

160.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 26 al 30 de junio del 2017

Punto 4.4 del orden del día provisional

CE160/14, Rev. 1
12 de junio del 2017
Original: inglés

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

* Revisión necesaria para asegurar la exactitud del texto en el Anexo.

ÍNDICE

I. DECLARACIÓN DE COMPROMISO	3
II. PREFACIO DE LA DIRECTORA DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA	4
III. LA VISIÓN REGIONAL	5
Características de la nueva Agenda.....	5
Principios y valores.....	5
<i>El derecho al gozo del más alto nivel posible de salud</i>	<i>5</i>
<i>La solidaridad panamericana.....</i>	<i>6</i>
<i>La equidad en salud.....</i>	<i>6</i>
<i>La universalidad</i>	<i>6</i>
<i>La inclusión social.....</i>	<i>7</i>
Visión.....	7
IV. CONTEXTO Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN	8
Contexto y antecedentes.....	8
<i>La Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030</i>	<i>8</i>
<i>La Agenda de Salud para las Américas 2008-2017.....</i>	<i>8</i>
<i>La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.....</i>	<i>10</i>
Análisis de situación	12
<i>Tendencias socioeconómicas en la Región.....</i>	<i>13</i>
<i>Tendencias demográficas</i>	<i>15</i>
<i>Tendencias de la situación de salud y respuesta de los sistemas de salud en la Región....</i>	<i>15</i>
<i>Enfermedades transmisibles</i>	<i>18</i>
<i>Enfermedades crónicas, salud mental y factores de riesgo de las ENT</i>	<i>21</i>
<i>Sistemas y servicios de salud</i>	<i>22</i>
V. OBJETIVOS Y METAS	26
VI. EJECUCIÓN, SEGUIMIENTO, EVALUACIÓN Y PRESENTACIÓN DE INFORMES.....	38
Ejecución.....	38
Seguimiento, evaluación y presentación de informes	40
Anexo A: Metas e indicadores del ODS3.....	42
Anexo B: Agradecimientos	45

I. DECLARACIÓN DE COMPROMISO

Nosotros, los Ministros y Secretarios de Salud de los países de la Región de las Américas aprobamos por unanimidad esta Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (ASSA2030) como el instrumento estratégico que proveerá direccionalidad y visión política para el desarrollo de la salud en la Región durante los próximos 13 años y declaramos nuestro compromiso con:

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

II. PREFACIO DE LA DIRECTORA DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

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

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

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

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

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

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

(Firma)

III. LA VISIÓN REGIONAL

Características de la nueva Agenda

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

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

Principios y valores

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

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

10. En la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se establece que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. Para hacer de este derecho una realidad, los países deben trabajar a fin de mejorar el acceso a una atención de salud que sea oportuna, aceptable, asequible y de calidad apropiada y la disponibilidad de servicios de salud, al igual que las condiciones de vida adecuadas y los alimentos nutritivos que promuevan la salud. Todos estos factores están estrechamente relacionados con otros derechos humanos, incluido el derecho a la educación, a la no discriminación, al acceso a la información y a la participación social.

11. La Agenda está en consonancia con el compromiso de la OPS de integrar los derechos humanos en los programas y políticas de salud tanto a nivel nacional como regional, teniendo en cuenta los determinantes subyacentes de la salud como parte de un enfoque integral de salud y derechos humanos.

La solidaridad panamericana

12. Sobre la base de la historia y experiencia de nuestro continente, la solidaridad panamericana es necesaria para asegurar el progreso equitativo de los Estados Miembros en la ejecución de la Agenda en la Región.

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

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

La equidad en la salud

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

16. Como afirma la OMS: “Un enfoque de salud basado en los derechos humanos ofrece estrategias y soluciones que permiten afrontar y corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas que suelen ser aspectos centrales de la inequidad en los resultados sanitarios. El objetivo de un enfoque basado en los derechos humanos es que todas las políticas, estrategias y programas se formulen con el fin de mejorar progresivamente el goce del derecho a la salud para todas las personas. Las intervenciones para conseguirlo se rigen por principios y normas rigurosos que incluyen: la no discriminación [...], la disponibilidad [...], la accesibilidad [...], la aceptabilidad [...], la calidad [...], la rendición de cuentas [...] y la universalidad [...]”¹

La universalidad

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

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

¹ OMS. Salud y derechos humanos. Hoja descriptiva n.º 323, diciembre del 2015. Se puede encontrar en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>.

La inclusión social

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

20. En el ejercicio de los derechos humanos, entre ellos el derecho a la salud, se debe incluir a todas las personas, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición, por ejemplo, discapacidad, edad, estado civil y familiar, orientación e identidad sexual, estado de salud, lugar de residencia, o situación económica y social.²

21. En el ejercicio del derecho a la salud se debe incluir a personas, grupos étnicos, comunidades y grupos poblacionales que se diferencian culturalmente. En la Agenda se toma en cuenta el enfoque de la interculturalidad, como expresión de un proceso social interactivo de reconocimiento y respeto de las diferencias existentes entre una o varias culturas, indispensable para construir una sociedad justa.³

Visión

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

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

² Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General No. 20, *La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales*; 2009 (documento E/C.12/GC/20). Se puede encontrar en: <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opensslpdf.pdf?reldoc=y&docid=4ae049a62>.

³ OPS. Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas, pág. 9. Se puede encontrar en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/54-VisionSaludInterculturalPI.pdf>.

IV. CONTEXTO Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

Contexto y antecedentes

La Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030

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

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

26. A fin de elaborar esta Agenda, un Grupo de Trabajo de los Países⁴ trabajó en estrecha colaboración con la Oficina en reuniones virtuales y presenciales desde octubre del 2016 hasta septiembre del 2017. Además, se celebraron consultas con los Estados Miembros en las reuniones de los Cuerpos Directivos de la OPS en el 2017 y en la Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2017. Estas consultas brindaron la oportunidad de mantener informados a los Estados Miembros sobre el progreso y obtener aportes a medida que transcurría el proceso.

La Agenda de Salud para las Américas 2008-2017

27. La Agenda de Salud para las Américas 2008-2017⁵ se elaboró “a raíz de una recomendación de la Dependencia Común de Inspección de las Naciones Unidas, la cual había señalado que la planificación en las organizaciones internacionales debía basarse en una visión común de sus Estados Miembros, formulada independientemente de la

⁴ El Grupo de Trabajo estuvo integrado por representantes de alto nivel de 16 Estados Miembros de todas las subregiones del continente americano: de América del Norte participaron Estados Unidos y México; del Caribe, Antigua y Barbuda y Barbados; de América Central, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Panamá; de América del Sur, Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay. Ecuador fue el presidente, y Panamá y Barbados fueron vicepresidentes del grupo. Los representantes incluyeron ministros y viceministros de salud, directores médicos, planificadores, epidemiólogos y profesionales de relaciones internacionales en el ámbito de la salud.

⁵ Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. Se puede encontrar en:
[Http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda_Salud_para_las_Americas_2008-2017.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda_Salud_para_las_Americas_2008-2017.pdf).

secretaría y de los órganos directivos de las organizaciones”.⁶ Además, en ella se abordaron los mandatos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y del Undécimo Programa General de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud aprobado en el 2006. La Agenda de Salud en las Américas 2008-2017 se presentó en la Ciudad de Panamá en junio del 2007.

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

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

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

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

⁶ Informe final de la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana ([documento CSP27/FR](#)), que tuvo lugar del 1 al 5 de octubre del 2007.

permiten informar sobre las áreas específicas que se señalaron en la evaluación de mitad de período.

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

- a) Mortalidad materna: ha habido una reducción importante de la tasa de mortalidad materna, de 62,4 por 100.000 nacidos vivos en el 2007 y 65,7 por 100.000 nacidos vivos en el 2010 a 46,8 por 100.000 nacidos vivos (cifra informada, aunque la estimación es de 51) en el 2016.⁷
- b) Dengue y obesidad: los resultados siguen manteniendo la tendencia evidenciada durante la evaluación de mitad de período y, por lo tanto, siguen siendo una preocupación.
- c) Tuberculosis: ha habido una reducción de la incidencia de 24,0 casos por 100.000 habitantes en el 2007 y 23,5 por 100.000 habitantes en el 2009 a 22,1 por 100.000 habitantes en el 2014.⁸
- d) Infección por el VIH/sida: ha habido una reducción del número de casos de transmisión materno-infantil del VIH de 3.300 en el 2011 a 2.100 en el 2015.⁹
- e) Gasto nacional público destinado a la salud como porcentaje del producto interno bruto (PIB): hubo una ligera mejora en América Latina y el Caribe, donde se alcanzó un 3,1% en el 2006, 3,7% en el 2011, y 4,0% en el 2014 (usando un promedio simple).
- f) Gasto de bolsillo: como porcentaje del gasto total destinado a la salud, el gasto de bolsillo disminuyó a 52% en el 2006, 47% en el 2010 y 33,1% en el 2014.

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

La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible

34. En septiembre del 2015, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la resolución “Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”,¹⁰ que contiene 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y 169 metas específicas de desarrollo.

⁷ OPS. Indicadores básicos de salud, 2016.

⁸ Ibid.

⁹ OPS. Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis in the Americas. Update 2016.

¹⁰ Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Septuagésimo período de sesiones de la Asamblea General, resolución A/RES/70/1. Se puede encontrar en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/291/93/PDF/N1529193.pdf?OpenElement>.

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

Cuadro 1. Metas del ODS 3

No.	Metas
3.1	De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos
3.2	De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos
3.3	De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles
3.4	De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar
3.5	Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol
3.6	De aquí a 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo
3.7	De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales
3.8	Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos
3.9	De aquí a 2030, reducir considerablemente el número de muertes y enfermedades causadas por productos químicos peligrosos y por la polución y contaminación del aire, el agua y el suelo
3.a	Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda
3.b	Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración relativa al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio respecto a la flexibilidad para

No.	Metas
	proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos
3.c	Aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo
3.d	Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial

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

Análisis de la situación

37. El análisis que se presenta a continuación establece el contexto para la ASSA2030. Incluye una sinopsis de las características y tendencias socioeconómicas y demográficas, así como del perfil epidemiológico, las tendencias de la situación de salud y la respuesta del sistema de salud. Las fuentes de información son el informe de las Naciones Unidas sobre la *Situación y perspectivas de la economía mundial 2017*, la perspectiva regional sobre la salud en las Américas de la edición del 2017 de “Salud en las Américas” (con aportaciones de los Estados Miembros) y el *Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2014-2015/Primer informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019*.¹¹

¹¹ OPS. Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2014-2015/Primer informe interino del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. 55.º Consejo Directivo, 68.ª sesión del Comité Regional para las Américas, del 26 al 30 de septiembre del 2016 (documento CD55/5). Se puede encontrar en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=35907&Itemid=270&lang=es.

Tendencias socioeconómicas en la Región

38. De acuerdo con el informe de las Naciones Unidas sobre la *Situación y perspectivas de la economía mundial 2017*, América Latina y el Caribe registrará un retorno al crecimiento positivo en el 2017. Sin embargo, la recuperación de la Región será relativamente poco profunda en medio de los persistentes obstáculos externos e internos.¹²

Situación económica mundial

39. El producto bruto mundial creció solo 2,2% en el 2016, lo que marca el ritmo más lento de expansión desde la Gran Recesión del 2009. Se prevé que el crecimiento mundial mejore moderadamente al 2,7% en el 2017 y el 2,9% en el 2018, pero esto es más un indicador de la estabilización económica que una señal de que haya una recuperación vigorosa de la demanda mundial.

40. Existen riesgos significativos para las perspectivas mundial y regional. Entre otras cuestiones, hay un alto grado de incertidumbre en el entorno de las políticas internacionales y elevados niveles de deuda denominados en moneda extranjera que representan importantes riesgos de deterioro de la situación y podrían descarrilar el crecimiento mundial.

Situación en la Región de las Américas

41. Se prevé que la economía de América Latina y el Caribe registrará un retorno al crecimiento positivo en el 2017, tras dos años consecutivos de contracción, pero persisten obstáculos significativos externos e internos. Se prevé que el PIB de América Latina y el Caribe aumentará 1,3% en el 2017 y 2,1% en el 2018, tras una contracción estimada del 1% en el 2016. Se espera que esta recuperación moderada se vea respaldada por una recuperación de la demanda externa, un aumento de los precios de las materias primas y una cierta relajación monetaria en América del Sur en medio de una inflación menor.

42. Las economías de Estados Unidos y Canadá continúan mostrando características marcadamente distintas con respecto a las del resto de la Región, dado que estos países incluyen la economía más grande del mundo (Estados Unidos de América) y la décima más grande (Canadá). En Estados Unidos el PIB creció 1,9% en el 2016 y, en el mismo año, Canadá creció 2,6%.

¹² Naciones Unidas. Situación y perspectivas de la economía mundial 2017. Se puede encontrar el resumen ejecutivo en español en:

https://www.un.org/development/desa/dpad/wp-content/uploads/sites/45/2017wesp_es_sp.pdf

[publicación completa solo disponible en inglés].

Perspectivas económicas por subregión

43. El PIB de América del Sur se contrajo en un 2,3% estimativo en el 2016 dado que las economías de Argentina, Brasil, Ecuador y la República Bolivariana de Venezuela experimentaron profundas recesiones. Se prevé que esta subregión experimentará una leve recuperación económica durante los próximos dos años. El crecimiento se pronostica en 0,9% en el 2017 y 2% en 2018, con Argentina y Brasil, las economías más grandes de la subregión, que se espera que salgan de la recesión. No obstante, se prevé que la recuperación será relativamente poco profunda, especialmente en Brasil, ya que el aumento del desempleo, la continuación de la consolidación fiscal y el creciente endeudamiento siguen pesando sobre la demanda interna.

44. En México y Centroamérica se espera que el crecimiento promedio se mantenga modesto, con un pronóstico de crecimiento del PIB de 2,3% en el 2017 y 2,2% en el 2018 en medio de un grado considerable de incertidumbre. Frente a los precios bajos del petróleo, la escasa producción industrial en Estados Unidos y la estricta política monetaria y fiscal, la economía mexicana ha crecido sólo alrededor de 2% en el 2016. El desempeño relativamente débil de esta economía contrasta con un sólido crecimiento en algunas partes de Centroamérica. Costa Rica, Nicaragua y Panamá prevén un crecimiento del PIB de más de 4% en el 2017-2018 debido a la vigorosa inversión pública, el fuerte consumo privado y las industrias turísticas dinámicas.

45. En el Caribe, la situación y las perspectivas económicas varían ampliamente de un país a otro. Se prevé que la República Dominicana y Guyana continuarán siendo los países con un desempeño más fuerte en la subregión. Las perspectivas son menos favorables en las Bahamas, Cuba y Trinidad y Tabago, países con fuertes impedimentos estructurales y alta vulnerabilidad a los acontecimientos externos.

46. Aunque las economías de América del Norte han mostrado un desempeño variable, las perspectivas son bastante positivas para Canadá y Estados Unidos. El consumo privado se ha visto impulsado por el aumento del empleo, salarios ligeramente más altos, aumento del precio de las viviendas y mayores exportaciones de bienes y servicios.

47. En el informe de las Naciones Unidas se solicita una reorientación de las políticas macroeconómicas y de otro tipo para promover más eficazmente la inversión en capital físico y humano y fortalecer las capacidades innovadoras en toda la Región. Existen algunos riesgos significativos con respecto a la perspectiva económica:

- a) En el caso de América Latina y el Caribe, los principales factores de riesgo son una desaceleración más aguda de lo previsto en China, la posible adopción de medidas proteccionistas por parte del nuevo Gobierno de Estados Unidos y nuevas turbulencias en los mercados financieros. Este último factor podría, por ejemplo, ser desencadenado por un ritmo más rápido de lo esperado de aumentos de las tasas de interés en Estados Unidos.

- b) Las perspectivas de crecimiento a mediano plazo para muchas economías de América Latina y el Caribe están empañadas por persistentes debilidades estructurales, incluida una dependencia alta de las materias primas y un aumento bajo de la productividad. Un período prolongado de crecimiento débil podría suponer una amenaza para los logros sociales del decenio pasado y complicar el camino de la Región hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Tendencias demográficas

48. La población de la Región de las Américas aumentó de 886 millones de habitantes en el 2005 a 992 millones en el 2015, un crecimiento del 12%, lo que representa 13% de la población mundial en ese año. La esperanza de vida aumentó en 3 años entre el 2000-2005 y el 2010-2015 (de 67,1 a 70,5).

49. La mitad de los países de la Región presenta tasas de fecundidad inferiores a 2,1 hijos por mujer, lo que significa que han comenzado con la fase demográfica de “población sin reemplazo”, así como un proceso progresivo de envejecimiento. A pesar de ello, todos los países latinoamericanos sin excepción tienen una situación demográfica ventajosa para el desarrollo económico: el llamado “dividendo demográfico”. En general los países de América Latina se encuentran en lo que se conoce como la segunda fase del dividendo demográfico. En esta segunda fase, la más favorable, la razón de dependencia en un país alcanza su nivel más bajo, de menos de dos personas dependientes por cada tres personas activas, y permanece constante en ese nivel. Esta fase comenzó a principios del siglo XXI y se espera que dure hasta fines de la década del 2011-2020, momento en que se espera que comenzará la tercera fase que se extenderá hasta los primeros años de la década del 2041-2050.

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

51. La Región presenta el mayor porcentaje de urbanización (81%) del mundo e incluye tres de las seis megalópolis principales (Ciudad de México, Nueva York y São Paulo).

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

Inequidades en la salud

52. En el último decenio, la mayor parte de las economías de los países de la Región de las Américas han crecido a un ritmo acelerado, lo que ha permitido que

aproximadamente 70 millones de personas salgan de la pobreza¹³ y aproximadamente 50 millones se unan a la clase media. Desafortunadamente, este crecimiento no ha beneficiado a todos en la Región, lo que ha llevado a niveles bajos de calidad de vida en los hogares y de disponibilidad de servicios sociales, incluidas la salud y la educación, para millones de personas. Esto, a su vez, se refleja en grandes variaciones de los indicadores de salud, tanto entre los países de la Región como dentro de ellos.

53. Las variaciones indican enormes desigualdades entre los países, con resultados en materia de salud que reflejan factores como la riqueza, la educación, la ubicación geográfica, el género, la etnicidad y la edad. Por ejemplo, en el 2013 los países de la Región con el nivel de ingresos más bajos registraron una tasa de mortalidad de menores de 1 año que es 4,5 veces mayor que en los países con el nivel de ingresos más altos, y las mujeres presentan un riesgo 5,5 veces más alto de morir por causas relacionadas con la maternidad en países con menos años de escolaridad en promedio que en los países con más años de escolaridad. Del mismo modo, dentro de los países, las unidades subnacionales que se ubican en el quintil más pobre en cuanto a la riqueza de los hogares tienen las tasas más altas de mortalidad de menores de 5 años, y las que se ubican en el nivel más bajo de años de escolaridad pueden tener un riesgo hasta tres veces mayor de morir prematuramente que aquellas que presentan los niveles más altos, independientemente de la edad o el sexo. Además, las tasas de mortalidad de menores de 1 año en las comunidades indígenas pueden llegar a ser hasta dos veces más altas que las de las comunidades no indígenas.¹⁴ Otros ejemplos de desigualdades dentro de los países y entre ellos son:

- a) Los países con el mayor nivel de población rural siguen enfrentando una cobertura inadecuada de la atención prenatal en comparación con los quintiles más urbanizados, con una brecha absoluta de 11,6 puntos porcentuales en el 2013.
- b) Los países con el nivel de escolaridad más bajo en el 2013 tenían una brecha absoluta de desigualdad de 16,7 muertes prematuras por 100.000 habitantes debidas a las enfermedades no transmisibles (ENT) en comparación con los países con el nivel más alto de escolaridad.
- c) La incidencia del dengue es mucho mayor en los países que se ubican en los quintiles más bajos del PIB per cápita y que presentan los niveles más bajos de saneamiento y escolaridad.
- d) Los países que se ubican en el quintil más bajo con respecto al número promedio de años de escolaridad tienen una tasa de homicidios significativamente mayor que el resto de los países de la Región y una tasa de homicidios de adolescentes más alta que la suma de todos los demás quintiles.

¹³ USAID. Extreme Poverty Possibilities. Ending extreme poverty by 2030. Se puede encontrar en: <http://www.usaid.gov/endextremepoverty>.

¹⁴ Montenegro, R. y Stephens, C. Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *The Lancet*, 2006. Se puede encontrar en: http://www.who.int/social_determinants/resources/articles/lancet_montenegro.pdf.

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

55. De conformidad con el compromiso de los países con los ODS, es necesario establecer prioridades nacionales y objetivos de desarrollo para los próximos años, considerando las desigualdades actuales en materia de salud tanto entre los países de la Región como dentro de ellos. Es vital que estas prioridades y metas reflejen las necesidades de los grupos poblacionales más vulnerables y se basen en la evidencia actual. Con el fin de generar evidencia que refleje las inequidades actuales en torno a la salud tanto entre los países como dentro de ellos, es esencial que los países empiecen primero a recopilar, analizar y hacer el seguimiento de los datos a nivel subnacional.

Principales causas de mortalidad

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

- a) Las diez causas principales de muerte en la Región de las Américas entre el 2010 y el 2013 fueron las que se indican a continuación:

Cuadro 2. Causas principales de muerte en la Región, 2010 – 2013

Causa	Muertes	Tasa¹⁵	%
Enfermedades isquémicas del corazón	2.792.698	76,4	14,1
Enfermedades cerebrovasculares	1.423.762	38,9	7,2
Diabetes mellitus	1.098.085	30,0	5,5
Demencia y enfermedad de Alzheimer	1.017.617	27,8	5,1
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	1.013.061	27,7	5,1
Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	958.356	26,2	4,8
Influenza y neumonía	814.175	22,3	4,1
Enfermedades hipertensivas	700.591	19,2	3,5
Insuficiencia cardíaca, y complicaciones y descripciones mal definidas de enfermedad cardíaca	700.421	19,2	3,5
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	544.217	14,9	2,7

- b) Entre el 2010 y el 2013, las principales causas de muerte en la Región por grupo etario fueron: en el grupo de 10 a 24 años de edad, los homicidios (20,4 por 100.000 hab.), los accidentes de transporte terrestre (13,4 por 100.000 hab.) y el

¹⁵ Por 100.000 habitantes.

- suicidio (5,3 por 100.000 hab.); en el grupo de 25 a 64 años de edad, las cardiopatías isquémicas (35,9 por 100.000 hab.), la diabetes (19,1 por 100.000 hab.) y los homicidios (18,3 por 100.000 hab.); en los mayores 65 años de edad, las cardiopatías isquémicas (620,6 por 100.000 hab.), las enfermedades cerebrovasculares (327,5 por 100.000 hab.), y la demencia y enfermedad de Alzheimer (292,8 por 100.000 hab.).
- c) Entre el 2002-2005 y el 2010-2013, la razón de mortalidad materna (RMM) disminuyó de 68,4 a 58,2 por 100.000 nacidos vivos, siendo el Caribe latino la subregión con la MMR más alta (192,2 por 100.000 nacidos vivos), y América del Norte la más baja (13,5 por 100.000 nacidos vivos). Del total de las muertes maternas, el 66,35% fueron por causas obstétricas directas.
- d) La tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año) en la Región ha disminuido de 17,9 por 1.000 nacidos vivos a 13,6 por 1.000 nacidos vivos entre el 2002-2005 y el 2010-2013; de los cuales más del 60% fueron muertes neonatales. La principal causa específica de muerte neonatal en la Región fue la dificultad respiratoria del recién nacido.

Enfermedades transmisibles

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

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

59. Entre el 2011 y el 2016, solo cinco países (Brasil, Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú) notificaron casos de fiebre amarilla. En diciembre del 2016 se notificó un brote por esta causa en Brasil, con 448 casos confirmados y 144 muertes (letalidad de 32%).

60. En el 2010, Haití notificó 179.379 casos y 3.390 muertes por cólera y, a partir de ese brote, entre el 2010 y el 2013 se han notificado casos en Cuba (469 casos y 3

muerter), República Dominicana (32.778 casos y 488 muerter) y México (203 casos y 1 muerte).

Infección por el VIH e infecciones de transmisión sexual

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

62. Se estima que se registran anualmente 64 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual curables (por *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, sífilis y *Trichomonas vaginalis*) en personas de 15 a 49 años. La infección por el virus del papiloma humano (VPH) es la infección viral más frecuente del tracto genital. La prevalencia estimada de la infección por VPH en América Latina y el Caribe es de 16,1%.

Tuberculosis

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

Enfermedades transmitidas por vectores

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

65. Entre el 2000 y el 2015, el número de casos de malaria en la Región disminuyó en 62% (de 1.181.095 a 451.242 casos). En el mismo período, las muertes relacionadas con la malaria disminuyeron en un 76% (de 410 a 98 muertes), de las cuales 77% fueron notificadas por Brasil, Perú y Venezuela. Entre el 2014 y el 2015, Venezuela registró un aumento de 50% de los casos de malaria (de 90.708 a 136.402 casos).

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

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

Enfermedades desatendidas tropicales y zoonóticas

68. La Región siguió avanzando en la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y se verificó la eliminación de la oncocercosis en Ecuador, Guatemala y México y del tracoma en México. Solo queda una localidad (en América del Sur) para lograr la eliminación de la oncocercosis en la Región.

69. De los 21 países donde la enfermedad de Chagas es endémica, 17 continuaron manteniendo la interrupción de la transmisión domiciliar transmitida por el vector principal, demostrada por un índice de infestación familiar menor o igual a 1% en el país o en sus zonas endémicas.

70. Entre el 2010 y el 2014, se registró una disminución en el número notificado de casos nuevos de lepra en América Latina y el Caribe, de 37.571 a 33.789 casos, y Brasil registra el 91,9% de todos los casos notificados.

71. En el 2015 se notificaron 17 casos de rabia humana, en 12 de los ellos transmitida por el perro.

Enfermedades prevenibles mediante vacunación

72. En el 2015, la Región interrumpió la transmisión endémica de la rubéola y se declaró libre de sarampión. De acuerdo con los datos notificados por los países en ese mismo año, la cobertura en la Región de las Américas con la tercera dosis de la DPT y de la vacuna contra la poliomielitis en menores de 1 año fue de 91% y 92% respectivamente. La vacunación contra el sarampión y la rubéola en niños de 1 año fue de 93%.

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

Resistencia a los antimicrobianos

74. Desde 1996, se ha documentado una tendencia en aumento con respecto a la resistencia de los principales patógenos humanos. Se ha documentado la diseminación de mecanismos emergentes de resistencia en la Región, como los fármacos carbapenémicos

de tipo KPC en casi todos los países de América Latina, con una letalidad de hasta 50% en brotes en unidades de cuidados intensivos.

Enfermedades crónicas, salud mental y factores de riesgo de las ENT

Mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles (ENT)

75. Las ENT son responsables de casi 4 de cada 5 muertes en la Región de las Américas y se prevé que estas cifras aumenten en las próximas décadas como consecuencia del crecimiento demográfico, el envejecimiento de la población, la urbanización y la exposición al medioambiente y otros factores de riesgo. En el 2012, una persona de 30 años que vivía en la Región tenía 15,4% de posibilidades de morir antes de cumplir los 70 años de edad por alguna de las cuatro ENT principales.

76. Las enfermedades cardiovasculares (ECV) fueron la principal causa de muerte en la Región en el 2013, con 1.644.738 muertes (144,9 por 100.000 hab.), lo que representa el 28,8% de las muertes por ENT. En ese mismo año, en la Región se registraron 1.087.047 muertes por cáncer (102,4 por 100.000 hab.), lo que representa 19% de las muertes por ENT, y 278.034 muertes causadas directamente por la diabetes, lo que representa el 6,3% de las muertes por ENT.

Enfermedad renal crónica

77. En los últimos veinte años, Centroamérica ha notificado un número cada vez mayor de casos de personas con enfermedad renal crónica (ERC) de etiología no tradicional en trabajadores agrícolas varones, asociados principalmente con el uso indebido de agroquímicos y las condiciones laborales con altas temperaturas e insuficiente ingesta de agua. En El Salvador, la mortalidad aumentó de 18,7 muertes por 100.000 habitantes en 1997 a 47,4 muertes por 100.000 habitantes en el 2012, mientras que en Nicaragua, la mortalidad aumentó de 23,9 muertes por 100.000 habitantes en 1997 a 36,7 por 100.000 habitantes en el 2013.

Salud mental

78. Con respecto a la salud mental, los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas (TMNS) son los principales factores que contribuyen a la morbilidad, la discapacidad, los traumatismos, la mortalidad prematura y un riesgo mayor de padecer otras enfermedades. La prevalencia de los TMNS estimada en 12 meses varía de 18,7% a 24,2% en la Región; la tasa de trastornos de ansiedad varía de 9,3% a 16,1%; la tasa de trastornos afectivos, de 7,0% a 8,7%; y la de trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, de 3,6% a 5,3%.

Principales factores de riesgo

79. Con relación a los principales factores de riesgo de las ENT en la Región, el promedio anual de consumo de alcohol por persona en mayores de 15 años fue de 8,4 litros.

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

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

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

83. La tasa de obesidad ($IMC > 30 \text{ kg/m}^2$) en la Región fue más del doble del promedio mundial (26,8% vs. 12,9%), con una prevalencia mayor en las mujeres (29,6%) que en los hombres (24,0%). La prevalencia del sobrepeso en menores de 5 años fue de 7,2% en el 2012.

Traumatismos causados por el tránsito, violencia y homicidios

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

85. Con respecto a la violencia, en América Latina y el Caribe se encuentran 18 de los 20 países con la mayor tasa de homicidios del mundo, asociada a las actividades delictivas de pandillas y el crimen organizado. La tasa de homicidios en el 2013 en la Región fue de 14,6 por 100.000 habitantes. Los hombres sufren un nivel mayor de violencia mortal (26,0 por 100.000 hab.) que las mujeres (3,1 por 100.000 hab.), siendo el grupo de 10 a 29 años de edad el más afectado.

86. Una proporción importante de niños de 0 a 7 años de edad sufre abuso físico, sexual o emocional cada año (58% en América Latina y el Caribe, y 61% en América del Norte).

Sistemas y servicios de salud

Acceso universal a la salud y cobertura universal de salud

87. Sigue habiendo progresos significativos en la aplicación de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de la salud* aprobada por los Estados

Miembros de la OPS en el 2014.¹⁶ A fines del 2015, 10 países estaban aplicando planes de acción o hojas de ruta hacia la salud universal, 11 países habían elaborado marcos normativos para la salud universal y 15 habían establecido y estaban aplicando marcos financieros para la salud universal.

88. Entre el 2014 y el 2015, los niveles de cobertura de los servicios de salud fueron altos en los países, con 98% en Chile, 95% en Colombia, 86% en Estados Unidos, 80% en México y 73% en Perú. Sin embargo, los niveles de cobertura más bajos se registraron en los hogares más pobres, particularmente en Estados Unidos con 14 puntos porcentuales menos de cobertura en los hogares pobres y Perú con una diferencia de 12 puntos porcentuales.

Calidad de la atención

89. Entre el 2013 y el 2014, podrían haberse evitado más de 1,2 millones de muertes en la Región si los sistemas de atención de salud hubieran ofrecido atención de salud accesible, oportuna y de calidad. A fines del 2015, 12 países habían puesto en marcha estrategias o planes nacionales para mejorar la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes. Además, 23 países habían aplicado la estrategia de la red integrada de prestación de servicios de salud.

Inversión y gasto destinados a la salud

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

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

92. El gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total destinado a la salud en América Latina y el Caribe se redujo de 47% en el 2010 a 33,1% en el 2014.

¹⁶ OPS. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53.º Consejo Directivo, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014 (documento CD53/5, Rev. 2). Se puede encontrar en: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27273&Itemid=270&lang=es.

Servicios de salud preventiva

93. Los datos disponibles para el período 2011-2015 muestran que los países de la Región tienen niveles altos de desigualdad y diversos niveles de utilización de los servicios de salud preventiva. En Perú, 21% de la población había tenido al menos una consulta preventiva anual en el 2015 o el año más reciente, en comparación con 24% en Estados Unidos y Chile, 68% en Colombia y 76% en México. El porcentaje de hogares que notificaron obstáculos de acceso fue mayor en los hogares más pobres, particularmente en Perú (66%), seguido por Estados Unidos (37%), Colombia (29%), México (20%) y Chile (7%). Las disparidades se han reducido en la mayoría de los países, lo que indica mejoras en cuanto a la equidad.

Salud reproductiva

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

Política farmacéutica, capacidad regulatoria y uso de medicamentos

95. En el 2014, sólo 13 de 28 países tenían una política farmacéutica nacional (46%), mientras que 18 de los 35 países de la Región tenían una política nacional de sangre (51%). A fines del 2015, 10 países habían elaborado planes de desarrollo institucional para los medicamentos. Además, en colaboración con el Consejo de Desarrollo Humano y Social (COHSOD) se fortalecieron las políticas farmacéuticas en el Caribe. Las negociaciones de precios para los medicamentos de alto costo dieron lugar a reducciones significativas en el precio de los medicamentos para la infección por el VIH/sida y la hepatitis C.

Recursos humanos para la salud

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

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

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

Sistemas de información de salud e investigación en materia de salud

98. La Región ha realizado notables progresos en cuanto al fortalecimiento de los sistemas de información de salud, la adopción de nuevas tecnologías y estrategias de investigación y obtención de evidencia, y la incorporación de la ética en la investigación en materia de salud. Los países han reconocido que los sistemas de información para salud son fundamentales y están trabajando para fortalecer sus capacidades en esta área a fin de brindar un mejor apoyo a la formulación de políticas y toma de decisiones a medida que avanzan hacia la salud universal y la ejecución de medidas de acuerdo con los compromisos establecidos en los ODS.

Capacidad de respuesta a emergencias y desastres

99. En la Región de las Américas, entre el 2010 y el 2016 se presentaron 803 desastres (21% de todos los ocurridos en el mundo), con 861.232 heridos y 146.578 muertos. El costo económico de estos desastres se ha estimado que asciende a \$361.000 millones, lo que representa 35,5% del costo total de los daños a escala mundial. Los terremotos registrados en Haití y Chile en el 2010 y en Ecuador en el 2016 generaron daños considerables en el sector de la salud.

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

V. OBJETIVOS Y METAS

101. A fin de lograr su visión del grado máximo de salud posible con equidad y bienestar para toda la población de la Región en los próximos 13 años, en la ASSA2030 se establecen los siguientes objetivos y metas interrelacionados. Estos objetivos están en consonancia con los principios, la visión y la finalidad previamente mencionados.

- Objetivo 1: Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, integrados y de calidad, centrados en la persona, la familia y la comunidad, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.
- Objetivo 2: Fortalecer la rectoría y gobernanza de la autoridad nacional de salud, a la vez que se promueve la participación social.
- Objetivo 3: Fortalecer la gestión y el desarrollo de los recursos humanos para la salud¹⁷ con competencias para el abordaje integral de la salud.
- Objetivo 4: Alcanzar el financiamiento adecuado y sostenible de la salud, con equidad y eficiencia, y asegurar la protección contra los riesgos financieros para todas las personas y sus familias.¹⁸
- Objetivo 5: Asegurar el acceso a medicamentos esenciales y vacunas, al igual que a otras tecnologías sanitarias.
- Objetivo 6: Fortalecer los sistemas de información para la salud a fin de apoyar la formulación de políticas y la toma de decisiones basadas en la evidencia.
- Objetivo 7: Desarrollar capacidades para la generación, la transferencia y el uso del conocimiento y la tecnología en materia de salud, promoviendo la investigación e innovación.
- Objetivo 8: Fortalecer la capacidad nacional y regional de preparación, prevención, detección, vigilancia y respuesta a los brotes de enfermedades y las emergencias y los desastres que afectan la salud.
- Objetivo 9: Reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad por enfermedades no transmisibles, traumatismos, violencia y trastornos de salud mental.
- Objetivo 10: Reducir la carga de las enfermedades transmisibles y eliminar las enfermedades desatendidas.
- Objetivo 11: Reducir las desigualdades e inequidades en torno a la salud por medio de enfoques intersectoriales, multisectoriales, regionales y subregionales de los determinantes sociales y ambientales de la salud.

¹⁷ Incluye la gestión del talento humano.

¹⁸ En consonancia con el la meta 8 del ODS 3 y una de las líneas estratégicas de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (documento CD53/5, Rev. 2): Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios.

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

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

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

Cuadro 3. Objetivos, alcance y metas de la ASSA2030

<p>Objetivo 1: Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, integrados y de calidad, centrados en la persona, la familia y la comunidad, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades</p>
<p>Alcance: En consonancia con el compromiso de los Estados Miembros con el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, el logro de este objetivo requiere fortalecer o transformar la organización y gestión de los servicios de salud por medio del desarrollo de modelos de atención centrados en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ejecución de las estrategias para lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud; • prestación de servicios de salud integrales según el perfil demográfico, epidemiológico y cultural de la población, con la debida atención a las necesidades diferenciadas e insatisfechas de todas las personas y las necesidades específicas de los grupos en condiciones de vulnerabilidad; • implementación de modelos de atención, incluidas la organización y la gestión de los servicios de salud, por nivel de complejidad y sobre la base de las necesidades de la población, mediante una mayor capacidad resolutive del primer nivel de atención y de redes integradas de servicios de salud; • aseguramiento de la calidad de la atención y mejora del desempeño de los servicios de salud (por ejemplo, reducción de los tiempos de espera); • promoción de la salud y el bienestar a lo largo del curso de la vida para prevenir las enfermedades y reducir la mortalidad, discapacidad y morbilidad; • empoderamiento de las personas y comunidades para que puedan tomar decisiones fundamentadas.

Metas para el año 2030:

- a) La Región habrá reducido al menos en 50% la tasa regional de mortalidad por causas evitables mediante la atención de salud (actualización de la meta de impacto 4.1 del Plan Estratégico de la OPS).¹⁹
- b) La Región habrá reducido la razón regional de mortalidad materna a menos de 27 por 100.000 nacidos vivos en todos los grupos de población con mayor riesgo de muerte materna (incluidas las adolescentes, las mujeres de edad avanzada, las mujeres indígenas, afrodescendientes y romaníes, y las mujeres de zonas rurales) (adaptación de la meta 3.1 de los ODS).
- c) La Región habrá reducido la mortalidad neonatal a menos de 10 por 1.000 nacidos vivos en todos los grupos poblacionales, incluidos los de mayor riesgo (como los grupos indígenas, afrodescendientes y romaníes y las poblaciones rurales), y la mortalidad en menores de 5 años a menos de 14 por 1.000 nacidos vivos (adaptado de la meta 3.2 de los ODS).
- d) Todos los países habrán incrementado la capacidad resolutive del primer nivel de atención de salud, medida como un 15% de reducción de las hospitalizaciones prevenibles con atención ambulatoria de calidad (actualización de la meta de resultado intermedio 4.2 del Plan Estratégico de la OPS).
- e) Todos los países habrán organizado los servicios de salud en redes integradas de prestación de servicios de salud con capacidad resolutive alta en el primer nivel de atención (actualización de la meta del resultado intermedio 4.2 del Plan Estratégico de la OPS).

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

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

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

¹⁹ Esta tasa se utiliza como un indicador de calidad y como resultado intermedio del sistema de salud.

Metas para el año 2030:

- a) Todos los países habrán alcanzado el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (adaptación de la meta 3.8 de los ODS).
- b) Todos los países ejercerán las funciones esenciales de salud pública de acuerdo con los estándares establecidos (marco de funciones esenciales de salud pública de la OPS).²⁰
- c) Todos los países tendrán sistemas de rendición de cuentas que incluyan estructuras de gobernanza, normas y procesos para la organización del sistema de salud y mecanismos para la supervisión independiente, el seguimiento y la evaluación (fuente: a ser confirmada).
- d) Todos los países habrán puesto en marcha mecanismos para la regulación de la prestación de servicios y las funciones de financiamiento de la salud del sistema de salud (fuente: a ser confirmada).
- e) Todos los países emplearán mecanismos formales para viabilizar la participación ciudadana en la elaboración de las políticas de salud (adaptación de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* de la OPS y el *Plan de acción sobre la salud en todas las políticas* de la OPS).

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

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

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

²⁰ Nota: el modelo de las funciones esenciales de salud pública de la OPS está siendo actualizado y se proporcionarán nuevas mediciones y estándares cuando el modelo actualizado esté disponible.

Metas para el año 2030:

- a) Todos los países contarán con disponibilidad adecuada de personal de salud²¹ (44,5 trabajadores de salud por 10.000 habitantes) que esté calificado, sea culturalmente apropiado y esté bien regulado y distribuido (adaptación de la meta 3.c de los ODS y de la meta del resultado intermedio 4.5 del Plan Estratégico de la OPS).
- b) Todos los países tendrán políticas de recursos humanos para la salud y mecanismos de colaboración y coordinación intersectoriales entre el sector de la salud, la educación y otros para abordar las necesidades del sistema de salud (proyecto de estrategia regional de la OPS sobre los recursos humanos para el acceso universal a la salud).
- c) Todos los países habrán regulado la calidad de la formación de los profesionales de salud por medio de sistemas de evaluación y acreditación de instituciones de formación y programas de grado²² (proyecto de estrategia regional de la OPS sobre los recursos humanos para el acceso universal a la salud).

Objetivo 4: Alcanzar el financiamiento adecuado y sostenible de la salud, con equidad y eficiencia, y asegurar la protección contra los riesgos financieros para todas las personas y sus familias²³

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

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

²¹ La OMS define a los trabajadores de salud como aquellos comprometidos en acciones cuya intención primaria es la salud y recopila datos sobre la base de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones, excluidos algunos grupos con competencias menores (por ejemplo, trabajadores de atención personal).

²² Las normas deberían priorizar el conocimiento científico y técnico, conjuntamente con criterios de competencia social de los graduados y el desarrollo de programas de aprendizaje contextualizado.

²³ Está en consonancia con la meta 3.8 de los ODS y con los lineamientos de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (documento CD53/5, Rev. 2 [2014]): Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios).

Metas para el año 2030:

- a) Todos los países habrán reducido a la mitad el gasto de bolsillo destinado a la salud (adaptación de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*).
- b) Todos los países tendrán un gasto público destinado a la salud de por lo menos 6% del PBI²⁴ (actualización del resultado intermedio 4.1 del Plan Estratégico de la OPS).
- c) Todos los países habrán puesto en marcha políticas o estrategias para reducir la segmentación del sistema de financiamiento de la salud (*Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* de la OPS).
- d) Todos los países habrán puesto en marcha políticas o estrategias para desarrollar sistemas de compra y de pago a proveedores, que promuevan la eficiencia y equidad en la asignación de recursos estratégicos (*Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* de la OPS).

Objetivo 5: Asegurar el acceso a medicamentos esenciales y vacunas, al igual que a otras tecnologías sanitarias

Alcance: El logro de este objetivo requiere que haya acceso equitativo a medicamentos, vacunas y otras tecnologías sanitarias, que es esencial para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. La disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y asequibilidad de estas tecnologías sanitarias y su uso racional requiere los siguientes componentes:

- mejora del acceso a medicamentos seguros, de calidad, efectivos, eficientes y costo-efectivos y a otras tecnologías sanitarias;
- lista nacional de medicamentos esenciales y lista priorizada de tecnologías sanitarias;
- programa nacional de inmunización;
- compra pública de medicamentos y vacunas de alto costo;
- transparencia de los precios y del mercado, promoción de un entorno competitivo y de prácticas de compra eficientes, incluida la optimización de los mecanismos y fondos regionales;
- evaluación y gestión de las tecnologías sanitarias;
- desarrollo de medicamentos innovadores de acuerdo con las necesidades de salud pública.

Metas para el año 2030:

- a) Todos los países habrán asegurado el acceso a los medicamentos de la lista nacional de medicamentos esenciales y a las tecnologías sanitarias prioritarias, sin ningún pago en el punto de atención/servicio/dispensación (actualización de la meta del resultado intermedio 4.3 del Plan Estratégico de la OPS).
- b) Todos los países habrán alcanzado 95% de cobertura de la vacunación por medio de los programas nacionales de inmunización (actualización de la meta de resultado intermedio 1.5 del Plan Estratégico de la OPS).

²⁴ El gasto público destinado a la salud equivalente al 6% del PBI se utiliza como un punto de referencia útil en la mayoría de los casos y es una condición necesaria, aunque no suficiente, para reducir las inequidades e incrementar la protección financiera.

- c) Todos los países tendrán organismos regulatorios nacionales con una capacidad de nivel 3 en la herramienta mundial de evaluación comparativa.²⁵
- d) Todos los países aplicarán metodologías de evaluación de las tecnologías sanitarias (ETS) en la selección e incorporación de las tecnologías sanitarias en sus sistemas de salud (resolución CSP28.R9 de la OPS [2012]).
- e) Todos los países aplicarán requerimientos sobre la seguridad de la radiación en el sector de la salud sobre la base de las Normas Básicas Internacionales de Seguridad (resolución CSP28.R15 de la OPS [2012]).
- f) Todos los países habrán asegurado la autosuficiencia con respecto al abastecimiento de sangre segura y productos de sangre por medio de 100% de donaciones voluntarias no remuneradas (resolución CD53.R6 de la OPS [2014]).

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

Alcance: El propósito de este objetivo es mejorar los sistemas de información para la salud,²⁶ que son esenciales para mejorar el proceso de formulación de políticas y toma de decisiones, así como para la medición y el seguimiento de las desigualdades en la salud en la población, y el avance hacia el logro del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Es también importante contar con sistemas potentes e integrales de información para la salud a fin de fortalecer la función de liderazgo y rectoría de los Ministerios de Salud. Los elementos clave para estos sistemas son:

- evaluación del estado de los sistemas de información para la salud de los países, como un primer paso para determinar las brechas y las necesidades;
- gobernanza y gestión de datos;
- tecnologías de la información y la comunicación;
- gestión del conocimiento para la salud;
- desarrollo de capacidades nacionales de recursos humanos y de infraestructura para la gestión y el análisis de datos;
- sistemas de información para la salud que sean interoperables a nivel nacional.

²⁵ Una autoridad reguladora nacional competente y eficiente que debe mejorar el desempeño de determinadas funciones de regulación sanitaria recomendadas por la OPS/OMS para garantizar la eficacia, seguridad y calidad de los medicamentos. http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1615%3A2009-sistema-evaluacion-autoridades-reguladoras-nacionales-medicamentos&catid=1267%3Aquality-drug-regulation&Itemid=1179&lang=es.

²⁶ Los sistemas de información para la salud son un esfuerzo integrado para la convergencia de sistemas interconectados e interoperables de datos (incluidas las estadísticas vitales y de salud), información, conocimientos, procesos, normas, personas e instituciones, apoyados en tecnologías de la información y comunicación que interactúan (o ayudan) a generar, detectar, recolectar, procesar, almacenar y poner a disposición de manera pública y gratuita datos de calidad e información estratégica para la mejora del proceso de formulación de políticas y toma de decisiones en los sistemas públicos de salud.

Metas para el año 2030:

- a) Todos los países tendrán una política nacional sobre sistemas de información para la salud interoperables a fin de generar, detectar, recolectar, procesar, almacenar y poner a disposición de manera gratuita y pública datos de calidad e información estratégica para una mejor formulación de políticas y toma de decisiones en materia de salud pública (combinación de la meta 17.18 de los ODS y el proyecto de estrategia de la OPS sobre sistemas de información para la salud).²⁷
- b) Todos los países contarán con sistemas de información interoperables en funcionamiento para medir y monitorear el desempeño de los sistemas y servicios de salud, y avanzar hacia el logro de los objetivos de salud nacionales, regionales y mundiales (incluidos los ODS relacionados con la salud y con las desigualdades (proyecto de estrategia de la OPS sobre sistemas de información para la salud).

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

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

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

Metas para el año 2030:

- a) Todos los países habrán puesto en marcha políticas de investigación en salud y asignado 2% del presupuesto de salud a las investigaciones en materia de salud pública, vinculadas a sus políticas nacionales de salud (adaptación de la *Política de investigación para la salud* de la OPS).
- b) Todos los países tendrán capacidades institucionales, infraestructura, tecnología y recursos humanos calificados para la investigación en salud pública y su difusión, en

²⁷ En elaboración por parte de la Oficina Sanitaria Panamericana.

consonancia con la política nacional de salud (adaptación de la *Política de investigación para la salud* de la OPS).

- c) Todos los países habrán puesto en marcha políticas o planes sobre salud digital (*eHealth*) (fuente: a ser confirmada).

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

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

- desarrollo de la resiliencia y aplicación de un enfoque multisectorial para contribuir a la seguridad sanitaria y hacer frente al cambio climático;
- evaluación y capacidades básicas críticas para cumplir con el Reglamento Sanitario Internacional (RSI);
- capacidades a nivel nacional, subregional y regional para responder a desastres y emergencias causadas por cualquier tipo de amenaza;
- preparativos para emergencias y reducción del riesgo de desastres;
- fortalecimiento del sector de la salud en los países en situación de gran vulnerabilidad a emergencias y desastres;
- respuesta oportuna y apropiada a las emergencias de salud.

Metas para el año 2030:

- a) Todos los países habrán reducido el número de casos de muerte, discapacidad y enfermedad al igual que el número de personas afectadas por emergencias y desastres, enfocándose en la protección de las poblaciones pobres y vulnerables (combinación de la meta 11.5 de los ODS y de la meta de impacto 9 del Plan Estratégico de la OPS).
- b) Todos los países habrán fortalecido la resiliencia y adaptabilidad al clima y a otras amenazas para el sector de la salud mediante el reforzamiento de las funciones esenciales de salud pública (meta 13.1 de los ODS).
- c) Todos los países cumplirán con las capacidades básicas del RSI y las mantendrán (actualización de la meta del resultado intermedio 5.2 del Plan Estratégico de la OPS).
- d) Todos los países contarán con capacidad crítica para responder a cualquier tipo de emergencias o desastres (sistemas de alerta temprana, centros de operaciones de emergencia, comunicación de riesgos y hospitales seguros) (actualización de la meta del resultado intermedio 5.2 del Plan Estratégico de la OPS).

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

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

- enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, enfermedades respiratorias, enfermedad renal crónica;
- consumo de tabaco, consumo perjudicial de alcohol, alimentación poco saludable, consumo de sal, inactividad física y obesidad;
- discapacidades y rehabilitación;
- traumatismos causados por el tránsito;
- violencia
- trastornos de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas;
- nutrición.

Metas para el año 2030:

- a) La Región habrá reducido la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles en un tercio por medio de la prevención y el tratamiento, y al promover la salud mental y el bienestar (meta 3.4 de los ODS).
- b) Todos los países aplicarán el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco, en consonancia con su contexto nacional (adaptado de la meta 3.a de los ODS).
- c) Todos los países habrán promovido el acceso equitativo a servicios asequibles de habilitación y rehabilitación, incluidas las tecnologías auxiliares, los servicios de asistencia y apoyo, y la rehabilitación basada en la comunidad para todos aquellos que los necesiten (adaptación del *Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación* de la OPS para el período 2014-2019).
- d) Todos los países habrán reducido significativamente todas las formas de violencia y las tasas de mortalidad relacionadas en un 5% (meta 16.1 de los ODS).
- e) La Región habrán reducido en dos tercios el número de muertes causadas por el tránsito (adaptación de la meta 3.6 de los ODS).
- f) La Región habrá incrementado significativamente el acceso universal a servicios de salud mental, incluida la promoción del bienestar emocional y sus condiciones favorables, la prevención de problemas psicosociales y trastornos mentales, y la recuperación mental en todas las etapas de la vida, con un enfoque de género, intercultural y comunitario; la atención de la salud mental estará integrada en la atención primaria (adaptación del *Plan de acción sobre la salud mental* de la OPS).
- g) Todos los países habrán eliminado todas las formas de malnutrición, incluido el logro para el año 2025 de las metas acordadas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y emaciación en menores de 5 años, y habrán detenido para el año 2020 el aumento de la diabetes y la obesidad en todos los grupos etarios (adaptación de la meta

2.2 de los ODS y de la meta 7 del *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles* de la OPS).

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

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

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

Metas para el año 2030:

- a) Todos los países habrán puesto fin a las epidemias del sida, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas, y combatido las hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles (meta 3.3 de los ODS).
- b) Todos los países habrán detenido la transmisión de las hepatitis virales y acelerado la reducción de las infecciones crónicas y las muertes por hepatitis a fin de eliminar las hepatitis virales como problema importante de salud pública en la Región de las Américas (adaptación de la *Estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis víricas, 2016-2021* de la OMS).
- c) La Región habrá eliminado la tuberculosis (adaptación del *Plan de acción para la prevención y el control de la tuberculosis* de la OPS).
- d) La Región habrá eliminado la transmisión local de la malaria en los Estados Miembros y evitado el posible restablecimiento de la enfermedad (adaptación del *Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016-2020* de la OPS).
- e) Todos los países habrán eliminado las enfermedades infecciosas desatendidas (EID) como problema de salud pública (adaptación del *Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022* de la OPS).
- f) Todos los países tendrán la capacidad necesaria para tratar y prevenir las enfermedades infecciosas, incluido el uso responsable y racional de fármacos seguros, efectivos, accesibles y asequibles de calidad (adaptación del *Plan de acción sobre la resistencia a*

los antimicrobianos de la OPS).

- g) Todos los países tendrán la capacidad de mitigar los riesgos con respecto a la inocuidad de los alimentos (meta 1.7 de los ODS).

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

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

- fortalecimiento de la capacidad de los países para medir, monitorear y analizar las desigualdades de salud;
- aplicación de la estrategia de salud en todas las políticas para la acción intersectorial a fin de abordar los determinantes sociales y ambientales de la salud;
- promoción de entornos saludables para mejorar la salud y el bienestar, reducir las muertes prevenibles y la carga de las enfermedades a lo largo del curso de la vida.

Metas para el año 2030:

- a) Todos los países mostrarán una marcada reducción en las brechas de la inequidad en la salud, medida mediante cualquiera de los siguientes estratificadores de equidad: lugar de residencia (urbano/rural), raza o etnia, ocupación, género, educación o situación socioeconómica, utilizando mediciones simples de la desigualdad (brecha absoluta y relativa) (*Manual para el monitoreo de las desigualdades en salud* de la OPS/OMS).
- b) Todos los países habrán reducido sustancialmente el número de muertes y enfermedades causadas por sustancias químicas peligrosas y la contaminación del aire, el agua y el suelo (meta 3.9 de los ODS).
- c) Todos los países habrán reducido significativamente las desigualdades relacionadas con la calidad del agua y el saneamiento al haber avanzado en el acceso a servicios de agua y saneamiento gestionados de manera segura (metas 6.1 y 6.2 de los ODS).
- d) Todos los países tendrán políticas que incorporen la movilización y migración seguras y saludables de las personas (meta 10.7 de los ODS).
- e) Todos los países protegerán los derechos laborales y promoverán un entorno de trabajo seguro y sin riesgos para todos los trabajadores, incluidos los trabajadores migrantes, en particular las mujeres migrantes y las personas con empleos precarios (meta 8.8 de los ODS).

VI. EJECUCIÓN, SEGUIMIENTO, EVALUACIÓN Y PRESENTACIÓN DE INFORMES

105. De conformidad con los compromisos expuestos anteriormente, los Estados Miembros de la Región de las Américas se comprometen a aplicar esta Agenda e informar al respecto. Estas tareas se realizarán mediante esfuerzos de colaboración con la Oficina Sanitaria Panamericana y otros asociados a nivel nacional, subregional y regional.

Ejecución

106. La Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 contará con los planes estratégicos de la OPS, así como con los planes nacionales y subregionales, como el medio principal para su ejecución, seguimiento y evaluación. Al mismo tiempo, se debe involucrar a múltiples actores para alcanzar los ambiciosos objetivos y metas aquí establecidos. En la siguiente matriz se ilustran los principales actores y asociados, y los principales mecanismos de colaboración en los distintos niveles.

Nivel	Asociados en el ámbito de la salud	Mecanismos principales para la colaboración
Nacional	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud (con el apoyo de la representación de la OPS), ministerios de sectores contribuyentes (educación, medioambiente, agricultura y ganadería, etc.), ONG nacionales y organizaciones de la sociedad civil, organismos de cooperación internacional, sector académico, sector privado. 	<ul style="list-style-type: none"> Mecanismos nacionales y subnacionales de coordinación
Subregional	<ul style="list-style-type: none"> Mecanismos subregionales de integración (por ejemplo, CARICOM, SICA, UNASUR) y, cuando proceda, sus entidades centradas en la salud (por ejemplo, CARPHA, ISAAGS, COMISCA), mecanismos subregionales para sectores contribuyentes (por ejemplo, RIMSA, FOCARD), oficinas subregionales de la OPS. 	<ul style="list-style-type: none"> Reuniones subregionales de integración y foros afines
Regional	<ul style="list-style-type: none"> Ministerios de Salud, redes de epidemiología, estadística y planificación, y de oficinas de relaciones internacionales (ORIS), Cuerpos Directivos y centros de referencia de la OPS, Grupo de Desarrollo de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe (UNDG 	<ul style="list-style-type: none"> Cumbre de las Américas y otras reuniones y conferencias relevantes de la OEA, Reuniones de los Cuerpos Directivos de la OPS, Foro de los Países de

	ALC), <ul style="list-style-type: none"> • Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), • Organización de los Estados Americanos (OEA), • Banco Mundial (sector de América Latina y el Caribe), • Banco Interamericano de Desarrollo (BID), • organismos internacionales bilaterales (CIDA Canadá, USAID, SEGIB, etc.). 	América Latina y el Caribe sobre el Desarrollo Sostenible (CEPAL), <ul style="list-style-type: none"> • reuniones de UNDG ALC (PNUD), • otros foros regionales sobre el desarrollo relevantes para la salud.
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

108. Los países de la Región de las Américas han acordado varios **enfoques estratégicos** clave para aplicar esta Agenda, que se indican en los párrafos a continuación.

- a) **Responsabilidad nacional por los resultados.** Los Ministerios de Salud liderarán el proceso de establecimiento de objetivos y metas nacionales que contribuirán al logro regional colectivo de esta Agenda. Los ministerios también trabajarán para elevar el perfil de las prioridades de salud establecidas en esta Agenda y sus planes nacionales de salud, promoviendo acciones a nivel presidencial y por medio de los órganos legislativos.
- b) **Promoción de la causa y coordinación multisectoriales.** Los Ministros de Salud de la Región reconocen que, al igual que en el caso de los ODS, el logro de los objetivos de esta Agenda requerirá una acción concertada más allá del sector de la salud. Por lo tanto, se comprometen a trabajar con todos los sectores relevantes para el desarrollo social, tanto a nivel nacional como internacional. Esta función de promoción abarca no sólo abordar los determinantes sociales y económicos de la salud, sino también demostrar a otros sectores las ventajas que el desarrollo de la salud les aporta, especialmente por el aumento de la productividad económica y la reducción del gasto en el tratamiento. Las enseñanzas obtenidas del enfoque de la salud en todas las políticas y de la labor de promoción de la causa en torno a los determinantes de la salud pueden proporcionar valiosas ideas para los países que buscan lograr buenos resultados en el trabajo multisectorial.
- c) **Coordinación y cooperación interinstitucionales a escala nacional.** La situación varía mucho en los distritos de los países de la Región, pero los que reciben un apoyo internacional significativo cuentan con mecanismos de

coordinación que reúnen a todos los organismos internacionales que trabajan en el desarrollo y, con frecuencia, a aquellos que trabajan en el desarrollo de la salud. Es fundamental que las autoridades nacionales lideren estos mecanismos.

- d) **Cooperación Sur-Sur para el desarrollo de la salud.** Todos los países de la Región tienen conocimientos y experiencia que es importante compartir, y todos los países pueden beneficiarse de la ayuda de sus compañeros. Con el apoyo de la Oficina Sanitaria Panamericana, las autoridades de salud de la Región aprovecharán esta oportunidad a medida que busquen formas innovadoras de mejorar la salud de sus poblaciones.
- e) **Coordinación interinstitucional a escala regional.** La OPS coordinará activamente con el Foro de los Países de América Latina y el Caribe sobre el Desarrollo Sostenible,²⁸ el mecanismo regional de seguimiento de la aplicación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, incluidos los ODS, sus medios de implementación y la Agenda de Acción de Addis Abeba sobre el financiamiento para el desarrollo, a fin de contribuir con la información sanitaria regional pertinente para el seguimiento y la evaluación de la Agenda 2030.
- f) **Comunicación estratégica.** Para asegurar la adopción y la ejecución de esta Agenda, se necesitará una comunicación activa por parte de las autoridades nacionales, con el apoyo de la Oficina Sanitaria Panamericana. Para cada uno de estos objetivos, estrategias coherentes de comunicación a nivel nacional, subregional y regional ayudarán a avanzar la Agenda en general, vinculando las políticas públicas con los avances específicos en torno a la salud, documentando el progreso a cada paso y comunicando el papel esencial y los beneficios específicos de la Agenda para lograr los niveles más altos de salud y bienestar para todas las personas de la Región.

Seguimiento, evaluación y presentación de informes

109. El compromiso de los Estados Miembros, la OPS y los asociados contribuyentes es fundamental para la rendición de cuentas sobre la ejecución de esta Agenda. Esto requiere la creación o el fortalecimiento de mecanismos conjuntos de seguimiento y evaluación.

110. Los objetivos y las metas definidos en la ASSA2030 se convertirán en componentes integrales para la planificación sanitaria a nivel regional, subregional y nacional, y guiarán el establecimiento de indicadores específicos que servirán de punto de referencia para hacer el seguimiento y evaluar el progreso hacia el cumplimiento de los objetivos de la ASSA2030.

²⁸ Comisión Económica para América Latina y el Caribe: trigésimo sexto período de sesiones de la CEPAL, 2016. <http://periododesesiones.cepal.org/36/es/noticias/crean-foro-paises-america-latina-caribe-desarrollo-sostenible>.

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

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

113. El seguimiento y la evaluación de la ASSA2030 se armonizarán con los mecanismos existentes de seguimiento y presentación de informes. Se harán esfuerzos para fortalecer e integrar los sistemas de información a fin de facilitar la medición y el seguimiento de las metas de la ASSA2030 junto con otros indicadores de salud. Se fortalecerá la colaboración con los organismos de las Naciones Unidas, en particular el Grupo Interinstitucional y de Expertos sobre Indicadores de los ODS y la CEPAL, a fin de optimizar el uso de las plataformas existentes para el seguimiento del ODS 3 y de los indicadores relacionados con la salud (véase el anexo A).

114. De manera similar, a nivel subregional y nacional, se espera que las entidades subregionales y los Estados Miembros adopten y adapten los objetivos y las metas de la ASSA2030 para su ejecución, seguimiento, evaluación y presentación de informes. Los sistemas nacionales de información deberían permitir la medición y la presentación de informes con respecto a los objetivos establecidos en la Agenda.

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

Anexos

Anexo A: Metas e indicadores del ODS3

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

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

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

¹ Informe del Grupo Interinstitucional y de Expertos sobre los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible:

<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N16/442/01/PDF/N1644201.pdf?OpenElement>

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

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

Anexo B: Agradecimientos

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

País	Participantes/Contribuidores
Antigua y Barbuda	Rhonda Sealy-Thomas Jefa Médica, Ministerio de Salud
Argentina	Miguela Pico Subsecretaria de Relaciones Institucionales del Ministerio de Salud de la Nación Agustín Ingratta Dirección Nacional Ministerio de Salud de la Nación
Barbados	John Boyce Ministro de Salud Joy St. John Jefa Médica Reeshemah Cheltenham-Niles Planificadora de Salud
Brasil	Fábio Rocha Frederico Asesor Especial, Relaciones Internacionales Sanitarias Indiara Meira Gonçalves Especialista, Relaciones Internacionales Sanitarias
Chile	Matilde Maddaleno Directora de las Relaciones Internacionales Sanitarias Odette Urrutia Profesional, Departamento de Estrategia Nacional de Salud, División de Planificación Sanitaria
Costa Rica	Rosibel Vargas Gamboa Directora, Planificación y Desarrollo Institucional, Ministerio de Salud
Ecuador	Verónica Espinosa Ministra de Salud Pública Fernando Cornejo Vice Ministro de Gobernanza, Ministerio de Salud Pública Peter Skerrett Director, Cooperación Nacional e Internacional en Salud Camila Pérez Analista, Cooperación Nacional e Internacional en Salud

	<p>Patricia Gonzalez Analista, Cooperación Nacional e Internacional en Salud</p> <p>Cristina Fabara Coordinadora General de Planificación, Ministerio de Salud Pública</p> <p>Jimena Troya Asesora, Política y Gobernanza de Salud</p> <p>Jakeline Calle Subsecretaria de Vigilancia, Ministerio de Salud Pública</p> <p>María Belén Morán Subsecretaria de la Vigilancia de Salud Pública</p>
El Salvador	<p>Marina Estela Avalos López Directora de Planificación, Ministerio de Salud</p>
Estados Unidos de América	<p>Cristina Rabadan-Diehl Directora de la Oficina de las Américas, Asuntos Globales, Departamento de Salud y Servicios Humanos</p> <p>Allison O'Donnell Oficial de la Salud Global</p>
Honduras	<p>Janethe Aguilar Directora de Planificación y Evaluación de la Gestión, Secretaría de Salud</p>
México	<p>Luis Adrián Ortiz Blas Director Adjunto de la Política y Cooperación Internacional, Secretaría de Salud</p> <p>Martha Caballero Directora de Cooperación Bilateral y Regional, Departamento de Relaciones Internacionales Sanitarias</p>
Nicaragua	<p>Alejandro Solís Martínez Director de Planificación, Ministerio de Salud</p>
Panamá	<p>Miguel Antonio Mayo Di Bello Ministro de Salud</p> <p>Reina Roa Directora de Planificación, Ministerio de Salud</p> <p>Natasha Dormoi Director Relaciones Internacionales, Ministerio de Salud</p> <p>Iritzel Santamaría Directora Adjunta de Planificación, Ministerio de Salud</p>
Paraguay	<p>María Antonieta Gamarra Mir Directora de las Relaciones Internacionales Sanitarias</p>

	<p>Patricia A. Giménez León Directora General de Planificación y Evaluación, Ministerio de Salud</p>
Perú	<p>Sofía del Pilar Velásquez Portocarrero Asesora, Oficina del Vice Ministro de Salud Pública</p>
Uruguay	<p>Gilberto Ríos Director de las Relaciones Internacionales Sanitarias</p>
Oficina Sanitaria Panamericana	<p>Carissa F. Etienne, Directora</p> <p>Dean Chambliss, Rony Maza, Victor Cuba y Travis High, Departamento de Planificación y Presupuesto</p> <p>Gina Tambini y Patricia Alvarado, Representación de la OPS/OMS en Ecuador</p> <p>Gerardo De Cosio, José Escamilla y Antonio Sanhueza, Unidad de Información y Análisis de Salud</p> <p>Kira Fortune, Agnes Soares y Daniel Buss, Programa Especial sobre Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud</p> <p>James Fitzgerald, Amalia Del Riego, Fernando Menezes, Analía Porras y Candelaria Araoz, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud</p> <p>Luis Andres De Francisco y Anna Coates, Departamento de Familia, Género y Curso de Vida</p> <p>Anselm Hennis y Raphael Dambo, Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental</p> <p>Marcos Espinal y Luis Gerardo Castellanos, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud</p> <p>Ciro Ugarte y Nicole Wynter, Departamento de Emergencias de Salud</p> <p>Francisco Becerra, Luis Gabriel Cuervo y David Novillo, Oficina de Gestión del Conocimiento, Bioética e Investigación</p> <p>Teofilo Monteiro, Equipo de Agua y Saneamiento</p> <p>Kevin Cook, Departamento de Comunicaciones</p> <p>Gabriel Listovsky, Coordinador, Campus Virtual para la Salud Pública de la OPS</p> <p>Todos los equipos de la OPS de las Oficinas de País, del nivel subregional y regional que contribuyeron a la elaboración de esta Agenda desde sus comienzos en el 2016.</p>

Y a los equipos de los Ministerios de Salud, que han proporcionado un apoyo inestimable a la elaboración de esta Agenda.
