¹⁵ Ambos instrumentos revelaron grandes disparidades en la comprensión y el seguimiento del financiamiento en el sector del agua, el saneamiento y la higiene en los países, lo cual dificulta la planificación basada en la evidencia y las decisiones presupuestarias. La Oficina seguirá promoviendo la metodología TrackFin y respaldará un estudio regional de la asequibilidad de los servicios de agua, saneamiento e higiene en un marco de derechos humanos. Participan en esta tarea la Asociación de Entes Reguladores de Agua y Saneamiento de las Américas, la AECID, FIOCRUZ Brasil, el Gobierno de Perú y la OMS.

Migración y salud

298. En el 2018, los Estados Miembros afrontaron grandes retos con respecto a la salud y la migración, que se describen en el apartado sobre el objetivo 8 de la ASSA2030, “Brotos, emergencias y desastres”. Además, en vista de las medidas tomadas por varios Estados en relación con la migración internacional, la Oficina convocó una reunión de alto nivel en Washington, D.C., en noviembre del 2018, en la cual los ministros de salud y otros representantes de 32 países y territorios¹¹⁶ de la Región de las Américas señalaron una serie de medidas para mejorar la respuesta

¹¹⁵ Anguila, Antigua y Barbuda, Argentina, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guyana, Haití, Honduras, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Trinidad y Tabago, y Venezuela.

¹¹⁶ Antigua y Barbuda, Argentina, Aruba, Bahamas, Barbados, Belice, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Curaçao, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Martín, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

del sector de la salud a la migración masiva que se está produciendo en la Región.¹¹⁷ Sobre la base de esos insumos y de consultas adicionales con los Estados Miembros, la Oficina publicó el *Documento de orientación sobre migración y salud*, en el cual se describen medidas centradas en las personas, un enfoque de múltiples amenazas y la responsabilidad compartida entre instituciones y autoridades nacionales y subnacionales y los sectores público y privado.

Mejora de la cooperación internacional para la salud centrada en los países

299. Los resultados de la cooperación técnica de la OPS son evidentes en los Estados Miembros, y la Oficina siguió adaptando sus intervenciones a las prioridades y las necesidades de cada país, determinadas por medio de las estrategias de cooperación. Cada estrategia de cooperación concuerda plenamente con la ASSA2030, el ODS 3 y los ODS conexos, según corresponda a la situación nacional, guía el trabajo de la Organización con el país y en el mismo, y refleja la visión a mediano plazo para la cooperación técnica con el Estado Miembro. Durante el período abarcado por el presente informe, concluyeron las estrategias de cooperación en diez países (Antigua y Barbuda, Barbados, Bolivia, Brasil, Chile, Dominica, Granada, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, y Santa Lucía) y se evaluaron en cuatro (Costa Rica, México, Panamá y República Dominicana).

300. Guiándose por el principio de “no dejar a nadie atrás” y teniendo en cuenta las necesidades de los ocho países clave, que enfrentan enormes retos estructurales, económicos y sociales, la Oficina fomentó la aplicación de la estrategia de países clave de la OPS. El seguimiento estrecho y el ajuste de la cooperación técnica con estos países durante el período analizado, incluido el examen formal de la cooperación técnica con Haití, dieron lugar a intervenciones oportunas y eficaces en los países, que aumentaron al máximo el valor agregado y el impacto de la Oficina.

301. La Oficina tiene una larga trayectoria de defensa y promoción de la cooperación Sur-Sur y triangular, inicialmente por medio de su iniciativa de cooperación técnica entre países (CTP) y ahora con el programa de cooperación entre los países para el desarrollo sanitario, el sucesor de la CTP. La cooperación entre países para el desarrollo sanitario no solo aprovecha la pericia de la Organización, sino que también busca y moviliza conocimientos especializados en los propios países para formular soluciones adaptadas a los problemas de salud, un aspecto igualmente importante. Durante el período abarcado por el presente informe, las experiencias de cooperación entre los Estados Miembros de la OPS se documentaron en publicaciones de la Oficina de las Naciones Unidas para la Cooperación Sur-Sur,¹¹⁸ el Ministerio de Relaciones Exteriores de Argentina¹¹⁹ y la OMS.¹²⁰

¹¹⁷ OPS. *Regional ministerial meeting on mass migration on health, 29 November 2018: Meeting proceedings*. Washington, D.C.: OPS; 2018. Disponible en <https://bit.ly/2OEMm4o>.

¹¹⁸ Oficina de las Naciones Unidas para la Cooperación Sur-Sur. *Buenas Prácticas en la Cooperación Sur-Sur y Triangular para el Desarrollo Sostenible - Volumen 2*. Nueva York: UNOSCC; 2018. Disponible en <https://www.unsouthsouth.org/2018/11/28/good-practices-in-south-south-and-triangular-cooperation-for-sustainable-development-vol-2-2018-in-seven-languages/?lang=es>.

¹¹⁹ Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto de la República Argentina. *Cooperación Argentina*. Buenos Aires: MREC; 2019. Disponible en <https://cancilleria.gob.ar/userfiles/ut/publicacion-paba.pdf>.

¹²⁰ OMS. *Promoting health through South-South and triangular cooperation: selected WHO country case studies*. Ginebra: OMS; 2019 (WHO/CCU/19.05).

302. Por segundo año consecutivo, la Oficina y la Secretaría General Iberoamericana (SEGIB) aunaron fuerzas para contribuir a la visibilidad y la comprensión de la cooperación Sur-Sur y triangular en el sector de la salud de la Región de las Américas con la elaboración y publicación de un informe colaborativo.¹²¹ En esta edición del 2018, que se dio a conocer en la Segunda Conferencia de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre Cooperación Sur-Sur (BAPA+40), celebrada en Buenos Aires en marzo del 2019, se presenta el perfil de cada uno de los Estados Miembros que presentaron informes a la SEGIB. En el informe también se analiza la contribución de la cooperación Sur-Sur y triangular a diversos ODS además del 3, lo cual muestra el enfoque multisectorial de los proyectos.

303. En el período examinado se aprobaron cinco proyectos en el marco de la iniciativa de cooperación entre países para el desarrollo sanitario, que facilitaron los intercambios entre 25 países y territorios,¹²² seis de los cuales son países clave. Los cinco proyectos fueron:

- a) “Hacia la salud universal de la población del Chaco sudamericano”, con Argentina, Bolivia, Brasil y Paraguay;
- b) promoción de políticas de salud pública para abordar el sobrepeso y la obesidad en Chile y CARICOM, con CARICOM y Chile;
- c) mejora de la salud maternoinfantil en la frontera norte de Haití y la República Dominicana, con Haití y la República Dominicana;
- d) fortalecimiento de la detección y la vigilancia nacional y regional de la resistencia a los antimicrobianos en los Estados Miembros de CARICOM, con Argentina y CARICOM;
- e) generación de información crucial para planificar programas de control del cáncer y darles seguimiento en América Latina, con Argentina, Colombia, El Salvador, Guatemala, Panamá, Paraguay y Perú.

304. La Oficina asignó \$1,9 millones a esta modalidad de cooperación y movilizó \$1,2 millones en contribuciones en especie de los Estados Miembros participantes. Todos los proyectos contribuyeron directamente a metas de la ASSA2030 y el ODS 3, así como a los ODS 2 y 17. Además, la Oficina trabajó para fortalecer las oficinas de relaciones internacionales de los ministerios de salud y creó una comunidad de práctica para representantes de esas oficinas en noviembre del 2018. Los objetivos de esta comunidad de práctica son facilitar las mejoras de la gobernanza nacional para la salud mundial y la cooperación internacional para la salud y promover la diplomacia sanitaria y la cooperación entre países.

¹²¹ OPS; SEGIB. La Cooperación Sur-Sur y triangular en el sector de la salud en Iberoamérica, 2018. Washington, D.C.: OPS, SEGIB; 2018. Disponible en <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/50514>.

¹²² Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Dominica, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Jamaica, Montserrat, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, y Trinidad y Tabago.

305. La cooperación de la Oficina centrada en los países también mejoró como consecuencia de la estrecha colaboración con los Estados Miembros en tareas cruciales de planificación, presupuestación y evaluación, incluida la evaluación conjunta de fin de bienio; la formulación del proyecto de Plan Estratégico de la OPS 2020-2025, junto con indicadores para el Plan y la ASSA2030, por medio del Grupo Asesor; la formulación de la nueva política del presupuesto regional y la preparación del proyecto de presupuesto por programas 2020-2021. Se presentan más detalles en la tercera parte de este informe, en el apartado titulado “Planificación y presupuestación”.

Parte 3. Examen del fortalecimiento institucional de la Oficina

306. Durante el período examinado se monitorearon los sistemas de administración y gerencia interna de la Oficina y se los fortaleció en los casos en que era necesario para aumentar la eficiencia y el impacto de la OPS. Se hicieron ajustes en la estructura orgánica a fin de reflejar mejor las prioridades de la cooperación técnica con los Estados Miembros en el trayecto hacia la ejecución de la ASSA2030 y el logro de los ODS. Entre esos cambios cabe señalar el establecimiento del nuevo Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud (EIH). Este departamento, en el cual se incorporó la antigua Unidad de Análisis de Salud, se creó con el fin de mejorar el uso de nuevas tecnologías para la obtención y el análisis de datos, y mejorar la capacidad de la Oficina para hacer proyecciones y proporcionar inteligencia temprana, evidencia e información estratégica con objeto de fundamentar la cooperación técnica. Se crearon también dos unidades —Promoción de la Salud y Determinantes Sociales (PS) y Cambio Climático y Determinantes Ambientales de la Salud (CE)— y dos programas especiales: Resistencia a los Antimicrobianos y Fondo Estratégico de la OPS. Los ajustes facilitaron que la Oficina estuviera en estrecha consonancia con la reforma en curso de la OMS y su planificación estratégica, al tiempo que se reconoce y se respeta la condición de la OPS como organización internacional independiente que, junto con su Director, rinde cuentas directamente a los Estados Miembros de la Región de las Américas.

Gestión de recursos humanos

307. La Oficina siguió aplicando su estrategia de personal, con medidas encaminadas a fortalecer la armonización y la agilidad, fomentar el talento en cada nivel y proporcionar un liderazgo inspirador para el cambio.

308. La Oficina formuló y adoptó nuevas directrices para reconfigurar puestos de la Oficina a fin de responder a la evolución de las necesidades programáticas y asegurar que la Organización sea apta para sus fines. El proceso de reconfiguración implica exámenes de la composición del personal con objeto de determinar la distribución más eficiente de los puestos y las aptitudes requeridas para la cooperación técnica de la Organización. En el 2018, la Organización completó la reconfiguración en las representaciones en Ecuador y Haití.

309. Las estadísticas del personal correspondientes al período abarcado por el presente informe reflejaron un progreso hacia la paridad de género, en particular en los niveles P.4 y más altos. En términos generales, la Oficina ha alcanzado la paridad de género en las categorías profesional y superior: 51% son mujeres y 49% son hombres. Los datos de la Oficina para el 2018 indican lo siguiente:

- a) En la Sede, las mujeres representaron 54% del personal profesional, mientras que, en las representaciones y los centros panamericanos, el porcentaje de las mujeres en esta categoría fue de 48%. Ambas cifras permanecen sin cambios desde el 2017.
- b) Los nombramientos para puestos de plazo fijo consistieron en 79 profesionales y funcionarios profesionales de contratación nacional: 35 hombres (44%) y 44 mujeres (56%). Este número incluye conversiones de temporeros a nombramientos de plazo fijo.

- c) El nombramiento de mujeres aumentó sustancialmente en el 2018, con 44 mujeres nombradas para puestos profesionales en comparación con 25 en el 2017.
- d) De los 24 representantes de la OPS/OMS en los países, 13 (54%) son hombres y 11 (46%) son mujeres.

310. Estos logros demuestran el compromiso de la Oficina de ofrecer oportunidades para cargos directivos y gerenciales tanto a las mujeres como a los hombres, y de promover un grupo diverso de candidatos para esos cargos.

311. La Oficina fortaleció sus programas de aprendizaje y creó otras oportunidades para el aprendizaje del personal, a fin de fomentar el talento institucional y el desarrollo profesional. Se firmó un convenio para varios años con la Escuela Superior del Personal del Sistema de las Naciones Unidas y se puso en marcha una iniciativa de capacitación en gestión y liderazgo para gerentes de nivel medio y superior. La primera cohorte de 29 participantes concluyó el programa, que incluye una evaluación de 360 grados y preparación individual basada en el marco de liderazgo del sistema de las Naciones Unidas, y recibió el certificado correspondiente. Otra cohorte de 32 participantes comenzó el curso a fines de mayo del 2019.

312. Los representantes de la OPS/OMS desempeñan un papel crucial para que la cooperación técnica de la Oficina sea pertinente, apropiada, eficaz y del más alto nivel. La Oficina puso en marcha una iniciativa especial de capacitación para funcionarios internos interesados en convertirse en representantes de la OPS/OMS, a fin de mejorar sus probabilidades de éxito en el proceso de evaluación mundial de la OMS para jefes de representaciones.

313. La Oficina también renovó su programa de orientación para el personal nuevo y el personal que rota entre lugares de destino, así como su programa de aprendizaje de idiomas. Por medio de cursos virtuales con instructores, la Oficina ofreció clases grupales en los cuatro idiomas oficiales (español, francés, inglés y español).

314. En el 2019, la Oficina realizó una encuesta interna sobre el compromiso del personal, que fue respondida por 74% del personal, la tasa de respuesta más alta en los anales de la Organización para encuestas internas. Los resultados mostraron que el personal se sentía muy conectado con la misión de la Organización, pero que también había margen para mejoras en el entorno institucional, en particular en la comunicación interna y los métodos de gestión.

Ética, transparencia y rendición de cuentas

315. Como se detalla en el documento CE164/8, presentado al Comité Ejecutivo en su 164.^a sesión en junio del 2019, la Oficina siguió velando por la conducta ética en sus operaciones y actividades en el marco del Sistema de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos de la OPS (SGAIC),¹²³ ayudó a empleados a resolver conflictos y a abordar inquietudes conexas en

¹²³ El SGAIC está integrado por la Oficina de Ética, la Oficina del Mediador, la Oficina del Asesor Jurídico, el Departamento de Gestión de Recursos Humanos, el Oficial de Seguridad de la Información, la Oficina de Servicios de Supervisión Interna y Evaluación, la Oficina de Investigaciones, la Junta de Apelación y la Asociación de Personal de la OPS/OMS.

el lugar de trabajo, y fomentó un clima positivo de inclusión, rendición de cuentas y transparencia en toda la Organización.

316. Durante el período abarcado por el presente informe, el personal de la Sede y de las representaciones participó en cursos presenciales sobre comportamiento ético, conflictos de intereses, prevención y detección de fraudes, uso de los medios sociales, acoso personal y sexual, y protección de denunciantes de irregularidades. Se ofrecieron 18 sesiones de un seminario interactivo titulado “Cómo tener conversaciones difíciles: cómo hacer salir lo mejor de usted y de los demás”, en el cual participaron 611 personas. El seminario incluía ejercicios de autoevaluación, tareas grupales y actividades de representación de roles con el propósito de ayudar al personal de la Oficina a adquirir aptitudes para resolver los conflictos en el lugar de trabajo de una manera positiva y eficaz. Se impartieron cursos sobre la cortesía en el lugar de trabajo a más de 60 directores, gerentes y representantes de la OPS/OMS, en los cuales se pusieron de relieve los efectos de la falta de cortesía en el lugar de trabajo, como la merma de la productividad, la desmoralización, el aumento del ausentismo y la rotación de personal.

317. La Oficina puso a disposición, por medio de la plataforma iLearn de la OPS, un programa de estudios en línea que incluía un curso autodidáctico de las Naciones Unidas sobre prevención del acoso, el acoso sexual y el abuso de autoridad en el lugar de trabajo y un video de las Naciones Unidas titulado “Servir con orgullo: tolerancia cero para la explotación y el abuso sexuales”. El programa es obligatorio para el personal de la Oficina, independientemente del puesto o tipo de contrato. Además, la Oficina de Ética colaboró con la Oficina del Mediador para organizar una sesión exclusivamente sobre el acoso sexual en el lugar de trabajo. Con este nuevo programa de capacitación se procura facilitar la comprensión de lo que constituye acoso sexual, cómo evitar comportamientos que puedan dar lugar a una queja de acoso sexual, formas de manejarlo y los recursos disponibles en la Oficina para prevenirlo y abordarlo. El curso se inició en diciembre del 2018, y para mediados del 2019 habían participado 161 empleados.

318. Una nueva Oficina de Investigaciones, establecida a principios del 2018, investigó varias denuncias de actos indebidos y comunicó sus conclusiones a la administración de la Oficina como base para que se tomaran medidas correctivas. La nueva Oficina de Investigaciones es funcionalmente independiente y rinde cuentas al Comité Ejecutivo de la OPS, si bien colabora con otras unidades administrativas de la Oficina para asegurar la coherencia, la coordinación y la optimización de recursos, como se señaló al Comité Ejecutivo en su 164.^a sesión en junio del 2019 (documento CE164/9).

319. La Oficina siguió velando por el cumplimiento del *Marco para la colaboración con agentes no estatales* (conocido como FENSA por su sigla en inglés) (documento CD55/8, Rev. 1), adoptado en el 2016 por el 55.º Consejo Directivo de la OPS por medio de la resolución CD55.R3. La Oficina del Asesor Jurídico realizó más de 120 análisis de diligencia debida y evaluación de riesgos en relación con propuestas de colaboración con agentes no estatales. La Oficina coordinó sus actividades en este rubro con la Secretaría de la OMS a fin de aplicar el FENSA de manera uniforme y de adaptar los procesos y procedimientos según fuese necesario para tener en cuenta la condición jurídica singular de la OPS.

320. Se hicieron diez auditorías internas durante el período abarcado por el presente informe: cuatro en representaciones (Brasil, Haití, Trinidad y Tabago, y Venezuela), dos en la Sede (en las cuales se abordó la seguridad de la tecnología de la información y los gastos de viajes) y cuatro de proyectos específicos (tres de *Mais Médicos* y una del proyecto Hospitales Inteligentes). Por primera vez en los últimos años, ninguno de los resultados de las auditorías internas de este período fue “insatisfactorio”, lo cual muestra la mejora continua de los controles internos atribuible al Sistema de Información Gerencial de la OPS (PMIS) y a la mayor conciencia de la gerencia y el personal de la Oficina con respecto a la importancia de los controles internos.

321. El Comité de Auditoría de la OPS siguió proporcionando asesoramiento durante este período, en forma de orientación sobre la formulación de políticas de la Oficina para la prevención de fraudes, y evaluaciones y el asesoramiento sobre asuntos que abarcaron desde la seguridad de la tecnología de la información hasta la gestión de riesgos institucionales y las operaciones de la Oficina de Investigaciones establecida recientemente.

322. En el área de evaluación, la Oficina comenzó a usar una nueva plataforma en el segundo trimestre del 2019 que recoge informes de diferentes partes de la Organización y los pone al alcance de todo el personal de la Oficina. La plataforma permite un mayor intercambio de información y facilita un seguimiento más sistemático de los resultados, las recomendaciones y las enseñanzas de las evaluaciones. De esta forma, provee un circuito de información importante para la planificación y la formulación de nuevas iniciativas de la Oficina.

323. En el 2018 se terminó de preparar el informe de fin del bienio 2016-2017, que se presentó a los Estados Miembros en el 56.º Consejo Directivo, celebrado ese año. En el informe se documentaron los avances hacia las metas de impacto en la salud, los resultados intermedios y los resultados inmediatos que figuran en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 y el Presupuesto por Programas 2016-2017. Este análisis —la segunda evaluación conjunta de los Estados Miembros y la Oficina— se basó en las enseñanzas extraídas del informe de fin de bienio 2014-2015 y refleja el compromiso de la Organización con la rendición de cuentas y la transparencia.

Movilización de recursos

324. La Oficina siguió ejecutando la Estrategia de movilización de recursos 2016-2019 a fin de llenar la brecha de financiamiento para una cooperación técnica eficaz con los Estados Miembros. Con ese fin se reactivó la Red de Movilización de Recursos para formar capacidad, fortalecer la planificación y movilizar recursos más eficazmente en toda la Organización.

325. La Oficina trabajó para fortalecer y ampliar sus relaciones con las organizaciones asociadas en el ámbito regional, subregional, nacional y subnacional. Al mismo tiempo, trató de forjar asociaciones nuevas. En cuanto a las alianzas financieras, entre mediados del 2018 y mediados del 2019, la Oficina movilizó \$55,9 millones en contribuciones voluntarias de la OPS (que abarcan contribuciones voluntarias nacionales y fondos de emergencia) de los asociados existentes y de diez asociados nuevos.¹²⁴ Estos últimos son el Gobierno de las Islas Vírgenes Británicas, la Universidad de las Indias Occidentales, el Fondo END, el Organismo Suizo para el Desarrollo y la Cooperación, la Fundación Robert Wood Johnson, la Fundación Bernard Van Leer, los Emiratos Árabes Unidos, la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR) y las secretarías de salud del estado de Espírito Santo y el municipio de Florianópolis (Brasil).

326. A fin de adoptar el enfoque multisectorial necesario para cumplir la ASSA2030, el ODS 3, otros ODS y, en particular, el ODS 17, se elaboró una hoja de ruta para la colaboración con el sector privado, con objeto de promover la participación coordinada del sector privado de conformidad con el FENSA. Esta guía muestra distintas líneas de acción para crear asociaciones eficaces y provee una base sólida para alcanzar y mantener los objetivos del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 y del proyecto de Plan Estratégico de la OPS 2020-2025.

327. La Oficina hizo una encuesta de los departamentos técnicos y las representaciones con objeto de captar y compilar información sobre el trabajo que se está haciendo con organizaciones de la sociedad civil, incluido el tipo de trabajo que la Oficina realiza con ellas, los elementos que facilitan la colaboración y los foros óptimos para la participación.

- a) Con respecto a los tipos de colaboración, 54% de los entrevistados tenían convenios informales con organizaciones de la sociedad civil, 21% tenían memorandos de entendimiento u otros acuerdos formales, 17% trabajaban con agentes no estatales que mantienen relaciones oficiales con la OPS y 8% tenían otros tipos de acuerdos.
- b) Entre los factores favorables para una colaboración más estrecha, los entrevistados señalaron las directrices estratégicas (31%), los recursos financieros (24%), el tiempo (20%), la capacitación (17%) y otros (8%).
- c) Los espacios más apropiados para la participación de las organizaciones de la sociedad civil, según 46% de los entrevistados, eran los procesos consultivos; 34% mencionaron las actividades con el ministerio de salud; 13% querían “espacios nuevos” y 7% señalaron las reuniones de los Cuerpos Directivos.

Planificación y presupuestación

328. Los Estados Miembros siguieron desempeñando un papel crucial al proporcionar orientación a la Oficina sobre sus procesos de planificación estratégica, seguimiento y evaluación. De conformidad con el mandato asignado por los Estados Miembros de la OPS para la rendición de cuentas y la responsabilidad conjuntas (documento CD52.R8), la Oficina concluyó la evaluación conjunta de fin de bienio del Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017 durante

¹²⁴ Entidades con las cuales la Oficina no había celebrado ningún acuerdo durante los últimos cinco años.

este período, con la participación de la mayoría de los Estados Miembros. La evaluación conjunta, que requiere el compromiso de todos los países y territorios, forma parte del marco de gestión basada en resultados de la OPS y refleja el compromiso de la Organización de mejorar continuamente la rendición de cuentas y la transparencia.

329. Gran parte del trabajo de elaboración del proyecto de Plan Estratégico 2020-2025, cuyo lema es “La equidad, el corazón de la salud”, se realizó durante el período abarcado por el presente informe, con la participación activa y los aportes de los Estados Miembros de la OPS, así como del personal de todos los niveles de la Oficina. El Plan Estratégico 2020-2025 refleja un compromiso conjunto de los Estados Miembros y la Oficina para los próximos seis años, presenta orientaciones estratégicas basadas en las prioridades colectivas de los Estados Miembros y especifica los resultados de salud pública propuestos para el período abarcado por el plan. El proyecto de Plan Estratégico 2020-2025 es un importante instrumento para la ejecución de la ASSA2030, cuyos 11 objetivos constituyen las metas con respecto al impacto del Plan, y está en estrecha consonancia con el 13.º Programa General de Trabajo de la OMS 2019-2023.

330. El nuevo plan estratégico, que se presentará al 57.º Consejo Directivo de la OPS en septiembre del 2019 para su aprobación, cuenta con el respaldo del Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico (SPAG), integrado por representantes de 21 Estados Miembros, que fue establecido por el Comité Ejecutivo en su 162.ª sesión en junio del 2018. El SPAG colaboró estrechamente con la Oficina por medio de aportes estratégicos y técnicos al Plan Estratégico 2020-2025 en un proceso iterativo y riguroso. El resultado final representa el mejor pensamiento colectivo sobre las áreas en las cuales la Oficina y los Estados Miembros deben concentrar sus esfuerzos durante los próximos seis años y la forma en que deben hacerlo.

331. El SPAG respaldó el uso del método de Hanlon adaptado por la OPS¹²⁵ a fin de determinar las prioridades programáticas para el Plan Estratégico 2020-2025. Este método ha sido reconocido por los Estados Miembros como un enfoque sistemático, objetivo y robusto para determinar las prioridades de salud pública en la Región. Las consultas nacionales sobre prioridades comenzaron en diciembre del 2018. En cada consulta se realizaron evaluaciones a cargo de funcionarios de salud pública de alto nivel con una comprensión amplia del contexto de salud pública nacional. Cuarenta y siete países y territorios¹²⁶ determinaron sus prioridades programáticas usando el método de Hanlon adaptado por la OPS. Los resultados regionales consolidados servirán de base para la ejecución de Plan Estratégico 2020-2025, y sus presupuestos por programas guiarán la movilización y la asignación de recursos.

¹²⁵ El “Marco de estratificación de las prioridades programáticas”, aprobado por los Estados Miembros en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, ha sido un instrumento clave para guiar la asignación de todos los recursos con que cuenta la Oficina y focalizar las actividades de movilización de recursos para la ejecución del Plan. El método de Hanlon adaptado por la OPS fue aprobado por el 55.º Consejo Directivo en el 2016 por medio de la resolución CD55.R2 como instrumento para establecer el marco de estratificación y determinar las prioridades programáticas del Plan Estratégico.

¹²⁶ Anguila, Antigua y Barbuda, Argentina, Aruba, Bahamas, Barbados, Belice, Bermudas, Bolivia, Bonaire, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Curaçao, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, México, Montserrat, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Saba, Saint Kitts y Nevis, San Eustaquio, San Martín, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

332. En respuesta a las inquietudes de los Estados Miembros y las recomendaciones de una evaluación externa, la Oficina elaboró una nueva política del presupuesto (documento CD57/5) que se aplicará con el Plan Estratégico 2020-2025. El objetivo principal de la política del presupuesto es proporcionar un fundamento empírico basado en la evidencia para asignar topes presupuestarios a todos los Estados Miembros de la OPS con suficiente flexibilidad para que la Oficina responda a las consideraciones de índole política, sanitaria y técnica que vayan surgiendo. Durante la formulación del Plan Estratégico 2020-2025, la Oficina trabajó con el SPAG para elaborar un nuevo índice de necesidades de salud y la política del presupuesto. El SPAG apoyó el índice de salud sostenible ampliado más (ISSa+) creado en el 2019, que se usará con los mismos fines que el índice anterior: indicar los países clave para la cooperación técnica y calcular el componente basado en las necesidades de la política del presupuesto del 2019. La nueva política fue aprobada por el Comité Ejecutivo en su 164.^a sesión y se someterá a la consideración del 57.º Consejo Directivo en septiembre del 2019 para su aprobación.

333. Junto con el Plan Estratégico 2020-2025, la Oficina elaboró el proyecto de Presupuesto por Programas 2020-2021, en el cual se definen los resultados intermedios en materia de salud y los resultados inmediatos que obtendrán conjuntamente la Oficina y los Estados Miembros durante el período 2020-2021 y se establece un presupuesto para lograr estos resultados. El Presupuesto por Programas 2020-2021 está en consonancia con los mandatos pertinentes en materia de salud y responde a ellos: la ASSA2030, el proyecto de Plan Estratégico 2020-2025, el 13.º Programa General de Trabajo de la OMS y el Presupuesto por Programas de la OMS 2020-2021. El proyecto de Presupuesto por Programas 2020-2021 se preparó con aportes coordinados de todos los niveles de la Oficina y es un instrumento clave para la rendición de cuentas institucional a los Estados Miembros. Se someterá a la consideración del 57.º Consejo Directivo en septiembre del 2019 para su aprobación.

Operaciones financieras

334. La Oficina administró ingresos totales por \$1.393 millones durante el 2018, el ejercicio económico que se cerró durante el período abarcado por el presente informe. Esa cifra incluyó \$266,8 millones del programa y presupuesto de la OPS, \$678,3 millones de la compra de vacunas e insumos de salud pública en nombre de los Estados Miembros y \$439,4 millones en contribuciones voluntarias nacionales de los Estados Miembros, de los cuales \$427,5 millones fueron de Brasil. Esta última cantidad fue de \$93 millones menos que en el período abarcado por el informe anterior, debido principalmente a la desvalorización del real brasileño frente al dólar estadounidense. Las contribuciones señaladas de los Estados Miembros fueron de \$62 millones en julio del 2018 a \$141 millones en junio del 2019. Durante este período, la presentación de la situación financiera en tiempo real para los gerentes mejoró considerablemente con el despliegue de tableros de control para el seguimiento tanto del presupuesto por programas como de las compras en nombre de los Estados Miembros.

335. La Oficina Nacional de Auditoría del Reino Unido, que fue nombrada como Auditor Externo de la OPS en la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre del 2017, presentó un dictamen de auditoría sin modificaciones para el 2018, lo cual refleja el cumplimiento por la Oficina de las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público (IPSAS). En la auditoría

no se encontraron fallas o errores sustanciales en la exactitud, la integridad o la validez de los estados financieros de la OPS. La Oficina Nacional de Auditoría formuló recomendaciones generales sobre la gestión del Fondo de Trabajo y otros recursos para fortalecer el presupuesto por programas, la estrategia de movilización de recursos de la OPS, el seguimiento y la supervisión del presupuesto y las garantías fundamentales emanadas de las actividades de cumplimiento, gestión de riesgos y supervisión.

336. La Oficina siguió reorganizando los servicios y las responsabilidades a fin de aumentar la eficiencia. En consecuencia, los cargos del Departamento de Gestión de Recursos Financieros se redujeron en un 15% más en el período del 1 de julio del 2018 al 30 de junio del 2019, con lo cual se liberaron más recursos para la cooperación técnica.

337. Durante el período abarcado por el presente informe se abrió una nueva cuenta corriente que devenga intereses para la sede de la Organización, la cual generó \$1 millón en concepto de intereses en el 2018 y proporcionó mayor liquidez. Con la debida diligencia en la política de inversiones y ejecución, se alcanzó la meta de ingresos varios para el primer año del bienio.

338. Se estableció un proceso revisado para la verificación trimestral y mensual del cumplimiento de las metas financieras de los centros de costos, que llevó a un cierre financiero más eficiente en el 2018. La aprobación de gastos que se cargan a órdenes de compra de la OMS se descentralizó a los centros de costos para facilitar la ejecución oportuna de compromisos de menor cuantía (de menos de \$10.000) recibidos de la OMS. En otra innovación, se estableció una nueva categoría de puntos focales en los centros de costos para facilitar el establecimiento y el seguimiento oportuno de las cartas de acuerdo para la cooperación técnica. Se impartió capacitación a 20 de estos puntos focales en 14 representaciones y departamentos de la Sede.

339. La Oficina preparó varios informes automatizados nuevos para acelerar la comunicación de información financiera a los donantes y vigilar los niveles de ejecución de los fondos recibidos. La Oficina también empleó nuevas herramientas de análisis de datos para mejorar la contabilidad, los informes y el seguimiento, y posibilitar un análisis más específico y eficiente de las tendencias de los gastos en la Organización.

Gestión de riesgos institucionales

340. Durante el período analizado, la Oficina siguió fortaleciendo su sistema de gestión de riesgos institucionales, uno de los pilares cruciales de la gestión eficaz basada en los resultados. En el plano estratégico, se incluyeron los riesgos y las medidas de mitigación conexas en el proyecto de Plan Estratégico 2020-2025 y el Presupuesto por Programas 2020-2021, a fin de que sean examinados por el 57.º Consejo Directivo en septiembre del 2019. En el 2018, el registro de riesgos del sistema de gestión de riesgos institucionales y las listas de los principales riesgos institucionales se usaron por primera vez como fuente importante de información para guiar el trabajo relacionado con las funciones de evaluación y supervisión de la Oficina, lo cual refleja la madurez cada vez mayor del proceso de gestión de riesgos institucionales de la Organización.

Compras

341. Durante el período analizado, el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas (el Fondo Rotatorio) y el Fondo Rotatorio Regional de Suministros Estratégicos de Salud Pública (el Fondo Estratégico), de la OPS, proporcionaron a los Estados Miembros acceso oportuno a vacunas asequibles, dispositivos para inyecciones, medicamentos esenciales y otros insumos conexos.

- a) El Fondo Rotatorio compró vacunas y suministros conexos por un valor de \$814,2 millones para 41 países y territorios.¹²⁷ Las mejoras del proceso de compras dieron lugar, entre otras cosas, a la disminución del tiempo que se tarda en comprar las vacunas contra la gripe estacional en 33 países y territorios.¹²⁸
- b) El Fondo Estratégico de la OPS apoyó a 24 países y territorios¹²⁹ en la compra de medicamentos y suministros estratégicos por valor de \$69,5 millones. Además, celebró acuerdos a largo plazo para una lista de productos clave, entre ellos tratamientos para la hepatitis C y el cáncer y, por primera vez, antihipertensivos, a fin de ayudar a los Estados Miembros a tener acceso a medicamentos de costo elevado.

342. La renovación de la asociación de la Oficina con el Fondo Mundial en el 2018 proporcionó a los países que participaban en el Fondo Estratégico de la OPS acceso a antirretrovirales a precios más competitivos y mejores suministros. El arreglo mejoró la posición de la OPS como agente estratégico entre los organismos de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales.

Servicios de tecnología de la información

343. La Oficina siguió aplicando una estrategia de tecnología de la información (TI) encaminada a mejorar la fiabilidad, la seguridad, la calidad y la agilidad de los servicios de TI para apoyar sus programas de cooperación técnica y sus funciones habilitadoras. Esto implicó la introducción de nuevos controles de ciberseguridad en consonancia con las mejores prácticas de la industria, en particular porque el riesgo de ciberataque es uno de los riesgos principales que enfrentan los sistemas de TI de la Oficina. Otras medidas que se tomaron con ese fin fueron la introducción de un programa de concientización sobre la seguridad de la información, la evaluación continua de riesgos para aplicaciones nuevas y el establecimiento de un nuevo Centro de Operaciones de Seguridad para mejorar el seguimiento de incidentes de ciberseguridad y la respuesta.

¹²⁷ Anguila, Antigua y Barbuda, Argentina, Aruba, Bahamas, Barbados, Belice, Bermudas, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Curaçao, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, Montserrat, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Martín, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

¹²⁸ Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Belice, Bermudas, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Honduras, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, Montserrat, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

¹²⁹ Argentina, Bahamas, Belice, Bermudas, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Islas Turcas y Caicos, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

344. Continuó el trabajo de perfeccionamiento y optimización del PMIS, con nuevos tableros de control, informes para facilitar las decisiones fundamentadas y un nuevo marco para apoyar las actividades de cooperación técnica y darles seguimiento. Entre las mejoras de los procesos de compras cabe señalar una nueva firma electrónica, un nuevo portal en la web que permite la interacción con proveedores y un nuevo comité de examen electrónico de contratos en el PMIS. Además, se configuró el PMIS para que se pueda planificar la dotación de personal.

345. La Oficina siguió agregando servicios seguros y costo-eficaces en la nube para aumentar la movilidad y la sostenibilidad. Con los nuevos servicios, el personal tiene acceso a sus herramientas de trabajo y repositorios desde cualquier lugar, con cualquier dispositivo. La Oficina también avanzó en la creación y mejora de las herramientas de gestión informatizada de tareas para mejorar la colaboración, la memoria institucional y la eficiencia de los procesos de gestión en el lugar de trabajo. Se puso en marcha una nueva aplicación móvil para mejorar el apoyo a las reuniones de los Cuerpos Directivos, con procesos más fáciles de usar para la inscripción de participantes y la colaboración.

Gestión del conocimiento

346. En el 2018 se creó la Oficina de Gestión del Conocimiento, Publicaciones y Traducciones, en la que se combinaron tres áreas que antes funcionaban por separado. La nueva oficina tiene la misión de posicionar a la OPS como fuente autorizada de información y publicaciones científicas y técnicas multilingües sobre la salud para la Región de las Américas, y de brindar cooperación técnica para formar capacidad en la gestión del conocimiento, las publicaciones y el multilingüismo en los Estados Miembros.

347. En el contexto del multilingüismo, en abril del 2019, la Oficina publicó oficialmente la versión en español de la 11.^a Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11). Esta versión en español se elaboró en cooperación con otras instituciones, principalmente los centros colaboradores. Además de publicar todos los documentos técnicos y de gobernanza en los cuatro idiomas oficiales de la OPS, la Oficina tradujo 80 publicaciones de la OMS (70 al español, 9 al portugués y 1 al francés) durante el período abarcado por el presente informe.

348. La Oficina continuó publicando la *Revista Panamericana de Salud Pública*, revista científica arbitrada de acceso abierto que ya ha cumplido 98 años. Durante el período abarcado por el presente informe se publicaron 180 artículos científicos originales, así como números especiales sobre la atención primaria de salud, las ENT, la salud mental, el financiamiento y el espacio fiscal para la salud universal, y la salud de los hombres. Ese contenido, que a menudo reflejaba actividades de cooperación técnica a escala regional, subregional y nacional, ayudó a subsanar lagunas en el conocimiento y a fundamentar la formulación de políticas.

349. En calidad de fuente autorizada de información científica y técnica, la Oficina publicó 32 obras científicas y técnicas nuevas, y otros 31 documentos originales. Estas 63 publicaciones y más de 50.000 documentos adicionales se encuentran en el Repositorio Institucional de la Oficina para el Intercambio de Información (IRIS), biblioteca de la Organización que ofrece textos completos en línea. Además, se inició la cooperación técnica con ministerios de salud e instituciones públicas de Brasil, El Salvador, Puerto Rico y República Dominicana que están construyendo sus propios repositorios basándose en las mejores prácticas de la Oficina. Esta intervención contribuirá a la preservación y la difusión de la memoria institucional de la salud pública en la Región de las Américas.

350. Durante el período examinado se difundieron productos de la información de la Oficina en varios eventos clave, entre ellos la Conferencia de la Asociación de Salud Pública de Canadá y la Conferencia Canadiense sobre la Salud Mundial, ambas celebradas en Canadá; la Conferencia de la Asociación Estadounidense de Salud Pública, que tuvo lugar en Estados Unidos de América; la Feria Internacional del Libro de Guadalajara, realizada en México, y la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra.

351. Durante el bienio 2018-2019 se designaron nueve centros colaboradores nuevos de la OPS/OMS en las Américas, con los cuales el número de centros activos en la Región llegó a 190. Estos centros siguieron efectuando una importante contribución a la cooperación técnica de la Oficina al generar conocimientos y evidencia relacionados con áreas programáticas de la Organización y prioridades de salud de los Estados Miembros. Hay centros colaboradores en Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos de América, Granada, Honduras, Jamaica, México, Perú y Uruguay.

Comunicación para la salud

352. La Oficina promovió la comunicación estratégica y eficaz para la salud basada en el marco establecido en el *Plan estratégico de comunicaciones de la OPS 2018-2022*, que promueve los mensajes focalizados y basados en la evidencia, así como el uso de contenido emotivo y relatos para atraer y persuadir al público más eficazmente. Durante el período abarcado por el presente informe, la Oficina realizó intervenciones para capacitar a profesionales de la salud de la República Dominicana sobre la comunicación en situaciones de crisis, y ofreció cursos de narración y fotografía para personal del ministerio de salud y otros expertos en salud de 27 países¹³⁰ durante la Sexta Reunión Regional de Polio, que se realizó en Guatemala en diciembre del 2018.

353. A principios del 2019, la Oficina concluyó un ejercicio de “evolución de marca” que dio lugar a la adopción de una nueva identidad de la OPS y nuevas directrices para productos y canales de comunicación, a fin de fortalecer las comunicaciones institucionales y sobre la salud.

¹³⁰ Argentina, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Estados Unidos de América, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

Servicios generales

354. Durante el período examinado, la Oficina invirtió en mejoras de la seguridad y la infraestructura en la Sede, donde se contrató a una nueva empresa de seguridad, y en las representaciones en Barbados, Brasil, Honduras, Perú, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela. Además, se reemplazaron 16 vehículos en las representaciones de Belice, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Guyana, México, Nicaragua, Panamá, Perú y Trinidad y Tabago. Se seleccionó una nueva agencia de viajes para la Sede y para seis representaciones que usan sus servicios (Bahamas, Barbados, Belice, Haití, Jamaica y Trinidad y Tabago), con lo cual se logró reducir las comisiones por el servicio.

Parte 4. Retos y enseñanzas

355. La labor de la OPS para avanzar en la ejecución de la ASSA2030 durante el período abarcado por el presente informe no estuvo exenta de dificultades. Hay muchos factores que amenazan con retrasar el progreso y descarrilar los logros, como el panorama político cambiante en muchos Estados Miembros; la disolución de algunos mecanismos de integración y la aparición de grietas evidentes en la muy elogiada solidaridad de la Región; la migración masiva y las presiones resultantes en zonas fronterizas y en los países de origen, de tránsito y de destino, que tienen importantes implicaciones para la salud; el aumento del costo de los medicamentos, incluso de varios medicamentos esenciales para el tratamiento eficaz de las ENT, y los desastres más frecuentes debidos a amenazas naturales y al cambio climático.

356. Sin embargo, con el transcurso de los años, la Oficina ha sabido adaptarse para afrontar los desafíos que surgen invariablemente y aprovechar las enseñanzas obtenidas con el fin de adaptar su cooperación técnica y lograr que los Estados Miembros avancen hacia las metas de salud acordadas. Durante el período abarcado por el presente informe se demostraron y reforzaron varias enseñanzas de las operaciones de la Oficina que serán útiles en todos los niveles de la Organización a medida que prosiga el trabajo.

Retos

357. Hubo *cambios de gobierno* y posiblemente haya más, como resultado de las elecciones realizadas o previstas a escala nacional, provincial y municipal en varios países, como Argentina, Belice, Brasil, Guatemala y Guyana. La atención y los preparativos que requieren las elecciones suelen ocasionar retrasos en las actividades de cooperación técnica. Los nuevos gobiernos pueden tener diferentes prioridades y políticas de salud, y los cambios en los homólogos nacionales a menudo requieren la sensibilización de personal político y técnico nuevo sobre las prioridades basadas en la evidencia y los programas y las intervenciones en curso. La aplicación de la política nacional de salud puede evolucionar con los cambios en las autoridades nacionales de salud. Por ejemplo, en Brasil, el Programa *Mais Médicos* está en transición y hará más énfasis en el reclutamiento de médicos brasileños en el ámbito municipal que, en muchos casos, reemplazarán a los médicos cubanos que estaban trabajando en zonas subatendidas y remotas de Brasil. En algunos países podría haber un gran recambio en las esferas técnicas y de formulación de políticas de las autoridades nacionales de salud, con efectos negativos en la cooperación técnica de la Oficina.

358. Hay *mecanismos inadecuados para la formulación participativa de políticas y programas encaminados a mejorar la equidad* con la participación de interesados y asociados clave del gobierno, la sociedad civil y el sector privado, incluidos los usuarios de intervenciones y grupos en situación de vulnerabilidad, en vista de los posibles conflictos de intereses. La Región de las Américas sigue siendo una de las regiones socialmente más desiguales del mundo, lo cual se refleja en las inequidades profundas y persistentes en cuanto a la salud. Hay limitaciones en el entendimiento común acerca de los medios programáticos, incluyentes e integrados de trabajo para promover la equidad en la salud e insuficientes conocimientos, herramientas y experiencia para mejorar la participación y la labor de la comunidad. Tampoco hay suficiente conciencia y

sensibilidad con respecto a los diálogos culturales y las diferencias culturales, y no se comprenden bien los conceptos culturales de empoderamiento de la mujer en el plano comunitario. Eso se exagera con las diferencias en el conocimiento y la práctica de la igualdad de género, conceptos de género más nuevos (como identidades de género), el análisis de datos para detectar cuestiones relativas al género y la evaluación del impacto de la integración de la perspectiva de género.

359. Hay *poca coherencia en las políticas* dentro del sector de la salud y entre diversos sectores, que conduce a estrategias fragmentadas, esporádicas y conflictivas, en lugar de sinergias y convergencia al abordar las prioridades nacionales y los acuerdos mundiales y regionales. Eso suele agravarse con la presencia de numerosos interesados que proporcionan apoyo en áreas técnicas específicas, con poca colaboración intersectorial y coordinación interinstitucional e insuficientes intervenciones de cooperación técnica conjunta. Un factor relacionado es la integración inadecuada en los sistemas y servicios de salud de la promoción de la salud centrada en la educación y los conocimientos sobre la salud y la prevención de las enfermedades, así como los determinantes sociales y de otros tipos.

360. Hay *escenarios políticos divididos en algunas subregiones*, con diferentes grupos de integración política en la misma subregión, cada uno con su propia agenda, y más solicitudes de cooperación técnica de órganos parlamentarios y entidades multisectoriales de las subregiones.

361. Hay *disparidades entre los compromisos políticos y las intervenciones técnicas* en lo que respecta a las prioridades, la visión y los planes a mediano y largo plazo para abordar algunas prioridades en el ámbito de la salud. En muchos países, las intervenciones relacionadas con la salud y áreas conexas dependen de los recursos movilizados, en vez de depender de las prioridades basadas en la evidencia. Por ejemplo, aunque se ha expresado reiteradamente un compromiso político con la prevención y el control de las ENT en foros mundiales, regionales y subregionales, eso no se ha traducido, en la mayoría de los países, en el grado deseado de liderazgo político, inversiones, fortalecimiento de la integración en los sistemas de salud y coordinación eficaz entre gobiernos. El frecuente recambio de personal dedicado a las ENT en los ministerios de salud de muchos países ha obstaculizado el progreso, al igual que las dificultades para que los sistemas de salud pasen del modelo de atención de casos agudos de enfermedades infecciosas y trastornos de salud materno-infantil a la atención de enfermedades crónicas.

362. *Las crisis económicas y las medidas de austeridad fiscal* en muchos países, sumadas a la disminución de la asistencia oficial para el desarrollo y de la inversión extranjera directa en la Región, han dado lugar a pérdidas de personal nacional y de contrapartes de cooperación técnica, así como a reducciones de los recursos para la salud y programas conexas, a pesar de la persistencia de brechas en los servicios y sistemas de salud y de las inequidades evidentes. En la reforma del sector de la salud en algunos países se omiten esfuerzos importantes para reducir la segmentación y la fragmentación, aumentar el presupuesto para la salud, eliminar los desembolsos directos y abordar la suficiencia, la calidad y la distribución de los recursos humanos para la salud. Aunque más países de la Región están alcanzando la condición de países de ingresos medianos según los índices internacionales de pobreza, la mayoría están avanzando lentamente en el aumento de la asignación de recursos nacionales para la salud. Al ritmo actual, los países destinatarios no alcanzarán la meta de referencia de asignar por lo menos 6% del PIB al gasto público en salud para fines del 2019.

363. *Se movilizan pocos recursos* de asociados en el desarrollo para países de ingresos altos y medianos, a pesar de las inequidades persistentes en materia de salud en estos Estados Miembros, y hay una intensa competencia por recursos de otros organismos de cooperación técnica y ONG.

364. *La recuperación de los países es lenta* después de los desastres devastadores debidos a amenazas naturales. Por ejemplo, el impacto del huracán María, de categoría 5, que afectó a las Islas Vírgenes Británicas, Dominica, Puerto Rico y San Martín en el 2017, todavía se siente en esos países y territorios.

365. *La migración masiva de personas indocumentadas tiene efectos indeseados* en los sistemas de salud de los países de origen, de tránsito y de destino con recursos limitados. Este éxodo plantea un reto para los derechos y el bienestar de todos, incluidas las familias migrantes, y puede agravar el desplazamiento ya problemático de personal de salud calificado de países con menos recursos a países con más recursos.

366. *No ha tenido mucho éxito la ampliación de los servicios de salud de buena calidad a zonas remotas* con poblaciones indígenas o fronterizas dispersas en situación de vulnerabilidad.

367. *No hay información estandarizada sobre la salud* para vigilar el progreso hacia el logro de los objetivos y las metas de la ASSA2030, y no se cumplen los plazos para la presentación de informes, a menudo debido a encuestas simultáneas, repetitivas y complejas.

368. *La industria interfiere* en las medidas legislativas, normativas y fiscales para reducir los factores de riesgo de las ENT y, en los lugares donde se han redactado leyes, hay demoras en su promulgación y cumplimiento. La Oficina tiene poca capacidad para proporcionar cooperación técnica en el área de la legislación relacionada con la salud.

369. La Oficina también afronta dificultades en relación con algunas funciones habilitadoras:

- a) *Limitaciones del presupuesto, los recursos humanos y la capacidad*, que pueden incidir en la oportunidad y la eficiencia de la cooperación técnica. Algunos ejemplos de estas limitaciones son los contratos que requieren una interrupción de un año en el servicio, que perturban la cooperación técnica y las funciones habilitadoras, y el uso excesivo de contratos de personal que no es de plantilla, especialmente por las entidades técnicas.
- b) *Cambios en el entorno operativo externo de la Organización* que pueden repercutir en la preservación de la independencia de la OPS y la protección de sus recursos, avances y logros, entre ellos la reforma de las Naciones Unidas y de la OMS, y cambios en la protección conferida a las organizaciones internacionales como resultado de los fallos de tribunales de algunos Estados Miembros. Un reto conexo es la poca comprensión percibida de la identidad doble de la OPS como organismo de salud especializado del sistema interamericano y Oficina Regional de la OMS para la Región de las Américas por algunos asociados e interesados clave en el contexto de la reforma de las Naciones Unidas y de la OMS.

- c) *Adaptación del FENSA a las realidades de la Región de las Américas*, con 1) una definición clara del alcance de los intereses de algunos agentes no estatales, especialmente al considerar el trabajo con entidades del sector privado y el manejo de conflictos de intereses en pequeños estados insulares en desarrollo, que generalmente tienen una importante interconexión social y pocas opciones para forjar alianzas, y 2) la dotación de suficiente personal para mantener sistemas de debida diligencia y evaluación de riesgos en toda la OPS.
- d) *Uso subóptimo de normas, instrumentos y mecanismos de derechos humanos* en algunos niveles de la Organización para avanzar en relación con algunos problemas de salud clave, debido a la comprensión limitada de la mejor manera de integrarlos en los proyectos y programas.
- e) *Capacidad insuficiente para responder a la demanda de material técnico multilingüe*. Hay una demanda cada vez mayor de material técnico multilingüe en toda la Región, pero la Oficina no tiene suficiente capacidad para producirlo oportunamente y con un control de calidad apropiado.
- f) *Limitaciones en la proyección exacta de la demanda exacta y la planificación de las compras*, aspectos cruciales para responder oportunamente y evitar las compras *ad hoc*.
- g) *Disponibilidad limitada de tiempo para la formación de capacidad* de equipos de las entidades debido a las responsabilidades laborales.

Enseñanzas

370. La Oficina debe *seguir siendo políticamente neutral e imparcial*, trabajando con todos los gobiernos legítimos, partidos políticos e interesados clave en la salud, documentando experiencias y prácticas adecuadas, y abogando por la elaboración y ejecución de políticas y programas basados en la evidencia que trasciendan la política partidaria.

371. Con los cambios de gobierno, *el posicionamiento de la OPS y las prioridades de salud desde los primeros días* del nuevo gobierno puede facilitar la promoción de la causa y las relaciones eficaces para la salud. En cualquier etapa del gobierno, el proceso de elaboración o evaluación de una estrategia de cooperación de la OPS/OMS con los países facilita la comprensión del papel de la OPS y su cooperación técnica por los homólogos nacionales, el sector de la salud y otros sectores, y otros organismos de desarrollo.

372. Al interactuar con entidades de integración política en el plano político, técnico y de formulación de políticas, la Oficina debe *promover y apoyar las reuniones intersectoriales* para facilitar la coherencia de las políticas y abordar los determinantes sociales, ambientales, económicos y de otro tipo. La Oficina tiene que *mantener una labor de promoción de alto nivel, basada en la evidencia*, en lo que se refiere a las prioridades en el ámbito de la salud y las intervenciones de eficacia comprobada, y trabajar para mantenerlas en la agenda política, en particular con respecto a temas como la salud mental, los enfoques intersectoriales en la reducción de los factores de riesgo de las ENT y la continuación de estrategias para la prevención y el control de enfermedades transmisibles de baja prevalencia. Se debe promover un *énfasis explícito en la equidad*, no solo en los indicadores, sino también en las políticas públicas y la acción intersectorial. Para cumplir la promesa de “no dejar a nadie atrás” se necesita capacidad institucional e informar

a los responsables de las políticas sobre programas e intervenciones costo-eficaces en favor de la equidad en el plano local, además de establecer sistemas de seguimiento de las desigualdades en la salud. En la labor de promoción de alto nivel con los responsables de las políticas (especialmente los recién elegidos), es útil *referirse a los marcos mundiales, regionales y subregionales para la salud* al negociar y acordar intervenciones de cooperación técnica. La *formulación de argumentos a favor de la inversión* en relación con asuntos prioritarios es componente importante que se suma a la base de evidencia para fundamentar la labor de promoción y la acción intersectorial.

373. *Es necesario fortalecer la promoción de la salud pública y el derecho a la salud*, así como la aplicación de principios de derechos humanos al abordar temas como la salud de los migrantes. También es crucial fortalecer los mecanismos para colaborar con interesados no tradicionales, como comisiones parlamentarias, ministerios de relaciones exteriores y desarrollo y comités nacionales de derechos humanos, cuya participación es fundamental para el logro progresivo del derecho a la salud.

374. *La colaboración interprogramática y las intervenciones conjuntas* facilitan el uso eficiente y eficaz de recursos financieros y capacidad técnica, y los centros colaboradores de la OMS, las asociaciones profesionales y los consultores expertos son importantes para extender y complementar la capacidad de cooperación técnica de la Oficina.

375. *La colaboración con organizaciones de la sociedad civil y su fortalecimiento* (ONG, comunidad académica, organizaciones de carácter religioso, sindicatos y otros) son cruciales para el éxito de la cooperación técnica. La Oficina debe iniciar la cooperación técnica y aprovechar las alianzas con estas entidades, incluidas las organizaciones de base que trabajan a nivel subnacional, para que puedan abogar e influir en los líderes políticos. Los asociados de la Oficina también deben incluir a los usuarios del sistema de salud y el público en general, y la Oficina debe buscar, en la medida de lo posible, una representación equilibrada de los interesados en la formulación de políticas. Las asociaciones estratégicas con instituciones académicas con el fin de promover y fortalecer la capacidad de recursos humanos para la salud son fundamentales.

376. *Hay que manejar las expectativas de los interesados* y promover la comprensión de sus funciones y responsabilidades para lograr sinergias, consonancia y armonización de los enfoques estratégicos a fin de obtener resultados equitativos en materia de salud.

377. *Los enfoques subregionales son ventajosos* para producir bienes públicos que puedan ser adoptados o adaptados por los países, difundir enseñanzas, mejorar la cooperación entre países y mancomunar y movilizar recursos. Las contrapartes de cooperación técnica en este nivel deben ser las entidades subregionales de integración política, en el marco de sus mandatos y acuerdos respectivos, en vez de los países miembros individuales de las entidades. En los casos en que haya varias entidades de integración en una subregión, la Oficina debe seleccionar metas comunes en el ámbito de la salud y crear mecanismos para abordarlas, para fomentar la complementariedad y la convergencia de las agendas en la medida de lo posible a fin de que la cooperación técnica sea más eficaz.

378. Es esencial el *énfasis en los sistemas de información para la salud*, con inversiones adecuadas de recursos, la integración de subsistemas de información y la interoperabilidad. Los sistemas de información para la salud deben suministrar información oportuna y exacta que fundamente la promoción de la causa y las decisiones basadas en la evidencia, posibilite el seguimiento y la evaluación del progreso hacia los objetivos y las metas de la ASSA2030, y contrarreste la interferencia de grupos de intereses especiales y del cabildeo contrario a la salud.

379. Deben proporcionarse *recursos para posibilitar y facilitar la institucionalización y la sostenibilidad* de iniciativas e intervenciones. Además de recursos suficientes, las asociaciones estratégicas, la continuidad del liderazgo y el fortalecimiento de la capacidad son factores importantes para la sostenibilidad.

380. Es importante *evaluar el impacto de la legislación, las regulaciones y las medidas fiscales* en el campo de la salud; por ejemplo, los impuestos sobre las bebidas azucaradas, el tabaco, el alcohol y los combustibles fósiles. Se pueden presentar los resultados de estas evaluaciones a las autoridades y se los puede agregar a la evidencia. *Las estrategias de comunicación para sensibilizar, informar e influenciar al público favorablemente* sobre medidas de promoción de la salud son componentes esenciales de la aplicación de estas medidas. *Deben utilizarse los adelantos en las tecnologías de la información y de la comunicación*, incluidas las reuniones virtuales y las redes sociales. Además, la formación de redes con otras instituciones regionales que intervienen en la producción y la difusión de información facilita el desarrollo de productos y servicios de información adaptados a las realidades de América Latina y el Caribe.

381. En cuanto a las funciones habilitadoras de la Oficina, las enseñanzas muestran la necesidad de:

- a) continuar contribuyendo al progreso de los Estados Miembros en la generación, la difusión y la reutilización de información y conocimientos, de acuerdo con los objetivos 6 y 7 de la ASSA2030; seguir mejorando la planificación y asignación de prioridades con respecto a las necesidades de la Oficina en materia de traducciones;
- b) fortalecer los controles internos y mejorar la capacidad para detectar y mitigar el riesgo de actividades fraudulentas;
- c) examinar y revisar la política de la Organización para asegurar el uso correcto, eficiente y eficaz de sus mecanismos contractuales;
- d) mejorar continuamente los mecanismos para proteger y salvaguardar la información de la Organización y los sistemas conexos;
- e) realizar ajustes considerables en el Sistema de Información Gerencial de la OPS y en la coordinación a nivel de toda la Organización para facilitar la transición al nuevo Plan Estratégico de la OPS 2020-2025;
- f) comunicar oportunamente el trabajo de la OPS, en particular durante crisis y situaciones de gran visibilidad.

Parte 5. Conclusiones y camino por delante

382. A lo largo de los numerosos cambios que se han producido en el entorno operativo de la OPS desde su creación en 1902, su labor se ha centrado en la meta máxima de mejorar la salud y el bienestar de todos los pueblos de la Región de las Américas. Con la ASSA2030 como norte y guiada por los Estados Miembros de la OPS y el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, la Oficina siguió fortaleciendo su función normativa, dando prioridad a sus intervenciones de cooperación técnica y ajustándolas para alcanzar metas de salud nacionales, subregionales, regionales y mundiales que estén en consonancia con su visión y misión.

383. La salud universal, con el enfoque de la atención primaria de salud como componente central, es crucial para mejorar la equidad en los resultados en materia de salud relacionados con todos los objetivos y las metas de la ASSA2030. La Oficina seguirá promoviendo el cumplimiento del Pacto APS 30-30-30 y la aplicación de la estrategia regional para la salud universal. Estos marcos se complementan con la nueva *Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025* (documento CD57/12), que se presentará para la consideración del 57.º Consejo Directivo en septiembre del 2019.

384. La cooperación técnica hacia la salud universal se adaptará a la situación nacional según corresponda, pero siempre poniendo de relieve el primer nivel de atención, el acceso a servicios integrales de buena calidad y a vacunas y medicamentos esenciales, la inclusión y la participación social, y el énfasis en las personas en situación de vulnerabilidad, en el marco del logro progresivo del derecho a la salud. La reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la cobertura universal de salud, programada para septiembre del 2019, ofrece una oportunidad a la Oficina de participar junto con jefes de Estado y de Gobierno, ministros de salud y otros interesados clave, entre ellos la sociedad civil, en el proceso de consultas para elaborar la declaración política de esta reunión de alto nivel. La Oficina seguirá promoviendo la inclusión de una perspectiva más amplia de la cobertura universal de salud, más acorde con el compromiso de la Región con la salud universal, que abarca tanto el acceso como la cobertura.

385. En la búsqueda de lograr la equidad en la salud y de fortalecer las medidas que inclinen los determinantes sociales y de otro tipo a favor de resultados equitativos en materia de salud, en vez de inclinarlos en su contra, la contribución de la Oficina y su labor de promoción de medidas multisectoriales, de todo el gobierno y de toda la sociedad, resultan esenciales. La Oficina ha preparado una *Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible* (documento CD57/10), en la que se procura renovar la promoción de la salud al desplazar la atención más allá del comportamiento individual, hacia actividades técnicas y políticas que propicien una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales para que “la opción más saludable sea la más fácil”.

386. La *Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud* se complementa con una nueva *Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025*, mediante la cual se aplica la *Política sobre etnicidad y salud* aprobada por la 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana en el 2017 (documento CSP29/7, Rev. 1). Esta política aborda la acción para asegurar un enfoque intercultural del acceso a la salud y los determinantes sociales desde el punto de vista de la igualdad

y el respeto mutuo, valorando las prácticas culturales de los grupos étnicos de la Región, sus modos de vida, organización social, sistemas de valores, tradiciones y visiones del mundo. Tanto la *Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud 2019-2030* como la *Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025* se presentará para la consideración del 57.º Consejo Directivo en septiembre del 2019.

387. La frecuencia de algunas enfermedades transmisibles en la Región se ha reducido hasta tal punto que su eliminación es ahora una meta realista. La Oficina ha formulado la *Iniciativa de la OPS para la eliminación de enfermedades: política para aplicar un enfoque integrado y sostenible de las enfermedades transmisibles en la Región de las Américas* (documento CD57/7), que fue aprobada por el Comité Ejecutivo en su 164.ª sesión en junio del 2019 y se presentará para la consideración del 57.º Consejo Directivo en septiembre del 2019. Algunas de las enfermedades que se prevé eliminar son la malaria, la tuberculosis, el cólera, la peste, la rabia humana y varias enfermedades infecciosas desatendidas, como la enfermedad de Chagas, la lepra, el tracoma, la filariasis linfática y la oncocercosis (ceguera de los ríos). La iniciativa también aborda la reintroducción de enfermedades prevenibles mediante vacunación, como el sarampión y la rubéola. Además de estas enfermedades transmisibles, se procura eliminar el cáncer cervicouterino como problema de salud pública, en vista de su estrecha relación con la infección por el virus del papiloma humano y la disponibilidad de intervenciones de prevención eficaces en función de los costos. La iniciativa está dirigida también a ciertos determinantes ambientales relacionados con enfermedades transmisibles, como la eliminación de la defecación al aire libre y del uso de biomasa contaminante como combustible para cocinar, que constituyen importantes problemas de salud pública en algunos lugares.

388. Las ENT siguen teniendo gran prioridad para la cooperación técnica de la Oficina con los Estados Miembros. Su impacto en la salud, la productividad y la economía constituye una carga para los presupuestos nacionales y los establecimientos de salud, y menoscaba el desarrollo sostenible. Al mismo tiempo que sigue promoviendo la atención de calidad en todos los niveles del sistema de salud, especialmente en el primer nivel de atención, y contribuyendo a ella, la Oficina seguirá centrándose en la reducción de los factores de riesgo. Se intensificará la promoción de la causa en foros políticos y se realizarán intervenciones en la escuela, el trabajo y la comunidad, junto con el sector de la salud y otros sectores, la sociedad civil y el sector privado, bajo la guía del FENSA. La Oficina seguirá trabajando en todos los factores de riesgo de las principales ENT. Con ese fin se presentó un *Plan de acción para eliminar los ácidos grasos trans de producción industrial 2020-2025* (documento CD57/8), en vista de la fuerte contribución de estas sustancias a la alimentación poco saludable. El plan de acción se presentará para la consideración del 57.º Consejo Directivo en septiembre del 2019.

389. Muchos Estados Miembros de la OPS, incluido los pequeños estados insulares en desarrollo, tienen grandes dificultades para proporcionar servicios como intervenciones cardíacas invasivas y no invasivas y diálisis renal, complementados, en los casos en que sea necesario, con procedimientos “de tecnología avanzada y alto costo”, como trasplantes de órganos. Esos procedimientos, que a menudo son necesarios cuando surgen complicaciones por alguna ENT, pueden prolongar y mejorar la calidad de vida. La Oficina ha elaborado una *Estrategia y plan de acción sobre donación y acceso equitativo al trasplante de órganos, tejidos y células 2019-2030*, que se presentará para la consideración del 57.º Consejo Directivo en septiembre del 2019. El

objetivo de esta estrategia y plan de acción es promover la ampliación del acceso equitativo y de buena calidad a trasplantes de órganos, tejidos y células en los Estados Miembros de la OPS por medio de la donación voluntaria, de acuerdo con los principios rectores de la OMS sobre los trasplantes. Además, la Oficina seguirá explorando y apoyando la cooperación Sur-Sur e iniciativas de servicios compartidos para atender esta necesidad.

390. Los análisis de la situación, incluida la detección de inequidades, y el seguimiento y la evaluación de iniciativas, estrategias y planes de acción son esenciales para las decisiones fundamentadas, los ajustes programáticos y la indicación de los éxitos, las brechas, los retos y las enseñanzas. Los sistemas de información para la salud que producen datos desglosados por ingresos, sexo, edad, raza, origen étnico, condición migratoria, discapacidad, ubicación geográfica y otras características pertinentes del contexto nacional y subnacional son un componente fundamental del sistema de salud, de modo que la cooperación técnica continua en relación con los sistemas de información para la salud es una prioridad para la Oficina. Se ha preparado un *Plan de acción para el fortalecimiento de los sistemas de información para la salud 2019-2023* (documento CD57/9), cuyo objetivo es fortalecer el uso de sistemas de información interconectados e interoperables en los Estados Miembros, con mejoras en las tecnologías de la información y de la comunicación y la gestión de datos para beneficio de la salud pública. Este plan de acción se presentará para la consideración del 57.º Consejo Directivo en septiembre del 2019.

391. Con sistemas de información para la salud eficientes y eficaces en los países se podrá dar seguimiento con exactitud al progreso hacia las metas de la ASSA2030 y el ODS 3 y contribuir al marco de impacto de la OMS, que medirá el progreso hacia la ambiciosa meta de “los tres mil millones”¹³¹ establecida en el 13.º Programa General de Trabajo de la OMS.

392. Sin perjuicio del mandato de promover y ejecutar los marcos aprobados por los Cuerpos Directivos de la OPS para impulsar la ASSA2030 y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, la Oficina está plenamente comprometida con los enfoques estratégicos descritos en la fase 1 de la iniciativa conjunta “Hacia un plan de acción mundial a favor de una vida sana y bienestar para todos: unidos para acelerar los progresos hacia los ODS relacionados con la salud”. A junio del 2019 participaban en la iniciativa la OMS y otras 10 importantes organizaciones mundiales que trabajan en el ámbito de la salud.¹³² Se prevé que este plan de acción mundial contribuirá en gran medida al logro de los ODS para el 2030. Sus enfoques estratégicos —alinear la acción conjunta con las prioridades y las necesidades de los países, acelerar los progresos buscando nuevas maneras de colaborar y activar enfoques innovadores, y rendir cuentas de las contribuciones al progreso de una manera más transparente e interesante— concuerdan con los mecanismos de cooperación técnica de OPS.

¹³¹ Mil millones más de personas se beneficiarán de la cobertura universal de salud, mil millones más estarán mejor protegidas contra emergencias y mil millones más gozarán de mejor salud y bienestar.

¹³² GAVI, la Alianza para las vacunas; Mecanismo Mundial de Financiamiento; Fondo Mundial; ONUSIDA; PNUD; UNFPA; UNICEF; UNITAID; ONU-Mujeres; Banco Mundial.

393. La Oficina, en su calidad de Oficina Regional de la OMS para las Américas y de organismo especializado para la salud del sistema interamericano y guiada por el Plan Estratégico de la OPS 2020-2025, espera fortalecer las asociaciones multisectoriales para una mejor cooperación técnica, estratégica y eficaz con los Estados Miembros de la OPS por medio de sus entidades regionales, subregionales y nacionales, a fin de avanzar en la ejecución de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

Lista de siglas

AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
ASSA2030	Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030
CARICOM	Comunidad del Caribe
CERF	Fondo central para la acción en casos de emergencia
CIIC	Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer
CMCT	Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana
FENSA	Marco para la colaboración con agentes no estatales
ENT	Enfermedades no transmisibles
ETMI	Eliminación de la transmisión maternoinfantil
IS4H	Sistemas de información para la salud
ITS	Infecciones de transmisión sexual
MERCOSUR	Mercado Común del Sur
mhGAP	Programa de acción para superar las brechas en salud mental
MMEIG	Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad Materna
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OIE	Organización Mundial de Sanidad Animal
OIEA	Organismo Internacional de Energía Atómica
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPEP	Organización de Países Exportadores de Petróleo
OPS	Organización Mundial de la Salud
ORAS	Organismo Andino de Salud
OSP	Oficina Sanitaria Panamericana
PARLACEN	Parlamento Centroamericano
PIB	Producto interno bruto
RSI	Reglamento Sanitario Internacional (2005)
SIP	Sistema de Información Perinatal
SPAG	Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico
SRC	Sistema Regulador del Caribe
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
WASH	Agua, saneamiento e higiene

Agradecimientos

La Oficina Sanitaria Panamericana agradece el apoyo brindado por los Estados Miembros mediante sus contribuciones señaladas, así como las generosas contribuciones voluntarias y la colaboración, entre otros, de los gobiernos, organismos e instituciones que se mencionan a continuación:

Action on Smoking and Health
Administración de Alimentos y Medicamentos (Estados Unidos)
Administración de Productos Terapéuticos (Departamento de Salud de Australia)
Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (Ecuador)
Agencia Nacional de Salud Suplementaria (Brasil)
Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (Brasil)
Alianza de las Naciones Unidas para Promover los Derechos de las Personas con Discapacidad
Alianza Nacional para la Salud de los Hispanos
Alianza para el Convenio Marco
Asociación de Entes Reguladores de Agua y Saneamiento de las Américas
Asociación Estadounidense de Salud Pública
Asociación Estadounidense del Corazón
Asociación Estadounidense del Habla, el Lenguaje y la Audición
Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas
Asociación Mundial para la Salud Sexual
Asociación Panaribeña contra el VIH y el Sida
Asociación Profesional Mundial para Salud Transgénero
Banco de Desarrollo del Caribe
Banco Interamericano de Desarrollo
Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento
Banco Mundial
Bernard van Leer Foundation
Caja Costarricense de Seguro Social
Campaign for Tobacco-Free Kids
Capítulo Perú del Plan Binacional de Desarrollo de la Región Fronteriza Perú-Ecuador
CBM (Christian Blind Mission) International
Centro colaborador de la OMS para la Familia de Clasificaciones Internacionales
Centro colaborador de la OMS para la Gestión de Salud Pública de la Exposición a Sustancias Químicas
Centro de Ross para Ciudades Sostenibles del Instituto de Recursos Mundiales
Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer
Centro Rosarino de Estudios Perinatales
Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos
Ciudad de Buenos Aires
Climate and Clean Air Coalition
Coalición Caribe Saludable
Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas (Guatemala)

Comisión Europea
Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas
Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños
Comunidad del Caribe
Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica
Consejo Nacional de Ganadería (Brasil)
Consejo Sudamericano en Salud
Consejo Superior Universitario Centroamericano
Consejos de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana
Council for International Organizations of Medical Sciences
Dalhousie University
Departamento de Relaciones Exteriores, Comercio y Desarrollo (Canadá)
Departamento de Salud y Servicios Sociales (Estados Unidos)
Departamento para el Desarrollo Internacional (Reino Unido)
Dirección para Cooperación para el Desarrollo y los Asuntos Humanitarios (Luxemburgo)
Emiratos Arabes Unidos
END Fund (Ending Neglected Diseases)
Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer
Escuela de Enfermería de la Universidad Johns Hopkins
Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins
European Civil Protection and Humanitarian Aid Operations
Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica
Fideicomiso Wellcome
Fondo central para la acción en caso de emergencia de las Naciones Unidas
Fondo de las Naciones Unidas para la Colaboración Internacional
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
Fondo de Población de las Naciones Unidas
Fondo de Salud Distrital, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad Humana
Fondo Fiduciario Multidonante de las Naciones Unidas para el Posconflicto en Colombia
Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
Fondo OPEP para el Desarrollo Internacional
Fondo para Contingencias Relacionadas con Emergencias (Organización Mundial de la Salud)
Fondo para el Medio Ambiente Mundial
Fondo Solidario para la Salud (El Salvador)
Fundación Bill y Melinda Gates
Fundación de las Naciones Unidas
Fundación de los CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades)
Fundación Interamericana del Corazón
Fundación Mundial para la Salud de los Hombres
Fundación Nacional de Salud (Brasil)
Fundación Oswaldo Cruz
GAVI, la Alianza para las vacunas
George Alleyne Chronic Disease Research Center, Caribbean Institute for Health Research
Gobierno de Alemania
Gobierno de Argentina

Gobierno de Brasil
Gobierno de Canadá
Gobierno de Cuba
Gobierno de Chile
Gobierno de China
Gobierno de España
Gobierno de Estados Unidos de América
Gobierno de Haití
Gobierno de la República de Corea
Gobierno de las Islas Vírgenes (británicas)
Gobierno de Luxemburgo
Gobierno de Macau
Gobierno de Nicaragua
Gobierno de Noruega
Gobierno de Nueva Zelanda
Gobierno de Suecia
Gobierno de Suiza
Gobierno de Trinidad y Tabago
Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez
Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Materna
Hospital Italiano de Buenos Aires
Iniciativa de Medicamentos para Enfermedades Desatendidas (DNDi), América Latina
Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria
Instituto de Vacunas Sabin
Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (Argentina)
Instituto Nacional de Cancerología (Colombia)
Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (Argentina)
Instituto Social del MERCOSUR
Junta Nacional de Drogas (Uruguay)
Liga Mundial de la Hipertensión
MacArthur Foundation
March of Dimes
Mercado Común del Sur
Ministerio de Agricultura y Ganadería de Ecuador
Ministerio de Agricultura, Ganadería y Abastecimiento de Alimentos de Brasil
Ministerio de Gobernación de Guatemala
Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile
Ministerio de Relaciones Exteriores y Comercio de Nueva Zelanda
Ministerio de Relaciones Exteriores y Cooperación Internacional de Italia
Ministerio de Salud de Argentina
Ministerio de Salud de Bolivia
Ministerio de Salud de Brasil
Ministerio de Salud de Chile
Ministerio de Salud de Costa Rica
Ministerio de Salud de El Salvador
Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy (Argentina)
Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe (Argentina)

Ministerio de Salud de la Provincia de Santiago del Estero (Argentina)
Ministerio de Salud de Panamá
Ministerio de Salud de Trinidad y Tabago
Ministerio de Salud del Perú
Ministerio de Salud Pública de Guyana
Ministerio de Salud Pública de República Dominicana
Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala
Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar del Japón
Misión Permanente de Brasil ante la OEA
Mundo Sano Foundation
Municipalidad Provincial de Palpa (Perú)
Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
Oficina Estados Unidos de Asistencia para Desastres en el Extranjero
Oficina Regional de la OMS para África
Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental
Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental
Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental
Oficina Regional de la OMS para Europa
Orbis Internacional
Organismo Andino de Salud
Organismo de Cooperación Internacional de Corea
Organismo de Salud Pública del Canadá
Organismo de Salud Pública del Caribe
Organismo Internacional de Energía Atómica
Organismo Internacional para la Prevención de la Ceguera
Organismo Noruego de Cooperación para el Desarrollo
Organismo Regional de Enfermería del Caribe
Organismo Suizo de Desarrollo y Cooperación
Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
Organización de los Estados Americanos
Organización de los Estados del Caribe Oriental
Organización del Tratado de Cooperación Amazónica
Organización Internacional de Vigilancia e Investigación de los Defectos de Nacimiento
Organización Internacional para las Migraciones
Organización Mundial de Sanidad Animal
Organización Regional de Normas y Calidad de la Comunidad del Caribe
Parlamento Centroamericano
PATH
Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
Programa de Cooperación entre América Latina, el Caribe y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente
Programa Especial para la Investigación y Capacitación en Enfermedades Tropicales
Programa Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa
Red de Escuelas de Salud Pública de UNASUR
Red de Institutos e Instituciones Nacionales del Cáncer

Red Interamericana de Laboratorios de Análisis de Alimentos
Red Latinoamericana y del Caribe para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información en Salud
Robert Koch Institute
Robert Wood Johnson Foundation
Secretaría de las Naciones Unidas para la Estrategia Internacional para la Reducción de los Desastres
Secretaría de Salud de Honduras
Secretaría de Salud de la Ciudad de São Paulo (Brasil)
Secretaría de Salud de México
Secretaría de Salud del Estado de Bahía (Brasil)
Secretaría de Salud del Estado de Maranhao (Brasil)
Secretaría de Salud del Estado de Pará (Brasil)
Secretaría de Salud del Estado de Pernambuco (Brasil)
Secretaría de Salud del Estado de Rio Grande do Sul (Brasil)
Secretaría de Salud del Estado de Santo de Espírito (Brasil)
Secretaría de Salud del Estado de São Paulo (Brasil)
Secretaría de Salud del Estado de Tocantins (Brasil)
Secretaría de Salud del Municipio de Florianópolis (Brasil)
Secretaría del Convenio Marco para el Control del Tabaco
Secretaría General Iberoamericana
Secretaría para Políticas Integrales sobre Drogas (Argentina)
Servicio Nacional de Calidad y Salud Animal (Paraguay)
Sociedad Americana Contra el Cáncer
Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión
Task Force for Global Health
U.S. Pharmacopeia
Unión de Naciones Suramericanas
Unión Europea
Unión Internacional Contra la Tuberculosis y las Enfermedades Respiratorias
Universidad de Harvard
Universidad de Illinois en Chicago
Universidad de las Indias Occidentales
Universidad de Utah
Universidad Federal de Pelotas
Universidad Johns Hopkins
Vaccine Ambassadors
Vital Strategies
Wellcome Genome Campus
Wellcome Trust

Anexo A. Resumen de los ODS y del ODS 3



Objetivo 1: Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo

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

Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades

Objetivo 4: Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos

Objetivo 5: Lograr la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de todas las mujeres y las niñas

Objetivo 6: Garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos

Objetivo 7: Garantizar el acceso a una energía asequible, segura, sostenible y moderna para todos

Objetivo 8: Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos

Objetivo 9: Construir infraestructura resiliente, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación

Objetivo 10: Reducir la desigualdad en y entre los países

Objetivo 11: Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles

Objetivo 12: Garantizar modalidades de consumo y producción sostenibles

Objetivo 13: Adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos

Objetivo 14: Conservar y utilizar en forma sostenible los océanos, los mares y los recursos marinos para el desarrollo sostenible

Objetivo 15: Proteger, restablecer y promover el uso sostenible de los ecosistemas terrestres, efectuar una ordenación sostenible de los bosques, luchar contra la desertificación, detener y revertir la degradación de las tierras y poner freno a la pérdida de la diversidad biológica

Objetivo 16: Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles

Objetivo 17: Fortalecer los medios de ejecución y revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible

Metas del ODS 3	
3.1	Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos
3.2	Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos
3.3	Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles
3.4	Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar
3.5	Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol
3.6	Para 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo
3.7	Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales
3.8	Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos
3.9	Para 2030, reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo
Mecanismos de aplicación del ODS 3	
3.a	Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda
3.b	Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos
3.c	Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo
3.d	Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial

Anexo B. Ejemplos de la influencia de otros ODS en el ODS 3

- *Objetivo 1:* El efecto negativo de la pobreza en la salud es innegable, y el gasto directo en salud puede llevar a la pobreza, lo que a menudo se refleja en el manejo de las cinco principales ENT¹³³ y sus complicaciones.
- *Objetivo 2:* La seguridad alimentaria y nutricional es un elemento clave de los esfuerzos para abordar la alimentación poco saludable (uno de los cinco principales factores de riesgo de las ENT)¹³⁴ y reducir la emaciación infantil, el retraso del crecimiento, la obesidad y el sobrepeso.
- *Objetivo 4:* La educación y los conocimientos básicos sobre la salud son factores clave de éxito en la promoción de la salud, el empoderamiento de los pacientes y el autocuidado.
- *Objetivo 5:* El hecho de que los roles y las responsabilidades de los sexos se determinen conforme a factores sociales y culturales contribuye a que los resultados en materia de salud sean diferentes para las niñas, los niños, las mujeres y los hombres, y además acrecienta las inequidades. Como se indica en la serie de artículos publicados en *The Lancet* en mayo del 2019 sobre igualdad de género, normas y salud, entre los factores pertinentes se encuentran las diferencias en la exposición relacionadas con el género; los comportamientos relacionados con la salud marcados por el género; el impacto del género en el acceso a la atención de salud; los sistemas de salud sesgados por razones de género; y las investigaciones, instituciones y recopilación de datos sesgadas por razones de género.
- *Objetivo 6:* El agua limpia y el saneamiento adecuado son fundamentales para la prevención y control de las enfermedades transmisibles, la recuperación después de desastres por amenazas naturales, la preservación del ambiente y la salud general a lo largo del curso de la vida.
- *Objetivo 7:* Para prevenir enfermedades respiratorias crónicas y otras amenazas a la salud, es importante disponer de fuentes de energía renovables, asequibles, eficientes y no contaminantes que faciliten la provisión y el consumo de energía limpia en los hogares.
- *Objetivo 8:* Un empleo pleno y productivo, especialmente en los jóvenes; condiciones de trabajo seguras y un trabajo decente; y la igualdad de remuneración por trabajo de igual valor, en especial para las mujeres, favorecen la inclusión social, la mejora de las condiciones socioeconómicas, la reducción de las inequidades, el crecimiento económico y las mejoras en la salud.
- *Objetivo 9:* Los adelantos y las innovaciones en el campo de las tecnologías de la información y la comunicación complementan el ODS 3. La salud digital, o el uso de tecnologías digitales en el ámbito de la salud —incluido gracias a un mejor acceso a internet y el uso de teléfonos celulares, tabletas y computadoras— podría fortalecer los servicios básicos y contribuir a que se avance hacia la salud universal y se mejoren los resultados de salud.
- *Objetivo 10:* La reducción de las desigualdades depende, entre otros factores, del uso de datos sobre salud y otros temas desglosados por edad, sexo, ubicación geográfica, raza, origen étnico, discapacidad, condición económica y protección social. De esta manera resulta más fácil

¹³³Las cinco principales ENT son las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y los trastornos de salud mental y de tipo neurológico.

¹³⁴Los cinco principales factores de riesgo son el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, la alimentación poco saludable, la falta de actividad física y la contaminación del aire.

describir a las personas y grupos en situación de vulnerabilidad, así como promover y facilitar la inclusión y la protección sociales.

- *Objetivo 11:* Adoptar medidas específicas puede ser clave en reducir los factores de riesgo de la ENT, los incidentes de tránsito y los traumatismos. Entre estas medidas pueden encontrarse mejorar el transporte público y la seguridad vial, así como abordar los asentamientos humanos y la planificación urbana de manera que mejoren la calidad del aire y brinden acceso a zonas verdes públicas que sean seguras y faciliten la recreación y la actividad física para todos, en particular para las mujeres, los niños, las personas mayores y las personas con discapacidad.
- *Objetivo 12:* Una menor generación de desechos y una gestión racional de los productos químicos y de todos los desechos en general ayudan a reducir la contaminación del aire, el agua y los suelos, elementos que tienen una poderosa influencia en la salud.
- *Objetivo 13:* El cambio climático tiene repercusiones importantes en la salud, especialmente en los pequeños Estados insulares en desarrollo, los cuales enfrentan otras vulnerabilidades por el efecto negativo que el cambio climático tiene en el medioambiente, la seguridad alimentaria y nutricional, la frecuencia de los desastres debido a las amenazas naturales y las enfermedades transmisibles y no transmisibles. Las intervenciones que tienen como fin la mitigación del cambio climático y la adaptación a él, como la iniciativa de centros de salud “inteligentes”, mejoran los resultados de salud, y las iniciativas de mitigación y adaptación en otros sectores pueden dar beneficios indirectos como reducciones en la contaminación del aire, la falta de actividad física y los regímenes alimenticios poco saludables.
- *Objetivo 14:* La conservación de los océanos, los mares y los recursos marinos es beneficiosa para el medioambiente y además es una fuente de sustento para quienes se dedican a actividades económicas relacionadas, particularmente el turismo y la pesca; contribuye a que las personas tengan un régimen alimenticio saludable; y, en particular, promueve el desarrollo sostenible en los pequeños Estados insulares en desarrollo.
- *Objetivo 15:* La conservación de los ecosistemas terrestres, la gestión sostenible de los bosques y la reducción de la pérdida de la biodiversidad son elementos clave de la seguridad agropecuaria, alimentaria y nutricional, al igual que de la mitigación del cambio climático y la adaptación a él: todo esto tiene repercusiones en la salud.
- *Objetivo 16:* Los efectos de la violencia, los conflictos y el terrorismo en la salud son graves y con frecuencia mortales. A veces se multiplican debido a un estado de derecho inadecuado y la aplicación desigual de la justicia. Esto se traduce en inseguridad para los ciudadanos y, cuando se mezcla con los determinantes sociales de la salud (como la raza, la orientación sexual y la religión), un mayor riesgo para grupos específicos de personas.
- *Objetivo 17:* El establecimiento de alianzas e iniciativas de colaboración son el eje central de las medidas adoptadas con el fin de lograr todos los ODS; para alcanzar el ODS 3 en particular se requieren enfoques multisectoriales que abarquen todo el gobierno y toda la sociedad y tengan en cuenta el concepto de la salud en todas las políticas. Entre los factores que contribuyen al logro de los resultados de salud previstos se encuentran la coherencia en las políticas; mejoras en la asignación y la movilización de recursos nacionales e internacionales; la cooperación entre los países para el desarrollo de la salud; sistemas que fomenten la transparencia y la rendición de cuentas; y el fortalecimiento sostenido de la capacidad.

Anexo C. Vinculación entre la ASSA2030 y los ODS, y algunos marcos facilitadores de la ASS2030

Objetivo de la ASSA2030	Metas de la ASSA030	ODS y metas	Marcos internacionales de la OPS/OMS y de otros organismos
1. Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, integrados y de calidad, centrados en la persona, la familia y la comunidad, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.	1.1 Reducir al menos en un 50% la tasa regional de mortalidad por causas evitables mediante la atención de salud.	-	<ul style="list-style-type: none"> Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014–2019 (modificado) (Documento Oficial 345)
	1.2 Reducir la razón regional de mortalidad materna a menos de 30 por 100.000 nacidos vivos en todos los grupos poblacionales, incluidos aquellos con mayor riesgo de muerte materna (como las adolescentes, las mujeres mayores de 35 años y las mujeres indígenas, afrodescendientes, romaníes y de zonas rurales, entre otras, según se aplique en cada país).	Adaptación de la meta 3.1 de los ODS.	<ul style="list-style-type: none"> Documento CD50/15 y resolución CD50.R12 (2010): Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita (2010-2015) Documento CD51/12 y resolución CD51.R12 (2011): Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave (2012-2017) Todas las mujeres, todos los niños. Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente 2016–2030 Documento CD56/8, Rev.1 y resolución CD56.R8 (2018): Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018–2030
	1.3 Reducir la tasa de mortalidad neonatal a menos de 9 por 1.000 nacidos vivos en todos los grupos poblacionales, incluidos los de mayor riesgo (como los grupos indígenas, afrodescendientes y romaníes, y las poblaciones rurales, entre otros, según se aplique en cada país), y la de mortalidad en menores de 5 años a menos de 14 por 1.000 nacidos vivos.	Adaptación de la meta 3.2 de los ODS.	<ul style="list-style-type: none"> Documento CD50/15 y resolución CD50.R12 (2010): Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita (2010-2015) Documento CSP28/10 y resolución CSP28.R20 (2012): Estrategia y plan de acción para la salud integral de la niñez (2012-2017) OMS y UNICEF. Todos los recién nacidos: plan de acción para poner fin a la mortalidad prevenible. Ginebra: OMS; 2014. [Resumen de orientación en español]

Objetivo de la ASSA2030	Metas de la ASSA030	ODS y metas	Marcos internacionales de la OPS/OMS y de otros organismos
			<ul style="list-style-type: none"> • Documento CD54/7, Rev.2 y resolución CD54.R8 (2015): Plan de acción sobre inmunización (2016–2020) • Todas las mujeres, todos los niños. Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente 2016–2030 • Documento CD55/14 y resolución CD55.R5 (2016): Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016–2021 • Documento CD56/8, Rev.1 y resolución CD56.R8 (2018): Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018–2030
	<p>1.4 Garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.</p>	<p>Meta 3.7 de los ODS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Documento CD52/18 y resolución CD52.R6 (2013): Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans: documento conceptual • Todas las mujeres, todos los niños. Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente 2016–2030 • Documento CD55/14 y resolución CD55.R5 (2016): Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016–2021 • Documento CD56/9 y resolución CD56.R9 (2018): Plan de acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018–2030

Objetivo de la ASSA2030	Metas de la ASSA030	ODS y metas	Marcos internacionales de la OPS/OMS y de otros organismos
			<ul style="list-style-type: none"> Documento CD56/8, Rev.1 y resolución CD56.R8 (2018): Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018–2030
	1.5 Incrementar la capacidad resolutoria del primer nivel de atención de salud, medida como un 15% de reducción de las hospitalizaciones prevenibles con atención ambulatoria de calidad.	-	<ul style="list-style-type: none"> Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014–2019 (modificado) (Documento Oficial 345)
	1.6 Organizar los servicios de salud en redes integradas de prestación de servicios de salud con capacidad resolutoria alta en el primer nivel de atención.	-	<ul style="list-style-type: none"> Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014–2019 (modificado) (Documento Oficial 345)
2. Fortalecer la rectoría y gobernanza de la autoridad nacional de salud, a la vez que se promueve la participación social.	2.1 Lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, de acuerdo con el contexto nacional.	Adaptación de la meta 3.8 de los ODS.	<ul style="list-style-type: none"> Documento CD53/5, Rev.2 y resolución CD53.R14 (2014): Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud
	2.2 Ejercer las funciones esenciales de salud pública de acuerdo con los estándares establecidos.	-	<ul style="list-style-type: none"> Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas. OPS, 2013.
	2.3 Fortalecer la rectoría, gobernanza y la transparencia al incluir políticas, planes, normas y procesos para la organización del sistema de salud y mecanismos para su seguimiento y evaluación.	-	<ul style="list-style-type: none"> Documento CD51/5 y resolución CD51.R4 (2011) Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana (2012–2021) Documento CD53/5, Rev.2 y resolución CD53.R14 (2014): Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud Documento CD55/9 y resolución CD55.R8 (2016): Los sistemas de salud resilientes

Objetivo de la ASSA2030	Metas de la ASSA030	ODS y metas	Marcos internacionales de la OPS/OMS y de otros organismos
	2.4 Desarrollar y fortalecer, según corresponda, mecanismos para la regulación de la prestación de los servicios de salud para ampliar el acceso y mejorar la calidad.	-	<ul style="list-style-type: none"> • Documento CD52/5 y resolución CD52.R11 (2013): Protección social en salud: documento conceptual • Documento CD53/5, Rev.2 y resolución CD53.R14 (2014): Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud
	2.5 Aumentar la participación de todos los interesados directos, incluida la sociedad civil y las comunidades, en la formulación de políticas y en el proceso de evaluación relacionado con la salud en todas las políticas a fin de reducir las inequidades en materia de salud.	-	<ul style="list-style-type: none"> • Documento CD52/18 y resolución CD52.R6 (2013): Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans: documento conceptual • Documento CD53/10, Rev.1 y resolución CD53.R2 (2014): Plan de acción sobre la salud en todas las políticas 2014-2019 • Documento CD56/INF/11. Corr. (2018): Informe del Director sobre el abordaje de las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans
3. Fortalecer la gestión y el desarrollo de los recursos humanos para la salud con competencias que apoyen el abordaje integral de la salud.	3.1 Asegurar la disponibilidad adecuada de personal de salud (44,5 trabajadores de salud por 10.000 habitantes) que esté calificado, sea cultural y lingüísticamente apropiado y esté bien distribuido.	Adaptación del mecanismo de aplicación 3.c de los ODS.	<ul style="list-style-type: none"> • Documento CD52/6 y resolución CD52.R13 (2013): Recursos humanos para la salud: aumentar el acceso al personal sanitario capacitado en sistemas de salud basados en la atención primaria de salud • Documento CSP29/10 y resolución CSP29.R15 (2017): Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud

Objetivo de la ASSA2030	Metas de la ASSA030	ODS y metas	Marcos internacionales de la OPS/OMS y de otros organismos
	3.2 Elaborar políticas de recursos humanos para la salud y mecanismos de colaboración y coordinación intersectoriales entre los sectores de la salud y la educación, así como con otros actores sociales, para abordar los requerimientos del sistema de salud y las necesidades de salud de la población.	-	<ul style="list-style-type: none"> Documento CD56/10, Rev.1 y resolución CD56.R5 (2018): Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023
	3.3 Fortalecer la calidad de la formación de los profesionales de salud en colaboración con el sector de educación, por medio de sistemas de evaluación y acreditación de instituciones de formación y programas de grado.	-	
	3.4 Desarrollar las condiciones laborales que fomenten la atracción y retención del personal de salud, así como su participación y compromiso con gestión en salud, incluida la colaboración con las organizaciones representativas de los trabajadores de la salud (gremios y sindicatos) y otros actores sociales.	Adaptación del mecanismo de aplicación 3.c de los ODS.	

Objetivo de la ASSA2030	Metas de la ASSA030	ODS y metas	Marcos internacionales de la OPS/OMS y de otros organismos
<p>4. Alcanzar el financiamiento adecuado y sostenible de la salud, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la protección contra los riesgos financieros para todas las personas y sus familias.</p>	<p>4.1 Lograr un gasto público destinado a la salud de por lo menos el 6% del PIB.</p>	<p>La meta de la ASSA2030 guarda consonancia con la meta 3.8 de los ODS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Documento CD53/5, Rev.2 y resolución CD53.R14 (2014): Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud
	<p>4.2 Reducir el gasto de bolsillo destinado a la salud, en colaboración con las autoridades financieras.</p>	<p>-</p>	
	<p>4.3 Desarrollar y fortalecer las políticas o estrategias para reducir la segmentación del sistema de financiamiento de la salud.</p>	<p>-</p>	
	<p>4.4 Poner en marcha políticas o estrategias para desarrollar sistemas de compra y de pago a proveedores, que promuevan la eficiencia y la equidad en la asignación de recursos estratégicos.</p>	<p>-</p>	
	<p>4.5 Desarrollar y fortalecer estrategias que reduzcan la segmentación y mejoren los mecanismos de financiamiento de la salud en colaboración con los responsables de tomar decisiones y los actores relevantes, que promuevan la eficiencia y la equidad en la asignación de recursos.</p>	<p>-</p>	

Objetivo de la ASSA2030	Metas de la ASSA030	ODS y metas	Marcos internacionales de la OPS/OMS y de otros organismos
<p>5. Asegurar el acceso a medicamentos esenciales y vacunas, al igual que a otras tecnologías sanitarias prioritarias, según la evidencia científica disponible y de acuerdo con el contexto nacional.</p>	<p>5.1 Asegurar el acceso oportuno a los medicamentos de la lista nacional de medicamentos esenciales y a las tecnologías sanitarias prioritarias sin ningún pago en el punto de atención, servicio o dispensación, de acuerdo con el contexto nacional.</p>	-	<ul style="list-style-type: none"> • Documento CD54/7, Rev.2 y resolución CD54.R8 (2015): Plan de acción sobre inmunización (2016–2020) • Documento CD55/10, Rev.1 y resolución CD55.R12 (2016): El acceso y uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias estratégicas y de alto costo
	<p>5.2 Alcanzar el 95% de cobertura de la vacunación [1] en menores de 5 años, por medio de los programas nacionales de inmunización.</p>	-	<ul style="list-style-type: none"> • Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014–2019 (modificado) (Documento Oficial 345)
	<p>5.3 Contar con una autoridad regulatoria nacional de medicamentos cuya capacidad haya sido calificada como de nivel 3 de acuerdo con la herramienta mundial de evaluación de la OMS.</p>	-	<ul style="list-style-type: none"> • WHO Global Benchmarking Tool for the evaluation of national regulatory systems. OMS, 2018
	<p>5.4 Aplicar metodologías de evaluación de las tecnologías sanitarias en el proceso para la decisión de su incorporación en los sistemas de salud.</p>	-	<ul style="list-style-type: none"> • Documento CSP28/11 y resolución CSP28.R9 (2012): Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud
	<p>5.5 Aplicar los requisitos de las normas básicas internacionales de seguridad en los servicios de diagnóstico y terapéuticos que usan tecnologías sanitarias con radiación (<i>Protección radiológica y seguridad de las fuentes de radiación</i>).</p>	-	<ul style="list-style-type: none"> • Documento CSP28/17, Rev.1 y resolución CSP28.R15 (2012): Protección radiológica y seguridad de las fuentes de radiación: Normas Básicas Internacionales de Seguridad

Objetivo de la ASSA2030	Metas de la ASSA030	ODS y metas	Marcos internacionales de la OPS/OMS y de otros organismos
	5.6 Promover única y exclusivamente la donación voluntaria de sangre no remunerada y repetitiva, y desalentar la donación remunerada y familiar o de reposición, excepto cuando esté protegida por el sistema regulatorio.	-	<ul style="list-style-type: none"> Documento CD53/6 y resolución CD53.R6 (2014): Plan de acción para el acceso universal a sangre segura
	5.7 Fortalecer los mecanismos de negociación y compras nacionales, subregionales y regionales a fin de mejorar la capacidad de los países para obtener precios de medicamentos, vacunas y otras tecnologías sanitarias más asequibles y equitativos.	-	<ul style="list-style-type: none"> Documento CD55/10, Rev.1 y resolución CD55.R12 (2016): El acceso y uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias estratégicos y de alto costo
	5.8 Tomando en cuenta las perspectivas de la salud pública, fortalecer la capacidad para implementar políticas de propiedad intelectual y de salud, que promuevan la investigación y el desarrollo de medicamentos, vacunas y otras tecnologías sanitarias para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente los países en desarrollo y que promuevan el acceso a medicamentos, vacunas y otras tecnologías sanitarias asequibles.	Adaptación del mecanismo de aplicación 3.b de los ODS.	

Objetivo de la ASSA2030	Metas de la ASSA030	ODS y metas	Marcos internacionales de la OPS/OMS y de otros organismos
6. Fortalecer los sistemas de información para la salud a fin de apoyar la formulación de políticas y la toma de decisiones basadas en la evidencia.	6.1 Desarrollar una política nacional sobre sistemas de información para la salud interoperables a fin de generar, detectar, recolectar, procesar, analizar, almacenar y poner a disposición de manera gratuita y pública datos de calidad e información estratégica para una mejor formulación de políticas y toma de decisiones en materia de salud pública y planificación en salud.	Integra la meta 17.18 de los ODS.	<ul style="list-style-type: none"> • Documento CD53/5, Rev.2 y resolución CD53.R14 (2014): Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud • Iniciativa de la OPS sobre sistemas de información para la salud (IS4H), 2016 • Documento CSP29/9 y resolución CSP29.R4 (2017): Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales 2017-2022 • Documento CD57/9 y resolución CE164.R4 (2019): Plan de acción para el fortalecimiento de los sistemas de información para la salud 2019-2023
	6.2 Fortalecer los sistemas de información para la salud a fin de apoyar la evaluación del desempeño del sistema nacional de salud, así como el seguimiento y la presentación de informes sobre el avance hacia el logro de los objetivos de salud nacionales, regionales y mundiales, incluidos los ODS relacionados con la salud y las metas de la ASSA2030, entre otros.	-	
	6.3 Fortalecer la capacidad de análisis y el uso de la información para la toma de decisiones a nivel nacional y subnacional.	Adaptación de la meta 17.18 de los ODS.	

Objetivo de la ASSA2030	Metas de la ASSA030	ODS y metas	Marcos internacionales de la OPS/OMS y de otros organismos
7. Desarrollar capacidades para la generación, la transferencia y el uso de la evidencia y el conocimiento en materia de salud, promoviendo la investigación, la innovación y el uso de la tecnología.	7.1 Desarrollar políticas de investigación en la salud que conlleven un financiamiento de por lo menos el 2% del presupuesto de salud para las investigaciones en materia de salud pública.	-	<ul style="list-style-type: none"> Documento CD49/10 y resolución CD49.R10 (2009): Política de investigación para la salud
	7.2 Desarrollar capacidades institucionales, infraestructura, tecnología y recursos humanos calificados para la investigación en salud pública y su difusión, en consonancia con la política nacional de salud.	-	<ul style="list-style-type: none"> Documento CD49/10 y resolución CD49.R10 (2009): Política de investigación para la salud Documento CSP28/12, Rev.1 y resolución CSP28.R2 (2012): Estrategia y plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones (2013-2018)
	7.3 Desarrollar y fortalecer estrategias y planes sobre salud digital (<i>eHealth</i>).	-	<ul style="list-style-type: none"> Documento CD51/13 y resolución CD51.R5 (2011): Estrategia y plan de acción sobre <i>eSalud</i> (2012-2017)
8. Fortalecer la capacidad nacional y regional de preparación, prevención, detección, vigilancia y respuesta a los brotes de enfermedades y a las emergencias y los desastres que afectan la salud de la población.	8.1 Reducir el número de casos de muerte, discapacidad y enfermedad, con énfasis en la protección de las poblaciones pobres y vulnerables afectadas por las emergencias y los desastres.	Integra la meta 11.5 de los ODS.	<ul style="list-style-type: none"> Documento CD53/12 y resolución CD53.R9 (2014): Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria (2015-2019)
	8.2 Reforzar las funciones esenciales de salud pública para fortalecer la resiliencia y adaptabilidad al clima y a otras amenazas para el sector de la salud.	Meta 13.1 de los ODS.	<ul style="list-style-type: none"> Documento CD51/6, Rev. 1 y resolución CD51.R15 (2011): Estrategia y plan de acción sobre el cambio climático (2012-2017)

Objetivo de la ASSA2030	Metas de la ASSA030	ODS y metas	Marcos internacionales de la OPS/OMS y de otros organismos
	8.3 Cumplir y mantener las capacidades críticas para las emergencias de salud, incluidas las capacidades básicas establecidas en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI).	-	<ul style="list-style-type: none"> Documento CD56/INF/9 (2018): Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI)
	8.4 Contar con capacidad crítica para responder a cualquier tipo de emergencias o desastres (sistemas de alerta temprana, centros de operaciones de emergencia, comunicación de riesgos y hospitales seguros).	-	<ul style="list-style-type: none"> Documento CD55/17, Rev.1 y resolución CD55.R10 (2016): Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021
9. Reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad por enfermedades no transmisibles, traumatismos, violencia y trastornos de salud mental.	9.1 Reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles ¹³⁵ en un tercio por medio de la prevención y el tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar. ¹³⁶	Meta 3.4 de los ODS.	<p><i>Enfermedades no transmisibles</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Documento CSP28/9, Rev. 1 y resolución CSP28.R13 (2012): Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (2012-2025) Documento CD52/7, Rev.1 y resolución CD52.R9 (2013): Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (2013–2019) Documento CD53/10, Rev.1 y resolución CD53.R2 (2014): Plan de acción sobre la salud en todas las políticas (2014–2019) Documento CD56/9 y resolución CD56.R9 (2018): Plan de acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018-2030 <p><i>Salud mental y trastornos neurológicos</i></p>

¹³⁵ Principalmente las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas.

¹³⁶ Meta 3.4 de los ODS.

Objetivo de la ASSA2030	Metas de la ASSA030	ODS y metas	Marcos internacionales de la OPS/OMS y de otros organismos
			<ul style="list-style-type: none"> • Documento CD51/10, Rev.1 y resolución CD51.R8 (2011): Estrategia y plan de acción sobre la epilepsia (2012–2021) • Documento CD53/8, Rev.1 y resolución CD53.R7 (2014): Plan de acción sobre salud mental (2015–2020) • Documento CD54/8, Rev.1 y resolución CD54.R11 (2015): Estrategia y plan de acción sobre demencias en las personas mayores (2015–2019)
	<p>9.2 Aplicar el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco, en consonancia con el contexto nacional.¹³⁷</p>	<p>Adaptación del mecanismo de aplicación 3.a de los ODS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Documento CD50/26 y resolución CD50.R6 (2010): Fortalecimiento de la capacidad de los Estados Miembros para implementar las disposiciones y directrices del Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco • Documento CSP29/11 y resolución CSP29.R12 (2017): Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018–2022
	<p>9.3 Asegurar el acceso a los servicios de habilitación y rehabilitación integrales, incluido el acceso a las tecnologías de asistencia y los servicios de apoyo para todos aquellos que lo necesiten, y promover la aplicación de la estrategia de rehabilitación de base comunitaria, entre otras.</p>	<p>-</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Documento CSP28/9 y resolución CSP28.R13 (2012): Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (2012–2025) • Documento CD52/7, Rev.1 y resolución CD52.R9 (2013): Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (2013–2019)

¹³⁷ Adaptación del mecanismo de aplicación 3.a de los ODS.

Objetivo de la ASSA2030	Metas de la ASSA030	ODS y metas	Marcos internacionales de la OPS/OMS y de otros organismos
	9.4 Contribuir a reducir de manera significativa la violencia y su impacto en la salud en colaboración con otros actores gubernamentales y no gubernamentales. ¹³⁸	Adaptación de las metas 16.1 , 3.6 y 5.2 .	<ul style="list-style-type: none"> • Documento CD51/5 y resolución CD51.R4 (2011): Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana (2012–2021) • CD51/8, Rev.1 y resolución CD51.R14 (2011): Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol (2012–2021)
	9.5 Reducir a la mitad el número de muertes y traumatismos causados por el tránsito. ¹³⁹	Adaptación de la meta 3.6 de los ODS.	<ul style="list-style-type: none"> • Documento CD51/5 y resolución CD51.R4 (2011): Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana (2012–2021) • Documento CD51/7, Rev. 1 y resolución CD51.R6 (2011): Plan de acción sobre la seguridad vial (2012–2017) • Documento CD51/8, Rev.1 y resolución CD51.R14 (2011): Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol (2012–2021)
	9.6 Incrementar el acceso universal a los servicios de salud mental, incluida la promoción del bienestar emocional y sus condiciones favorables, la prevención de problemas psicosociales y trastornos mentales, y la recuperación mental en todas las etapas de la vida, con un enfoque de género, intercultural y comunitario; la atención de la salud mental estará integrada en la atención primaria.	-	<ul style="list-style-type: none"> • Documento CD50/18, Rev.1 y resolución CD50.R2 (2010): Estrategia sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública • Documento CD/51/9 y resolución CD51.R7 (2011): Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública (2012–2021) • Documento CD51/8, Rev.1 y resolución CD51.R14 (2011): Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol (2012–2021)

¹³⁸ Adaptación de las metas 16.1, 3.6 y 5.2.

¹³⁹ Adaptación de la meta 3.6 de los ODS.

Objetivo de la ASSA2030	Metas de la ASSA030	ODS y metas	Marcos internacionales de la OPS/OMS y de otros organismos
	9.7 Contribuir a poner fin a todas las formas de malnutrición, logrando incluso a más tardar en el 2025 las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y los lactantes y las personas mayores.	Adaptación de la meta 2.2 de los ODS.	<ul style="list-style-type: none"> • Documento CD53/9, Rev.1 y resolución CD53.R13 (2014): Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia (2014-2019) • Todas las mujeres, todos los niños. Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente 2016–2030 • Documento CD56/8, Rev.1 y resolución CD56.R8 (2018): Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018–2030
10. Reducir la carga de las enfermedades transmisibles y eliminar las enfermedades desatendidas.	10.1 Poner fin a la epidemia de la infección por el sida.	Meta 3.3 de los ODS.	<ul style="list-style-type: none"> • Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) (2014). 90-90-90: Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida
	10.2 Poner fin a la epidemia de la tuberculosis.	Adaptación de la meta 3.3 de los ODS.	<ul style="list-style-type: none"> • Documento CD54/11, Rev.1 y resolución CD54.R10 (2015): Plan de acción para la prevención y el control de la tuberculosis (2015-2019)
	10.3 Eliminar la transmisión vertical (materno-infantil) del VIH y la sífilis congénita.	Adaptación de la meta 3.3 de los ODS.	<ul style="list-style-type: none"> • Documento CD55/14 y resolución CD55.R5¹⁴⁰ (2016): Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021
	10.4 Combatir las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.	-	<ul style="list-style-type: none"> • OPS. Agua y saneamiento: Evidencias para políticas públicas con enfoque en derechos humanos y resultados en salud pública. OPS, 2011.

¹⁴⁰En la resolución CD55.R5 de la OPS se insta a los Estados Miembros a que “continúen con las medidas en marcha para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis congénita, prestando especial atención a (...) la segunda fase de la estrategia de eliminación, que incluye la eliminación de la transmisión materno-infantil de otras infecciones pertinentes para la salud pública, como la hepatitis B y la enfermedad de Chagas en zonas endémicas.” En la iniciativa ETMI Plus se incluyen estas otras dos enfermedades.

Objetivo de la ASSA2030	Metas de la ASSA030	ODS y metas	Marcos internacionales de la OPS/OMS y de otros organismos
			<ul style="list-style-type: none"> • Documento CSP29/8 y resolución CSP29.R11 (2017): Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018–2023 • Documento CD56/11 y resolución CD56.R2 (2018): Plan de acción sobre entomología y control de vectores 2018-2023 • Documento CD56/INF/9 (2018) Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI)
	10.5 Detener la transmisión de las hepatitis virales y acelerar la reducción de las infecciones crónicas y las muertes por hepatitis a fin de eliminar las hepatitis virales como problema importante de salud pública en la Región de las Américas.	-	<ul style="list-style-type: none"> • Documento CD54/13, Rev.1 y resolución CD54.R7 (2015): Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales (2016–2019)
	10.6 Eliminar la transmisión local de la malaria en los Estados Miembros y evitar el posible restablecimiento de la enfermedad.	-	<ul style="list-style-type: none"> • Documento CD55/13 y resolución CD55.R7 (2016): Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016–2020
	10.7 Eliminar las enfermedades infecciosas desatendidas ¹⁴¹ como problema de salud pública.	-	<ul style="list-style-type: none"> • Documento CD55/15 y resolución CD55.R9 (2016): Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022

¹⁴¹ Principalmente la leishmaniasis, la lepra, la filariasis linfática, la oncocercosis, el tracoma y la esquistosomiasis.

Objetivo de la ASSA2030	Metas de la ASSA030	ODS y metas	Marcos internacionales de la OPS/OMS y de otros organismos
	10.8 Tratar y prevenir las enfermedades infecciosas, incluido el uso responsable y racional de medicamentos seguros, efectivos, accesibles, asequibles y de calidad.	-	<ul style="list-style-type: none"> Documento CD54/12, Rev.1 y resolución CD54.R15 (2015): Plan de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos (2015-2020)
	10.9 Mitigar los riesgos con respecto a la inocuidad de los alimentos.	-	<ul style="list-style-type: none"> OPS. Agua y saneamiento: Evidencias para políticas públicas con enfoque en derechos humanos y resultados en salud pública. OPS, 2011. Documento CD56/INF/9 (2018): Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI)
	10.10 Controlar la transmisión del dengue, el chikunguña, el zika y la fiebre amarilla con un enfoque integrado e intersectorial.	-	<ul style="list-style-type: none"> Documento CD55/16 y resolución CD55.R6 (2016): Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales Documento CD56/11 y resolución CD56.R2 (2018): Plan de acción sobre entomología y control de vectores 2018-2023
11. Reducir las desigualdades e inequidades en torno a la salud por medio de enfoques intersectoriales, multisectoriales, regionales y subregionales de los determinantes sociales y ambientales de la salud.	11.1 Demostrar una marcada reducción en las brechas de la inequidad en la salud, medida mediante cualquiera de los siguientes estratificadores de equidad: lugar de residencia (urbano/rural), raza, etnia, ocupación, género, sexo, edad, educación o situación socioeconómica, utilizando mediciones simples de la desigualdad (brecha absoluta y relativa).	ODS 10 .	<ul style="list-style-type: none"> OMS. National health inequality monitoring: a step-by-step manual. OMS, 2017. OPS. Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna. Resumen ejecutivo del Informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas. OPS, 2018

Objetivo de la ASSA2030	Metas de la ASSA030	ODS y metas	Marcos internacionales de la OPS/OMS y de otros organismos
	11.2 Reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades causadas por sustancias químicas peligrosas y la contaminación del aire, el agua y el suelo, especialmente donde los riesgos ambientales estén afectando desproporcionalmente a las poblaciones o comunidades en desventaja.	Adaptación de la meta 3.9 de los ODS.	<ul style="list-style-type: none"> • WHA67.11 (2014): Repercusiones de la exposición al mercurio y a los compuestos mercuriales en la salud pública: la función de la OMS y de los ministerios de salud pública en la aplicación del Convenio de Minamata • WHA69.4 (2016): Función del sector de la salud en el Enfoque Estratégico de la Gestión Internacional de los Productos Químicos de cara al objetivo fijado para 2020 y años posteriores • A72/15 (2019): Proyecto de estrategia mundial de la OMS sobre salud, medio ambiente y cambio climático: transformación necesaria para mejorar de forma sostenible las condiciones de vida y el bienestar mediante la creación de ambientes saludables: Informe del Director General
	11.3 Reducir significativamente las desigualdades relacionadas con la calidad del agua y el saneamiento al avanzar con los sectores responsables en el acceso a los servicios de agua y saneamiento para su gestión segura.	Metas 6.1 y 6.2 de los ODS.	<ul style="list-style-type: none"> • A72/15 (2019): Proyecto de estrategia mundial de la OMS sobre salud, medio ambiente y cambio climático: transformación necesaria para mejorar de forma sostenible las condiciones de vida y el bienestar mediante la creación de ambientes saludables: Informe del Director General
	11.4 Generar políticas que incorporen la movilización y la migración seguras y saludables de las personas.	Meta 10.7 de los ODS.	<ul style="list-style-type: none"> • Documento CD55/11, Rev.1 y resolución CD55.R13 (2016): La salud de los migrantes
	11.5 Promover un entorno de trabajo saludable, seguro y sin riesgos para los trabajadores, incluidos los trabajadores migrantes y las personas con empleos precarios.	Metas 8.5 y 8.8 de los ODS.	<ul style="list-style-type: none"> • Documento CD54/10, Rev.1 y resolución CD54.R6 (2015): Plan de acción sobre la salud de los trabajadores

Marcos transversales de la OPS que abordan los determinantes sociales, económicos y estructurales de la salud, y facilitan el logro de los objetivos y las metas de la ASSA2030 con enfoques que tienen en cuenta los derechos humanos y la equidad

- Documento [CD46/12](#) y resolución [CD46.R16 \(2005\)](#): Política de la OPS en materia de igualdad de género
- Documento [CD50/12](#) y resolución [CD50.R8](#) (2010): La salud y los derechos humanos: documento conceptual
- Documento [CD53/10, Rev.1](#) y resolución [CD53.R2](#) (2014): Plan de acción sobre la salud en todas las políticas (2014-2019)
- Documento [CD54/14, Rev.1](#) y resolución [CD54/R9](#) (2015): Estrategia sobre legislación relacionada con la salud
- Documento [CSP29/7, Rev.1](#) y resolución [CSP29.R3](#) (2017): Política sobre etnicidad y salud
- Documento [CD56/INF/8](#) (2018): Informe de la Comisión sobre Equidad y Desigualdades en Salud de las Américas
- Documento [CD57/10](#) (2019): Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030
- Documento [CD57/13](#) (2019): Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025

- - -