



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



50.º CONSEJO DIRECTIVO 62.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010

Punto 8.6 del orden del día provisional

CD50/INF/6 (Esp.)
5 de agosto del 2010
ORIGINAL: INGLÉS

INFORME SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS EN MATERIA DE ASUNTOS TÉCNICOS

CONTENIDO

- A. Implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005).....2
Resoluciones CSP27.R13 (2007) y WHA58.3 (2005)
- B. Actualización sobre la gripe pandémica (H1N1) 2009.....7
Documento CD49/INF/2, Rev. 1 (2009)
- C. Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud.....13
Resolución CD48.R6 (2008)
- D. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud y perfiles de país.....17
Resolución CD40.R10 (1997)
- E. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: Oportunidades y retos para su implementación en la Región de las Américas.....21
Resolución CD48.R2 (2008)
- F. Ejecución de la Estrategia Regional y el Plan de Acción para un Enfoque Integrado sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas, incluido el Régimen Alimentario, la Actividad Física y la Salud.....26
Resolución CD47.R9 (2006)
- G. Eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita.....39
Resoluciones CD44.R1 (2003), CD47.R10 (2006) y CSP27.R2 (2007)

A. IMPLEMENTACIÓN DEL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL (2005)

Introducción

1. Con la declaración de la emergencia de salud pública de interés internacional (ESPII) debido a la pandemia (H1N1) 2009, se puso a prueba la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) (RSI) a nivel mundial. Esta experiencia ha requerido la acción concertada de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de los Estados Miembros en pos de un objetivo común. Asimismo ha demostrado el valor de contar con un marco legal que facilita la coordinación de las comunicaciones y de la respuesta, así como también la necesidad de seguir avanzando en el fortalecimiento de las capacidades para ser cada vez más efectivos en la aplicación del RSI (2005).

2. El propósito de este informe es dar cuenta del progreso de los Estados Miembros y de la OPS en el cumplimiento de los compromisos contraídos en la resolución WHA58.3 (2005) de la Asamblea Mundial de la Salud. Dicha resolución define el proceso de implementación del RSI (2005). El informe se basa en las siete áreas de trabajo¹ definidas por la OMS para la implementación del RSI (2005).

Fomento a las alianzas regionales

3. Los Estados Miembros, a través de los sistemas de integración regional, han asumido una responsabilidad compartida y desempeñan un activo papel en la aplicación del RSI (2005). Para favorecer el cumplimiento de este compromiso, se continúa dando apoyo al Subgrupo de Trabajo 11 (SGT-11) del Mercado Común del Sur (MERCOSUR), al Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), a la Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD), y a los países del Caribe a través del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC por sus siglas en inglés).

4. Este apoyo técnico estuvo focalizado, para el Subgrupo de Trabajo 11 (SGT-11)² del MERCOSUR y para ORAS-CONHU, en la estandarización de procedimientos para la

¹ (i) Fomento a las alianzas mundiales y regionales; (ii) fortalecimiento de los sistemas nacionales de prevención, vigilancia, control y respuesta a las enfermedades; (iii) fortalecimiento de la seguridad sanitaria en los medios de transporte y los viajeros; (iv) fortalecimiento de los sistemas de alerta y respuesta de la OPS; (v) fortalecimiento de la gestión de riesgos específicos; (vi) respaldo de los derechos, obligaciones y procedimientos y; (vii) realización de estudios y vigilancia de los progresos.

² El Grupo Mercado Común (GMC) se estructura en 15 Sub-Grupos de Trabajo (SGT) a fin de cumplir con los objetivos del MERCOSUR. Dentro de estos SGT, el N° 11 corresponde al de Salud y fue creado a través de la Resolución GMC N° 151/96 del año 1996. Estos SGT elaboran sus pautas negociadoras a

implementación del RSI (2005), en la armonización de la lista de eventos de importancia para la salud pública y en el adiestramiento de los equipos de respuesta rápida. Para Centroamérica, se completó la ejecución del proyecto de cooperación técnica entre países (CTP) acordado por los Estados Miembros en la XXIV Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD) en enero del 2009 (acuerdo HON-XXIV-RESSCAD-3) para evaluar las capacidades básicas de vigilancia y respuesta. Se incluyó el fortalecimiento de estas capacidades en la Agenda y en el Plan de Salud 2010-2015 aprobado por el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA). Los países y territorios del Caribe de habla inglesa, francesa y holandesa acordaron seguir realizando, con apoyo de CAREC, actividades para la efectiva implementación del RSI (2005).

Fortalecimiento de los sistemas nacionales de prevención, vigilancia, control y respuesta a las enfermedades

5. Durante este periodo, la OPS continuó dando apoyo a los Estados Miembros en la evaluación de la capacidad de sus estructuras y recursos y en la elaboración de planes de acción alineados con los existentes en el país y con los planes regionales en vigor. Hasta la fecha, la información disponible muestra que de los 35 Estados Miembros, 34 culminaron la evaluación de sus capacidades de vigilancia y respuesta a nivel nacional³; 28 han elaborado los planes nacionales de fortalecimiento de dichas capacidades; y 18 han evaluado las capacidades en los puntos de entrada.

6. Los Estados Miembros han iniciado la ejecución de sus planes de acción para el fortalecimiento de las capacidades. Para identificar necesidades de cooperación técnica en este aspecto, se realizó en noviembre del 2009 en Lima, Perú, una reunión con los encargados de los servicios nacionales de vigilancia de los países de América Latina. Como resultado, se obtuvo un listado de prioridades de apoyo técnico que fueron evaluadas e incluidas en el Plan de Trabajo BIANUAL 2010-2012 del proyecto de prevención y control de enfermedades transmisibles de la OPS. Además, en febrero del 2010, se llevó a cabo un taller en la Sede de la OPS, en Washington, D.C., en el que participaron 16 expertos en vigilancia procedentes de diferentes instituciones.⁴ El objetivo del taller fue elaborar un documento sobre los principios orientadores que

ser examinadas por el GMC a fin de determinar prioridades y elaborar un cronograma para su cumplimiento.

³ En un contexto de múltiples desastres naturales incluyendo el terremoto de enero del 2010, Haití no ha logrado culminar la evaluación de las capacidades básicas de vigilancia y respuesta incluyendo los puntos de entrada.

⁴ La Agencia de Salud Pública de Canadá; los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (EUA); el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades; encargados de los servicios nacionales de vigilancia de Chile, Costa Rica, El Salvador y México; así como funcionarios de la OPS, de la oficina regional de la OMS en Europa y de la sede de la OMS en Ginebra.

compatibilicen los sistemas nacionales de vigilancia tradicionales con la búsqueda de información para detectar y responder a los riesgos para la salud pública, tal y como se requiere en el RSI (2005).

7. Se realizaron varias actividades en apoyo al fortalecimiento de los Centros Nacionales de Enlace (CNE) para el RSI, y a través de un trabajo colaborativo con los ministerios de salud de Brasil y Chile. Se elaboró una guía operativa para el funcionamiento de los CNE y se adaptó una herramienta informática para fortalecer la vigilancia basada en eventos. De acuerdo con los resultados de las evaluaciones, se ofreció apoyo a 14 Estados Miembros para el fortalecimiento de sus CNE, cuyas propuestas están en proceso de revisión y aprobación final. Por último, y con el mismo objetivo, se planificó un sistema de pasantías que fue puesto en marcha a partir de marzo del 2010. Las pasantías están dirigidas a funcionarios de los CNE para el RSI quienes se integran a las actividades del Grupo de Alerta y Respuesta regional de la OPS en Washington, D.C. Hasta el momento de escribir este informe se han recibido tres pasantes procedentes de Honduras, Panamá y la República Dominicana.

8. Como parte del fortalecimiento de las capacidades de respuesta, los países deben fortalecer los equipos de respuesta rápida (ERR). Con ese objetivo, se ha actualizado y ampliado el programa de entrenamiento de los ERR. Al respecto, se apoyó el entrenamiento en Bolivia, Chile, Costa Rica y Ecuador capacitando a 130 profesionales de diferentes disciplinas. Además, para fomentar la implementación del programa de epidemiología de campo, se apoyó la elaboración de una propuesta para su ejecución en Paraguay la que fue aprobada y se encuentra en las etapas iniciales de ejecución.

Fortalecimiento de la seguridad sanitaria en los medios de transporte y los viajeros

9. En relación con las iniciativas relacionadas con los puntos de entrada, se ha continuado colaborando con el Grupo Técnico Asesor en Seguridad Portuaria de la Organización de los Estados Americanos con el objetivo de potenciar el fortalecimiento de las capacidades básicas necesarias en los puertos designados. La OPS incorporó un nuevo Asesor responsable de brindar orientación y desarrollar herramientas relacionadas con los puntos de entrada, a fin de reforzar la supervisión y el apoyo a la implementación del RSI.

Fortalecimiento de los sistemas de alerta y respuesta de la OPS

10. Desde la implementación del RSI (2005), el Punto de Contacto Regional para el RSI (2005) realiza las actividades de detección, verificación y evaluación de riesgo de eventos, asegurando una guardia de 24 horas por día, siete días por semana. Se realizaron pruebas anuales de comunicación con los CNE de los Estados Miembros. En el 2010, de

35 CNE, 29 respondieron al mensaje electrónico enviado dentro del plazo, y en 30 se pudo establecer comunicación telefónica.

11. Respecto a la detección y evaluación de riesgo, de enero del 2009 a junio del 2010 se registraron 300 eventos de importancia en salud pública internacional, 39 de los cuales fueron relacionados con la pandemia (H1N1) 2009. El 30% de los eventos fueron notificados por los CNE, 16% por otras instituciones gubernamentales, y 54% fueron captados mediante las actividades rutinarias de vigilancia de la OPS. En ese mismo periodo se diseminó información a los Estados Miembros en el Sitio de Información de Eventos (EIS por sus siglas en inglés), con un total de 582 actualizaciones sobre 67 eventos de importancia en salud pública internacional.

12. En el contexto de la respuesta a la pandemia (H1N1) 2009, la OMS ha activado el mecanismo de la red mundial de alerta y respuesta a brotes (GOARN por sus siglas en inglés). Entre abril y noviembre del 2009, 17 Estados Miembros de la OPS⁵ se beneficiaron del apoyo técnico de expertos movilizados por la red GOARN. Un total de 77 expertos procedentes de 17 instituciones y agencias⁶ junto a expertos de la OPS/OMS fueron movilizados para integrarse a los equipos nacionales de respuesta. Este proceso culminó con una reunión de análisis de la respuesta organizada en Panamá.

Fortalecimiento de la gestión de riesgos específicos

13. En el contexto de la pandemia (H1N1) 2009 se han fortalecidos los sistemas nacionales de vigilancia de la influenza con equipamientos, reactivos, capacitación e implementación de laboratorios. La información producida por estos laboratorios ha sido integrada al sistema nacional de vigilancia y es usada en el monitoreo de la pandemia.

14. De enero del 2009 a junio del 2010 se publicaron 124 boletines y alertas, de los cuales 87 correspondieron a la pandemia (H1N1) 2009. Además, para mejorar el análisis del riesgo de diseminación de enfermedades y asegurar un seguimiento adecuado de los eventos se desarrollaron y actualizaron mapas de riesgo sobre fiebre amarilla, dengue e indicadores cualitativos de la pandemia.

⁵ Argentina, Belice, Bolivia, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Suriname y Uruguay.

⁶ Agencia de Salud Pública de Canadá; Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (EUA); Instituto Nacional de Salud de Portugal; Instituto Pasteur de la Guayana Francesa; Ministerios de Salud de Argentina, Brasil, Chile y Perú, Ministerio de Sanidad y Política Social de España, Secretaría de Salud de México, Organismo Regional Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue, Organización no Gubernamental: Programa para Tecnología Apropriada en Salud (PATH), Oficina para el Caribe del Instituto de Vigilancia de Salud Pública de Francia, Programa Europeo de Formación en Epidemiología de Campo, Universidades de Valparaíso, Chile y de Texas, Estados Unidos.

15. Para analizar críticamente la experiencia de los países y generar conocimiento capaz de mejorar la respuesta, se realizó un ejercicio de lecciones aprendidas sobre la respuesta a la influenza pandémica (H1N1) 2009 en las Américas.

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

16. La implementación normativa del RSI (2005) en la Región aún no es completa en todos los Estados Miembros. Para facilitar la revisión de la legislación en los Estados Miembros, se elaboró un “Marco de referencia para la implementación normativa del RSI (2005)” que está en proceso de impresión.

17. Los Estados Miembros han nombrado a 72 expertos para integrar la Lista de Expertos del RSI (2005). La Directora General de la OMS ha convocado a expertos de esta Región para integrar el Comité de Emergencia y el Comité de Examen. Estos expertos se reunieron por primera vez del 12 al 14 de abril del 2010.

18. La Región de las Américas ha participado en los estudios realizados por la OMS para evaluar el funcionamiento del instrumento de decisión incluido en el Anexo 2 del RSI (2005).⁷ También ha participado en el estudio de concordancia para examinar la fiabilidad de la evaluación y notificación; en el estudio cualitativo que consistió en una encuesta a profundidad con preguntas sobre el uso del instrumento de decisión, y en una encuesta para evaluar su uso. Los resultados de estos estudios se conocerán en el transcurso del año.

19. Finalmente la primera reunión regional conjunta de los Centros Nacionales de Enlace, los encargados nacionales de los servicios de vigilancia y los responsables de puntos de entrada se realizó en mayo del 2010 en Quito, Ecuador.

⁷ Un informe preliminar del resultado del estudio de concordancia realizado por la Universidad de Ginebra fue distribuido a los países el 22 de marzo del 2010 a través del punto de contacto de la OMS para el RSI en la Región de las Américas (ihr@paho.org).

B. ACTUALIZACIÓN SOBRE LA PANDEMIA (H1N1) 2009

Antecedentes

20. La finalidad de este documento es analizar las actividades previas a la pandemia y la respuesta ante el nuevo virus de la gripe A (H1N1) desde abril del 2009.

21. A fines de abril del 2009, se detectó en América del Norte un nuevo virus de la gripe de tipo A capaz de infectar a los seres humanos. A partir de su foco inicial, el virus se propagó por todo el mundo y produjo cientos de miles de casos confirmados y más de 18.000 defunciones a escala mundial (más de 8.500 en el continente americano) hasta el 30 de julio del 2010. Además, las poblaciones vulnerables, tales como las embarazadas, presentan un riesgo de mortalidad por gripe A (H1N1)¹ desproporcionadamente elevado. En el 2009, los informes epidemiológicos de los países que proporcionan este tipo de información revelaron que hasta un 28,5% de las muertes por gripe pandémica causada por el virus A (H1N1) entre las mujeres en edad reproductiva se produjeron en embarazadas (intervalo de 4,2 a 28,5).² Con base en los datos probatorios disponibles y en la orientación del Comité de Emergencias, establecido en conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005), la Directora General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) determinó que se cumplían los criterios científicos de una pandemia de gripe y declaró la primera pandemia del siglo XXI.

22. Desde el 2002, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha proporcionado cooperación técnica a los países en la elaboración de los planes nacionales de preparación contra una pandemia de gripe, mediante un proceso de planificación intersectorial. Además de la elaboración de los planes nacionales, la meta era la de fortalecer las capacidades básicas de los países en materia de vigilancia y respuesta, según lo requerido en el Reglamento Sanitario Internacional (2005). Con este objetivo, la Directora de la OPS estableció un grupo de trabajo, compuesto por representantes de 11 áreas de la Organización, para la ejecución de los preparativos contra una pandemia y el Reglamento Sanitario Internacional.

23. Con el objetivo de facilitar el fortalecimiento de la capacidad de los países para detectar los virus de la gripe con potencial pandémico, la OPS y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos elaboraron un protocolo genérico para la vigilancia de la gripe. Como complemento de un sistema

¹ A. M. Siston, S. A. Rasmussen, M. A. Honein, A. M. Fry, K. Seib, W. M. Callaghan, ... D. J. Jamieson. Pandemic 2009 Influenza A(H1N1) Virus Illness Among Pregnant Women in the United States. *The Journal of the American Medical Association*, 2010; 303 (15): 1517 DOI: 10.1001/jama.2010.479

² Este cálculo incluye datos de informes epidemiológicos semanales del 2009 de los siguientes países; Brasil, Canadá y Chile.

integrado de vigilancia virológica y epidemiológica, se reforzó la capacidad de los laboratorios de los países mediante la capacitación en técnicas de laboratorio, la provisión de reactivos e insumos, y la compra de equipos. En la mayor parte de los países de la Región, la capacitación se centró en las técnicas antigénicas que permitían la detección de siete virus respiratorios, incluido el de la gripe. En los últimos cinco años, estas iniciativas contribuyeron al establecimiento en Centroamérica de cinco nuevos Centros Nacionales de Influenza (CNI), como laboratorios reconocidos por la OMS con capacidad comprobada para detectar la presencia del virus de la gripe de manera segura y eficaz. Previamente, sólo existía en Centroamérica un Centro Nacional de Influenza en funcionamiento.

24. También se brindó apoyo a la creación de equipos de respuesta rápida para investigar la aparición de posibles brotes. Además de proporcionar herramientas para la investigación sobre el terreno, la capacitación incluyó la aplicación de estrategias eficaces para el control de las infecciones, el manejo seguro de las muestras clínicas, el manejo del estrés, y la gestión de las crisis y las muertes en gran escala. También se fortaleció la capacidad para la comunicación de situaciones de riesgo y brotes mediante la capacitación del personal superior a cargo de la comunicación, de las personas encargadas de establecer e influir en las políticas de comunicación, y de los responsables de la difusión de mensajes y comentarios dirigidos al público y a los medios de difusión.

Actualización

25. La aparición de la gripe pandémica en abril del 2009 provocó una demanda abrumadora de apoyo técnico directo por parte de los países. La pandemia obligó a desplazar el foco de atención de las actividades de preparación a las iniciativas de atenuación. La amenaza de una potencial pandemia causada por el virus de la gripe aviar A (H5N1), sumamente patógeno, había dado lugar a la formulación de planes nacionales de preparación contra una pandemia de gripe en la mayor parte de los países. La Región de las Américas era la única región de la OMS que no se había visto afectada por el virus H5N1 y, por ello, el proceso de preparación ante una eventual pandemia se había debilitado en muchos países, dada la percepción de que el riesgo era bajo. En los países que debieron responder a la pandemia de H1N1 se encontró que a menudo sus planes carecían de los detalles operativos necesarios para una ejecución eficaz. A pesar de esto, el proceso de preparación llevado a cabo en los años previos había servido para establecer el terreno apropiado para crear mecanismos de coordinación que reunieran a los interesados directos necesarios.

26. En respuesta al brote inicial, la OPS activó los mecanismos de alerta y respuesta con el despliegue de los equipos de respuesta rápida y la movilización del Centro de Operaciones de Emergencia en la Sede. El Centro de Operaciones de Emergencia sirvió como punto de contacto para la comunicación entre las áreas técnicas y los Ministerios de

Salud. En coordinación con la Red Mundial de Alerta y Respuesta de la OMS, la OPS movilizó comisiones intersectoriales en la mayor parte de los países. Estos equipos incluían a especialistas en vigilancia, diagnóstico de laboratorio, control de infecciones, respuesta ante emergencias y comunicación de riesgos. Ante la falta de medicamentos antivíricos y vacunas, los funcionarios de salud tuvieron que atender a comunidades que demandaban información rápida. La capacitación en materia de comunicación de riesgos permitió en muchos casos una mejor coordinación de los mensajes, con transparencia y mejor adecuación a las medidas de salud pública.

27. Se forzó al máximo la capacidad de los laboratorios nacionales de salud pública, dada la demanda para finalidades diagnósticas, que restó prioridad a las metas de vigilancia recomendadas en materia de salud pública. Aun así, los laboratorios proporcionaron resultados oportunos y exactos del número adicional de muestras que recibieron. La mayoría de los países estaban capacitados para detectar el virus de la gripe y otros virus respiratorios mediante técnicas antigénicas. La detección de nuevos virus sólo era posible mediante una técnica más compleja, la reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (rt-PCR, por sus siglas en inglés), que aún no se había establecido en todos los países de la Región. Durante las cuatro primeras semanas del comienzo de la pandemia, la OPS coordinó la provisión de capacitación, compra de equipo, materiales y reactivos para realizar esta técnica. Se proporcionó equipos de PCR en tiempo real a países como Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Haití, Honduras, Jamaica, Paraguay, República Dominicana y Uruguay. La OPS también compró y distribuyó reactivos, equipos e insumos adicionales. Como resultado, actualmente todos los países de América Latina pueden diagnosticar el nuevo virus H1N1.³

28. El apoyo a la vigilancia epidemiológica incluyó la elaboración de protocolos nacionales basados en las recomendaciones de la OPS/OMS para mejorar la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas. Durante la pandemia, se observó una brecha y un retraso evidente en la notificación de la información epidemiológica generada por los países. Los logros alcanzados mediante la cooperación técnica en la ejecución de la vigilancia de la gripe no ocurrieron uniformemente durante la pandemia. Ahora que la pandemia ya ha cedido en el hemisferio sur, existe la oportunidad de fortalecer los sistemas de vigilancia centinela en todos los países.

29. La OPS, en colaboración con la Asociación Panamericana de Infectología, convocó a un grupo de expertos con el objeto de que formularan recomendaciones para el

³ Todos los Estados Miembros del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), excepto Jamaica, enviaron al CAREC muestras que presuntamente contenían el virus gripal A (H1N1) 2009 pandémico para su confirmación mediante RCP en tiempo real.

tratamiento clínico del virus gripal A (H1N1) 2009 pandémico en niños y adultos.⁴ Se vigilaron las características clínicas de los casos graves en estrecha comunicación con los especialistas de cada país, lo que permitió determinar rápidamente que tanto el embarazo como la obesidad constituían factores de riesgo de los cuadros graves de la enfermedad. Se prestó apoyo técnico a Argentina, Bolivia, El Salvador, Honduras, Perú, y Trinidad y Tabago para la revisión de los protocolos nacionales en materia de tratamiento clínico y control de la infección. Por medio de expertos en el campo, la OPS brindó orientación para el tratamiento clínico de los casos graves, los casos pediátricos y las medidas de control de la infección en Belice, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua, Paraguay y República Dominicana. Conjuntamente con la Asociación Panamericana de Infectología, se convocó una reunión para analizar las enseñanzas extraídas sobre el tratamiento clínico en las unidades de cuidados intensivos (São Paulo, 26 de agosto del 2009). La OPS también colaboró con la sede de la OMS en el desarrollo de una consulta mundial sobre el tratamiento de los casos graves de gripe pandémica (H1N1) (Washington, D.C., del 14 al 16 de octubre del 2009).

30. De conformidad con el marco del Plan de Emergencia y mediante sus mecanismos de emergencia, la OPS pudo coordinar muchas de las donaciones y compras requeridas para que los Estados Miembros dieran respuesta a la pandemia de gripe por el virus A (H1N1). La OPS también garantizó que el almacén regional para emergencias del Depósito de Respuesta Humanitaria de las Naciones Unidas, ubicado en Panamá, recibiera oportunamente suministros de artículos médicos y no médicos para reponer sus reservas. Durante la fase aguda de la pandemia, se suministraron a los países más de 50.000 estuches de equipos de protección personal, y se distribuyeron aproximadamente 600.000 tratamientos de oseltamivir en los países, en la fase más aguda de la pandemia. Cabe destacar que la OPS, previamente al inicio de la pandemia y en colaboración con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID), coordinó el suministro de estuches de equipos de protección personal en todos los países de las Américas. Como preparación ante una futura oleada de gripe por A (H1N1) y como parte del plan de preparativos de emergencia de la OPS, se han almacenado 300.000 tratamientos de oseltamivir en el depósito regional. También se ha fortalecido el Equipo de Respuesta Rápida mediante el adiestramiento para una respuesta intensiva sobre el terreno en temas de logística y gestión de crisis, de acuerdo con las recomendaciones en materia de respuesta sobre el terreno actualizadas recientemente.

31. Las campañas de vacunación contra la gripe pandémica ocasionada por el virus A (H1N1) han seguido principalmente las recomendaciones del grupo técnico asesor en materia de vacunaciones (TAG). Por ello, se han dirigido al personal sanitario, las embarazadas y las personas aquejadas de enfermedades crónicas. Estos grupos de

⁴ Se pueden consultar en:

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2163&Itemid=

población de riesgo fueron seleccionados con objeto de reducir la morbilidad grave y la mortalidad por la gripe pandémica, y disminuir su repercusión sobre los sistemas de salud. Hasta el 30 de julio del 2010, en los países de la Región de las Américas, incluidos los Estados Unidos, se han administrado 195.206.708 dosis, principalmente entre los grupos prioritarios.

32. Los países de América Latina y el Caribe planificaron la vacunación de aproximadamente siete millones de embarazadas; hasta el 30 de julio del 2010, se ha vacunado aproximadamente el 64% de esta población. La vacunación del 100% de las embarazadas destinatarias solo se ha llevado a cabo en un país. Actualmente, la cobertura vacunal de las embarazadas es la más reducida, en comparación con la de los otros grupos prioritarios, es decir, las personas aquejadas de enfermedades crónicas (76,9%) y el personal sanitario (más de 90%). Los países deben intensificar sus iniciativas de vacunación dirigidas a las embarazadas, de forma coordinada con las entidades científicas y la sociedad civil.

33. La OPS elaboró y publicó las diversas recomendaciones en su portal dedicado a la gripe,⁵ en español e inglés. Se inició, y se mantiene hasta la fecha, la publicación de un informe semanal de vigilancia de la pandemia en el que se describe su evolución en la Región. En ese portal, también se publica un boletín semanal de vacunación que incluye información sobre la vigilancia de acontecimientos adversos y la cobertura de la vacunación antigripal. La OPS también ha establecido la celebración de reuniones semanales virtuales con los Ministerios de Salud con el objeto de compartir las últimas informaciones y los últimos datos probatorios disponibles. La OPS puso a disposición de Canadá, Estados Unidos de América y México un sitio virtual seguro para que intercambiaban información. A fin de difundir conocimientos e información sobre el control de la infección, la OPS elaboró un curso virtual sobre el tratamiento clínico y el control de la infección dirigido al personal de los servicios de salud, que puede consultarse en el campus virtual de salud pública.

34. También se prestó apoyo a los países en la elaboración de mensajes apropiados y la evaluación de la eficacia de estos mensajes mediante estudios de los conocimientos, las actitudes y las prácticas. Sobre la base de la retroalimentación informal aportada por los países de la Región, estos resultados ayudaron a que los programas pudieran determinar si los mensajes contribuían al cumplimiento por parte del público del mantenimiento del distanciamiento físico en las relaciones sociales y otras medidas de salud pública, y si era necesario, pudieran hacer adaptaciones posteriormente.

⁵ Disponible en:

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=805&Itemid=569&lang=es.

35. Los países del continente americano sufrieron importantes pérdidas económicas como consecuencia de la pandemia. El gobierno de México, con el apoyo de la OPS y la Comisión Económica de Naciones Unidas para América Latina y el Caribe (CEPAL), llevó a cabo un estudio para calcular la repercusión económica de la primera oleada de gripe pandémica por el virus A (H1N1) y las subsiguientes medidas de control. Se calcularon unas pérdidas económicas de \$ 9.100 millones como consecuencia de la pandemia en México durante el año 2009. De esta cantidad, el 96% corresponden a pérdidas en la producción y venta de mercancías y servicios, y el 4% al incremento de los gastos sanitarios previstos. Las pérdidas económicas causadas por la pandemia en México representan el 1% del producto interno bruto del año anterior. Ello supondría que el costo de la pandemia es superior al de cualquier otro desastre de la historia reciente, incluido el terremoto de 1985 en la ciudad de México. Se está llevando a cabo otro estudio para cuantificar la repercusión de la segunda oleada de la pandemia en México.

36. A escala regional, en septiembre del 2009, la OPS convocó a todos los Estados Miembros para analizar la experiencia de los países, intercambiar las enseñanzas extraídas y analizar las dificultades que afectaban a la Región. Una vez superada la estación de mayor riesgo en el hemisferio sur, y con la llegada de la temporada de gripe al hemisferio norte, los países se centran en siete temas: la coordinación y la gestión, la vigilancia epidemiológica, el Reglamento Sanitario Internacional, la respuesta de los servicios de salud, la comunicación de riesgos, las medidas no farmacológicas y la vacunación.

37. Al mismo tiempo que mantiene sus iniciativas de apoyo para atenuar los efectos de la actual pandemia, la OPS seguirá fortaleciendo la estrategia de respuesta contra una pandemia. Es preciso mantener las actividades de cooperación técnica para seguir promoviendo estrategias integradas de fortalecimiento de la capacidad, herramientas de planificación y ejercicios de simulacro que incluyan la participación activa de los gobiernos a todos los niveles y su apropiación de estos temas.

38. El riesgo de aparición de nuevas amenazas epidémicas, incluido un nuevo virus gripal pandémico, se mantiene en el mismo nivel previo a la pandemia. La preparación ante una eventual pandemia, y el fortalecimiento de la vigilancia básica y las capacidades de respuesta deben seguir siendo prioritarios en los programas de salud pública. La pandemia gripal por el virus A (H1N1) en el 2009 ha servido como una puesta a prueba de la capacidad de respuesta a escala mundial, y esta experiencia se debe utilizar para seguir fortaleciendo dicha capacidad.

C. PLAN DE ACCIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS ESTADÍSTICAS VITALES Y DE SALUD

Introducción

39. Este documento tiene como finalidad informar a los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) del estado de avance en el cumplimiento de la resolución CD48.R6 (2008) *Plan de Acción Regional para el Fortalecimiento de las Estadísticas Vitales y de Salud* (PEVS), adoptada en octubre del 2008.¹

Antecedentes

40. La resolución en mención insta a los Estados Miembros a que promuevan la participación y coordinación de diferentes instancias y actores (oficinas nacionales y sectoriales de estadística, las áreas de epidemiología de los ministerios de salud, los registros civiles y otros actores públicos y privados), en el diagnóstico de situación y la elaboración de planes nacionales de acción. Asimismo, les insta a que aprueben un PEVS que les permita disponer de indicadores con la cobertura y calidad necesarias para el diseño, monitoreo y evaluación de políticas de salud.

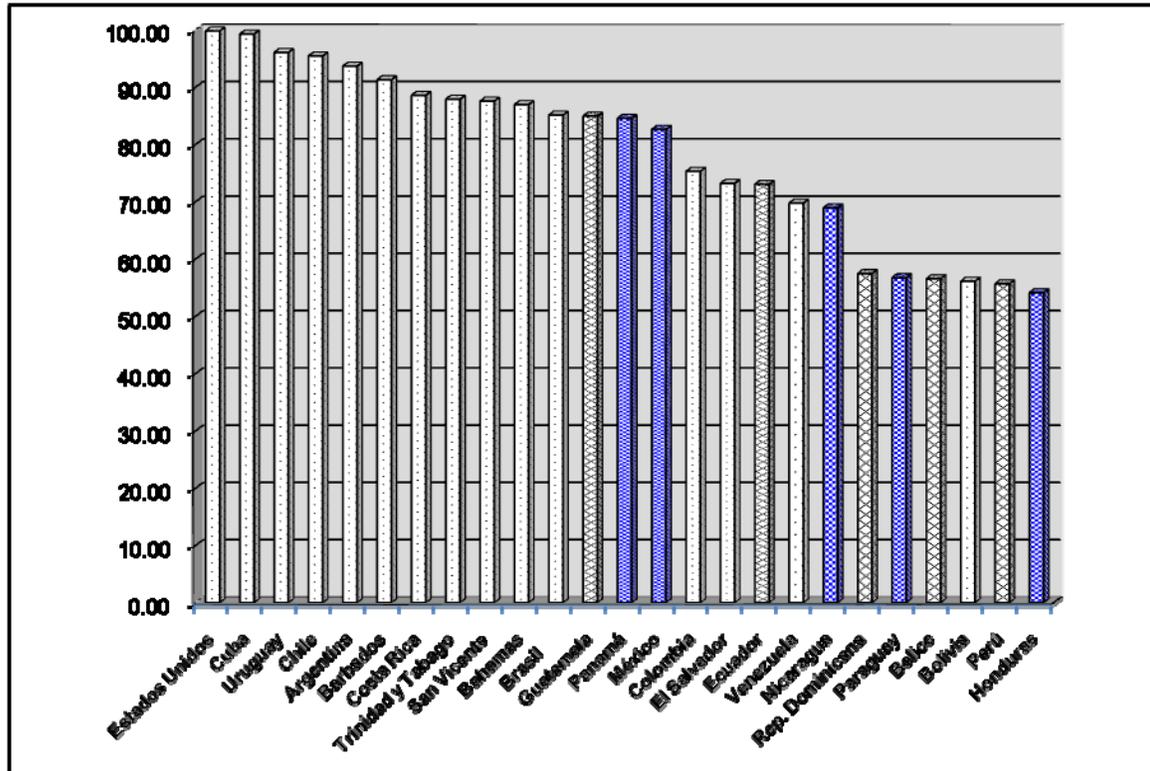
41. Asimismo, solicita a la Directora que trabaje con los Estados Miembros para desarrollar sus planes nacionales de acción y a que fortalezca la coordinación del PEVS con aquellas iniciativas de la misma naturaleza desarrolladas por otras agencias internacionales técnicas y de financiamiento, y con iniciativas globales sobre el fortalecimiento de las estadísticas de salud en los países.

Análisis de situación

42. Se dispone de diagnósticos de situación de 25 países en materia estadística basados en herramientas de la OPS. En alianza con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) e iniciativas como la Red Métrica de Salud (HMN por su acrónimo en inglés) y el Marco de Gestión de Desempeño de los Sistemas Rutinarios de Salud (PRISM por sus siglas en inglés), se cuenta con planes estratégicos en 10 de los países prioritarios. En el siguiente gráfico y cuadros puede verse el estado de situación.

¹ Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud (resolución CD48.R6) [Internet] 48.º Consejo Directivo, 60ª. sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008; Washington (DC), EUA. [Consultado el 15 de abril del 2010].
<http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd48.r6-s.pdf>.

Figura 1: Países según índice de cobertura de hechos vitales (diagnóstico OPS) que disponen de diagnóstico y/o plan estratégico (PE) utilizando herramientas de OPS, HMN y PRISM² (circa 2005)



PE con HMN y/o PRISM



PE con HMN y/o PRISM
 en preparación



Sólo diagnóstico OPS

² OPS: Organización Panamericana de la Salud, HMN: Red Métrica de Salud (HMN por su acrónimo en inglés), y PRISM: Marco de Gestión de Desempeño de los Sistemas Rutinarios de Salud (PRISM por sus siglas en inglés).

Cuadro 1. Países que disponen de plan estratégico (PE)

País	Diagnóstico	PE	Observaciones
Belice	Si	Si	
Bolivia	Si	No	Aún no inició
Costa Rica	Si	Si	
Ecuador	Si	No	Está desarrollando plan en marco OPS/OMS
El Salvador	Si	Si	
Guatemala	Si	No	Está desarrollando plan en marco OPS/OMS
Honduras	Si	Si	
México	Si	Si	
Nicaragua	Si	Si	
Panamá	Si	Si	
Paraguay	Si	Si	
Perú	Si	No	Está desarrollando plan en marco OPS/OMS
República Dominicana	Si	No	Está desarrollando plan en marco OPS/OMS

*Se resaltan en “negrita” los países prioritarios en materia estadística.

Cuadro 2. Países que tienen diagnóstico y plan estratégico (PE) con distinto marco que el de OPS/OMS. 2010

País	Diagnóstico	PE
Argentina	Si	No
Brasil	Si	No
Chile	Si	No
Colombia	Si	No
Cuba	Si	No
Uruguay	Si	No
Venezuela	Si	No

43. Todos los países de la Región se han alineado con el Objetivo Estratégico 11³ del Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS Modificado (2009). El PEVS está contemplado en los planes de trabajo bianuales subregionales de los países andinos y del MERCOSUR, y se está discutiendo un plan integrado para los países del Caribe Inglés.

44. Las actividades del PEVS son complementarias y congruentes con otras de la organización tales como la Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud (IRDBS). Las estrategias sobre enfoque de género y etnicidad que proveen de un marco conceptual para los indicadores básicos de salud permiten monitorear los mandatos de la Organización,

³ Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS, Modificado (Documento Oficial 328), página 93. Objetivo Estratégico 11: Fortalecer el liderazgo, la gobernanza y la evidencia científica de los sistemas de salud.

tales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Se espera que un fortalecimiento de la información de salud redundará en la difusión de indicadores de mejor calidad y por lo tanto en un mejor monitoreo de las políticas que se implementan para cumplir con las metas del Milenio.

45. Se dispone de un listado de actividades de fortalecimiento, el cual se ha definido a partir de necesidades comunes de grupos de países o subregiones.

46. Se han efectuado acuerdos y se ha logrado la coordinación del trabajo de los países con organismos y agencias internacionales técnicas. Se incluyen: la Comisión Económica para América Latina (CEPAL); la División de Población de la CEPAL (CEPAL/CELADE); la Conferencia Estadística de las Américas de la CEPAL (CEA/CEPAL); el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP); la Organización Mundial de la Salud (OMS); la División de Estadística de las Naciones Unidas (DENU); y agencias de financiamiento, tales como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial.

Propuesta

47. Se dispone de un plan para el bienio 2010-2011 coordinado con la Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud (IRDBS), que permitirá evaluar la cobertura y calidad de los datos hacia finales de 2011, con focalización en el monitoreo del progreso de los ODM 4 y 5 por parte de los países.

48. Sin embargo, el Plan requiere de la movilización de recursos extrapresupuestarios (costo estimado de US\$ 8 millones por tres años) para financiar la implementación y la cooperación técnica en al menos 15 países cuya situación es crítica, y el diseño e implementación de actividades de naturaleza subregional basadas en la cooperación horizontal entre países.

49. El PEVS pretende fortalecer la Red Latinoamericana y Caribeña para el Fortalecimiento de los SIS (RELACSIS) recientemente constituida, con vistas a implementar prácticas de fortalecimiento a nivel regional y subregional basada en la cooperación horizontal y el apoyo de centros colaboradores regionales y nacionales en materia de información de salud.

D. INICIATIVA REGIONAL DE DATOS BÁSICOS EN SALUD Y PERFILES DE PAÍS

Introducción

50. En 1997, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobó la resolución CD40.R10 sobre Recopilación y utilización de datos básicos en salud (1) para vigilar la ejecución de los mandatos adoptados por los Estados Miembros. En el 2004, se presentó al Consejo Directivo la Evaluación decenal de la Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud (2). En este informe se describen los progresos realizados desde el 2004.

Antecedentes

51. Entre 1995 y 1998, los programas técnicos de la Organización, en estrecha colaboración con los Estados Miembros y las representaciones en los países, elaboraron la Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud (IRDBS), que se forjó en el contexto de las orientaciones estratégicas y programáticas de la OPS y se concibió con objeto de mejorar la capacidad de la Organización para describir, analizar y explicar la situación y las tendencias regionales en materia de salud que requieran atención.

Puesta al día sobre la situación actual

52. Se está modificando el Sistema de Información de los Indicadores Básicos en Salud¹. La compilación de los datos y su validación en las representaciones de la OPS y los programas técnicos se llevarán a cabo mediante una aplicación web de elaboración propia, un nuevo método que reemplazará la actual compilación en formato Excel. Esta nueva aplicación permite fusionar las diferentes bases de datos y admite la validación de datos a escala de país y regional. El nuevo sistema de información incluye un registro de metadatos y permite la visualización de los datos.

53. Tanto el folleto estadístico como la base de datos en línea (sistema generador de tablas) han sido actualizados anualmente y se difunden ampliamente. La base de datos en línea, que consta de 114 indicadores (a julio del 2010), permite el análisis de tendencias anuales desde 1995.

¹ El Sistema de Información de los Indicadores Básicos en Salud puede ser consultado en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=1775&Itemid=1866&lang=es.

54. Con objeto de actualizar sistemáticamente los perfiles de salud de los países, en el 2009 se llevó a cabo el proyecto de “Análisis de la situación sanitaria de los países de las Américas”. Como resultado de esta iniciativa, se revisó la metodología para futuros análisis. El análisis actual permite la observación de las tendencias temporales de los indicadores estratégicos de salud. Se han elaborado los perfiles de salud de 35 países y de Puerto Rico.

55. La mayor parte de los países de la Región han adoptado la Iniciativa de Datos Básicos en Salud mediante el establecimiento de un conjunto de indicadores nacionales básicos. Aproximadamente, la mitad de los países y territorios consultados (19 de 39²) han actualizado y difundido regularmente un conjunto de indicadores básicos desde hace más de diez años. De los países de habla hispana, actualmente, solo Venezuela y Uruguay no figuran en la lista. Belice es el único país de habla inglesa que actualiza y difunde regularmente sus indicadores básicos, mientras que Bahamas, Antigua y Barbuda, Jamaica y San Vicente y las Granadinas no han podido mantener las iniciativas de consolidación y difusión de sus indicadores nacionales básicos. Los 13 países o territorios de habla inglesa restantes aún no han establecido sus indicadores básicos nacionales.

56. La calidad de los datos informados a la OPS (indicadores básicos regionales) debe mejorarse. Con base en los últimos datos informados a la OPS por 48 países o territorios, se evaluaron determinados indicadores básicos de mortalidad (3). En los siguientes párrafos se muestran los aspectos más destacados de este análisis.

57. Según la Organización, el subregistro de la mortalidad en América Latina y el Caribe alcanza un porcentaje de 16,1%. Los niveles de subregistro son superiores a 20% en diez países y se encuentran entre 10 y 20% en otros seis países.

58. Los países con la proporción más alta de causas de muerte mal definidas o desconocidas son Bolivia (datos del 2003) y Haití (datos del 2004), seguidos por Ecuador, El Salvador, Guayana Francesa y Paraguay. Estos cuatro últimos países se encuentran en una proporción de 10 a 15%.

59. La evaluación de la presentación oportuna de los datos de mortalidad indica que nueve países los presentaron con un retraso de cuatro a cinco años. Honduras solo informa la mortalidad acaecida en los hospitales públicos. Jamaica no forma parte de la base de datos.

² Actualizaciones correspondientes a 39 países y territorios que respondieron a la consulta. Se han excluido del análisis los territorios franceses de ultramar, las Antillas Holandesas, Aruba, Bermudas, Estados Unidos, Islas Vírgenes de los Estados Unidos y Canadá.

60. Algunos países no informan periódicamente a la OPS la razón de mortalidad materna ni la tasa de mortalidad infantil, aunque estos indicadores forman parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

61. La mayor parte de los países y los programas técnicos actualizan oportunamente sus sistemas de vigilancia de enfermedades para objetivos programáticos específicos. Sin embargo, la consistencia de los datos suele ser escasa y ello afecta a su comparabilidad con el transcurso del tiempo.

Medidas encaminadas a mejorar la situación

62. Muchos países han logrado evidentes avances en la recopilación de los indicadores básicos nacionales. Sin embargo, la calidad y la oportuna presentación de los datos requieren atención urgente. Por otra parte, a menudo no se analizan los datos para la vigilancia de los programas. A nivel nacional y regional, es preciso institucionalizar la recopilación, la validación y la generación de datos. Se requiere el apoyo al más alto nivel de las instancias normativas con objeto de institucionalizar estas iniciativas.

63. Se debe incrementar el apoyo técnico para que se pueda generar información sanitaria fidedigna y oportuna. El apoyo técnico debe fortalecer además el proceso de validación de datos de todos los programas técnicos, la capacitación de los recursos humanos sobre el tema, las aptitudes técnicas del personal existente, y la modernización de los procesos de generación y difusión de las estadísticas sanitarias. La mejora en el análisis de los datos favorecerá una mayor precisión de los programas en la determinación de las inequidades en materia de salud y una mejor asignación de recursos.

64. Es esencial el compromiso político al más alto nivel para ejecutar esta iniciativa solicitada por los países.

Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud. Recopilación y utilización de datos básicos en salud (documento CD40/19). 40.º Consejo Directivo, 49.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; septiembre de 1997; Washington (DC). Washington (DC): OPS; 2010 [consultado el 14 de julio de 1997][MFLI].
2. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación decenal de la Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud (documento CD45/14) [en línea]. 45.º Consejo Directivo, 56.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2004. Washington (DC): OPS; 2004. Se puede consultar en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd45-14-s.pdf>.
3. Pan American Health Organization, Health Information Analysis Project. Health Situation in the Americas: Basic Indicators 2009. Washington (DC). Washington (DC): OPS; 2009.

E. EL CONVENIO MARCO DE LA OMS PARA EL CONTROL DEL TABACO: OPORTUNIDADES Y RETOS PARA SU IMPLEMENTACIÓN EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Antecedentes

65. En septiembre del 2008 el Consejo Directivo de la OPS reconoció que, si bien existen experiencias exitosas en la Región con respecto al control del tabaco, el progreso no ha sido uniforme y por esta razón aprobó la [resolución CD48/R2 \(I\)](#).

66. Dentro de las referencias a dicha Resolución se menciona con preocupación el aumento del consumo de tabaco entre las jóvenes en algunos países de la Región. Teniendo en cuenta el aspecto de género, el pasado Día Mundial sin Tabaco tuvo como tema central la promoción del tabaco dirigida a las mujeres, a fin de concientizar a los estados sobre el aumento de la epidemia de tabaquismo en ellas.

Informe de Progreso

Sobre el punto 1(a) de la resolución

Ratificación del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT)¹

67. Suriname y las Bahamas ratificaron al Convenio, con lo cual se totalizan 27 Estados Parte (77% del total de los Estados Miembros de la OPS).

Implementación de medidas del CMCT

Medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda del tabaco - Artículo 6

68. Si bien varios países (Bahamas, Brasil, Colombia, Guyana, Jamaica, México, Nicaragua, Suriname, Trinidad y Tabago, y Uruguay) aumentaron los impuestos al tabaco, ninguno logró que estos representen el 75% del precio de venta al por menor. Al momento, solo tres países de la Región (Chile, Cuba y Venezuela) han alcanzado esta meta.

¹ El cuadro 1 muestra el estado de la ratificación del Convenio Marco de Control del Tabaco (CMCT) en las Américas. La información provista está actualizada al 12 de julio del 2010.

Medidas de protección contra la exposición al humo de tabaco - Artículo 8

69. Seis países (Canadá, Colombia, Guatemala, Paraguay, Perú y Trinidad y Tabago) se sumaron al grupo de países donde existe una legislación nacional o subnacional cubriendo más del 90% de la población, que prohíbe fumar en todos los lugares públicos y de trabajo cerrados, sin excepción. Junto con Uruguay y Panamá, ya son ocho los países de la Región que están 100% libres de humo de tabaco. Las guías de la Conferencia de las Partes (COP) recomiendan que el Artículo 8 se implemente en los cinco años que siguen a la entrada en vigencia del Convenio para cada Parte; este plazo se habrá cumplido en diciembre del 2010 para seis Estados Parte sin que hayan logrado dicha meta.

Medidas sobre empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco - Artículo 11

70. Seis países de la Región (Bolivia, Colombia, Estados Unidos de América, México, Paraguay y Perú) aprobaron regulaciones que prohíben el uso de términos descriptivos engañosos. También establecen el uso de advertencias con imágenes que ocupen más del 30% de las caras principales de los paquetes de productos de tabaco. Estos seis países se suman a los seis pioneros (Brasil, Canadá, Chile, Panamá, Uruguay y Venezuela) y a Jamaica y Cuba (este último país no es Parte en el CMCT y, por lo tanto, no está legalmente vinculado a él), que si bien no incluyen imágenes, contemplan los requerimientos mínimos del CMCT, lo cual da un total de 14 países que ya cumplen con esta medida. Asimismo, el Convenio establece un lapso de 3 años desde su entrada en vigencia para cada Parte como fecha límite para el cumplimiento de este artículo. Este período se habrá cumplido en diciembre del 2010 para 11 Estados Parte, sin que hayan alcanzado los requerimientos mínimos del artículo.

Medidas de prohibición de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco - Artículo 13

71. Colombia se convirtió en el segundo país de la Región, después de Panamá, en aprobar una ley que prohíbe de manera integral toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. De igual forma, el Convenio establece un período de cinco años para la implementación de este artículo a partir de la entrada en vigor del Convenio para cada Estado Parte. Este período se habrá cumplido en diciembre del 2010 para 10 Estados Parte, sin que hayan podido cumplirlo en su totalidad.

Cuadro 1: Estado de Ratificación del Convenio Marco de Control del Tabaco (CMCT) en las Américas

País	Fecha de Ratificación	País	Fecha de Ratificación	País	Fecha de Ratificación
México	28 de mayo del 2004	Brasil	3 de noviembre del 2005	Costa Rica	21 de agosto del 2008
Panamá	16 de agosto del 2004	Santa Lucía	7 de noviembre del 2005	Suriname	16 de diciembre del 2008
Canadá	26 de noviembre del 2004	Guatemala	16 de noviembre del 2005	Bahamas	3 de noviembre del 2009
Trinidad y Tabago	19 de agosto del 2004	Belice	15 de diciembre del 2005	Argentina	No Parte
Uruguay	9 de septiembre del 2004	Antigua y Barbuda	5 de junio del 2006	Cuba	No Parte
Perú	30 de noviembre del 2004	Venezuela	27 de junio del 2006	República Dominicana	No Parte
Honduras	16 de febrero del 2005	Dominica	24 de julio del 2006	El Salvador	No Parte
Chile	13 de junio del 2005	Ecuador	25 de julio del 2006	Haití	No Parte
Jamaica	7 de julio del 2005	Paraguay	26 de septiembre del 2006	San Kitts y Nevis	No Parte
Bolivia	15 de septiembre del 2005	Grenada	14 de agosto del 2007	San Vicente y las Granadinas	No Parte
Guyana	15 de septiembre del 2005	Nicaragua	9 de abril del 2008	Estados Unidos de América	No Parte
Barbados	3 de noviembre del 2005	Colombia	10 de abril del 2008		

Sobre el punto 1(b) de la resolución

72. La OPS facilitó el intercambio de experiencias entre países con el fin de lograr la implementación de los mandatos del Convenio y propició la consecución de acuerdos de cooperación técnica entre los países.

Sobre el punto 1(c) de la resolución

73. No ha habido un avance significativo en este punto. En la gran mayoría de los países aún no existe una unidad coordinadora intra e interministerial para implementar el CMCT o si existe, es bastante débil. La OPS deberá jugar un rol más activo, a nivel nacional, en apoyar a los Ministerios de Salud de la Región en el desarrollo o fortalecimiento de sus unidades coordinadoras así como en el proceso de convocatoria de otros autores relevantes.

Sobre el punto 1(d) de la resolución

74. Algunos organismos de integración subregional, como MERCOSUR y CARICOM, han logrado importantes avances al incluir en sus agendas el tema de control del tabaco, específicamente la discusión sobre el Convenio y su efectiva implementación en las subregiones que les competen.

Sobre el punto 1(e) de la resolución

75. No ha habido avances significativos en este punto. La OPS deberá jugar un papel más activo tanto a nivel Regional como a nivel de país, en la búsqueda de oportunidades de financiamiento y en el apoyo en el desarrollo de propuestas para tal fin.

Sobre el punto 2 de la resolución

76. Con el objetivo de que el apoyo técnico y financiero a los Estados Miembros sea más efectivo y eficiente, la OPS ha promovido la articulación de alianzas y llevado a cabo un trabajo coordinado con socios internacionales y regionales en el control del tabaco. Ejemplo de esto son las intervenciones realizadas en conjunto con la Campaña para los niños libres de tabaco (CTFK por su sigla en inglés) en Costa Rica, Guatemala y Perú para propiciar la aprobación de leyes de control de tabaco y con la Fundación Interamericana del Corazón en El Salvador en pos de la ratificación del CMCT por dicho país.

77. Asimismo, en el contexto de las negociaciones para el desarrollo de un Protocolo de Comercio Ilícito de Productos de Tabaco (establecido en el marco del CMCT), la OPS ha colaborado con el Secretariado del CMCT en la coordinación entre el sector salud y sectores como Economía, Finanzas y Aduanas en los Estados Parte.

78. Es importante señalar que la oposición de la industria tabacalera subyace a la dificultad para lograr avances. Esta oposición obstaculiza los procesos antes, durante e incluso después de aprobadas las legislaciones. Es importante mencionar que para lograr un avance significativo en la Región, además de la necesaria voluntad de los Estados Miembros, será necesario sumar las acciones con la sociedad civil y otros socios que se consideren convenientes a fin de limitar la influencia de la industria tabacalera en la Región. Para ello, se deberán tener en cuenta las recomendaciones del Artículo 5(3) del CMCT.

Referencia

1. Organización Panamericana de la Salud. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: Oportunidades y retos para su implementación en la Región de las Américas (resolución CD48.R2) [Internet] 48.º Consejo Directivo, 60.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; 2008 Sep 29-Oct. 3; Washington, (DC): PAHO; 2008 [citada 16 de abril del 2010]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd48.r2-s.pdf>.

F. EJECUCIÓN DE LA ESTRATEGIA REGIONAL Y PLAN DE ACCIÓN PARA UN ENFOQUE INTEGRADO SOBRE LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS, INCLUIDO EL RÉGIMEN ALIMENTARIO, LA ACTIVIDAD FÍSICA Y LA SALUD

Antecedentes

79. En el 2006, el Consejo Directivo aprobó la resolución CD47.R9, *Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluido el régimen alimentario, la actividad física y la salud*, en virtud de la cual se insta a los Estados Miembros a que ejecuten políticas y planes integrados que estén orientados por la estrategia regional, y se solicita a la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) que fortalezca la capacidad de los Estados Miembros para ejecutar los enfoques integrados y multisectoriales, y que establezca alianzas nuevas o fortalezca las existentes. La estrategia regional sigue cuatro líneas de acción: políticas y promoción de la causa, vigilancia, promoción de la salud y prevención de las enfermedades, y control integrado de las enfermedades crónicas; además, se correlaciona bien con el Plan de acción de la OMS para la Estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, aprobado en el 2008.

Puesta al día sobre la situación actual

80. Las enfermedades crónicas son actualmente la principal causa de muerte — 3,0 millones de defunciones¹— y discapacidad en la gran mayoría de los países de la Región de las Américas. En el 2005, cerca de 250 millones de personas, de un total de 890 millones en la Región, padecieron alguna enfermedad crónica, principalmente enfermedades cardiovasculares, cáncer, obesidad y diabetes. Estas enfermedades afectan particularmente a las poblaciones de ingresos medianos y bajos; se calcula que en el 2005 el número de personas obesas (IMC >30) mayores de 15 años era de 139 millones (25%), de los cuales 103 millones eran mujeres, y que esta cifra aumentará rápidamente hasta alcanzar los 289 millones (39%) en el 2015, de los cuales 164 millones serán mujeres.² También existe una preocupación creciente en relación con el rápido aumento de la obesidad en los niños y los adolescentes. El costo de las enfermedades crónicas en términos de sufrimiento humano y pérdidas económicas es enorme; sin embargo, son enfermedades prevenibles que pueden controlarse y prevenirse de una manera eficaz en función de los costos mediante la ejecución de políticas públicas, la reducción de los factores de riesgo y la prestación de servicios de salud encaminados al tamizaje, la detección temprana y el tratamiento de las enfermedades. Por ejemplo, la aplicación de

¹ Base de datos de HSD/NC sobre la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles.

² Calculado a partir de la InfoBase Mundial de la OMS. Puede consultarse en <https://apps.who.int/infobase/report.aspx>.

estrategias básicas para reducir el consumo de tabaco en 20%, reducir la ingesta de sal en 15% y recurrir a regímenes sencillos con varios medicamentos para tratar a los pacientes que presentan enfermedades cardiovasculares de alto riesgo podría evitar más de 3,4 millones de defunciones por enfermedades crónicas en la Región en un plazo de 10 años a un costo razonable.³

81. Desde que el Consejo Directivo aprobó en el 2006 la resolución sobre las enfermedades crónicas, casi todos los Estados Miembros han logrado avances considerables en la ejecución de los planes nacionales en el marco de sus programas de lucha contra dichas enfermedades, como se señala en el Informe de Fin de Bienio que se presentará al Comité Ejecutivo (véase el cuadro 1). En la mayoría de los casos, los países informaron haber superado los indicadores correspondientes a los resultados previstos a nivel regional relacionados con las enfermedades crónicas establecidos en el Plan Estratégico.

82. En el bienio 2008-2009, la OPS movilizó aproximadamente US\$ 21 millones de los \$28 millones presupuestados para apoyar el cumplimiento del Objetivo Estratégico 3⁴ relacionado con las enfermedades no transmisibles, la salud mental y los traumatismos. En el nivel internacional, el panorama de los recursos destinados a las enfermedades no transmisibles es, en el mejor de los casos, variado.⁵ Por ejemplo, en el 2008, la Fundación Bill y Melinda Gates y Bloomberg Philanthropies comprometieron \$500 millones para ayudar a 15 países de todo el mundo a mejorar el control del tabaco, de los cuales dos se encuentran en la Región de las Américas (Brasil y México). Entre 1995 y el 2005, las operaciones crediticias del Banco Mundial ascendieron a más de \$300 millones para las enfermedades no transmisibles y los traumatismos. Se desconoce el nivel de compromiso de la Asistencia Oficial para el Desarrollo destinada a las enfermedades no transmisibles, pero los cálculos preliminares indican que está entre el 1 y el 2% del total de la asistencia. La mayoría de los organismos de desarrollo internacional tienen dificultades para apoyar el control de las enfermedades no transmisibles porque estas no se encuentran incluidas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. A pesar de estas dificultades, algunos organismos bilaterales técnicos o donantes están invirtiendo en esta área, como la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América y el Organismo de Salud Pública del Canadá; sin embargo, se requieren esfuerzos para aumentar el nivel de atención y los recursos actuales, dada la enorme carga.

³ Gaziano T., et al. "Scaling-up interventions for chronic disease prevention: the evidence", *The Lancet*, 2007, 370: 1939-46; extrapolado a los países de América Latina y el Caribe.

⁴ El objetivo estratégico 3 consiste en prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos.

⁵ OMS. "NCDnet Working Group on Innovative Resourcing". Documento de antecedentes. Ginebra, 24 de febrero del 2010. www.who.int/ncdnet.

Política y promoción de la causa

83. En el 2010, una evaluación del estado de la capacidad nacional en materia de enfermedades crónicas para responder a este problema de salud pública en la Región indicó que 27 países de América Latina y el Caribe informaron haber realizado inversiones relacionadas con el programa para el control de las enfermedades crónicas, entre ellas, el nombramiento de un coordinador encargado del tema en el ministerio de salud, la capacitación del personal y la creación de alianzas multisectoriales. En comparación con el 2005, cuando el 63% de los países disponían de un coordinador o una unidad coordinadora nacional y de un presupuesto, actualmente todos los países informan de que disponen de ellos. Sin embargo, es necesario realizar más esfuerzos, ya que sólo 16 países están ejecutando un plan nacional para el control de las enfermedades no transmisibles. En el 2008, el Consejo Directivo también adoptó resoluciones sobre la diabetes, la obesidad y la prevención y el control del cáncer cervicouterino. Muchos países también han adoptado medidas importantes para integrar las enfermedades no transmisibles, incluido el acceso a los medicamentos, en los paquetes de protección social.

84. El Observatorio de Políticas CARMEN es una iniciativa conjunta de la OPS y el Centro Colaborador de la OPS/OMS sobre las políticas en materia de enfermedades no transmisibles a cargo del Organismo de Salud Pública del Canadá. Este observatorio funciona como una plataforma para la red de países e instituciones del continente que participan en el análisis y el seguimiento sistemáticos de las políticas en materia de enfermedades crónicas.

85. Se realizó una recopilación de las legislaciones de los países y territorios latinoamericanos y de habla inglesa del Caribe en materia de prevención y control de la obesidad, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, en el 2009 y el 2010, respectivamente, seguida de una publicación electrónica y de la redacción de recomendaciones para ayudar a actualizar la legislación cuando sea necesario. En la segunda mitad del 2010, durante la celebración de una reunión regional de legisladores, se dará comienzo a un plan de trabajo para mejorar la legislación sobre la prevención y el control de la obesidad en los países de América Latina y el Caribe.

86. Las consecuencias de las enfermedades crónicas y del envejecimiento para la economía, el fisco y el bienestar se analizaron en un taller regional celebrado en el 2009 que contó con la participación de 10 países y de representantes del Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco de Desarrollo Mundial. En el 2010 se emprenderá un estudio regional sobre la carga económica que suponen estas enfermedades. Los resultados se utilizarán para comprometer a las instancias normativas de los ministerios de salud y finanzas en una reunión que tendrá lugar en el 2011 y cuyo objetivo es aumentar el apoyo para abordar las enfermedades no transmisibles.

87. En el nivel subregional, los Jefes de Estado de la Comunidad del Caribe (CARICOM) celebraron en el 2007 una cumbre especial sobre las enfermedades crónicas. Los participantes se comprometieron a impulsar las políticas y vigilar la ejecución de lo establecido en la declaración correspondiente. El 13 de mayo del 2010, la Asamblea General de las Naciones Unidas decidió convocar una reunión de alto nivel sobre las enfermedades no transmisibles en septiembre del 2011, tras una propuesta de los países de la CARICOM. La Reunión del Sector de Salud de Centroamérica y República Dominicana y el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica⁶ adoptaron resoluciones sobre las enfermedades crónicas y el cáncer, y elaboraron un plan operativo anual que abarca siete actividades relacionadas con las enfermedades crónicas. El MERCOSUR⁷ ha colocado la vigilancia de las enfermedades crónicas en un lugar prioritario para orientar a los encargados de formular las políticas y adoptar decisiones. Se impartieron cursos sobre análisis y formulación de políticas, con referencia especial a las enfermedades crónicas, en los países de Centroamérica y el Caribe.

Vigilancia

88. La OPS/OMS apoya a los Estados Miembros en su labor para fortalecer sus sistemas de información sanitaria que dan seguimiento a las enfermedades crónicas; el apoyo consiste en proporcionarles orientación y herramientas encaminadas a ejecutar el método PanAm STEPS⁸ para la vigilancia de los factores de riesgo, así como una lista estandarizada de los indicadores mínimos, que incluye la mortalidad, la morbilidad, los factores de riesgos y la calidad de la atención. Veintisiete países destinatarios de la Región han definido el conjunto de indicadores básicos correspondientes a las enfermedades no transmisibles; 13 han establecido, con un método facilitado por la OPS, un sistema para recopilar estos datos y analizarlos desde la perspectiva de los determinantes sociales y de género. Se han establecido foros de debate sobre la vigilancia de las enfermedades no transmisibles mediante los grupos técnicos del MERCOSUR, la red de epidemiólogos del Caribe coordinada por el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) y, en el caso de los países andinos, con el apoyo del Organismo Andino de Salud (ORAS). Veintisiete países destinatarios han elaborado al menos un informe sobre la situación de las enfermedades no transmisibles, o bien han incluido esa información en el informe de la situación sanitaria nacional. La OPS/OMS apoya la recopilación y el

⁶ RESSCAD/COMISCA: Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana/Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica.

⁷ MERCOSUR: Mercado Común del Sur.

⁸ El método PanAm STEPS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas en los adultos se concibió como parte de un esfuerzo en toda la OMS para ayudar a los países a crear y fortalecer su capacidad para llevar a cabo actividades de vigilancia. Para los países de ingresos bajos y medianos de la Región proporciona un punto de acceso para emprender la vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles. Asimismo, el método sirve como instrumento de armonización para recopilar y mostrar los datos en toda la Región de manera unificada.

análisis de los datos desglosados por sexo, edad y origen étnico, incluida la participación de los usuarios y productores procedentes de los gobiernos y la sociedad civil.

Promoción de la salud y prevención de las enfermedades

89. Un régimen alimentario saludable, el fomento de la actividad física y el control del tabaquismo siguen siendo los pilares de la estrategia regional. La mayoría de estos programas carecen de los recursos humanos y económicos necesarios. Diez países han notificado la puesta en práctica de métodos multisectoriales en toda la población para promover la reducción de los factores de riesgo para las enfermedades crónicas.

90. En el 2007, la OPS puso en marcha, en colaboración con el sector privado, la iniciativa “Las Américas sin grasas trans”, que promueve normas, recomendaciones y medidas voluntarias para eliminar las grasas trans de los alimentos procesados, y tiene la posibilidad de reducir el riesgo de la población para las enfermedades cardiovasculares.

91. En el 2009 se lanzó la iniciativa para la reducción de la sal en los alimentos, cuya meta es lograr un consumo máximo de sal de 5 g por persona al día para el 2020, a fin de prevenir las enfermedades cardiovasculares en la Región de las Américas. Se formó un grupo de expertos en la materia para delinear medidas para los gobiernos, la industria y la sociedad civil, conservando al mismo tiempo los beneficios de los programas de enriquecimiento de la sal. Argentina, Barbados, Canadá, Chile y Estados Unidos se encuentran entre los países que han colocado la reducción de la sal en los alimentos en un lugar prioritario de sus programas.

92. La creación, en julio del 2008, de la Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo permite poner en práctica programas integrales e intersectoriales, tanto sostenibles como coordinados, en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La Alianza aborda los determinantes sociales, por ejemplo, la desnutrición y la pobreza, como una manera de prevenir la obesidad y las enfermedades no transmisibles, dado que los niños desnutridos o con retraso del crecimiento suelen estar en mayor riesgo de padecer obesidad en la edad adulta. La participación de la sociedad civil en cuestiones como la publicidad de alimentos dirigida a los niños y la obesidad en los niños ha aumentado considerablemente durante los cinco últimos años, en particular en Brasil, Canadá, Chile, Estados Unidos y México.⁹

⁹ Los datos se obtuvieron durante la consulta de AMRO sobre la publicidad de alimentos y bebidas para niños y se basan en las respuestas de los países. Hasta la fecha no se ha dado a conocer al público ningún documento sobre esta consulta.

93. Se han establecido ciclovías recreativas en 76 ciudades de 14 países¹⁰ de todo el continente. En nueve países¹¹ se han creado programas de autobuses de tránsito rápido que contribuyen a reducir los embotellamientos y los accidentes de tránsito, además de facilitar las actividades físicas utilitarias y recreativas. Todos los países del Caribe han puesto en práctica el Día del Bienestar en el Caribe, haciendo énfasis en la actividad física masiva.

94. Veintisiete países han ratificado el Convenio Marco para el Control del Tabaco.¹² Aunque varios países han aumentado los impuestos al tabaco, sólo tres (Chile, Cuba y Venezuela) han logrado el objetivo de que al menos 75% del precio de venta al menudeo de los productos de tabaco se relacione con los impuestos. Ocho países cuentan con una legislación nacional o infranacional que prohíbe fumar en los lugares públicos y los lugares de trabajo cerrados.

95. La OPS también está promoviendo el concepto de la salud urbana como un medio para atender las necesidades de las personas en situación de vulnerabilidad, mediante una planificación urbana que fomenta la creación de espacios seguros para realizar actividad física y hábitos de alimentación saludable, dos factores protectores importantes para la prevención de las enfermedades crónicas. En el marco del Día Mundial de la Salud 2010, se estimuló a todos los países de la Región de las Américas a que promovieran actividades relacionadas con la actividad física y los modos de vida saludables. Los programas de la OPS sobre las escuelas y los lugares de trabajo saludables incluyen atención al régimen alimentario saludable, a la actividad física y a otras medidas que apoyan la prevención de las enfermedades crónicas. Uno de los objetivos principales del plan de salud de los trabajadores de la OMS es fomentar los lugares de trabajo saludables.

Manejo integrado de las enfermedades crónicas y los factores de riesgo

96. La OPS, en colaboración estrecha con los Estados Miembros, las asociaciones profesionales y otros asociados ha apoyado la formulación y ejecución de recomendaciones y protocolos basados en evidencias sobre el manejo integrado de las enfermedades crónicas, dirigidos al cáncer cervicouterino, el cáncer de mama, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. Actualmente, 18 países han notificado la aplicación de estrategias integradas de atención primaria de salud para mejorar la calidad de la atención prestada a las personas que tienen enfermedades crónicas. La OPS ha fomentado el modelo de atención de las enfermedades crónicas para mejorar la calidad de la

¹⁰ Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Estados Unidos, Canadá, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Perú.

¹¹ Brasil, Chile, Colombia, Estados Unidos, Canadá, Ecuador, Guatemala, México, Perú.

¹² OPS. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: Oportunidades y retos para su implementación en la Región de las Américas (documento CE146/INF/6-E), 2 de mayo del 2010.

asistencia prestada a las personas que padecen afecciones crónicas mediante los servicios de atención primaria de salud y 15 países lo están aplicando. Una evaluación rápida de la capacidad en materia de tratamiento de las enfermedades realizada en 24 países indicó que 23 de ellos (97%) tenían directrices o protocolos para la hipertensión y la diabetes y 20 (86%) disponían de protocolos para el cáncer, aunque una proporción muy baja disponía de directrices y protocolos para el control del peso y la actividad física. No hay políticas para el acceso a algunos medicamentos y servicios, en particular para los grupos de ingresos bajos. Todos los países de la Región tienen una lista de medicamentos esenciales para las enfermedades crónicas.

97. La subregión centroamericana ha elaborado, con el apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, una lista de los medicamentos esenciales, principalmente para el cáncer, a fin de realizar compras consolidadas a nivel subregional. Las enfermedades crónicas están asociadas con gastos exorbitantes para las familias, lo que agudiza y aumenta la pobreza. El acceso al tratamiento para las personas de ingresos bajos se ve obstaculizado por el hecho de que entre 39 y 63% de la población tiene que pagar la totalidad de los costos de los medicamentos básicos para la diabetes y la hipertensión.¹³ Entre 25 y 75% de los procedimientos y pruebas de laboratorio básicos, incluidas la vigilancia de la glucemia, las radiografías, las mamografías, los frotis de cáncer cervicouterino, la colonoscopia, los lipidogramas y la diálisis, no se mencionan en las directrices para tratar las enfermedades no transmisibles; sin embargo, están disponibles en cerca de 85% de los países de la Región. Los servicios de diálisis son accesibles en 83% de los países. Se calcula que alrededor de 40% de la población tiene que pagar de su bolsillo un promedio de \$99 por sesión de diálisis o \$15.500 al año.

Fortalecimiento de las redes y alianzas

98. La red CARMEN, integrada por los directores de los programas nacionales de lucha contra las enfermedades crónicas, los centros colaboradores de la OMS y las organizaciones no gubernamentales, se ha fortalecido y ampliado a 32 países. En colaboración con las instituciones académicas y técnicas regionales, y bajo la dirección de la escuela CARMEN, se han impartido cursos sobre la práctica de la salud pública basadas en evidencias, mercadeo social, actividad física y atención de las enfermedades crónicas.

99. En el 2009, la OPS estableció una alianza constituida de varias personas y organizaciones interesadas, el Foro de Asociados para la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas, para que funcione como instrumento para que el sector privado y la sociedad civil, junto con los Estados Miembros, tomen parte del proceso, habida cuenta de que un solo sector no puede resolver el problema. Este novedoso mecanismo

¹³ OPS. Capacidad Nacional del Manejo de las Enfermedades Crónicas en América Latina y el Caribe. 2009.

busca aprovechar las funciones y capacidades únicas de cada sector para adoptar medidas conjuntas a fin de lograr cambios políticos y ambientales encaminados a promover la salud y prevenir las enfermedades crónicas. Las reuniones futuras y la activación del foro están previstas para el 2010.

Próximas medidas

100. A pesar de los importantes avances realizados por los Estados Miembros en sus programas nacionales de lucha contra las enfermedades crónicas, la atención y los recursos dedicados a esta cuestión de salud pública no están acordes con la magnitud de la carga de morbilidad ni con los costos económicos que supone. La OPS y los Estados Miembros deben seguir colaborando para promover cambios en la política intersectorial antes, durante y después de la reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre las enfermedades no transmisibles que se celebrará en septiembre del 2011.

101. Los Estados Miembros y la OPS deben hacer un esfuerzo concertado para crear las competencias y la capacidad para la prevención y el control amplio e integrado de las enfermedades crónicas en todos los niveles, incluida la vigilancia, la política, el control del tabaco, la reducción del consumo de sal, los regímenes alimentarios saludables y la actividad física, el mejoramiento del manejo de las enfermedades y los mecanismos para la participación de varios grupos interesados en el problema, con una función fortalecida de liderazgo de los ministerios de salud.

102. Además, con el apoyo de la OPS, los Estados Miembros deben seguir aumentando el acceso a los medicamentos y los servicios de salud de calidad para el tamizaje, la detección temprana y el control de las enfermedades crónicas. Esto último comprende el autocuidado de los pacientes, sobre todo para tratar las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes en los grupos de población en situación de vulnerabilidad.

103. La OPS y los Estados Miembros seguirán mejorando la calidad y oportunidad de la información sanitaria concebida para orientar las políticas, la planificación y la evaluación, en especial la información acerca de los factores de riesgo. Asimismo, proseguirán los análisis con un enfoque de género y los métodos y las tecnologías nuevas (por ejemplo, encuestas por teléfono de línea o celular) para aumentar la participación.

104. La cooperación técnica entre los países sobre las prácticas y el intercambio de experiencias satisfactorias en relación con las enfermedades no transmisibles seguirá promoviéndose activamente. La OPS facilitará y apoyará los mecanismos y las oportunidades para el intercambio de experiencias entre los Estados Miembros, incluida la red CARMEN y las plataformas electrónicas.

105. La OPS y los Estados Miembros seguirán fortaleciendo en los niveles nacional y subregional las actividades, asociaciones y alianzas intersectoriales como una estrategia transversal fundamental. La OPS continuará apoyando a la red CARMEN y al Foro de Asociados como mecanismos innovadores para respaldar las actividades de los países encaminadas a hacer participar al sector privado y a la sociedad civil.

106. La OPS fortalecerá las actividades orientadas a apoyar a los Estados Miembros para que examinen sus legislaciones y normas destinadas a abordar las enfermedades crónicas y el control de tabaco, incluida la ejecución de las directrices de la OMS sobre la comercialización de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños, aprobadas por la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud.

**Cuadro 1: Indicadores de los resultados previstos a nivel regional (RPR)
Meta y lista de países y territorios que informan avance¹⁴**

Indicador del RPR	Texto del indicador del RPR	Meta para el 2009	Países y territorios que informan avance
3.1.3	Número de países cuyo ministerio de salud (o equivalente) cuenta con una unidad o un departamento de enfermedades crónicas no transmisibles con presupuesto propio	26	Argentina, Bahamas, Barbados, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay, Venezuela
3.1.4	Número de países donde se ha realizado una campaña integrada de promoción de la salud y lucha contra las enfermedades crónicas	10	Anguila, Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Dominica, Granada, Guyana, Islas Vírgenes Británicas, Montserrat, Panamá, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Trinidad y Tabago
3.2.4	Número de países que están ejecutando una política y un plan a nivel nacional para la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles	32 (no logrado)	Anguila, Argentina, Barbados, Belice, Bermuda, Bolivia, Canadá, Chile, Colombia, Cuba, Dominica, Ecuador, Estados Unidos, Granada, Guyana, Haití, Islas Caimán, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, México, Montserrat, Nicaragua, Panamá, Perú, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay, Venezuela
3.2.5	Número de países que participan en la red CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No Transmisibles en las Américas)	27	Anguila, Antigua y Barbuda, Antillas Holandesas, Argentina, Bahamas, Barbados, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, México, Montserrat, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay

¹⁴ Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud correspondiente al período 2008-2012 (versión de octubre del 2007).

Indicador del RPR	Texto del indicador del RPR	Meta para el 2009	Países y territorios que informan avance
3.3.4	Número de países que cuentan con un sistema nacional de presentación de informes sanitarios e informes anuales que incluyen indicadores de las enfermedades crónicas no transmisibles, así como sus factores de riesgo	28	Anguila, Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, Granada, Guyana, Haití, Jamaica, México, Montserrat, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Uruguay, Venezuela
3.5.4	Número de países que aplican la estrategia regional para un enfoque integrado a la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo dieta y actividad física	10 (no logrado)	Ecuador, Guatemala, Honduras, Jamaica, Trinidad y Tabago
3.6.4	Número de países que aplican las estrategias integradas de atención primaria de salud recomendadas por la OMS para el tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles	17	Anguila, Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Chile, Costa Rica, Cuba, Dominica, El Salvador, Guatemala, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, Montserrat, Nicaragua, Perú, Saint Kitts y Nevis, Suriname, Trinidad y Tabago, Venezuela
3.6.5	Número de países con servicios fortalecidos en el sistema de salud para el tratamiento de la dependencia del tabaco como resultado de la aplicación de las recomendaciones de políticas de la OMS	12	Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Cuba, Guatemala, Guyana, Jamaica, México, Panamá, Trinidad y Tabago, Uruguay, Venezuela
6.2.1	Número de países que han establecido un sistema nacional de vigilancia que usa el método PanAm STEPS (Método Panamericano Progresivo para la Vigilancia de los Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas) para presentar informes regulares sobre los principales factores de riesgo para la salud de los adultos	10	Anguila, Antillas Holandesas, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Brasil, Chile, Costa Rica, Dominica, Granada, Guyana, Islas Vírgenes Británicas, Montserrat, Panamá, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Uruguay

Indicador del RPR	Texto del indicador del RPR	Meta para el 2009	Países y territorios que informan avance
6.2.3	Número de países que generan información sobre los factores de riesgo mediante registros y estudios de población para incluirla en la base regional de datos sobre enfermedades no transmisibles y factores de riesgo (NCD INFObase)	15	Argentina, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Estados Unidos, Guyana, México, Perú, Trinidad y Tabago, Uruguay
6.3.1	Número de países que han prohibido fumar en los establecimientos de salud y educativos de acuerdo al Convenio Marco para el Control del Tabaco	10	Anguila, Antigua y Barbuda, Argentina, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Honduras, Islas Vírgenes Británicas, México, Montserrat, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay, Venezuela
6.4.1	Número de países que han ejecutado políticas, planes o programas para la prevención de problemas de salud pública causados por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas y otras sustancias psicoactivas	13	Argentina, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Dominica, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú, República Dominicana, Uruguay
6.5.1	Número de países que han formulado guías nacionales para promover un régimen alimentario saludable y la actividad física, de acuerdo con la estrategia de Régimen Alimentario y Actividad Física	10	Argentina, Barbados, Belice, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Jamaica, México, Panamá, República Dominicana, Uruguay
6.5.2	Número de países que han iniciado o establecido sistemas rápidos de transporte colectivo en al menos una de sus ciudades principales	10	Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guatemala, México, Panamá, Uruguay, Venezuela
6.5.4	Número de países que han creado entornos propicios para los peatones y para trasladarse en bicicleta, programas de promoción de la actividad física e iniciativas de control de la delincuencia en al menos una de sus ciudades principales	7 (no logrado)	Brasil, Canadá, Chile, Estados Unidos, México

Indicador del RPR	Texto del indicador del RPR	Meta para el 2009	Países y territorios que informan avance
7.2.3	Número de países que han llevado a cabo la Iniciativa “Rostros, voces y lugares”	12	Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay, Venezuela
7.5.1	Número de publicaciones de la OPS que contribuyen a demostrar fehacientemente la repercusión que las desigualdades en materia de género tienen en la salud	12 (no logrado)	Chile, Cuba, Nicaragua, Panamá, República Dominicana
9.4.3	Número de países que han elaborado programas nacionales para ejecutar estrategias de promoción de prácticas alimentarias saludables a fin de prevenir las enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación	16	Anguila, Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Belice, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, El Salvador, Granada, Guatemala, Honduras, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, Montserrat, Nicaragua, Panamá, Perú, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Uruguay
12.3.2	Número de países con una lista nacional de productos y tecnologías médicos esenciales actualizada en los cinco últimos años, y utilizada para las adquisiciones o los reembolsos en el sector público	31	Anguila, Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, Montserrat, Nicaragua, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Venezuela
	Estados Miembros que han ratificado el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco ¹⁵		Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, Granada, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay, Venezuela

¹⁵ Para mayor información se puede consultar el documento CE146/INF/6-E.

G. ELIMINACIÓN DE LA RUBÉOLA Y EL SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA

Antecedentes

107. Los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud se comprometieron hace muchos años a erradicar y eliminar las enfermedades prevenibles mediante vacunación. Este compromiso se inició con la erradicación de la viruela y la poliomielitis y, más recientemente, se orientó hacia la eliminación del sarampión para el año 2000 y de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita para el 2010.

108. Los países de la Región de las Américas, en colaboración con socios estratégicos¹ y el personal de salud en todos los niveles del sistema, han logrado avances extraordinarios en el cumplimiento de los compromisos descritos en las resoluciones CD44.R1 (2003) y CD47.R10 (2006) para eliminar la rubéola y el síndrome de rubéola congénita para el 2010. Tal como se señala en la resolución CSP27.R2 (2007), la Región está tomando las medidas necesarias para documentar y verificar la interrupción de la transmisión endémica del virus de la rubéola.

Análisis de la situación

109. La rubéola, que generalmente es una enfermedad exantémica leve, puede tener consecuencias devastadoras cuando una mujer contrae la infección en el primer trimestre del embarazo. Las secuelas de la infección durante el embarazo abarcan una serie de defectos congénitos —ceguera, sordera y defectos cardíacos— conocidos como síndrome de rubéola congénita. Antes de la vacunación antirrubéolica en gran escala, cada año nacían en la Región de las Américas alrededor de 20.000 niños afectados por este síndrome.

110. Todos los países y territorios de la Región de las Américas administran la vacuna antirrubéolica a la población por medio de programas de rutina de vacunación en la niñez. Además, para diciembre del 2009, había casi 445 millones de personas protegidas contra el sarampión y la rubéola como consecuencia de la administración de la vacuna combinada contra el sarampión y la rubéola durante campañas de puesta al día con la vacunación, de vacunación de seguimiento (para mantener la eliminación del sarampión

¹ Cruz Roja Americana, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional, Alianza GAVI, Banco Interamericano de Desarrollo, Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, Organismo Japonés de Cooperación Internacional, March of Dimes, Instituto de Vacunas Sabin, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional e Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días.

y la rubéola) y de aceleración de la vacunación concebidas para eliminar la rubéola y el síndrome de la rubéola congénita y fortalecer las medidas de eliminación del sarampión. El compromiso de los países con la realización de campañas de aceleración de la vacunación dirigidas a hombres y mujeres adolescentes y adultos ha prevenido en último término el restablecimiento de la transmisión endémica del virus del sarampión en la Región.

111. En el 2007 se produjo en la Región de las Américas un resurgimiento de los casos de rubéola debido a la importación del virus en países donde inicialmente se había vacunado solo a las mujeres en las campañas de vacunación masiva. Los casos confirmados de rubéola aumentaron de 2.919 en el 2006 a 13.187 en el 2007, como resultado de brotes en Argentina, Brasil y Chile en ese año. Se notificaron 4.536 casos confirmados de rubéola en la Región en el 2008, de los cuales los de Argentina y Brasil representaron el 98%. Estos países intensificaron la vacunación y la labor de vigilancia. Chile llevó a cabo una campaña de aceleración de la vacunación dirigida a los hombres en el 2007. En el 2008 se realizaron campañas en Argentina (para hombres solamente) y Brasil (para hombres y mujeres). También se realizaron actividades de vacunación en el marco del primer proyecto de cooperación técnica entre países de América del Sur, cuya finalidad era vacunar a la población contra el sarampión y la rubéola en las zonas fronterizas de todos los países que limitaban con Argentina y Brasil. En el 2009, la transmisión endémica del virus de la rubéola se circunscribía a Argentina, donde en el último caso confirmado de rubéola endémica el exantema apareció el 3 de febrero del 2009. Además, se confirmaron siete casos de rubéola importados o relacionados con casos importados en Canadá (cuatro casos) y Estados Unidos (tres casos).²

112. Como consecuencia desafortunada de los brotes de rubéola, en el 2009² se notificaron 17 casos de síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas, en Argentina (3 casos) y Brasil (14 casos). Las fechas de nacimiento de los últimos casos confirmados de este síndrome fueron el 6 de julio del 2009 y el 26 de agosto del 2009 en Argentina y Brasil, respectivamente. Como los casos de este síndrome pueden excretar el virus durante 12 meses, es esencial que los países que notificaron los últimos casos del síndrome intensifiquen la vigilancia y monitoreen la excreción vírica de estos casos confirmados hasta que se obtengan dos cultivos víricos negativos con un intervalo de un mes como mínimo. Eso ayudará a evitar la propagación del virus de la rubéola endémica.

113. En todos los países se lleva a cabo una vigilancia integrada del sarampión y la rubéola basada en casos. Los casos se notifican semanalmente a nivel regional. El seguimiento continuo de los indicadores estandarizados recomendados para la vigilancia del sarampión y la rubéola garantiza la buena calidad de la vigilancia en la Región. Con

² Datos hasta la semana epidemiológica 24/2010.

la finalidad de fortalecer aun más la vigilancia, los países están mejorando la coordinación con el sector privado para detectar brotes y responder con rapidez.

114. Desde 1997 hasta el 2005 se aisló el genotipo 1C del virus salvaje de la rubéola de brotes que se habían producido anteriormente en la Región. La transmisión del virus 1C se documentó por última vez en Chile y Perú. A partir del 2006 se introdujo el genotipo 2B en la Región como consecuencia de casos importados. Al cabo de más de un año de transmisión del virus, se le consideró endémico en la Región. El último caso confirmado del genotipo 2B de la rubéola endémica se notificó en febrero del 2009 en la Región, lo cual parece indicar que los países del continente americano han alcanzado la meta de la eliminación para el 2010.

115. Se han prevenido más de 112.500 casos de síndrome de rubéola congénita en un horizonte analítico de 15 años³ en América Latina y el Caribe como resultado del éxito de la iniciativa de eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita.

116. Actualmente se están intercambiando muchas enseñanzas útiles con otras Regiones, como la vacunación después de la niñez, la importancia del apoyo político, el valor de las alianzas para responder a situaciones de crisis, para mencionar solo algunas. Los mensajes de comunicación social dirigidos a grupos no tradicionales y el uso de mensajes de comunicación innovadores (por ejemplo, anuncios breves en televisión, anuncios en la radio, afiches, etc.) han desempeñado una función significativa en el logro de una elevada cobertura de vacunación en la Región. Estas tácticas han aprovechado exitosamente la ayuda invaluable de los líderes deportivos, artistas y otras personalidades famosas para la promoción de las campañas de vacunación y se han apoyado en la popularidad y la amplitud de sus actividades para alentar a sus admiradores a que participen en las actividades de vacunación.

117. La iniciativa también ha contribuido al desarrollo de los pilares fundamentales de la atención primaria de salud, entre ellos la ampliación de los servicios de salud, el énfasis en la participación comunitaria y la solidaridad, el empoderamiento para tomar decisiones fundamentadas en relación con la salud y la cooperación intersectorial. Las estrategias de eliminación también han promovido el fortalecimiento de los sistemas de salud mediante la mejora de los sistemas de información, la gestión y la supervisión, el desarrollo de recursos humanos, los exámenes auditivos del recién nacido como parte de la atención habitual y las investigaciones conexas.

³ Calculado para cada país desde la puesta en marcha de las intervenciones para interrumpir la transmisión del virus de la rubéola.

Llamado a la acción

118. En consonancia con la resolución CSP27.R2 (2007), se ha ultimado un plan regional de acción para documentar y verificar la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita. La meta fundamental del plan es orientar a los países y sus comisiones nacionales en la preparación de los datos necesarios para probar que se ha interrumpido la transmisión del virus salvaje. El plan fue respaldado formalmente por el Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación (TAG por sus siglas en inglés) en su decimoctava reunión en agosto del 2009. El plan regional tiene los siguientes componentes: características epidemiológicas del sarampión, la rubéola y el síndrome de la rubéola congénita; calidad de la vigilancia; epidemiología molecular y actividades de laboratorio; análisis de las cohortes vacunadas; sostenibilidad del programa nacional de vacunación; y correlación e integración de los datos probatorios.

119. Actualmente, Bolivia, Brasil, los departamentos franceses de ultramar en las Américas, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, México, Nicaragua, Paraguay y Uruguay han formado comisiones nacionales. Otros 16 países y dos territorios han iniciado el proceso para establecer comisiones y se insta a los ocho países restantes⁴ a que inicien el proceso en el 2010.

120. El Comité Internacional de Expertos evaluará la documentación presentada por las autoridades sanitarias nacionales, en colaboración con las comisiones nacionales, para verificar la eliminación a nivel regional. Los datos deben demostrar que se ha interrumpido la transmisión endémica de los virus del sarampión y la rubéola al menos durante tres años seguidos en la Región de las Américas. Los países deben tener lista la documentación de la interrupción de la transmisión endémica del virus para el primer trimestre del 2012. El informe final sobre la verificación de la eliminación en la Región de las Américas se presentará ante la Conferencia Sanitaria Panamericana en el 2012.

121. Persisten muchos retos para mantener la eliminación, incluido el riesgo inevitable de que surjan casos importados debido a la circulación de los virus del sarampión y la rubéola en otras regiones del mundo. Es indispensable que los países no caigan en la complacencia porque corren el riesgo de dar marcha atrás en la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región. En consecuencia, deben mantenerse preparados para responder de forma rápida y adecuada a los casos importados. También será necesario el compromiso sostenido de los Estados Miembros y los asociados estratégicos de la OPS. Por último, es vital que los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud sigan propugnando que otras regiones también eliminen el sarampión y la rubéola endémicos, en particular en vista de la solicitud

⁴ En el 2005, Estados Unidos declaró interrumpida la transmisión del virus de la rubéola endémica.

efectuado por el Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud en mayo del 2008⁵ de que se informe sobre la factibilidad de la erradicación mundial del sarampión.

122. La Región de las Américas por sí sola no puede mantener estos logros. En razón de los enormes costos económicos y sociales asociados con el mantenimiento de la eliminación, ha llegado el momento de que estas cuestiones sean llevadas a la atención de los niveles políticos más altos y que, durante la Sexagésima Cuarta Asamblea Mundial de la Salud en el 2011, se lleve a cabo un debate sobre el tema.

- - -

⁵ Ver documento EB123/2008/REC/1, acta resumida de la segunda sesión, sección 1.