

29.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

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

Washington, D.C., EUA, del 25 al 29 de septiembre del 2017

Punto 8.7 del orden del día provisional

CSP29/INF/7
23 de agosto del 2017
Original: español/inglés*

INFORMES DE PROGRESO SOBRE ASUNTOS TÉCNICOS

CONTENIDO

A.	Plan de acción sobre la salud en todas las políticas: informe de progreso	2
B.	La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de centroamérica: informe de progreso	10
C.	Plan de acción para el acceso universal a sangre segura: examen de mitad de período	15
D.	Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans: informe de progreso.....	25
E.	La salud y los derechos humanos: informe de progreso	34
F.	Plan de acción sobre inmunización: examen de mitad de período	40
G.	Estrategia y plan de acción sobre la epilepsia: examen de mitad de período	52
H.	Plan de acción sobre salud mental: examen de mitad de período	60
I.	Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación: examen de mitad de período	67
J.	Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria: examen de mitad de período	74
K.	La cooperación para el desarrollo sanitario en las américas: informe de progreso	79
L.	Examen del cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los estados miembros: informe de progreso.....	84
M.	Situación de los centros panamericanos	89

* Original en inglés: secciones A, D, F, L y M. Original en español: secciones B, C, E, G, H, I, J y K

A. PLAN DE ACCIÓN SOBRE LA SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS: INFORME DE PROGRESO

Antecedentes

1. El enfoque de la salud en todas las políticas es un elemento que facilita el logro de la equidad en la salud y una estrategia colaborativa usada para incorporar, de una manera más decisiva y eficaz, las consideraciones relativas a la salud en la toma de decisiones de los distintos sectores y áreas de políticas. El plan de acción regional concuerda con el espíritu de la Declaración de Alma-Ata de 1978 (1), la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud de 1986 (2), la Declaración Política de Rio sobre determinantes sociales de la salud del 2011 (3), y el marco interdependiente y multisectorial de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. El enfoque de la salud en todas las políticas promueve medidas integrales e intersectoriales para abordar los determinantes sociales, económicos, ambientales y políticos subyacentes que inciden en la salud de la población.

2. En el *Plan de acción sobre la salud en todas las políticas*, adoptado en septiembre del 2014 por el 53.º Consejo Directivo de la OPS (resolución CD53.R2 y documento CD53/10) (4, 5), se establecen metas y objetivos específicos para el quinquenio del 2014 al 2019. Este plan de acción está en consonancia con el documento *Health in All Policies Framework for Country Action* [marco mundial de acción a nivel de país sobre la salud en todas las políticas] de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (6). El presente informe, en el cual se resume el progreso en la ejecución del plan de acción regional sobre la salud en todas las políticas, se basa en los datos y las mejores prácticas regionales documentadas por los Estados Miembros, y en los talleres de capacitación y las consultas realizadas a interesados directos tanto dentro de la Región de las Américas como fuera de ella.

Actualización sobre el progreso alcanzado

3. La Región de las Américas es la primera región de la OMS que adopta un plan de acción regional sobre la salud en todas las políticas. Formulado por la OPS con aportes sustanciales de los Estados Miembros y de expertos regionales y mundiales, este plan de acción marca un hito significativo en la aceptación mundial del enfoque de la salud en todas las políticas como una manera de promover medidas colectivas y coordinadas en el ámbito de la salud. En el plan de acción se determinan seis líneas estratégicas de acción: *a)* establecer las necesidades y prioridades para lograr la salud en todas las políticas; *b)* establecer el marco para la acción planificada; *c)* definir las estructuras y los procesos complementarios; *d)* facilitar la evaluación y la participación; *e)* garantizar el seguimiento, la evaluación y la presentación de informes; y *f)* fortalecer la capacidad.

4. De acuerdo con lo solicitado por los Estados Miembros, la OPS convocó una reunión de consulta de expertos que tuvo lugar en Washington, D.C., en marzo del 2015 a fin de definir los pasos concretos para llevar a la práctica el enfoque de la salud en todas

las políticas en la Región de las Américas. Los resultados principales de esa consulta fueron una hoja de ruta para el plan de acción sobre la salud en todas las políticas, conforme con el plan de acción regional correspondiente (7); el libro blanco *Salud en todas las políticas: del plano local al plano mundial*, en el que se presentan opciones y oportunidades basadas en la evidencia para que los gobiernos locales elaboren y pongan en práctica el enfoque en cuestión (8); y el *Plan of Action on Health in All Policies: Validation of Implementation Indicators* [plan de acción sobre salud en todas las políticas: validación de los indicadores] (9), en el que se presenta un análisis de los doce indicadores del plan de acción regional con miras a facilitar su aplicación.

5. En mayo del 2015 se estableció el Grupo de Estudio y Grupo de Trabajo de la OPS sobre la salud en todas las políticas y los Objetivos de Desarrollo Sostenible con el objetivo de definir y optimizar las prioridades estratégicas para impulsar la participación de otros sectores en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). El grupo ha producido una serie de documentos de orientación sobre la armonización de la agenda de la salud en todas las políticas y la agenda de los ODS, entre los que figuran una nota conceptual (10) y una nota de referencia (11). Las prácticas multisectoriales eficaces han quedado documentadas en la publicación *Impulsar el enfoque de la salud en todas las políticas en las Américas: ¿Cuál es la función del sector de la salud?* (12) y *Salud en todas las políticas: estudios de caso de la Región de las Américas* (13), así como en una plataforma en línea en la cual 16 países han presentado experiencias (14).

6. Usando como guía el manual de capacitación de la OMS sobre la salud en todas las políticas, en los años 2015 y 2016, se ofrecieron en Brasil, Chile, México y Suriname cuatro cursos de capacitación sobre este tema a participantes de toda la Región. Un total de 16 países participaron en estos cursos. Luego de llevar a cabo la etapa inicial de fortalecimiento de la capacidad a nivel regional, en febrero del 2017 se realizó una reunión sobre la evaluación estratégica del fortalecimiento de la capacidad en cuanto al enfoque de la salud en todas las políticas en la Región de las Américas, en la que se formuló un plan de trabajo a dos años (15).

7. En el cuadro que se muestra a continuación se presenta el progreso logrado con respecto a los indicadores y las metas del plan de acción.

Progreso hacia los objetivos y las metas del plan de acción

Objetivo	Indicador y meta	Progreso
<p>1.1 Evaluar las posibles repercusiones de las políticas públicas sobre la salud de las personas, la equidad en materia de salud y los sistemas de salud, y asegurar que los responsables de la formulación de políticas sean conscientes y comprendan las posibles repercusiones de las políticas sobre la salud.</p>	<p>1.1.1 Número de países que han establecido redes nacionales o regionales de grupos de trabajo y grupos de interés multisectoriales para evaluar las repercusiones de las políticas gubernamentales sobre la salud y la equidad en salud.</p> <p>Línea de base (2014): 6 Meta (2019): 18</p>	<p>En la consulta de expertos convocada por la OPS se sentaron las bases para formar redes nacionales y regionales con el fin de intercambiar experiencias en la ejecución del enfoque sobre la salud en todas las políticas. Además, en los cursos subregionales de capacitación sobre este tema se establecieron formalmente redes en 16 países, las cuales están ahora en pleno funcionamiento.</p>
	<p>1.1.2 Número de países y territorios que están ejecutando el <i>Health in All Policies Framework for Country Action</i> [marco de salud en todas las políticas para la acción en los países].</p> <p>Línea de base (2014): 6 Meta (2019): 18</p>	<p>En el 2015, 6 países estaban aplicando este marco. Se prevé que para fines del 2017 otros 16 países se habrán sumado a esa lista.</p>
<p>2.1 Promover el diálogo sobre las políticas e implantar políticas nacionales basadas en la información, el análisis y la evidencia requeridas para aplicar, monitorear y evaluar el enfoque de la salud en todas las políticas.</p>	<p>2.1.1 Número de países y territorios que han ejecutado políticas que abordan al menos dos determinantes prioritarios de la salud en las poblaciones objetivo.</p> <p>Línea de base (2014): 6 Meta (2019): 27</p>	<p>En el 2015, 9 países habían ejecutado políticas con el fin de abordar al menos dos determinantes prioritarios de la salud en las poblaciones destinatarias. Se prevé que para fines del 2017 otros 18 países habrán aplicado políticas similares.</p>
	<p>2.1.2 Número de países que, por lo menos una vez cada dos años, intercambian formalmente información y mejores prácticas acerca de políticas que abordan las inequidades en materia de salud y la salud en todas las políticas.</p> <p>Línea de base (2014): 6 Meta (2019): 27</p>	<p>En la plataforma en línea de la OPS sobre la salud en todas las políticas se han documentado 30 experiencias y prácticas adecuadas de 16 países (14). Esta plataforma tiene como objetivo brindar orientación y apoyo al intercambiar experiencias de toda la Región por medio de las cuales se demuestre que el enfoque de la salud en todas las políticas depende de cada contexto.</p>

Objetivo	Indicador y meta	Progreso
<p>2.2 Generar un perfil nacional de la equidad en materia de salud haciendo hincapié en la evaluación de los determinantes de la salud.</p>	<p>2.2.1 Número de países y territorios que producen perfiles de equidad que abordan al menos dos determinantes prioritarios de la salud a nivel nacional o subnacional.</p> <p>Línea de base (2014): 1 Meta (2019): 18</p>	<p>En el 2015, 9 países tenían perfiles de equidad. Se prevé que para fines del 2017 otros 18 países se sumarán a esta lista. Para crear los perfiles se está usando un método específico basado en las directrices de la OMS sobre el monitoreo de las desigualdades en materia de salud, así como la tercera recomendación de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.</p>
<p>3.1 Determinar un mecanismo específico mediante el cual el sector de la salud pueda participar, dentro del sector público y más allá de este, en el diálogo sobre políticas y en la aplicación del enfoque de la salud en todas las políticas.</p>	<p>3.1.1 Número de países y territorios con un mecanismo específico, como comités intersectoriales o evaluación del impacto en la salud, mediante el cual el sector de la salud puede actuar dentro del sector público y más allá de este.</p> <p>Línea de base (2014): 6 Meta (2019): 18</p>	<p>Otros 5 países han informado que han establecido mecanismos específicos para que el sector de la salud pueda colaborar con otros sectores, por lo que se prevé que se alcanzará la meta prevista para el 2019. Por otro lado, el Grupo de Estudio y Grupo de Trabajo sobre la salud en todas las políticas y los Objetivos de Desarrollo Sostenible ha creado varias herramientas para establecer mecanismos formales y comités intersectoriales a nivel nacional y hacerles seguimiento. Se prevé que estas herramientas permitirán obtener resultados con respecto a este objetivo en el tiempo que resta de este plan de acción.</p>
<p>3.2 Determinar las estructuras y los procesos de apoyo en la aplicación de la salud en todas las políticas, según corresponda, en los gobiernos nacionales y subnacionales mediante la inclusión de este enfoque en los planes de desarrollo.</p>	<p>3.2.1 Número de países que han identificado estructuras y procesos de apoyo para la aplicación de la salud en todas las políticas, según corresponda, en los gobiernos nacionales y subnacionales mediante la inclusión de la salud en todas las políticas en los planes de desarrollo, según sea apropiado.</p> <p>Línea de base (2014): 6 Meta (2019): 18</p>	<p>En el 2014, 6 países habían definido las estructuras y los procesos que favorecen la ejecución del enfoque de salud en todas las políticas a nivel nacional y local. Desde entonces, otros 5 países se han sumado a la lista.</p>
<p>3.3 Fortalecer los mecanismos de rendición de cuentas de tal forma que puedan aplicarse a diferentes sectores.</p>	<p>3.3.1 Número de países con mecanismos de rendición de cuentas que apoyan la participación de la sociedad civil y el libre acceso a la información.</p>	<p>Fuera de los países incluidos en la línea de base (Bolivia, Brasil, El Salvador, Paraguay), no hay información disponible sobre el progreso, dado que no hay ningún informe sobre los mecanismos de rendición de cuentas a nivel de país. Esta área debe</p>

Objetivo	Indicador y meta	Progreso
	Línea de base (2014): 4 Meta (2019): 12	fortalecerse en los próximos años.
<p>4.1 Aumentar la participación de la sociedad civil y las comunidades en la formulación de políticas y en el proceso de evaluación relacionado con la salud en todas las políticas a fin de reducir las inequidades en materia de salud.</p>	<p>4.1.1 Número de países y territorios que cuentan con mecanismos para hacer participar a las comunidades y la sociedad civil en el proceso de formulación de políticas en diversos sectores.</p> <p>Línea de base (2014): 9 Meta (2019): 18</p>	<p>Usando el enfoque de municipios, ciudades y comunidades saludables, 12 países se han comprometido a promover la participación de las comunidades y la sociedad civil en el proceso de formulación de políticas en los distintos sectores y han establecido mecanismos para tal fin, como quedó demostrado al firmarse la Declaración de Santiago de Chile (16).</p>
	<p>4.1.2 Número de países y territorios con estrategias específicas para incluir a quienes experimentan inequidades en los debates sobre políticas a nivel local, subnacional y nacional.</p> <p>Línea de base (2014): 10 Meta (2019): 22</p>	<p>Gracias a la elaboración de perfiles de equidad, 18 países han tenido la oportunidad de abordar las inequidades en los debates sobre políticas y aprovechar aún más en el enfoque de la salud en todas las políticas.</p>
<p>5.1 Establecer un sistema para determinar las repercusiones y los resultados del enfoque de la salud en todas las políticas con respecto a la salud y la equidad en materia de salud con el fin de evaluar las políticas y detectar y compartir las mejores prácticas.</p>	<p>5.1.1 Número de países y territorios que hacen seguimiento y evaluación, y presentan informes acerca del progreso hacia la introducción de la salud y la equidad en salud en la formulación y la ejecución de políticas gubernamentales.</p> <p>Línea de base (2014): 0 Meta (2019): 12</p>	<p>Seis países han publicado estudios de casos y experiencias a nivel de país en los que se destaca el progreso en la introducción de la salud y la equidad en salud en la formulación y la aplicación de las políticas del gobierno (13, 14).</p>
<p>6.1 Crear capacidad en la fuerza laboral en el sector de la salud y en otros sectores acerca del enfoque de la salud en todas las políticas y promover la aplicación de este</p>	<p>6.1.1 Número de países y territorios con instituciones reconocidas, como institutos nacionales de salud pública, universidades y centros colaboradores, que ofrecen cursos de capacitación sobre la aplicación y el</p>	<p>Tres países tienen institutos que ofrecen cursos de capacitación para el fortalecimiento de la capacidad en el ámbito de la salud en todas las políticas, entre los cuales se encuentran la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, Brasil), la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO, Chile) y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, México). En los años</p>

Objetivo	Indicador y meta	Progreso
enfoque entre estos grupos.	seguimiento del enfoque de la salud en todas las políticas y conceptos relacionados. Línea de base (2014): 0 Meta (2019): 8	2015 y 2016, estos asociados institucionales realizaron cuatro capacitaciones en el ámbito de la salud en todas las políticas en toda la Región. En total, hubo 180 participantes de 16 países.

Medidas necesarias para mejorar la situación

- a) Fortalecer aún más los sistemas de seguimiento para captar el impacto del enfoque de la salud en todas las políticas, en particular los cambios de distribución con respecto a los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en materia de salud, conforme a lo que recomienda la OMS.
- b) Que los Estados Miembros incrementen su capacidad para integrar las redes e instituciones de la salud en todas las políticas, así como otras redes regionales preexistentes, a fin de ampliar los canales a través de los cuales se difunde e intercambia información sobre este enfoque.
- c) Fortalecer la coordinación de las redes, en particular con respecto al gestión eficaz de las redes, la comunicación virtual y la formación en línea.
- d) Mantener el apoyo que la OPS brinda a los profesionales que se centran en el enfoque de la salud en todas las políticas y a los promotores de la causa, así como intensificar el fortalecimiento de la capacidad. Además de crear oportunidades para desarrollar aptitudes, compartir recursos especializados, intercambiar ideas y establecer redes a fin de incrementar el trabajo sistemático en los distintos sectores, el fortalecimiento de la capacidad fomenta un sentido de pertenencia regional con respecto al marco de la salud en todas las políticas y promueve la salud en el contexto de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

Intervención de la Conferencia Sanitaria Panamericana

8. Se invita a la Conferencia a que tome nota de este informe de progreso y formule las recomendaciones que considere pertinente.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata [Internet]. Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud; del 6 al 12 de septiembre de 1978; Alma-Ata, URSS. Ginebra: Suiza. Ginebra: OMS; 1978 [consultado el 2 de marzo del 2017]. Puede encontrarse en: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/.

2. Organización Panamericana de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud [Internet]. Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud; 21 de noviembre de 1986; Ottawa, Ontario (Canadá). Washington, DC: OPS; 1986 [consultado el 2 de marzo del 2017]. Puede encontrarse en: <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>.
3. Organización Mundial de la Salud. Declaración política de Rio sobre determinantes sociales de la salud [Internet]. Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud; del 19 al 21 de octubre del 2011; Rio de Janeiro, Brasil. Ginebra: OMS; 2011 [consultado el 2 de marzo del 2017]. Puede encontrarse en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/26450>.
4. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre la salud en todas las políticas [Internet]. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2014 (resolución CD53.R2) [consultado el 2 de marzo del 2017]. Puede encontrarse en: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27552&Itemid=270&lang=es.
5. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre la salud en todas las políticas [Internet]. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2014 (documento CD53/10, Rev. 1) [consultado el 2 de marzo del 2017]. Puede encontrarse en: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26798&Itemid=270&lang=es.
6. World Health Organization Health in All Policies (HiAP) Framework for Country Action [Internet]. Ginebra: OMS; 2014 [consultado el 2 de marzo del 2017]. Puede encontrarse en inglés en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/140120HPRHiAPFramework.pdf?ua=1
7. Organización Panamericana de la Salud. Hoja de ruta para el plan de acción sobre la salud en todas las políticas [Internet]. Washington, DC: OPS; 2015 [consultado el 2 de marzo del 2017]. Puede encontrarse en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31314/9789275074541-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
8. Pan American Health Organization. Health in all policies: from the local to the global. Washington, DC: PAHO; 2016 [consultado el 15 de mayo del 2017]. Puede encontrarse en inglés en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=39950&Itemid=270.

9. Pan American Health Organization. Validation of Indicators for Implementation of the Plan of Action on Health in All Policies: Proposal for Application at National Level. Washington, DC: OPS; 2015 [consultado el 15 de mayo del 2017]. Puede encontrarse en inglés en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=39953&Itemid=270
10. Organización Panamericana de la Salud. Nota conceptual. Ejecución del plan de acción sobre la Salud en Todas las políticas (STP) [Internet]. Washington, DC: OPS; 2015 [consultado el 2 de marzo del 2017]. Puede encontrarse en:
http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=30675&lang=es.
11. Organización Panamericana de la Salud, Grupo de Estudio y Grupo de Trabajo sobre la salud en todas las políticas y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Health in all policies and the Sustainable Development Goals: reference note. Washington, DC: OPS; 2015 [consultado el 2 de marzo del 2017]. De próxima publicación en línea.
12. Organización Panamericana de la Salud. Impulsar el enfoque de la salud en todas las políticas en las Américas: ¿Cuál es la función del sector de la salud? Breve guía y recomendaciones para promover la colaboración intersectorial. Washington, DC: OPS; 2015 [consultado el 2 de marzo del 2017]. Puede encontrarse en:
http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=31078&lang=es.
13. Organización Panamericana de la Salud. Salud en todas las políticas: estudios de caso de la Región de las Américas. Washington, DC: OPS; 2015 [consultado el 2 de marzo del 2017]. Puede encontrarse en:
http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=31080&lang=es.
14. Organización Panamericana de la Salud. Salud en todas las políticas en las Américas: presentación de experiencias. Plataforma en línea [consultado el 2 de marzo del 2017]. Puede encontrarse en: <http://saludentodaslaspoliticass.org/>.
15. World Health Organization. Health in all policies: training manual [Internet]. Ginebra: OMS; 2015 [consultado el 2 de marzo del 2017]. Puede encontrarse en inglés en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/151788/1/9789241507981_eng.pdf?ua=1u.
16. Pre Foro de Alcaldes de las Américas, Camino a Shanghai 2016. Declaración de Santiago de Chile. Santiago, Chile; 2016 [consultado el 7 de marzo del 2017]. Puede encontrarse en:
<http://www.mspbs.gov.py/promociondelasalud/wp-content/uploads/2016/07/Declaraci%C3%B3n-de-Santiago-con-firmas.pdf>.

B. LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN COMUNIDADES AGRÍCOLAS DE CENTROAMÉRICA: INFORME DE PROGRESO

Antecedentes

1. En las dos últimas décadas se ha detectado en la subregión centroamericana un creciente número de casos de personas que sufren de enfermedad renal crónica (ERC) y fallecen a causa de ella. Entre esos casos, se ha observado un tipo de ERC cuya etiología no está relacionada con sus causas más frecuentes, es decir, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. Este tipo de enfermedad renal crónica no tradicional, o de causas no tradicionales o aún no conocidas (en adelante ERCnt), presenta una frecuencia mayor a la observada en toda la Región de las Américas y una tendencia creciente. El Salvador ha difundido los resultados de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Población Adulta (ENECA) del 2015, los cuales revelaron una prevalencia de ERC del 12,6 por cada 100.000 habitantes y del 3,8 por cada 100.000 habitantes para la ERCnt. En Guatemala, las tasas de prevalencia de ERC obtenidas del registro del Sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSA) para el período comprendido entre 2008 y 2015 muestran un incremento de un 75%, con una tasa del 4 en 2008 y del 7 en 2015 por cada 100.000 habitantes, y un incremento de la mortalidad de un 18%. En el 2013, durante el 52.º Consejo Directivo, los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) adoptaron el documento conceptual *La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica* por medio de la resolución CD52.R10. En el 2015, el Consejo Directivo tomó nota del informe CD54/INF/5, y la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) señaló que, pese al trabajo realizado, se habían logrado pocos resultados concretos para abordar el tema de la enfermedad renal crónica en personas jóvenes en edad de trabajar. El presente documento muestra los avances alcanzados tras el último informe de progreso (1-4).

Actualización sobre el progreso alcanzado

2. Durante el período que se examina, los países de Centroamérica (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá) avanzaron en el desarrollo e implementación de planes de acción destinados a fortalecer la capacidad local para dar una respuesta integral a la ERCnt en los municipios más afectados (en El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá, esos municipios cuentan con una población aproximada de 4.073.769 habitantes). En El Salvador se están abordando las áreas agrícolas de San Miguel y Usulután; en Guatemala los departamentos de Escuintla, Quetzaltenango, Peten¹ y Chimaltenango; en Nicaragua la municipalidad de Chinandega;² en Panamá se han implementado clínicas renales en las provincias de Coclé, Chiriquí y Veraguas. Además, durante ese mismo período, la Directora de la Oficina aprobó un proyecto

¹ Es el Departamento más grande de Guatemala y presenta el mayor riesgo de ERCnt.

² Este municipio contaba con 134.720 habitantes en el año 2015.

interprogramático al que se asignó un presupuesto total de US\$ 1 millón.³ El 70% de esos recursos se destinó a brindar apoyo directo a países y se enfocó en las comunidades más afectadas.

3. Los países avanzaron en el desarrollo de opciones de política y herramientas para fortalecer las intervenciones relativas a la atención de las personas que viven con ERC/ERCnt. El Salvador inició la elaboración de protocolos de diálisis y trasplante renal. En 2016, la Sociedad Panameña de Nefrología elaboró guías de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y manejo de la ERC. A nivel regional, la OPS, en coordinación con la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH), dio inicio en 2016 al Curso de Prevención y Manejo de la ERCnt⁴ a través del Campus Virtual de Salud Pública (CVSP). A marzo del 2017, el curso contaba con 5.000 médicos registrados provenientes de América Central y México. Además, en el marco de la Reunión Subregional del Fondo Estratégico OPS/OMS para los países centroamericanos y República Dominicana,⁵ se llevó a cabo un curso de prevención y manejo de la ERCnt para los equipos del primer nivel de atención, con la finalidad de promover el uso del Fondo Estratégico para mejorar el acceso a medicamentos e insumos para enfermedades no transmisibles, entre ellas, la ERCnt (5, 6).

4. Los países avanzaron en el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, ocupacional y ambiental y en los sistemas de registro, haciendo énfasis en la ERCnt. El Salvador ha identificado 148 municipios con alto nivel de afectación, e iniciará el registro de pacientes en estadio 5 que reciben tratamiento de diálisis en los cinco hospitales del Ministerio de Salud (MINSAL) donde se suministran esos servicios. De igual manera, llevará a cabo un estudio para determinar la demanda de medicamentos e insumos. Guatemala ha elaborado un protocolo de vigilancia centinela y otro para el registro de diálisis y trasplante renal, instrumentos que resultan de utilidad para la vigilancia epidemiológica. Asimismo, ha desarrollado un sistema de registro de la ERCnt en las zonas de Escuintla, Chimaltenango, Quetzaltenango y Petén. Por su parte, Honduras dispone de una plataforma virtual para el registro de pacientes con ERC que se encuentran en tratamiento renal sustitutivo. Panamá está llevando a cabo un censo de salud preventiva con el apoyo de la Sociedad de Nefrología, con el objeto de capacitar a médicos generales en la detección de personas con enfermedad renal. El Censo de Salud Preventiva se llevó a cabo en 10 provincias, 2 comarcas, 13 regiones de salud, 3 instituciones de gobierno y 4 centros penitenciarios. Además, se trabaja en coordinación con el Instituto Nacional de Estadística y Censo para obtener información detallada sobre causas de muertes que permita realizar un análisis geoespacial de la mortalidad por ERCnt. Durante el período en cuestión, la OPS concluyó los trabajos de consulta con autoridades nacionales, académicas y centros colaboradores de la OMS para la CIE-10, encaminados a acordar las definiciones del caso clínico de ERCnt, el caso

³ A menos que se indique otra cosa, todas las cifras monetarias en el presente documento se expresan en dólares de los Estados Unidos.

⁴ Curso iniciado el 14 de julio del 2016.

⁵ Este encuentro subregional se celebró en Nicaragua, del 26 al 28 de abril del 2017.

sospechoso y probable, y la definición de un algoritmo de selección para optimizar el registro de muertes por esa causa (7).

5. Los países fortalecieron los mecanismos para la abogacía y acción intersectorial. El Salvador, a través de su Ministerio de Salud (MINSAL), conformó una comisión nacional de ERC, presidida por el Viceministro de Salud, en coordinación con el Ministerio de Agronomía y Ganadería (MAG) y el Foro Nacional de Salud (FNS) en calidad de organismo de participación social. Guatemala constituyó la Comisión Técnica Asesora Nacional para monitorear las acciones del plan, que contó con participación de la Asociación Guatemalteca de Nefrología (AGN), el Programa salud, trabajo y ambiente (SOA-SALTRA-USAC), el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), los CDC Centroamérica y la OPS. En Panamá, se estableció un equipo multidisciplinario e intersectorial para el estudio de la ERCnt y la definición de las acciones de prevención y control, y se está elaborando material didáctico de carácter informativo para educar a los familiares y la población en general acerca de las maneras de prevenir la enfermedad.

6. A nivel regional, se definió la “Agenda regional de investigación para el abordaje de la enfermedad renal crónica de causas no tradicionales en Centro América”.⁶ Se están desarrollando protocolos genéricos de investigación sobre la ERCnt para asegurar la armonización y calidad de la investigación de los estudios epidemiológicos en la Región. Adicionalmente, se realizó una revisión sistemática de estudios sobre la asociación entre los agroquímicos y la ERCnt. En el marco de esta revisión, se identificaron más de 20 estudios de calidad variable (con frecuencia de baja calidad). El Salvador ha difundido los resultados de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Población Adulta (ENECA) del 2015, y se encuentra trabajando en el análisis secundario de la base de datos sobre ERC (8).

Acción necesaria para mejorar la situación

7. En función de los avances y los desafíos que enfrentan los países respecto a la ERCnt, se recomienda lo siguiente:

- a) Fortalecer la capacidad local para dar una respuesta integral a la ERCnt en los municipios afectados, implementando planes locales de prevención y atención de la enfermedad y fortaleciendo la capacidad resolutive del primer nivel de atención para la identificación y el seguimiento de las personas en riesgo, la detección temprana y el manejo integral de la ERC, la diabetes y la hipertensión arterial. Asimismo, es necesario capacitar al personal (equipos de salud, empleadores, trabajadores, etc.), así como incorporar factores de riesgo relevantes para la ERC/ERCnt en la gestión municipal o local.

⁶ Este instrumento se encuentra actualmente en consulta con los países. El documento resume el trabajo de una encuesta en línea destinada a identificar las prioridades de investigación para el abordaje de la ERCnt con objeto de realizar una valoración sistemática de la literatura contenida en la base de datos de diferentes organizaciones internacionales, determinar los actores clave en el proceso de investigación desarrollado en los países centroamericanos, así como identificar las publicaciones de agendas de investigación sobre ERC en los últimos cinco años.

- b) Crear opciones de política, herramientas y apoyo técnico para fortalecer las intervenciones relativas a la atención de las personas que viven con ERC/ERCnt, incluida la estandarización e implementación de guías de atención a pacientes con ERC/ERCnt, la utilización del fondo estratégico para abaratar costos y mejorar el acceso a medicamentos, y la implementación de guías para la gestión de suministros.
- c) Fortalecer la vigilancia epidemiológica, ocupacional y ambiental, y los sistemas de registro, haciendo énfasis en la ERCnt, mediante la implementación de la definición de caso para la vigilancia epidemiológica de la ERC y el desarrollo de capacidades para mejorar los sistemas de registro de diálisis y trasplantes y los registros de intervenciones preventivas ocupacionales y ambientales.
- d) Fomentar la abogacía y la acción intersectorial para la prevención de la ERCnt, incluidos el mapeo de actores y el trabajo con la sociedad civil, las organizaciones de pacientes, los familiares, los gremios, los sindicatos y las asociaciones médicas, así como la revisión y el desarrollo de marcos legales de protección de la salud de los trabajadores en relación con las enfermedades ocupacionales, en especial la ERCnt.
- e) Fortalecer estrategias de comunicación que diseminen los resultados de investigaciones realizadas y alerten sobre la ERCnt como enfermedad ocupacional, e implementar la agenda regional de investigaciones.

Intervención de la Conferencia Sanitaria Panamericana

8. Se solicita a la Conferencia tomar nota del presente informe y formule las recomendaciones que considere pertinentes.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. La Enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica [Internet]. 54.º Consejo Directivo de la OPS, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2015 (documento CD54/INF/5) [consultado el 21 de marzo del 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31188&Itemid=270&lang=es
2. Organización Panamericana de la Salud. La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica [Internet]. 52.º Consejo Directivo de la OPS, 65.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2013 (documento CD52/8) [consultado el 15 de enero del 2015]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22777&Itemid=270&lang=es

3. Organización Panamericana de la Salud. La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica [Internet]. 52.º Consejo Directivo de la OPS, 65.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2013 (resolución CD52.R10) [consultado el 15 de enero del 2015]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23348&Itemid=270&lang=es
4. Enfermedad renal crónica azota comunidades agrícolas. MEDICC Review [Internet]. Abril del 2014 [consultado el 15 de enero del 2015]; Selecciones 2013, abril del 2014. Disponible en: <http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=32>
5. Organización Panamericana de la Salud; Campus Virtual de Salud Pública. Curso Virtual de Prevención y Manejo de la Enfermedad Renal Crónica, versión 2016 [Internet]. Washington, DC. Washington DC: OPS y CVSP; 2016 [consultado el 21 de marzo del 2017]. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12252%3Acurso-virtual-de-prevencion-y-manejo-de-la-enfermedad-renal-cronica&catid=7587%3Ageneral&Itemid=42058&lang=es%20%20
6. Organización Panamericana de la Salud. Fondo Estratégico de la OPS [Internet]. Washington, DC. Washington, DC: OPS, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, Unidad de Medicamentos y Tecnologías Sanitarias; 2014 [actualizado el 26 de agosto del 2016; consultado el 17 de abril del 2017]. Disponible en: <http://www.paho.org/fondoestrategico>
7. Lozier M, Turcio-Ruiz R, Noonan G, Ordunez P. Enfermedad renal crónica de causas no tradicionales en Centroamérica: una definición de caso provisional para vigilancia y estudios epidemiológicos. Revista Panamericana de la Salud Pública. 2016 [consultado el 6 de abril del 2016]; Volumen 40 (5): página 294. Disponible en inglés): <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31375/v40n5a02-294-300.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Organización Panamericana de Salud. Agenda regional de investigación para el abordaje de la enfermedad renal crónica de causas no tradicionales en Centroamérica [documento preliminar para consulta nacional]. Washington, DC. Washington DC: OPS; 2016.

C. PLAN DE ACCIÓN PARA EL ACCESO UNIVERSAL A SANGRE SEGURA: EXAMEN DE MITAD DE PERÍODO

Antecedentes

1. El acceso universal a sangre segura para transfusión exige el fortalecimiento de estrategias claves como son: la autosuficiencia de sangre y hemocomponentes por medio de la donación voluntaria de sangre no remunerada, la mejora de la calidad de la sangre donada (desde el brazo del donante hasta el brazo del receptor), la optimización del uso apropiado de la misma, el fortalecimiento del recurso humano, la adopción de los nuevos avances y el establecimiento de alianzas estratégicas con los diferentes sectores que intervienen en el área.
2. En el 2014, los países de la Región reafirmaron su compromiso con la salud universal mediante la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (documento [CD53/5, Rev. 2](#)). Igualmente, este compromiso se manifiesta a través de las metas del Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019. El acceso universal a las transfusiones de sangre y componentes sanguíneos seguros es un servicio esencial para la cobertura universal de salud que contribuye a salvar millones de vidas y a mejorar la salud de quienes lo necesitan (1, 2).
3. Desde 1975, la Asamblea Mundial de la Salud y el Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) han considerado diversos documentos y han adoptado varias resoluciones relacionadas con la seguridad sanguínea ([WHA28.72](#) [1975], [EB79.R1](#) [1987], [WHA40.26](#) [1987], [WHA45.35](#) [1992], [WHA48.27](#) [1995], [WHA53.14](#) [2000], [WHA55.18](#) [2002], [WHA56.30](#) [2003], [WHA58.13](#) [2005], [WHA63.12](#) [2010], [WHA63.18](#) [2010] y [WHA63.20](#) [2010]) (3-14).
4. En la Región de las Américas se han aprobado varias resoluciones relacionadas con el tema: [CD41.R15](#) (1999), [CD46.R5](#) (2005), [CE142.R5](#), (2008) y [CD48.R7](#) (2008). En el 2014, los países de la Región aprobaron el *Plan de acción para el acceso universal a sangre segura 2014-2019*, (documento [CD53/6](#)) y la resolución correspondiente ([CD53.R6](#)) en la que se insta a los Estados Miembros a implementar el Plan de acción y a la Directora a que monitoree y evalúe la ejecución de este plan de acción e informe periódicamente a los Cuerpos Directivos (15-22).
5. La meta del Plan es promover el acceso universal a la sangre segura, basado en la donación voluntaria altruista no remunerada, el uso adecuado de la sangre y el fortalecimiento de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria, exhortándola a ejecutar programas de gestión de la calidad en la cadena transfusional (desde la promoción de la donación voluntaria, hasta el seguimiento del paciente) y a integrar el sistema de sangre en el sistema nacional de salud. En definitiva, insta a la reorganización de los servicios de sangre en modelos eficientes y sostenibles (22).

6. Además, el Plan definió cuatro líneas estratégicas de acción con miras a mantener los logros alcanzados y asumir nuevos desafíos: *a)* integración eficaz y sostenible de los programas nacionales y los servicios de sangre en el sistema nacional de salud para alcanzar la autosuficiencia, seguridad, eficiencia, disponibilidad y acceso universal a la sangre y sus componentes; *b)* autosuficiencia en sangre y hemocomponentes seguros, mediante el 100% de donaciones voluntarias no remuneradas; *c)* gestión de la calidad en el sistema nacional de sangre y tamizaje para detectar agentes infecciosos transmitidos por transfusión; *d)* vigilancia sanitaria, hemovigilancia, gestión del riesgo, monitoreo y evaluación. Cada línea estratégica cuenta con sus respectivos objetivos e indicadores de progreso los cuales serán analizados en el presente documento (22).

Progreso hacia las metas del plan de acción^{1, 2, 3}

Línea estratégica	Objetivo	Indicador y meta	Progreso
1. Integración eficaz y sostenible de los programas nacionales y los servicios de sangre en el sistema nacional de salud para alcanzar la autosuficiencia, seguridad, eficiencia, disponibilidad y acceso universal a la sangre y sus componentes.	1.1	1.1.1 En el 2019, 36 países contarán con una entidad específica funcional en el ministerio de salud, responsable de la planificación, monitoreo y evaluación del sistema nacional de sangre. (Línea de base 27/41)	27 países cuentan con una entidad específica, 17 en América Latina y 10 en el Caribe.
		1.1.2 En el 2019, 21 países tendrán una comisión nacional intersectorial de sangre o un mecanismo consultivo/asesor en funcionamiento. (Línea de base 14/41)	16 países cuentan con una Comisión Nacional, 8 en América Latina y 8 en el Caribe.
		1.1.3 En el 2019, 26 países incluirán en su política de sangre la autosuficiencia, la disponibilidad y el acceso universal a la sangre y sus componentes seguros. (Línea de base 18/41)	23 países cuentan con una política nacional de sangre, 14 en América Latina y 9 en el Caribe.

¹ Hay que considerar que el número de países y territorios que se evalúan y monitorean en este plan ha aumentado debido a que algunos territorios que anteriormente se notificaban en forma consolidada, actualmente se han desagregado por departamento francés en las Américas (DFA: Martinica, Guadalupe y Guyana Francesa), aunque este último departamento no se contabiliza porque no se procesa sangre en el mismo.

² Las tablas de cálculos para la verificación de los indicadores se basan en la publicación en progreso: OPS/OMS 2017 *Suministros de sangre para transfusión en los países de América Latina y el Caribe 2014 y 2015*, con fuentes de datos de los programas nacionales de sangre y los ministerios de salud de América Latina y el Caribe (23). Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=38018&Itemid=270 (24).

³ La línea de base corresponde al año 2012.

Línea estratégica	Objetivo	Indicador y meta	Progreso
	1.2	1.2.1 En el 2019, 21 países contarán con un plan estratégico nacional de sangre integrado e intersectorial que incluya la formación de recursos humanos, el monitoreo y la evaluación del plan y que asegure los recursos para su ejecución. (Línea de base 13/41)	15 países cuentan con un Plan estratégico nacional, 10 en América Latina y 5 en el Caribe.
	1.3	1.3.1 En el 2019, 17 países, que al contar con más de un centro de procesamiento, mejorarán el promedio de unidades procesadas (incluido el tamizaje) por banco/año, a más de 5.000 unidades, como consecuencia de la reorganización de la red de servicios de sangre. (Línea de base 12/25)	18 países procesan más de 5.000 unidades de sangre por banco/año, 9 en América Latina y 9 en el Caribe.
2. Autosuficiencia en sangre y hemocomponentes seguros, mediante el 100% de donaciones voluntarias no remuneradas.	2.1	2.1.1 En el 2019, 12 países tendrán establecidas las necesidades de sangre a nivel nacional y subnacional. (Línea de base 6/41)	14 países han establecido sus necesidades de sangre, 6 en América Latina y 8 en el Caribe.
	2.2	2.2.1 En el 2019, 16 países habrán alcanzado el 100% de donaciones voluntarias de sangre no remuneradas. (Línea de base 8/41)	10 países cuentan con un 100% de donaciones voluntarias de sangre, 2 en América Latina y 8 en el Caribe.
3. Gestión de la calidad en el sistema nacional de sangre y tamizaje para detectar agentes infecciosos transmitidos por transfusión.	3.1	3.1.1 En el 2019, 41 países tamizarán el 100% de las unidades de sangre para transfusión para detectar HIV, VHB, VHC, sífilis y T. cruzi. (Línea de base 39/41)	39 países tamizan el 100% de las unidades de sangre, 18 en América Latina y 21 en el Caribe.
		3.1.2 En el 2019, 27 países contarán con un programa nacional de evaluación externa del desempeño de la serología. (Línea de base 22/41)	30 países cuentan con un programa nacional de evaluación externa del desempeño en serología, 13 en América Latina y 17 en el Caribe.

Línea estratégica	Objetivo	Indicador y meta	Progreso
		3.1.3 En el 2019, 18 países contarán con un programa nacional de evaluación externa del desempeño de la inmunohematología. (Línea de base 12/41)	17 países cuentan con un programa nacional de evaluación externa del desempeño en inmunohematología, 7 en América Latina y 10 en el Caribe.
	3.2	3.2.1 En el 2019, 12 países contarán con comités de transfusión funcionales, en al menos el 75% de los hospitales que transfunden diariamente. (Línea de base 7/41)	19 países cuentan con comités transfusionales, 10 en América Latina y 9 en el Caribe.
		3.2.2 En el 2019, 30 países habrán establecido guías nacionales para el uso apropiado de la sangre y sus componentes. (Línea de base 20/41)	23 países cuentan con guías para el uso apropiado de la sangre y sus componentes, 14 en América Latina y 9 en el Caribe.
		3.2.3 En el 2019, habrá una disminución en la Región de 5 puntos porcentuales en el porcentaje de descarte de unidades de glóbulos rojos por vencimiento. (Línea de base 10.3%)	El porcentaje de descarte por vencimiento para América Latina y el Caribe es de 2.99%. (*Ver explicación para la notificación de este indicador en el párrafo 9 de este informe)
4. Vigilancia sanitaria, hemovigilancia, gestión del riesgo, monitoreo y evaluación.	4.1	4.1.1 En el 2019, 30 países habrán establecido un modelo nacional de inspección, vigilancia y control en los servicios de sangre. (Línea de base 20/41)	25 países hacen inspecciones a los servicios de sangre, 15 en América Latina y 10 en el Caribe.
	4.2	4.2.1 En el 2019, 7 países habrán establecido un sistema nacional de hemovigilancia. (Línea de base 2/41)	9 países cuentan con un sistema nacional de hemovigilancia, 5 en América Latina y 4 en el Caribe.
	4.3	4.3.1 En el 2019, 41 países notificarán anualmente los	36 países han notificado datos para

Línea estratégica	Objetivo	Indicador y meta	Progreso
		indicadores del plan nacional en respuesta a la ejecución del Plan regional 2014-2019. (Línea de base 0/41)	el monitoreo de los indicadores del Plan, 18 en América Latina y 18 en el Caribe.
	4.4	4.4.1 En el 2019, 7 países habrán elaborado planes de gestión del riesgo basados en la información de hemovigilancia. (Línea de base 0/41)	5 países han notificado contar con planes de gestión del riesgo basados en la información de hemovigilancia, 1 en América Latina y 4 en el Caribe.

Avances y retos

7. Los países de América Latina y el Caribe han hecho grandes esfuerzos para alcanzar la autosuficiencia, la seguridad y la eficiencia. Considerando los objetivos planteados (con metas y líneas de base para cada uno de los indicadores), ha habido progreso en todos los indicadores salvo en el 1.1.1 y el 3.1.1 en los que no ha habido avance. La mayoría de los países cuenta con entidades nacionales específicas que coordinan la respuesta a las necesidades de sangre y componentes seguros; sin embargo, aún existe la necesidad de contar con políticas y planes nacionales de sangre actualizados con un enfoque integral e intersectorial, así como con comisiones nacionales intersectoriales funcionales que faciliten la implementación. Se avanza lentamente en la reorganización de los servicios de sangre en redes, que es esencial para asegurar la disponibilidad y el acceso a la sangre en cualquier lugar que se necesite. Para algunos países del Caribe, dadas sus características geodemográficas se podría considerar que esta reorganización de redes de servicios de sangre no se aplicaría (véanse los cuadros 1 al 5 en la referencia 24).

8. Un mayor número de países conocen sus necesidades de sangre a nivel nacional, lo que facilita una mejora en la disponibilidad y el acceso a sangre y componentes. Sin embargo, persiste el reto de la donación voluntaria altruista no remunerada habitual como primer pilar de la seguridad sanguínea. En este sentido, el avance de los países para alcanzar la meta del 100% de este tipo de donación es muy lento. No obstante, hay que reconocer el esfuerzo de algunos países que si bien aún no han llegado al 100%, al menos han incrementado notablemente el número de donantes voluntarios no remunerados (véanse los cuadros 6 y 7 en la referencia 24).

9. En lo que respecta a la gestión de la calidad, el tamizaje en América Latina para marcadores como VIH, hepatitis B y C y sífilis alcanzó el 100%; sin embargo, no fue así para *T. cruzi*. En 21 países del Caribe la media de tamizaje alcanzada es del 99.99%. Ha habido un avance en la implementación de programas nacionales de evaluación

externa del desempeño en serología; no obstante, en los países sigue existiendo el reto para establecer el mismo programa en inmunohematología. En relación con el uso racional de la sangre y los componentes ha habido algunos avances en la disponibilidad de guías nacionales para el uso clínico y de comités intrahospitalarios de transfusión. En referencia al descarte de glóbulos rojos por vencimiento, a la fecha de la elaboración del plan no se contaba con este dato desagregado, por vencimiento y por otras causas; por lo tanto, en ese momento se notificó el indicador en base a los glóbulos rojos descartados que incluían ambas causas. En la actualidad la mayoría de los países de la Región están en condiciones de notificar exclusivamente por vencimiento, por lo que el porcentaje de descarte ha disminuido en gran medida, debido, por un lado, a este factor y, por el otro, al avance de la reorganización de los servicios y el conocimiento de las necesidades de sangre, como se explica en los párrafos 7 y 8, respectivamente (véanse los cuadros 8 al 12.a en la referencia 24).

10. La inspección y el control de los servicios de sangre, la hemovigilancia y la gestión del riesgo siguen siendo retos importantes. La debilidad de los sistemas o mecanismos de gestión de la información dificulta el conocimiento, la investigación y el análisis de los datos que permiten evaluar la autosuficiencia, la disponibilidad, la accesibilidad, así como los riesgos asociados con la cadena transfusional (véanse los cuadros 13 al 16 en la referencia 24).

Acción necesaria para mejorar la situación

- a) Asegurar la asignación de recursos de acuerdo a las metas y planes nacionales para la seguridad sanguínea.
- b) Reorganizar redes integradas de servicios de sangre en el sistema nacional de salud, promover la donación voluntaria altruista no remunerada habitual, y fortalecer el recurso humano, la gestión de la calidad, el uso apropiado de la sangre y componentes, la vigilancia sanitaria y la hemovigilancia y la gestión del riesgo, que incluyan todos los procesos que engloban al donante y al paciente (en toda la cadena transfusional).
- c) Fortalecer los sistemas de gestión de la información que permitan visualizar y evaluar si el suministro de sangre es suficiente, oportuno, accesible, seguro, y de qué manera se interrelaciona con la morbimortalidad nacional.
- d) Continuar el apoyo de la Oficina Sanitaria Panamericana a los Estados Miembros para el fortalecimiento de la seguridad sanguínea a través de la autosuficiencia, la disponibilidad, la oportunidad y el acceso basado en la donación voluntaria altruista no remunerada habitual.

Intervención de la Conferencia Sanitaria Panamericana

11. Se solicita a la Conferencia que tome nota de este informe y formule las recomendaciones que considere pertinentes.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [Internet]. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2014 (documento CD53/5, Rev. 2) [consultado el 25 de enero del 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=27273&Itemid=270&lang=es
2. Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana de la OPS, 1999-2002 [Internet]. 25.ª Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, 50.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 21 al 25 de septiembre de 1998, Washington, DC. Washington DC: OPS; 1998 (documentoCSP25/8) [consultado el 25 de enero del 2017]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0594.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud. Utilización y suministro de sangre y productos sanguíneos de origen humano en: Actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud No. 226 [Internet]. 28.ª Asamblea Mundial de la Salud, del 13 al 30 de mayo de 1975; Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; 1975 (resolución WHA28.72, p. 40) [consultado el 25 de enero del 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95333/1/Official_record226_spa.pdf
4. World Health Organization. Blood and blood products [Internet]. 79.ª sesión del Consejo Ejecutivo de la OMS; del 12 al 23 de enero de 1987; Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; 1987 (resolución EB79.R1) [consultado el 25 de enero del 2017]. Disponible en inglés en: <http://www.who.int/bloodsafety/en/EB79.R1.pdf>
5. World Health Organization. Global strategy for the prevention and control of AIDS [Internet]. 40.ª Asamblea Mundial de la Salud; del 4 al 15 de mayo de 1987; Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; 1987 (resolución WHA40.26) [consultado el 25 de enero del 2017]. Disponible en inglés en: <http://www.who.int/bloodsafety/en/WHA40.26.pdf>
6. World Health Organization. Global strategy for the prevention and control of AIDS [Internet]. 45ª Asamblea Mundial de la Salud; del 4 al 14 de mayo de 1992; Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; 1992 (resolución WHA45.35) [consultado el 25 de enero del 2017]. Disponible en inglés en: <http://digicollection.org/hss/documents/s15420e/s15420e.pdf>

7. Organización Mundial de la Salud. Cumbre de París sobre el SIDA [Internet]. 48.^a Asamblea Mundial de la Salud; del 1 al 12 de mayo de 1995; Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; 1995 (resolución WHA48.27) [consultado el 25 de enero del 2017]. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/203839/1/WHA48_R27_spa.pdf
8. Organización Mundial de la Salud. VIH/SIDA: hacer frente a la epidemia [Internet]. 53.^a Asamblea Mundial de la Salud; del 15 al 20 de mayo del 2000; Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; 2000 (resolución WHA53.14) [consultado el 25 de enero del 2017]. Disponible en:
http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/ResWHA53/s14.pdf
9. Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente [Internet]. 55.^a Asamblea Mundial de la Salud; del 13 al 18 de mayo del 2002; Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; 2002 (resolución WHA55.18) [consultado el 25 de enero del 2017]. Disponible en:
https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/I_Conferencia/06_doc_a_samblea_oms.pdf
10. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial del sector sanitario para el VIH/SIDA [Internet]. 56.^a Asamblea Mundial de la Salud; del 19 al 28 de mayo del 2003; Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; 2003 (resolución WHA56.30) [consultado el 25 de enero del 2017]. Disponible en:
http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/sa56r30.pdf
11. Organización Mundial de la Salud. Seguridad de la sangre: propuesta para el establecimiento del día mundial del donante de sangre [Internet]. 58.^a Asamblea Mundial de la Salud; del 16 al 25 de mayo del 2005; Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; 2005 (resolución WHA58.13, p. 80) [consultado el 25 de enero del 2017]. Disponible en:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/spanish/REC1-Part5_sp.pdf
12. Organización Mundial de la Salud. Disponibilidad, seguridad y calidad de los productos sanguíneos [Internet]. 63.^a Asamblea Mundial de la Salud; del 17 al 21 de mayo del 2010; Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; 2010 (resolución WHA63.12) [consultado el 25 de enero del 2017]. Disponible en:
<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19998es/s19998es.pdf>
13. Organización Mundial de la Salud. Hepatitis virales [Internet]. 63.^a Asamblea Mundial de la Salud; del 17 al 21 de mayo del 2010; Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; 2010 (resolución WHA63.18) [consultado el 25 de enero del 2017]. Disponible en:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R18-sp.pdf

14. Organización Mundial de la Salud. Enfermedad de Chagas: control y eliminación [Internet]. 63.^a Asamblea Mundial de la Salud; del 17 al 21 de mayo del 2010; Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; 2010 (resolución WHA63.20) [consultado el 25 de enero del 2017]. Disponible en:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R20-sp.pdf
15. Organización Panamericana de la Salud. Fortalecimiento de los bancos de sangre en la Región de las Américas [Internet]. 41.^o Consejo Directivo de la OPS, 51.^a sesión del Comité Regional de la OMS; del 27 de septiembre al 1 de octubre de 1999; San Juan, Puerto Rico. Washington, DC: OPS 1999 (resolución CD41.R15) [consultado el 25 de enero del 2017]. Disponible en:
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1409/CD41.R15sp.pdf?sequence=2>
16. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre los progresos realizados por la iniciativa mundial para la seguridad hematológica y el plan de acción para 2005-2010 [Internet]. 46.^o Consejo Directivo de la OPS, 57.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2005, Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2005 (resolución CD46.R5) [consultado el 25 de enero del 2017]. Disponible en:
<http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd46.r5-s.pdf>
17. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre los progresos realizados en materia de seguridad de las transfusiones de sangre [Internet]. 142.^a sesión del Comité Ejecutivo de la OPS; del 23 al 27 de junio del 2008; Washington, DC. Washington, DC: OPS 2008 (resolución CE142.R5) [consultado el 25 de enero del 2017]. Disponible en:
<http://www1.paho.org/spanish/gov/ce/ce142.r5-s.pdf>
18. Organización Panamericana de la Salud. Mejoramiento de la disponibilidad de sangre y la seguridad de las transfusiones en las Américas [Internet]. 48.^o Consejo Directivo de la OPS, 60.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008, Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2008 (documento CD48/11) [consultado el 25 de enero del 2017]. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd48-11-s.pdf>
19. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas [Internet]. 50.^o Consejo Directivo de la OPS, 62.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2010 (documento CD50/16) [consultado el 25 de enero del 2017]. Disponible en:
<http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-16-s.pdf>

20. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave [Internet]. 148.^a sesión del Comité Ejecutivo de OPS; del 20 al 24 de junio del 2011; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2011 (documento CE148/16, Rev.1) [consultado el 25 de enero del 2017]. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=13445&Itemid=
21. Organización Panamericana de la Salud. Plan estratégico regional para la infección por el VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual de la Organización Panamericana de la Salud, 2006-2015 [Internet]. 46.º Consejo Directivo de la OPS, 57.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2005; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2005 (documento CD46/20, Add. I) [consultado el 25 de enero del 2017]. Disponible versión en:
<http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd46-20a-s.pdf>
22. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para el acceso universal a sangre segura [Internet]. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPS; (documento CD53/6) [consultado el 25 de enero del 2017]. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26748&Itemid=270&lang=es
23. Organización Panamericana de la Salud. Suministro de sangre para transfusiones en los países de América Latina y del Caribe 2014 y 2015. Washington, DC: OPS 2017; (Publicación en diagramación) [consultado el 12 de abril del 2017].
24. Organización Panamericana de Salud. Tablas de cálculos para la verificación de los indicadores [consultado el 12 de Abril del 2017]. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=38018&Itemid=270

D. ABORDAR LAS CAUSAS DE LAS DISPARIDADES EN CUANTO AL ACCESO Y LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD POR PARTE DE LAS PERSONAS LESBIANAS, HOMOSEXUALES, BISEXUALES Y TRANS: INFORME DE PROGRESO

Antecedentes

1. La aprobación de la resolución CD52.R6, *Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans*, por los Estados Miembros de la OPS en el 52.º Consejo Directivo en el 2013 (1) marcó un hito importante hacia el logro de la salud universal al reconocer que las poblaciones marginadas, entre ellas las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans (LGBT, por su sigla en inglés), han tenido que enfrentar estigma y discriminación históricamente, así como otras condiciones que constituyen obstáculos considerables a la buena salud. La resolución CD52.R6 instó a los Estados Miembros de la OPS a: *a) promover servicios de salud que respeten la dignidad humana y el derecho a la salud y que, además, tengan en cuenta la diversidad sexual y de género; b) adoptar políticas, planes y leyes en los que se reconozcan el estigma y la discriminación que experimentan las personas LGBT y que aseguren una mayor disponibilidad de servicios de salud para estos grupos, al igual que el acceso a ellos; y c) recopilar datos acerca de la salud de las personas LGBT y de su acceso a los servicios.*

2. Adicionalmente, en la resolución CD52.R6 se solicitaba a la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana que elaborara y presentara a los Estados Miembros un informe sobre la situación de salud y el acceso a los servicios de atención de salud de las personas LGBT, los obstáculos que pueden enfrentar para obtener acceso a los servicios de atención de salud y las repercusiones del acceso reducido de esta población (en lo sucesivo, el informe de la Directora).

3. En este documento se resume el progreso logrado hasta la fecha en la aplicación de la resolución CD52.R6, se describen las brechas existentes en el acceso de las personas LGBT a los servicios de atención de salud y se formulan recomendaciones preliminares para el fortalecimiento de su aplicación. La información presentada en este documento se basa en los resultados iniciales de dos cuestionarios que formaban parte de dos encuestas en línea elaboradas por la Oficina, una dirigida a funcionarios de los ministerios de salud de los Estados Miembros de la OPS y la otra a organizaciones no gubernamentales (ONG);¹ esta información se complementó con un examen detallado de la bibliografía sobre el tema, como se indica en este documento. Los resultados obtenidos

¹ Un total de 33 países y territorios respondieron el cuestionario dirigido a los ministerios de salud (Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guatemala, Haití, Honduras, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela), mientras que 28 ONG de 18 países respondieron el otro.

de estas fuentes servirán de base para el informe de la Directora, actualmente en una versión preliminar, que se finalizará luego de hacer consultas con los Estados Miembros y los interesados directos pertinentes, como se establece en la resolución CD52.R6. La versión preliminar del informe de la Directora se basa en el marco conceptual establecido en la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (2), que sirve de guía para el fortalecimiento de la respuesta de los sistemas de salud a las necesidades de salud de las personas LGBT. El informe de la Directora se finalizará y se presentará a los Estados Miembros en el 2018.²

Actualización acerca del progreso alcanzado por los Estados Miembros

4. Los Estados Miembros están logrando avances en la prestación de servicios de salud para satisfacer las necesidades en materia de salud de las personas LGBT. Dos terceras partes de los países que respondieron a la encuesta de la Oficina informaron que cuentan con servicios apropiados para las personas LGBT en el sistema de salud pública. Además, varias ONG relacionadas con esta población prestan una amplia variedad de servicios. Las inequidades en las cuestiones de salud y las inquietudes informadas en la bibliografía especializada pueden extrapolarse a las poblaciones LGBT de la Región de la Américas.³ Aunque los Estados Miembros reconocen una serie de problemas de salud que afectan a las poblaciones LGBT, sus necesidades y las inequidades en materia de salud que experimentan se consideran en gran medida desde la perspectiva de la infección por el VIH y las ITS. En consecuencia, las necesidades de las personas trans y de las mujeres lesbianas y bisexuales se tornan invisibles. Esta perspectiva se refleja en la prestación, la estructura y el financiamiento de los servicios de salud, y repercute en último término en la salud general de las personas LGBT.

5. De acuerdo con los resultados iniciales presentados en la versión preliminar del informe de la Directora, a pesar de las actividades emprendidas por los Estados Miembros, la prestación de servicios de salud adaptados a las necesidades de las personas LGBT es heterogénea en la Región. Lo más usual es que los servicios se ofrezcan por conducto del sistema de salud pública, sin diferenciación alguna y se centralicen en los grandes entornos urbanos. En el caso de la infección por el VIH, por

² Se publicará con el título *Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud: evaluación de la situación de salud y el acceso a los servicios de atención de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans en la Región de las Américas*.

³ Entre los problemas de salud mencionados con mayor frecuencia en cuanto a las inequidades y las brechas de los servicios de salud se encuentran: poca disponibilidad de tratamiento hormonal; procedimientos quirúrgicos relacionados con la transición; complicaciones de salud ocasionadas por el uso no supervisado de hormonas y por las modificaciones corporales (por ejemplo, uso de aceite industrial o silicona líquida) para las poblaciones transgénero; acceso a los servicios de atención para salud anal, salud mental y ciertos tipos de cáncer en hombres homosexuales; acceso a la profilaxis antes y después de la exposición y vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) para hombres homosexuales y bisexuales; acceso a servicios ginecológicos y de salud reproductiva; y ciertos tipos de cáncer y violencia sexual contra las mujeres lesbianas.

ejemplo, aunque los servicios sean comunes y se alegue que tienen en cuenta las necesidades de la población LGBT, es posible que: *a)* no logren ofrecer las medidas preventivas adecuadas; *b)* carezcan de los recursos para satisfacer las necesidades de salud de las personas LGBT; *c)* se ofrezcan en entornos donde las personas LGBT todavía son objeto de estigma y discriminación; y *d)* supongan el pago directo en el punto de servicio. Está claro que el mejoramiento de los servicios de atención de la infección por el VIH para las personas LGBT sigue siendo fundamental.

6. Con respecto a las políticas y la legislación que afectan a las personas LGBT, la mitad de los 33 ministerios de salud que respondieron el cuestionario de la Oficina informaron que tienen políticas y leyes vigentes contra la discriminación adaptadas para satisfacer las necesidades especiales de las personas LGBT. Además, 48,5% de los encuestados de los ministerios de salud confirmaron que contaban con un marco jurídico nacional o un conjunto de leyes vigentes que promueven los derechos de las personas LGBT. Casi la mitad de todos los países y territorios que respondieron el cuestionario han promulgado leyes encaminadas a erradicar la violencia y la discriminación contra las personas LGBT, y 33,3% tienen leyes vigentes (o en preparación) que exigen el establecimiento de servicios de salud apropiados para las personas LGBT. Algunos ejemplos de leyes que promueven los derechos de la población LGBT citados por los encuestados de los ministerios de salud incluyen temas como antidiscriminación, adopción inclusiva para las personas LGBT, matrimonio o uniones civiles que incluyen a las personas LGBT, identidad de género, salud universal y violencia de género. Asimismo, más de la mitad de los ministerios de salud informaron que han elaborado políticas y leyes que abordan el tema de la salud de las personas LGBT.

7. La legislación relacionada con la salud citada por los encuestados de los ministerios de salud comprende leyes que reconocen a los grupos LGBT como una población en condiciones de vulnerabilidad, cuyas necesidades de salud son únicas. Sin embargo, en algunos países y territorios todavía hay leyes vigentes que penalizan a las personas LGBT. Esta situación es grave porque, según la bibliografía examinada, este tipo de leyes puede crear un ambiente en el cual se permite o se tolera la violencia contra las personas LGBT, lo que fomenta el abuso hacia estas poblaciones. Aunque hay políticas y leyes vigentes, su aplicación y cumplimiento varían ampliamente entre los países y territorios y dentro de ellos.

8. Los países y territorios que respondieron el cuestionario disponen de una amplia variedad de mecanismos para la rendición de cuentas que coordinan las diferentes estructuras gubernamentales, como el ministerio de salud y la oficina del defensor público, además de las organizaciones no gubernamentales y las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en pro de las personas LGBT. Menos de 20% de los encuestados de los ministerios de salud citaron la creación de entidades o consejos específicos dedicados exclusivamente a los problemas relacionados con la diversidad sexual y de género. Es más probable encontrar iniciativas de este tipo en aquellos países y territorios donde las medidas y las políticas legislativas favorables a las personas LGBT son más robustas (3).

9. Más de 50% de los países que respondieron el cuestionario dijeron contar con políticas, normas o directrices para prestar servicios de salud a las personas LGBT. La mayoría de las políticas y normas vigentes relacionadas con la salud se centran en la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH y no abordan otras necesidades de salud. No obstante, algunos de los encuestados de los ministerios de salud (24,2%) informaron que disponen de políticas y directrices acerca de la diversidad sexual y de género o de normas de atención para las poblaciones LGBT. Algunos ejemplos de estas normas son la promoción de servicios de salud especiales (en particular, para las personas transgénero, como el tratamiento hormonal) y consultorios apropiados para las personas LGBT, no discriminación basada en la orientación sexual y la identidad de género en el contexto de la atención de salud y mejores prácticas para la atención de salud de la comunidad LGBT. Además, cerca de 70% de los encuestados de los ministerios de salud informaron que hay actividades de capacitación centradas en la comunidad LGBT, relacionadas con la infección por el VIH y las ITS, los derechos humanos, las necesidades de salud o el estigma y la discriminación.

10. Los resultados iniciales del informe de la Directora también indican que el estigma y la discriminación siguen siendo obstáculos importantes para el acceso a los servicios de salud por las personas LGBT. La mayoría de los encuestados de los ministerios de salud y de las ONG (75% y 96,4%, respectivamente) se refirieron explícitamente al estigma y la discriminación como un obstáculo a la salud de las personas LGBT. Señalan que estas personas quizás eviten o retrasen la búsqueda de atención o escondan su orientación sexual o identidad de género ante sus prestadores de atención de salud a fin de protegerse contra la estigmatización. De hecho, la falta de competencia para atender los problemas de salud de las personas LGBT por parte de los prestadores de servicios fue mencionada como un obstáculo importante por 92,9% de los encuestados de las ONG. Las personas LGBT a menudo acaban dependiendo de las ONG, de las organizaciones de la sociedad civil o de otras redes para conseguir información, mejorar sus conocimientos sobre la salud y encontrar servicios de salud que se adapten a sus necesidades, sin recibir apoyo alguno de las autoridades nacionales de salud en cuanto a la difusión de esta información. La patologización de las identidades LGBT, en particular de las identidades transgénero, sigue restándoles poder a las personas LGBT y puede convertirse en la base del estigma en los entornos de atención de salud. También es la piedra angular de la prevalencia de la terapia de conversión.

11. Por otro lado, el hecho de que las personas LGBT no estén bien representadas en cargos de autoridad ni en el contexto de la atención nacional de salud hace que estén todavía más aisladas del sistema de salud puesto que se tornan invisibles y les impide tomar decisiones que serían beneficiosas tanto para su salud como para su comunidad. Algunos estudios realizados en la Región han mostrado que las personas LGBT dicen haber experimentado violencia y discriminación de los mismos prestadores de atención de salud (4). En cuanto a la manera de abordar el estigma y la discriminación, 78,8% de los que respondieron el cuestionario informaron que en los entornos de atención nacional de salud de sus países se aplican varias estrategias para la inclusión de las personas LGBT. Entre las estrategias de inclusión más utilizadas se encuentran la creación de

procedimientos accesibles para presentar quejas, además de la colocación en lugares visibles de declaraciones contra la discriminación. Asimismo, la mayoría de las ONG, de las organizaciones de la sociedad civil y de las redes en pro de las personas LGBT les ofrecen asesoramiento legal en los casos de discriminación. Los servicios legales pueden tomar la forma de apoyo por los pares, orientación por abogados voluntarios, organizaciones de protección de los derechos humanos o enlaces a la oficina del defensor público del país.

12. Otros obstáculos detectados en los resultados iniciales fueron las limitaciones en la cobertura del seguro de salud, discriminación en el mercado laboral o en los entornos educativos, y la escasez de recursos para la prestación de servicios de salud apropiados. La cobertura reducida del seguro de salud también se observó en la bibliografía examinada (5). De hecho, debido a las dificultades en el mercado laboral, se estima que alrededor de 90% de las mujeres trans que viven en la Región de las Américas son trabajadoras del sexo (6) y las estimaciones correspondientes a cada país podrían ser incluso más altas. Además, varios estudios han determinado que las personas LGBT tienen mayores probabilidades de retrasar la búsqueda de atención de salud o de no recibirla debido a su costo prohibitivo (7-10).

13. Más de la mitad de los encuestados de los ministerios de salud informaron que sus países recaban datos desglosados sobre la salud de las personas LGBT. Aunque es posible recabar datos acerca de la salud de estas personas mediante la inclusión de preguntas acerca de la orientación sexual y la identidad de género en las herramientas de recopilación de datos, los sistemas de información de salud, los registros de los hospitales y los censos nacionales, esto dista mucho de ser una situación característica en los países de la Región. Incluso cuando se incluyen esas preguntas, es posible que no se las incluya en todas las herramientas o, si se las ha incluido, es posible que estén redactadas de una manera que limite la inclusión de todas las identidades LGBT (por ejemplo, usar la palabra "sexo" en lugar de "género" y seguir un modelo binario hombre/mujer), lo que complica todavía más la recopilación de datos acerca de la salud de las personas LGBT.

14. Además de trabajar en la versión preliminar del informe de la Directora, la Oficina sigue promoviendo un mayor acceso a servicios de salud integrales y de calidad para las poblaciones LGBT. Estas actividades comprenden la capacitación en materia de derechos humanos y derechos de las personas LGBT a solicitud de los Estados Miembros de manera individual, reuniones regionales sobre la diversidad de género y la salud universal, promoción de la inclusión de la comunidad LGBT en documentos y políticas, así como la aplicación de otras resoluciones relacionadas con el tema (la resolución CD50.R8, *La salud y los derechos humanos*, aprobada en el 2010 (11), la resolución CD54.R9, *Estrategia sobre legislación relacionada con la salud*, aprobada en el 2015 (12) y la resolución CD53.R14, *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*, aprobada en el 2014, para citar solo algunas).

Acción necesaria para mejorar la situación

15. Habida cuenta del progreso logrado hasta el presente y de los retos que siguen existiendo, los Estados Miembros de la OPS pueden querer considerar las siguientes recomendaciones:

- a) Establecer servicios de salud integrales y apropiados para las personas LGBT fundamentados en la evidencia, o fortalecer los servicios existentes, a fin de que atiendan las necesidades específicas de salud de las personas LGBT y tengan en cuenta la identidad de género y la diversidad de expresión. Cada grupo dentro de la población LGBT necesita servicios de salud específicos para satisfacer las necesidades únicas de salud de cada persona y, por consiguiente, hace falta contar con normas de atención o pautas específicas para cada una de estas identidades de género. Para mejorar el acceso a los servicios de salud, es importante evitar la centralización de los servicios sensibles a las necesidades de las personas LGBT, mejorar la capacidad en el primer nivel de la atención y promover los servicios adecuados para estas personas, tanto en el sector público como en el privado. También es indispensable asegurar que la información con respecto a los recursos de salud para las personas LGBT esté disponible a nivel de la comunidad y de los servicios de salud; asimismo, es necesario formular estrategias que permitan a los prestadores de servicios de salud reenviar a las personas LGBT a otros servicios que sean apropiados para ellas.
- b) Mejorar la capacitación de los prestadores de atención de salud para que puedan atender las necesidades de salud de las personas LGBT, por medio de enfoques fundamentados en el género, la diversidad y los derechos, que ayudarán a poner fin a todo tipo de discriminación. Colaborar con las autoridades educativas del país para modificar los currículos de los programas académicos relacionados con la salud, a fin de incluir contenidos acerca de las personas LGBT, ya sea como módulos dentro de los cursos existentes o como cursos especiales independientes.
- c) Considerar las necesidades especiales de salud de las personas LGBT cuando se formulan o aplican políticas de salud y en las iniciativas de fortalecimiento de los sistemas de salud como parte de las actividades para avanzar hacia la salud universal. Reforzar los mecanismos de rendición de cuentas en el país con la participación activa de las dependencias gubernamentales u otros organismos en el seguimiento del cumplimiento eficaz.
- d) Mejorar las iniciativas para asegurar que las personas LGBT puedan tener acceso a los servicios de salud y a su utilización sin discriminación, mediante la inclusión de disposiciones en las leyes vigentes contra la discriminación en los Estados Miembros que prohíban explícitamente la discriminación sobre la base de la orientación sexual y la identidad de género. Capacitar y sensibilizar a los legisladores y a los encargados de formular políticas acerca de las cuestiones relacionadas con la diversidad sexual y de género, haciendo hincapié en el impacto del estigma y la discriminación en la salud de las personas LGBT.

- e) Fortalecer los sistemas de información y los mecanismos de vigilancia de la situación de salud para que generen informes periódicos que incluyan las condiciones de salud de las personas LGBT y los obstáculos al acceso. Incluir preguntas sobre la orientación sexual y la identidad de género en las encuestas de salud representativas a nivel nacional a fin de recabar datos que puedan ser desglosados por orientación sexual e identidad de género. Esta información es fundamental para la adaptación de los servicios, las políticas y la legislación sobre salud a fin de satisfacer las necesidades de las poblaciones LGBT. También es necesario dar seguimiento a los obstáculos y evaluar las necesidades de salud.
- f) Fortalecer los mecanismos nacionales intersectoriales y los vínculos con la comunidad para mejorar la salud y el bienestar de las personas LGBT. Esto comprende la cooperación y la coordinación entre el ministerio de salud y los ministerios de educación, trabajo, justicia, bienestar social y vivienda, los organismos de cumplimiento de la ley, las legislaturas, además de las redes de ONG y de organizaciones de la sociedad civil que apoyan a las personas LGBT.
- g) Utilizar la resolución CD54.R9, *Estrategia sobre legislación relacionada con la salud*, junto con la resolución CD53.R14, *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*, y otras resoluciones de la OPS, para impulsar el establecimiento de marcos legales, normativos y regulatorios que promuevan el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr como un derecho fundamental de todo ser humano, como se establece en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, sin distinción de sexo, género, identidad de género o expresión de género.

Intervención de la Conferencia Sanitaria Panamericana

16. Se invita a la Conferencia a que tome nota de este informe de progreso y formule las recomendaciones que considere pertinentes.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans [Internet]. 52.º Consejo Directivo de la OPS, 65.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013; Washington, DC. Washington, DC: OPS 2013 (resolución CD52.R6) [consultado el 24 de marzo del 2017]. Puede encontrarse en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23287&Itemid=270&lang=es.

2. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [Internet]. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPS 2014 (resolución CD53.R14) [consultado el 24 de marzo del 2017]. Puede encontrarse en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27597&Itemid=270&lang=es.
3. Gonzales G, Blewett LA. National and state-specific health insurance disparities for adults in same-sex relationships. *Am J Public Health*. 2014;104(2):e95-104. doi: 10.2105/AJPH.2013.301577
4. Alencar Albuquerque G, de Lima Garcia C, da Silva Quirino G, Alves MJH, Moreira Belém JM, dos Santos Figueiredo FW, et al. Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: Systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights*. 2016;16(1):1-10. doi: 0.1186/s12914-015-0072-9
5. Heck JE, Sell RL, Gorin SS. Health care access among individuals involved in same-sex relationships. *Am J Public Health*. 2006;96(6):1111-8. doi: 10.2105/AJPH.2005.062661
6. Red LACTRANS. Informe sobre el acceso a los derechos económicos, sociales y culturales de la población trans en Latinoamérica y el Caribe. 2014 [consultado el 3 de diciembre del 2016]. Puede encontrarse en: <http://redlactrans.org.ar/site/wp-content/uploads/2015/03/Informe%20DESC%20trans.pdf>.
7. Organización de los Estados Americanos (OEA), Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Violencia contra personas LGBTI; 2015 [consultado el 2 de diciembre del 2016]. Puede encontrarse en: <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/violenciapersonaslgbti.pdf>.
8. Gates G. In U.S., LGBT more likely than non-LGBT to be uninsured [Internet]. 2014 [consultado el 28 de noviembre del 2016]. Puede encontrarse en: <http://tinyurl.com/k3rox5r>.
9. Gonzales G, Ortiz K. Health insurance disparities among racial/ethnic minorities in same-sex relationships: An intersectional approach. *Am J Public Health*. 2015;105(6):1106-13. doi: 10.2105/AJPH.2014.302459 [consultado el 28 de noviembre del 2016].
10. Dahlhamer JM, Galinsky AM, Joestl SS, Ward BW. Barriers to health care among adults identifying as sexual minorities: A US national study. *Am J Public Health*. 2016;106(6):1116-22. doi: 10.2105/AJPH.2016.303049

11. Organización Panamericana de la Salud. La salud y los derechos humanos [Internet]. 50.º Consejo Directivo de la OPS, 62.ª sesión del Comité regional de la OMS para las Américas; del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010; Washington, DC. Washington, DC: OPS 2010 (resolución CD50.R8) [consultado el 24 de marzo del 2017]. Puede encontrarse en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3149&Itemid=2401&lang=es

12. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia sobre legislación relacionada con la salud [Internet]. 54.º Consejo Directivo de la OPS, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015; Washington, DC. Washington, DC: OPS 2015 (resolución CD54.R9) [consultado el 24 de marzo del 2017]. Puede encontrarse en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11087&Itemid=41537&lang=es

E. LA SALUD Y LOS DERECHOS HUMANOS: INFORME DE PROGRESO

Antecedentes

1. En el presente informe se resume el progreso alcanzado en la aplicación del marco conceptual *La salud y los derechos humanos*, adoptado por los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el 50.º Consejo Directivo (documento CD50/12 y resolución CD50.R8 [2010]) (1, 2).

2. Este informe se basa en un análisis de la cooperación técnica llevada a cabo por la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) en distintas esferas de acuerdo a los compromisos contraídos en la resolución CD50.R8, y para su elaboración se ha recurrido a diversas fuentes, entre las cuales cabe mencionar resoluciones y estrategias de la OPS, instrumentos internacionales de derechos humanos y avances en el trabajo realizado en varios proyectos con un enfoque de derechos humanos, teniendo en consideración que los Estados Miembros tienen el derecho soberano de firmar y ratificar los instrumentos internacionales de derechos humanos que consideren pertinentes.

Actualización sobre el progreso alcanzado

3. La resolución CD50.R8, *La salud y los derechos humanos*, establece seis áreas específicas de colaboración técnica¹ en las que los Estados Miembros de la OPS se comprometen a utilizar, dentro de sus respectivos marcos nacionales, los instrumentos internacionales de derechos humanos que les sean aplicables de conformidad con las obligaciones particulares de cada Estado Miembro. La resolución CD50.R8 ha facilitado los siguientes avances:

- a) La transversalización de los derechos humanos en los documentos de los Cuerpos Directivos de la OPS mediante la colaboración con las unidades técnicas en temas relacionados con el acceso a la salud universal, el curso de vida saludable, la mortalidad materna, los determinantes sociales, las enfermedades no transmisibles y los factores de riesgo conexos, y la salud de grupos en situación de vulnerabilidad.

¹ Las seis áreas de colaboración técnica son: 1) fortalecer la capacidad técnica de la autoridad sanitaria para evaluar y vigilar la implementación de los instrumentos internacionales de derechos humanos relacionados con la salud que sean aplicables; 2) apoyar la formulación de políticas y planes de salud de conformidad con los instrumentos internacionales de derechos humanos relacionados con la salud que sean aplicables; 3) apoyar la cooperación técnica de la OPS en la formulación, revisión y reformulación de planes nacionales y legislación sobre salud; 4) promoción y fortalecimiento de los programas de capacitación de los trabajadores de la salud sobre los instrumentos de derechos humanos que sean aplicables; 5) formulación y posible adopción de medidas legislativas, administrativas, educativas y de otra índole sobre la protección del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr y otros derechos humanos relacionados; y 6) la difusión de información a fin de abordar la estigmatización, discriminación y exclusión de grupos en situación de vulnerabilidad.

- b) La adopción en el 2013, por el Consejo Directivo, del documento conceptual (3, 4) *Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans*, el cual marcó un hito importante en el trabajo realizado con instrumentos de derechos humanos, y constituye un complemento de la resolución CD50.R8.
- c) La utilización de los instrumentos internacionales de derechos humanos ha contribuido a la entrada en vigor de leyes, según corresponda en cada país, que incorporan normas y estándares internacionales de derechos humanos con implicaciones en el derecho a la salud y otros derechos humanos conexos en esferas tales como los derechos del paciente (Chile), la prevención de la violencia contra la mujer (Nicaragua) y la prevención de toda forma de discriminación por motivos de identidad de género u orientación sexual (El Salvador).
- d) La capacitación en materia de derechos humanos se ha complementado con la realización de talleres nacionales y subregionales, en colaboración con los Estados Miembros correspondientes, para incentivar la implementación de la resolución CD54.R9 (2015) *Estrategia sobre legislación relacionada con la salud* (5). Dicha estrategia establece cuatro líneas de acción fundamentales para facilitar y promover la formulación, implementación o revisión de marcos jurídicos y reglamentarios basados en la promoción, respeto y protección de los derechos humanos.²
- e) La Oficina estableció la *Comisión de Equidad y Desigualdades en la Salud en la Región de las Américas*, liderada por el Instituto de Equidad en Salud (IHE por su sigla en inglés) (6, 7). La finalidad de la Comisión es profundizar —utilizando un enfoque multidisciplinario— en el entendimiento de los principales factores que contribuyen a las desigualdades en materia de salud. Con el fin de alcanzar su cometido y bajo un marco de derechos humanos, la Comisión analizará variables relacionadas con la identidad y la igualdad de género, la orientación sexual, la etnicidad y la raza, entre otras.
- f) La Oficina ha colaborado técnicamente con los Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos (OEA). Entre el 2011 y el 2015 ha brindado asistencia técnica a la OEA en la formulación de disposiciones jurídicas vinculadas con la salud y el desarrollo de las personas mayores. Dicho esfuerzo concluyó con la adopción por parte de la OEA de la *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores* (8), la cual entró en vigor el 11 de enero del 2017. Esta Convención constituye el primer tratado internacional sobre la materia.

² De conformidad con la Resolución CD54.R9 las cuatro líneas de acción que orientan la cooperación técnica de la Oficina son: 1) acciones sobre determinantes de la salud; 2) acciones para la promoción, difusión e intercambio de información estratégica sobre legislación relacionada con la salud; 3) acciones para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de la salud; y 4) acciones para fortalecer la coordinación entre la autoridad sanitaria con el poder legislativo y otros sectores.

- g) De conformidad con los datos recolectados por la organización *Olimpiadas Especiales*³ entre el 2014 y el 2015 (9), se constató que el 48,2% de las personas con discapacidad intelectual sufría algún trastorno relacionado con la piel o las uñas, el 69% de los adultos padecía sobrepeso u obesidad, el 51% presentaba signos de gingivitis y el 27% no superaba las pruebas de audición. Para hacer frente a ese fenómeno, la Oficina ha apoyado el fortalecimiento de las capacidades técnicas de las autoridades sanitarias que lo han solicitado, con el objetivo de proporcionar apoyo en la revisión o formulación de políticas, planes y leyes referentes a personas con discapacidad, de conformidad con la *Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad* y la *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad* (10, 11).

Acción necesaria para mejorar la situación

4. En vista de que muchos de los Estados Miembros de la Región de las Américas han avanzado en la incorporación de ciertos instrumentos internacionales de derechos humanos en sus políticas y legislación relacionadas con la salud, con el apoyo de la Oficina, se insta a los Estados Miembros, que así lo decidan, a continuar con el trabajo realizado y, a su vez, redoblar los esfuerzos con miras a:

- a) Estrechar la colaboración con las defensorías de derechos humanos y los poderes legislativo y judicial de los Estados Miembros de la OPS a efectos de coordinar sus acciones utilizando un enfoque de derechos humanos que promueva y proteja la salud incluso desde la perspectiva del derecho a la salud donde sea nacionalmente reconocido. Esto puede canalizarse mediante la formulación de marcos normativos que protejan los derechos humanos, o mediante la remoción de barreras legislativas que penalizan determinadas conductas.
- b) Intensificar los esfuerzos para que los asuntos relacionados con los derechos humanos, las cuestiones de género, la etnicidad y los determinantes sociales, económicos, ambientales, políticos y culturales que contribuyen al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, se armonicen con las prioridades regionales y el compromiso mundial para lograr el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).
- c) Fortalecer el papel que desempeña la Oficina con las comisiones y órganos de tratados de derechos humanos, tales como la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), los órganos de las Naciones Unidas y los Procedimientos Especiales.

³ Olimpiadas Especiales es la organización deportiva más grande del mundo, dedicada a niños y adultos con discapacidades intelectuales. Su programa *Unified Sports*® ofrece entrenamiento y competencias a más de 5,3 millones de atletas y socios en cerca de 170 países. El programa *Special Olympics Healthy Athletes*® ofrece servicios de salud e información a más de 1,7 millones de atletas en situación de extrema necesidad en más de 130 países.

- d) Fomentar el uso de los instrumentos internacionales de derechos humanos, según corresponda, como marco conceptual y jurídico en todos los temas relacionados con la salud.
- e) Fortalecer la capacidad técnica de las autoridades sanitarias, según sea solicitado, a fin de promover programas de capacitación orientados a los trabajadores de la salud acerca de los instrumentos internacionales de derechos humanos aplicables a las personas con discapacidad intelectual.

Intervención de la Conferencia Sanitaria Panamericana

- 5. Se solicita a la Conferencia que tome nota del presente informe de progreso y formule las recomendaciones que considere pertinentes.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. La salud y los derechos humanos (documento conceptual) [Internet]. 50.º Consejo Directivo de la OPS, 62.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2010 (documento CD50/12) [consultado el 17 de febrero del 2017]. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-12-s.pdf>
2. Organización Panamericana de la Salud. La salud y los derechos humanos [Internet]. 50.º Consejo Directivo de la OPS, 62.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2010 (resolución CD50.R8) [consultado el 17 de febrero del 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/426/CD50.R8-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
3. Organización Panamericana de la Salud. Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans (documento conceptual) [Internet]. 52.º Consejo Directivo de la OPS, 65.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2013 (documento CD52/18) [consultado el 17 de febrero del 2017]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/4411/CD52_18esp.pdf?sequence=2&isAllowed=y
4. Organización Panamericana de la Salud. Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans [Internet]. 52.º Consejo Directivo de la OPS, 65.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 30 de

septiembre al 4 de octubre del 2013; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2013 (resolución CD52.R6) [consultado el 17 de febrero del 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23287&Itemid=270&lang=es

5. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia sobre legislación relacionada con la salud [Internet]. 54.º Consejo Directivo de la OPS, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2015 (resolución CD54.R9). [consultado el 17 de febrero del 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31908&Itemid=270&lang=es
6. Organización Panamericana de la Salud. Comisión de Equidad y Desigualdades en la Salud en la Región de las Américas [Internet]. [consultado el 17 de febrero del 2017]. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12006%3Apaho-launches-high-level-commission-on-inequality-and-health-in-the-americas&catid=1443%3Aweb-bulletins&Itemid=135&lang=es
7. Organización Panamericana de la Salud. Plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 [Internet]. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2014 (Documento Oficial No. 345) [consultado el 17 de febrero del 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27419&Itemid=270&lang=es
8. Organización de Estados Americanos. Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (A-70) [Internet]. Cuadragésimo Quinto Período Ordinario de Sesiones de la Asamblea General; 15 de junio del 2015; Washington, DC; Secretaría General OEA; 2015 [consultado el 17 de febrero del 2017]. Disponible en: http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp
9. Special Olympics (2016), Healthy Athletes Software. Para obtener más datos acerca de una selección de indicadores en seis disciplinas y resultados por género, edad, grupo y región del mundo, ver: “Healthy Athletes Prevalence Report: 2015 Update”. Disponible en inglés en: <http://media.specialolympics.org/resources/research/health/Healthy-Athletes-Prevalence-Report.pdf>
10. Organización de Estados Americanos. Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las personas con Discapacidad (A-65). [Internet]. Vigésimo Noveno Período Ordinario de Sesiones de

la Asamblea General; 7 de junio de 1999; Ciudad de Guatemala, Guatemala; Secretaría General OEA; 1999 [consultado el 17 de febrero del 2017]. Disponible en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-65.html>

11. Organización de Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (A/RES/61/106). [Internet]. Sexagésimo primer período de sesiones de la Asamblea General; 13 de diciembre de 2006 [consultado el 21 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

F. PLAN DE ACCIÓN SOBRE INMUNIZACIÓN: EXAMEN DE MITAD DE PERÍODO

Introducción

1. En el 54.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), celebrado en septiembre del 2015, los Estados Miembros aprobaron una resolución para adoptar el *Plan de acción sobre inmunización* (documento CD54/7, Rev. 2), como marco orientador para la inmunización en la Región de las Américas (1). Este plan tiene como propósito continuar con el avance, así como determinar y superar los retos relativos a la inmunización que actualmente afrontan los países de la Región, y está en consonancia con el *Plan de acción mundial sobre vacunas* de la OMS (2). En este informe se resume el progreso a la mitad de período de la Región hacia el logro de los objetivos del plan fijados para el 2015 y el 2016, y se ponen de relieve los retos que deberán superarse en los dos próximos años para alcanzar las metas establecidas en él. Para elaborar este informe, se han consultado las siguientes fuentes: a) informes de los ministerios de salud de los países; b) el formulario de notificación conjunta de datos sobre inmunización de la OPS/OMS/UNICEF (3); y c) la recopilación de recursos de investigación y otros recursos disponibles. El informe será examinado por el Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la OPS y compartido con los Estados Miembros para su conocimiento y actuación.

Actualización sobre el progreso logrado

2. El plan estableció la hoja de ruta para lograr el acceso equitativo a la inmunización de todas las poblaciones de la Región de las Américas. Los países están trabajando para aprovechar el impulso hacia la cobertura universal de salud con el fin de obtener mejor cobertura vacunal y fortalecer los sistemas de salud como vehículo para aumentar la cobertura vacunal.

3. En el plan se establecieron 13 objetivos (7 generales y 6 estratégicos) y 29 indicadores. Como se muestra en el cuadro a continuación, al momento de elaborar este examen de mitad de período, la situación en la Región es la siguiente: 16 indicadores progresan considerablemente, 3 progresan moderadamente y 10 de los indicadores no progresan suficientemente. Será preciso realizar esfuerzos concertados y aplicar con urgencia medidas para lograr las metas establecidas.

Objetivos generales (OG) y estratégicos (OE)	Indicador	Situación
OG 1.1 Mantener el estatus de la Región como libre de poliomielitis	OG 1.1.1 Número de países y territorios que notifican casos de parálisis debido a poliovirus salvaje o a la circulación de poliovirus derivado de la vacuna (cVDPV) en el último año Línea de base: 0 en el 2013 Meta: 0 en el 2020	En el 2016, ninguno de los 51 países o territorios de la Región notificó casos de parálisis debido a poliovirus salvaje o a la circulación de poliovirus derivado de la vacuna.
OG 1.2 Mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC	OG 1.2.1 Número de países y territorios en los que la transmisión endémica del virus del sarampión o el de la rubéola ha sido restablecida Línea de base: 0 en el 2013; 1 en el 2015 Meta: 0 en el 2020	En el 2016, ninguno de los 51 países o territorios de la Región notificó casos endémicos de sarampión o rubéola.
OG 1.3 Mantener los logros alcanzados en el control de las enfermedades prevenibles mediante vacunación	OG 1.3.1 Número de países y territorios que cumplen con los indicadores para monitorear la calidad de la vigilancia epidemiológica de casos de parálisis flácida aguda (PFA) Línea de base: 2 en el 2013 Meta: 13 en el 2020	En el 2016, 2 países de la Región han mejorado la vigilancia epidemiológica de la poliomielitis. Este indicador no progresa suficientemente. Los países deben centrar sus esfuerzos en el fortalecimiento de la capacidad de detectar presuntos casos (es decir, tasas de presuntos casos).
	OG 1.3.2 Número de países y territorios que cumplen con los indicadores para monitorear la calidad de la vigilancia epidemiológica de casos sospechosos de sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita (SRC) Línea de base: 9 en el 2013 Meta: 18 en el 2020	En el 2016, 17 países han cumplido con los indicadores de vigilancia epidemiológica.

Objetivos generales (OG) y estratégicos (OE)	Indicador	Situación
	<p>OG 1.3.3 Número de países y territorios que introducen la vacuna contra la hepatitis B en recién nacidos durante las primeras 24 horas</p> <p>Línea de base: 18 en el 2013 Meta: 25 en el 2020</p>	<p>En el 2016, 22 países y territorios han adoptado la política de vacunación universal con una dosis al nacer, y 14 países y territorios solo vacunan a los recién nacidos cuyas madres han contraído la infección por el virus de la hepatitis B como parte de sus esfuerzos para controlar la transmisión perinatal de virus de la hepatitis B.</p>

Objetivos generales OG) y estratégicos (OE)	Indicador	Situación
<p>OE 1.1 Todos los países se comprometen con la vacunación como una prioridad para la salud y el desarrollo</p>	<p>OE 1.1.1 Número de países y territorios que tienen un sustento legislativo o regulatorio de su programa de inmunización</p> <p>Línea de base: 28 en el 2013, 26 con legislación aprobada y 2 con aprobación pendiente Meta: 32 en el 2020</p>	<p>En el 2016, ningún país más ha aprobado leyes o reglamentos relativos a sus programas de vacunación. Este indicador no progresa suficientemente.</p>
	<p>OE 1.1.2 Número de países y territorios que informan la presencia de un comité asesor técnico de inmunización que cumple con los criterios de buen funcionamiento de la OMS</p> <p>Línea de base: 15 en el 2013 Meta: 18 en el 2020</p>	<p>En el 2016, ningún país más de la Región ha indicado que cuente con el apoyo de un comité asesor técnico en materia de inmunización que funcione bien. Cabe destacar que Haití ha sido el país que más recientemente (marzo del 2017) ha establecido un comité asesor técnico en materia de inmunización. Este indicador no progresa suficientemente.</p>
	<p>OE 1.1.3 Número de países y territorios que cuentan con un plan de acción de inmunización anual vigente y que incluya planes operativos y financieros</p> <p>Línea de base: 25 en el 2013 Meta: 35 en el 2020</p>	<p>En el 2016, 41 países cuentan con un plan de inmunización anual actualizado.</p>

Objetivos generales (OG) y estratégicos (OE)	Indicador	Situación
OE 1.2 Los individuos y las comunidades entienden el valor de las vacunas	OE 1.2.1 Número de países y territorios que informan haber monitoreado la satisfacción del público con respecto a la vacunación durante la Semana de Vacunación en las Américas u otras actividades Línea de base: 0 en el 2013 Meta: 15 en el 2020	En el 2016, 6 países y territorios han referido que han utilizado la Semana de Vacunación como plataforma para vigilar la concientización, la aceptación y la satisfacción del público respecto a la vacunación durante la Semana de Vacunación en las Américas del 2016.

Objetivos generales (OG) y estratégicos (OE)	Indicador	Situación
OG 2.1 Eliminar el tétanos neonatal como problema de salud pública en todos los países	OG 2.1.1 Número de países y territorios con municipios que registran tasas de tétanos neonatal por encima de 1/1000 nacidos vivos Línea de base: 1 en el 2013 Meta: 0 en el 2020	En el 2017, Haití evaluará el plan de acción ejecutado en el 2015 para la eliminación del tétanos neonatal.
OG 2.2 Alcanzar las metas de cobertura de vacunación con DPT en todos los niveles	OG 2.2.1 Número de países y territorios que informan una cobertura promedio nacional de como mínimo el 95% con tres dosis de vacuna DPT en menores de 1 año Línea de base: 19 en el 2013 Meta: 35 en el 2020	En el 2015, 20 países han alcanzado una cobertura de 95% de la DPT3. Este indicador no progresa suficientemente en la Región.
	OG 2.2.2 Número de países y territorios que informan cobertura de como mínimo el 80% en cada distrito o equivalente con tres dosis de vacuna DPT en menores de 1 año Línea de base: 12 en el 2013 Meta: 35 en el 2020	En el 2015, 13 países han notificado que se ha alcanzado una cobertura de la DPT3 de al menos 80% en cada distrito. Este indicador no progresa suficientemente. Los países y la Oficina Sanitaria Panamericana han estado trabajando para centrar los esfuerzos en las zonas geográficas con tasas de inmunización bajas.

Objetivos generales (OG) y estratégicos (OE)	Indicador	Situación
<p>OE 2.1 Los beneficios de la inmunización se extienden a todas las personas y grupos sociales de manera equitativa</p>	<p>OE 2.1.1 Número de países y territorios que informan cobertura por quintil de ingresos u otros subgrupos que permiten monitorear la equidad de la vacunación</p> <p>Línea de base: 0 en el 2013 Meta: 15 en el 2020</p>	<p>En el 2016, no hay ningún país de la Región que haya notificado la cobertura por ingresos. Aunque este indicador no progresa suficientemente, se han llevado a cabo dos talleres para capacitar a 21 países en la metodología para medir las inequidades.</p>

Objetivos generales (OG) y estratégicos (OE)	Indicador	Situación
<p>OG 3.1 Introducir vacunas según criterios técnicos y programáticos</p>	<p>OG 3.1.1 Número de países y territorios que han introducido una o más nuevas vacunas en sus calendarios de vacunación nacionales</p> <p>Línea de base: 32 en el 2013 Meta: 40 en el 2020</p>	<p>En el 2016, 33 países y territorios han introducido nuevas vacunas en sus calendarios de vacunación nacionales.</p>
<p>OE 3.1 La toma de decisión está basada en evidencia y las evaluaciones de impacto aseguran la adopción de políticas en pos de maximizar los beneficios de la vacunación</p>	<p>OE 3.1.1 Número de países y territorios que han realizado estudios previos a la introducción de una vacuna (p. ej., análisis de costoefectividad)</p> <p>Línea de base: 14 en el 2013 Meta: 20 en el 2020</p> <p>OE 3.1.2 Número de países y territorios que han realizado estudios posteriores a la introducción de una vacuna (p. ej., estudios de impacto, estudios operacionales, etc.)</p> <p>Línea de base: 9 en el 2013 Meta: 15 en el 2020</p>	<p>En el 2016, 16 países han realizado estudios antes de introducir nuevas vacunas.</p> <p>En el 2016, 12 países han realizado estudios después de introducir nuevas vacunas.</p>

Objetivos generales (OG) y estratégicos (OE)	Indicador	Situación
<p>OG 4.1 Lograr los resultados previstos propuestos por la agenda para el desarrollo para después del 2015 sobre la reducción de mortalidad infantil y la reducción de mortalidad materna</p>	<p>OG 4.1.1 Número de países y territorios que incluyen en sus calendarios de inmunización la vacunación de embarazadas contra la gripe y/o con vacuna que contiene tétanos-difteria, como trazadores de la vacunación materna</p> <p>Línea de base: 27 en el 2013 Meta: 35 en el 2020</p>	<p>En el 2016, se indica la vacunación antigripal de las embarazadas en 31 países de América Latina y el Caribe. En 18 de estos 31 países se indica administrar la vacuna contra la tos ferina a las embarazadas.</p>
	<p>OG 4.1.2 Número de países y territorios que ofrecen otras intervenciones preventivas de forma integrada con la vacunación</p> <p>Línea de base: 4 en el 2013 Meta: 20 en el 2020</p>	<p>En el 2016, 6 países ofrecen intervenciones preventivas integradas con la vacunación (es decir, tratamiento vermífugo).</p>
<p>OE 4.1 El programa de inmunización tiene disponibilidad de insumos de manera sostenible con recursos nacionales</p>	<p>OE 4.1.1 Número de países y territorios que financian más del 90% de sus programas o iniciativas de inmunización con recursos nacionales</p> <p>Línea de base: 27 en el 2013 Meta: 35 en el 2020</p>	<p>En el 2015, 34 países de la Región pueden financiar sus propios programas con recursos nacionales.</p>
	<p>OE 4.1.2 Porcentaje de la cohorte de nacimientos en América Latina y el Caribe que tiene acceso a un suministro adecuado de vacunas de calidad</p> <p>Línea de base: 100 en el 2013 Meta: 100 en el 2020</p>	<p>En el 2016, 100% de la cohorte tiene acceso a un suministro suficiente de vacunas de calidad.</p>

Objetivos generales (OG) y estratégicos (OE)	Indicador	Situación
	<p>OE 4.1.3 Número de países y territorios que adquieren vacunas a través del Fondo Rotatorio y que cumplen con los criterios de precisión de demanda de vacunas e insumos</p> <p>Línea de base: 10 en el 2013 Meta: 30 en el 2020</p>	<p>En el 2016, solo 4 países y territorios obtuvieron vacunas por medio del Fondo Rotatorio y satisficieron los criterios de precisión de la demanda de vacunas e insumos. Este indicador no progresa suficientemente. La carga financiera nacional elevada, la introducción de la vacuna con poliovirus inactivados y la sustitución de la vacuna antipoliomielítica trivalente por la bivalente son algunas de las razones por las que los países tuvieron que actualizar las cantidades previstas. La asistencia técnica de la OPS comprendió la actualización de las autoridades acerca de los mercados de vacunas, la resolución de los problemas de suministro y medidas de facilitación para mejorar la planificación de la demanda y el desempeño financiero.</p>
<p>OE 4.2 Los servicios de inmunización fortalecidos forman parte de un servicio de salud integral con buen funcionamiento</p>	<p>OE 4.2.1 Número de países y territorios que tienen tasas de deserción entre la primera y la tercera dosis de vacuna con DPT menores del 5%</p> <p>Línea de base: 11 en el 2013 Meta: 35 en el 2020</p>	<p>En el 2015, en 26 países la tasa de abandono entre la primera y la tercera dosis de la DPT es inferior a 5%. El desempeño de este indicador muestra que los países deben esforzarse más por mejorar la calidad de los servicios de inmunización que se prestan y pueden iniciar medidas para corregir los problemas y mejorar la cobertura de la DPT3 en la infraestructura actual.</p>
	<p>OE 4.2.2 Número de países y territorios con coberturas de tercera dosis de vacuna con DPT mayores del 95% sostenidas durante tres o más años seguidos</p> <p>Línea de base: 13 en el 2013 Meta: 35 en el 2020</p>	<p>En el 2015, 10 países y territorios han mantenido la cobertura de la DPT3 por encima de 95% durante 3 o más años consecutivos. Este indicador no progresa suficientemente. Es preciso seguir fortaleciendo los sistemas nacionales de salud a medida que los países agreguen vacunas a sus programas nacionales, de modo que la cobertura de todas las vacunas alcance la meta de 95% o más y se mantenga en ese nivel.</p>

Objetivos generales (OG) y estratégicos (OE)	Indicador	Situación
	<p>OE 4.2.3 Número de países y territorios que han realizado actividades para identificar y superar las barreras para llegar a la población sin vacunar o insuficientemente vacunadas</p> <p>Línea de base: 22 en el 2013 Meta: 35 en el 2020</p>	<p>En el 2016, 23 países y territorios han llevado a cabo actividades de vacunación dirigidas a poblaciones distantes con el propósito de reducir el número de personas vulnerables. Este indicador no progresa suficientemente. La Región sigue dando prioridad a la aplicación de estrategias para llegar a las poblaciones insuficientemente vacunadas o sin vacunar; entre dichas estrategias se encuentra la estrecha colaboración con los países para definir las necesidades y las medidas de seguimiento.</p>
	<p>OE 4.2.4 Número de países y territorios que han realizado actividades para mejorar la calidad de sus datos de cobertura y que incluyen estas actividades en sus planes de acción anuales</p> <p>Línea de base: 12 en el 2013 Meta: 25 en el 2020</p>	<p>En el 2016, 14 países y territorios han realizado actividades para mejorar la calidad de sus datos sobre vacunación.</p>
	<p>OE 4.2.5 Número de países y territorios que cuentan con un sistema nacional de registro nominal de vacunación electrónico</p> <p>Línea de base: 3 en el 2013 Meta: 10 en el 2020</p>	<p>En el 2016, 5 países usan actualmente sistemas de registro electrónico de datos sobre vacunación en el nivel nacional.</p>

Objetivos generales (OG) y estratégicos (OE)	Indicador	Situación
	<p>OE 4.2.6 Número de países y territorios que informan haber tenido un desabastecimiento de alguna vacuna o insumo relacionado durante un mes completo o más en cualquier nivel (local, subnacional o nacional)</p> <p>Línea de base: 11 en el 2013 Meta: 0 en el 2020</p>	<p>En el 2015, 21 países notificaron que habían tenido desabastecimientos, principalmente por la escasez de vacunas a nivel mundial. Este indicador no progresa suficientemente. Los países deben examinar el sistema de la cadena de distribución de vacunas con el fin de optimizar los pasos del proceso y adecuar las estrategias para potenciar al máximo la eficacia y la eficiencia.</p>
	<p>OE 4.2.7 Número de países y territorios que han fortalecido la vigilancia posterior a la comercialización de vacunas del Programa Ampliado de Inmunización</p> <p>Línea de base: 4 en el 2013 Meta: 10 en el 2020</p>	<p>En el 2016, 28 países y territorios han fortalecido la vigilancia posterior a la comercialización de vacunas del Programa Ampliado de Inmunización.</p>
	<p>OE 4.2.8 Número de países y territorios que realizan actividades de vacunación dirigidas al personal de salud</p> <p>Línea de base: 19 en el 2013 Meta: 25 en el 2020</p>	<p>En el 2016, 25 países de la Región han estado trabajando para mejorar los conocimientos y las capacidades de su personal de salud.</p>

Retos y medidas necesarias para mejorar la inmunización en la Región

4. La inmunización se encuentra entre las intervenciones de salud más eficaces en función de los costos que se han ejecutado históricamente (4). Para alcanzar su potencial pleno y lograr mayores avances en lo que respecta a los objetivos del plan, los países deben reforzar las siguientes áreas de trabajo teniendo en cuenta su propia realidad:

- a) *Mejora de los marcos jurídicos.* Los países deben establecer o reforzar la legislación sobre las vacunas para proteger la sostenibilidad financiera del programa.
- b) *Garantía de que los beneficios de la inmunización son compartidos por igual por todos.* Con el objetivo de aumentar la cobertura en todos los niveles, los programas de inmunización deben trabajar con los sistemas de salud para

- extender los servicios a las personas que actualmente no están cubiertas y aprovechar los enfoques integrados con otras intervenciones en el nivel de atención primaria (5-6).
- c) *Mantenimiento y fortalecimiento del compromiso nacional con los programas de inmunización.* Aunque los países han invertido en la compra de vacunas nuevas y más costosas, se necesitan recursos financieros para apoyar y mejorar actividades programáticas como la supervisión, la capacitación y la asistencia técnica (7). Un reto estriba en la situación económica que afrontan muchos países de ingresos medianos de la Región, que presentan otras necesidades de salud que compiten con las vacunas. La inversión debe vincularse a un marco de evaluación cuantificable.
 - d) *Aumento de la vigilancia de las enfermedades.* La vigilancia de la poliomielitis, el sarampión y la rubéola basada en los presuntos casos es la herramienta más potente para mantener los logros y evitar que se reestablezca la circulación de estos virus en la Región (8-9). Los países deben mejorar el desempeño de la vigilancia epidemiológica y de laboratorio integrada de las enfermedades prevenibles mediante vacunación, aprovechar esta red e incluir otras enfermedades prevenibles mediante vacunación, así como mejorar la vigilancia centinela.
 - e) *Fortalecimiento del sistema de información.* Con el fin de tomar decisiones más fundamentadas, los países deben trabajar para garantizar la obtención, la gestión, el análisis y el uso de datos de gran calidad en todos los niveles (10). Estas actividades deben centrarse, entre otras cosas, en la capacitación, la evaluación de la calidad de los datos de sus sistemas, y el análisis del uso de nuevas tecnologías.
 - f) *Mejora de la comunicación y la movilización social.* Los países deben esforzarse por aumentar la confianza en las vacunas y su aceptación, basándose en la evidencia, mediante el fomento de la participación de las comunidades y del uso de nuevas tecnologías de telefonía móvil e internet.

Intervención de la Conferencia Sanitaria Panamericana

5. Se invita a la Conferencia a tomar nota del presente informe y a formular las recomendaciones que considere pertinentes.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre inmunización [Internet]. 54.º Consejo Directivo de la OPS, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2015 (resolución CD54.R8) [consultado el 23 de enero del 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31905&Itemid=270&lang=es.

2. Organización Mundial de la Salud. Proyecto de plan de acción mundial sobre vacunas [Internet]. 65.^a Asamblea Mundial de la Salud; del 21 al 26 de mayo del 2012; Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; 2012 (documento A65/22) [consultado el 23 de enero del 2017]. Disponible en:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_22-sp.pdf.
3. Organización Panamericana de la Salud. Inmunización en las Américas, resumen del 2016 [Internet]. Washington (DC): OPS; 2016 [consultado el 23 de enero del 2017]. Disponible en:
http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=36292&lang=es.
4. Horton S, Levin C. Cost-Effectiveness of Interventions for Reproductive, Maternal, Neonatal, and Child Health. En: Black RE, Laxminarayan R, Temmerman M, Walker N, editores. Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health: Disease Control Priorities, Tercera edición (volumen 2). Washington, (DC): Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial; abril del 2016, capítulo 17 [consultado el 23 de enero del 2017] Disponible en inglés en:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK361907/pdf/Bookshelf_NBK361907.pdf
5. Organización Mundial de la Salud. Grupo de Expertos de la OMS en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización. 2016 Examen a mitad de ejecución del Plan de acción mundial sobre vacunas [consultado el 23 de enero del 2017]. Disponible en http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/SAGE_GVAP_Assessment_Report_2016_ES.pdf?ua=1
6. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [Internet]. 53.^o Consejo Directivo de la OPS, 66.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2014 (documento CD53/5, Rev. 2) [consultado el 23 de febrero del 2017]. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27273&Itemid=270&lang=es.
7. Organización Mundial de la Salud. Fortalecimiento de la inmunización para alcanzar los objetivos del Plan de acción mundial sobre vacunas [Internet]. 70.^a Asamblea Mundial de la Salud; 23 de mayo del 2017; Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; 2017 (documento A70/A/Conf./1). Disponible en:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_ACONF1-sp.pdf
8. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas [Internet]. 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 64.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 17 al 21 de septiembre del 2012; Washington DC. Washington, DC: OPS; 2012 (resolución CSP28.R14) [consultado el 23 de enero del 2017]. Disponible en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=18951&Itemid=270&lang=es.

9. Organización Mundial de la Salud. Plan estratégico para la erradicación de la poliomielitis y la fase final 2013-2018 [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [consultado el 23 de enero del 2017]. Resumen de orientación disponible en español en: http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/PEESP_ES_SPA_A4.pdf. Publicación completa en inglés en: <http://polioeradication.org/who-we-are/strategy/>.
10. Organización Panamericana de la Salud (Grupo Técnico Asesor [GTA] sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación). Actualización en los progresos y avances de los registros nominales electrónicos de vacunación y calidad de datos. En: Vacunación ¡Tu mejor jugada! Informe final [Internet]. XXII Reunión del GTA sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación; del 1 al 2 de julio del 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2014 [consultado el 23 de enero del 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26692&Itemid=270&lang=es

G. ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN SOBRE LA EPILEPSIA: EXAMEN DE MITAD DE PERÍODO

Antecedentes

1. El presente documento tiene como propósito informar a los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) acerca del progreso logrado en cuanto a la ejecución de la *Estrategia y plan de acción sobre la epilepsia*, aprobada en septiembre del 2011 (documento CD51/10, Rev. 1 (1) y resolución CD51.R8) (2). Esta estrategia y plan de acción establece la base de la cooperación técnica en la Región para el abordaje de la epilepsia. Esto se complementa con la *Estrategia y plan de acción sobre salud mental* aprobada por el Consejo Directivo de la OPS en el 2009 (3), el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (4) y el *Plan de acción sobre salud mental 2015-2020* (5). Otros antecedentes los constituyen varias resoluciones y documentos técnicos regionales sobre epilepsia aprobados por la OPS y los Estados Miembros, así como el programa de acción en salud mental (mhGAP por su sigla en inglés), iniciado por la OMS en el 2008 y su correspondiente guía de intervención del 2010, la cual incluye un módulo para el tratamiento de la epilepsia en el nivel primario de sistemas de salud (6-12). En el 2015, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución acerca de la necesidad de acciones coordinadas a nivel de los países para abordar las implicaciones de salud y sociales de la carga asociada a la epilepsia (resolución WHA68.20) (13). Cabe hacer notar que el plan de acción no presenta un marco lógico preciso, de modo tal que no todas las áreas estratégicas cuentan con objetivos e indicadores correspondientes.

Actualización sobre el progreso alcanzado

2. Los países de la Región han logrado avances en muchos objetivos con importantes progresos en la implementación de las áreas estratégicas 2 y 4. Si bien se evidencia un progreso significativo, aún existen algunas barreras. En particular, a nivel país, la discusión sobre estrategias y modelos de servicios para epilepsia están frecuentemente bajo responsabilidad de asociaciones de profesionales. Los ministerios de salud tienen dificultades en manejar el tema directamente con sus propios recursos. Los esfuerzos de la OPS están orientados en dicha dirección, promoviendo y facilitando la participación de las autoridades, y trabajando en contacto regular con los ministerios y las asociaciones médicas de América Latina y el Caribe.

3. Los datos sobre los Estados Miembros (ver cuadro a continuación) se obtuvieron a través del informe *Epilepsia en Latinoamérica* y el instrumento *OMS/ATLAS para Trastornos Neurológicos* (14, 15). Estos instrumentos, junto con la información disponible en los *Datos de Mortalidad para Salud en las Américas 2012*, constituyen las principales referencias para la preparación de este informe (16).

Área estratégica 1: Programas y legislación para la atención de las personas con epilepsia y la protección de sus derechos humanos		
Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
1.1	1.1.1 Número de países que disponen de un programa nacional de atención de la epilepsia en ejecución. Línea de base: 10 países en el 2010 Meta: 20 en el 2015; 30 en el 2020	18 países en el 2016 (14, 15). Las metas han sido demasiado ambiciosas. Se propone ajustar la meta a 25 países para el año 2020
1.2	1.2.1 Número de países que han revisado/modificado y actualizado el marco legislativo relacionado con la epilepsia acorde con los estándares internacionales de derechos humanos. Línea de base: no definida en el 2012 Meta: 10 países en el 2015; 25 en el 2020	10 países en el 2016 (14, 15). No hay acuerdo unánime entre los países sobre la necesidad de una ley específica para la epilepsia; se propone reducir la meta a 15 países para el año 2020.
	1.2.2 Desarrollado y publicado el Instrumento y Metodología para evaluar integralmente los programas nacionales y servicios de atención a la epilepsia (IEPE). Línea de base: ningún instrumento publicado en el 2010 Meta: 1 instrumento publicado en el 2012; 1 revisado en el 2020	Elaboración de un cuestionario de datos básicos sobre programas, servicios y recursos, en el 2013 (14). Revisión del cuestionario a la luz del <i>Atlas Neurológico de la OMS</i> , en progreso.
	1.2.3 Número de países que ha evaluado su programa nacional y/o los servicios de atención a la epilepsia. Línea de base: ningún país en el 2010 Meta: 25 países en el 2014; 30 en el 2020	No se dispone de información específica al respecto. Se propone alinear este indicador con el 1.1, y replantear la meta a 20 países para 2020
	1.2.4 Tasa regional de mortalidad por epilepsia (por 100.000 habitantes). Línea de base: 0,8 en el 2010 Meta: < 0,8 (el plan no especifica el año).	Tasa de 0,50 en Norteamérica; 1,04 en América Latina y el Caribe; 0,84 en las Américas, por 100.000 habitantes en el 2012 (información más reciente disponible) (16).

Área estratégica 2: Red de servicios de salud para la atención de las personas con epilepsia, con énfasis en la atención primaria de salud y en la provisión de fármacos		
Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
2.1	<p>2.1.1 Elaboración y publicación de un Módulo Regional de Capacitación (guías) sobre la epilepsia, basado en las competencias requeridas para la satisfacción de las necesidades y dirigido a los trabajadores de la atención primaria de salud.</p> <p>Línea de base: 1 guía en el 2010 (mhGAP-IG) Meta: 1 guía adaptada al nivel regional en el 2013; 1 guía revisada en el 2020</p>	<p>La <i>Guía de Intervención mhGAP/Módulo de Epilepsia</i> elaborada por la OMS en el 2010 cumple los requerimientos del módulo regional de capacitación propuesto en este indicador. Esta guía, incluido el módulo de epilepsia, ha sido publicada y puesta a disposición de los países de la Región en sus versiones en inglés (2010), francés (2011), español (2012) y portugués (2015). Además, este módulo ha sido adaptado a nivel de país y se está utilizando en alrededor de 30 países y territorios, acorde con la metodología de la OMS (12).</p>
2.2	<p>2.2.1 Porcentaje de las personas con epilepsia que no reciben tratamiento.</p> <p>Línea de base: 60% en el 2009 Meta: 30% en el 2020</p>	<p>Estudio piloto en Honduras con un programa de intervención de base comunitaria. Reducción de brecha de tratamiento del 53% en 1997 al 13% en el 2014 (14).</p> <p>Un nuevo estudio regional está previsto en el 2017 para analizar la brecha de tratamiento similar al que se hizo en el 2013 sobre la brecha de tratamiento en salud mental. Se incluirán todos los países de la Región que tengan datos disponibles.</p>

Área estratégica 3: Educación y concientización de la población, incluidas las personas con epilepsia y sus familias

Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
3.2	<p>3.2.1 Elaboración y publicación de guías regionales para la formulación e implementación de acciones para la prevención de la epilepsia en los países.</p> <p>Línea de base: ninguna guía en el 2010 Meta: 1 guía en el 2013; revisado en el 2020</p>	El documento correspondiente a las guías regionales para la formulación e implementación de acciones para la prevención de la epilepsia fue preparado en el 2016. Su finalización se espera para el primer semestre del 2017.

Área estratégica 4: Fortalecimiento de la capacidad para producir, evaluar y utilizar la información sobre la epilepsia

Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
4.1	<p>4.1.1 Publicación de un documento metodológico regional para el desarrollo de indicadores sobre la epilepsia, elaborado mediante un proceso de consulta y la participación de un grupo de expertos.</p> <p>Línea de base: ningún documento en el 2010 Meta: 1 documento en el 2014</p>	Parcialmente cumplido con el uso de los datos-indicadores del <i>Informe Regional/OPS</i> y del <i>ATLAS para Trastornos Neurológicos/OMS (14, 15)</i> . Debe ser completado en el periodo 2017-2020.
	<p>4.1.2 Informe regional sobre la epilepsia, concluido y publicado.</p> <p>Línea de base: 1 informe en el 2008 Meta: 1 en el 2015; 1 en el 2020</p>	Informe sobre la <i>Epilepsia en Latinoamérica, 2013 (14)</i> .
4.2	<p>4.2.1 Publicación de una recopilación de investigaciones epidemiológicas sobre la epilepsia en América Latina y el Caribe.</p> <p>Línea de base: ninguna publicación en el 2010 Meta: 1 en el 2015; 1 en el 2020</p>	Se publicó un documento técnico que recopila las experiencias más importantes en Latinoamérica en el campo de la epilepsia (programas, servicios e investigación epidemiológica), a partir de dos talleres regionales celebrados en Chile (2013) y en Honduras (2015) (14).

Acción necesaria para mejorar la situación

- a) Ajustar metas de la *Estrategia y plan de acción sobre la epilepsia* para reflejar metas más realistas.
- b) Consolidar e implementar los instrumentos y estudios para la evaluación de los contenidos y estándares que hacen parte de la *Estrategia y plan de acción sobre la epilepsia*.
- c) Apoyar el trabajo conjunto de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) y los Estados Miembros en el desarrollo de los sistemas de salud, los recursos humanos y los servicios para mejorar la calidad de la atención, y reducir la brecha de tratamiento.
- d) Promover la asignación de recursos acordes con las necesidades identificadas y las metas establecidas.
- e) Fortalecer los sistemas de información y vigilancia, mejorar la información epidemiológica e incrementar la cobertura de las encuestas para poblaciones marginalizadas y otros grupos vulnerables.

Intervención de la Conferencia Sanitaria Panamericana

4. Se le solicita a la Conferencia que tome nota de este informe, apruebe los ajustes de las metas de los indicadores 1.1.1 y 1.2.1 y formule las recomendaciones que considere pertinentes.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. *Estrategia y plan de acción sobre la epilepsia* [Internet]. 51.º Consejo Directivo de la OPS, 63.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2011. Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2011 (documento CD51/10, Rev. 1) [consultado el 20 de diciembre del 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14464&Itemid=270
2. Organización Panamericana de la Salud. *Estrategia y Plan de Acción sobre la epilepsia* [Internet]. 51.º Consejo Directivo de la OPS, 63.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2011. Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2011 (resolución CD51.R8) [consultado el 20 de diciembre del 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15045&Itemid=270

3. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre salud mental [Internet]. 49.º Consejo Directivo de la OPS, 61.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2009 (documento CD49/11) [consultado el 20 de Diciembre del 2016]. Disponible en:
<http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-11-s.pdf>
4. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 [Internet]. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2014 (Documento Oficial 345). Disponible en:
http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27419&Itemid=270&lang=es
5. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre salud mental [Internet]. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2014 (documento CD53/8, Rev. 1). Disponible en:
http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26721&Itemid=270&lang=es
6. Comisiones de Asuntos Latinoamericanos de la Liga Internacional contra la Epilepsia y del Bureau Internacional para la Epilepsia, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, UNICEF para América Latina y el Caribe, Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe de la UNESCO, Ministerio de Salud de Chile. Declaración Latinoamericana sobre Epilepsia [Internet]. Santiago (Chile): ILAE, IBE, OPS/OMS, UNICEF, UNESCO, MINSAL; 2000 [consultado el 20 de Diciembre del 2016]. Disponible en:
http://apps.who.int/mental_health/neurology/epilepsy/latin_american_declaration_2000_spanish.pdf
7. World Health Organization, International League Against Epilepsy, International Bureau for Epilepsy. Global Campaign Against Epilepsy: out of the shadows [Internet]. Heemstede (The Netherlands): ILAE, IBE, WHO; 2003 [consultado el 20 de Diciembre del 2016]. Disponible en:inglés en:
http://www.who.int/mental_health/management/en/GcaeBroEn.pdf
8. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Liga Internacional Contra la Epilepsia, Buró Internacional para la Epilepsia. Informe sobre la Epilepsia en Latinoamérica [Internet]. Washington, DC (Estados Unidos): OPS/OMS, ILAE, IBE; 2008 [consultado el 20 de Diciembre del 2016]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Informe_sobre_epilepsia.pdf

9. Organización Panamericana de la Salud. La discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y otros derechos relacionados [Internet]. 47.º Consejo Directivo de la OPS, 58.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 25 al 29 de septiembre del 2006. Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2006 (resolución CD47.R1) [consultado el 20 de Diciembre del 2016]. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/CD47.r1-s.pdf>
10. Organización Panamericana de la Salud. La salud y los derechos humanos [Internet]. 50.º Consejo Directivo de la OPS, 62.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010. Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2010 (resolución CD50.R8) [consultado el 20 de Diciembre del 2016]. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R8-s.pdf>
11. Organización Mundial de la Salud. mhGAP-Programa de acción para superar las brechas en salud mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias [Internet]. Ginebra (Suiza): OMS; 2008. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/mhgap_spanish.pdf?ua=1
12. Organización Mundial de la Salud. Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada [Internet]. Ginebra (Suiza): OMS; 2012. Disponible en: <http://www.paho.org/mhgap/es/doc/GuiamhGAP.pdf?ua=1>
13. World Health Organization. Carga mundial de epilepsia y necesidad de medidas coordinadas en los países para abordar sus consecuencias sanitarias y sociales y su conocimiento por el público [Internet]. 68.ª Asamblea Mundial de la Salud; del 18 al 26 de mayo del 2015. Ginebra, Suiza. Ginebra: WHO; 2015 (resolución WHA68.20) [consultado el 20 de Diciembre del 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68-REC1/A68_2015_REC1-sp.pdf#page=25
14. Organización Panamericana de la Salud. Epilepsia en Latinoamérica [Internet]. Santiago (Chile): OPS; 2013 [consultado el 20 de Diciembre del 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=33137&lang=es
15. World Health Organization. Atlas Project Neurology [Internet]. WHO; 2015. Datos no publicados. Disponible mediante solicitud a la Unidad de Salud Mental, Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, OPS [consultado el 20 de Diciembre del 2016]. Disponible en inglés en: http://www.who.int/mental_health/neurology/atlas/en/#

16. Organización Panamericana de la Salud. Datos de Mortalidad para Salud en las Américas. Washington, DC: OPS; 2012 [consultado el 20 de Diciembre del 2016]. Disponible en:
http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2470%3A2010-data-statistics&catid=1900%3Ahome&Itemid=40434&lang=es

H. PLAN DE ACCIÓN SOBRE SALUD MENTAL: EXAMEN DE MITAD DE PERÍODO

Antecedentes

1. El presente documento tiene como propósito informar a los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) acerca del progreso logrado en cuanto a la ejecución del *Plan de acción sobre salud mental*, aprobado en octubre del 2014 (documento CD53/8 y resolución CD53.R7) (1). La base para la elaboración de este plan y en general para la actual cooperación técnica en la Región sobre salud mental es la Estrategia y plan de acción sobre salud mental aprobada por el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el 2009, revisado y alineado de acuerdo con el *Plan de acción integral sobre salud mental* puesto en marcha por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2013 (2, 3). Esto se complementa con el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (4). Otros antecedentes los constituyen varias resoluciones, declaraciones y documentos técnicos regionales sobre salud mental aprobados por la OPS y los Estados Miembros, así como el programa de acción en salud mental (mhGAP por su sigla en inglés), iniciado por la OMS en el 2008 y su correspondiente guía de intervención del 2010 (5-12).

Actualización sobre el progreso alcanzado

2. Se han logrado avances en la mayor parte de los objetivos, según se describe en el cuadro presentado a continuación. Los países de la Región están haciendo serios esfuerzos para desplazar el eje de la atención, desde los servicios prestados en los hospitales psiquiátricos tradicionales hacia un modelo basado en la comunidad, que ofrezca cuidados integrales y continuos para las personas con trastornos mentales y sus familias. En toda la Región, han tenido lugar numerosos eventos y se han intercambiado herramientas técnicas de utilidad práctica. El proceso de integración de la salud mental en la atención primaria se ha fortalecido en los últimos años con la capacitación del personal de atención primaria de salud en el uso del instrumento mhGAP de la OMS, que consiste en intervenciones para la prevención y el manejo de trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel no especializado de atención de la salud. Sin embargo, es necesario consolidar el proceso, con herramientas de monitoreo y evaluación que permitan entender el impacto del esfuerzo que se está llevando a cabo.

3. Los Estados Miembros presentan sus datos periódicamente por medio de informes de encuestas, anuarios epidemiológicos, el instrumento Atlas regional de salud mental de las Américas (OPS) y la herramienta WHO-AIMS de la OMS, sobre los sistemas de atención a la salud mental. Estos instrumentos, junto con los informes elaborados por la OPS, como el de *Mortalidad por suicidio en las Américas* (2014), *Indicadores Básicos - Situación de Salud en las Américas* (2016), y los informes de las misiones técnicas del personal a cargo por parte de la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina), constituyen las principales referencias para la preparación de este informe.

Línea estratégica de acción 1: Formular e implementar políticas, planes y leyes en el campo de la salud mental y promoción de la salud mental para lograr una gobernanza apropiada y eficaz.

Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
1.1	1.1.1 Número de países que tienen una política o plan nacional sobre salud mental en línea con los planes regional y mundial de salud mental. Línea de base: 22 en el 2013 Meta: 30 en el 2020	En el 2015, 27 países disponían de una política o plan independiente en materia de salud mental (13, 14).
1.2	1.2.1 Número de países que disponen de leyes nacionales sobre salud mental acordes con los instrumentos internacionales de derechos humanos. Línea de base: 8 en el 2013 Meta: 18 en el 2020	En el 2015, 22 países en total disponían de una ley independiente en materia de salud mental (13, 14). Además, en siete países la legislación sobre salud mental estaba integrada en las leyes de salud general o de discapacidad (13).

Línea estratégica de acción 2: Mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas y servicios de salud mental y de atención a los problemas relacionados con el uso de sustancias psicoactivas, a fin de proporcionar una atención integral y de calidad en el ámbito comunitario.

Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
2.1	2.1.1 Número de países que han incrementado el índice de personas atendidas en dispositivos ambulatorios de salud mental por encima del promedio regional (975/100.000 habitantes). Línea de base: 19 en el 2013 Meta: 30 en el 2020	En el 2015, 21 países en total notificaban un número de consultas anuales en establecimientos ambulatorios de salud mental por encima del promedio regional (13, 14).
2.2	2.2.1 Número de países donde los hospitales psiquiátricos han reducido el número de camas, al menos, en un 15%. Línea de base: 0 Meta: 10 en el 2020	A partir de la información presentada por 31 países en el 2013 se estableció como línea de base el promedio regional de 39,43 camas por 100.000 habitantes; además, cuatro países informaron no tener camas en sus hospitales psiquiátricos (14). En el 2015, de los 31 países incluidos en la línea de base, 16 redujeron el número de camas en hospitales psiquiátricos, al menos en un 15% (13). La línea de base se ampliará a medida que obtengamos información relevante.

Línea estratégica de acción 2: Mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas y servicios de salud mental y de atención a los problemas relacionados con el uso de sustancias psicoactivas, a fin de proporcionar una atención integral y de calidad en el ámbito comunitario.

Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
2.3	<p>2.3.1 Número de países que han integrado el componente de salud mental en la atención primaria.</p> <p>Línea de base: 15 en el 2013 Meta: 25 en el 2020</p>	En el 2015, en 23 países se presentó información sobre trabajadores de atención primaria que, en los dos últimos años, recibieron al menos dos días de capacitación en salud mental (13, 14).

Línea estratégica de acción 3: Elaborar e implementar programas de promoción y prevención en el ámbito de los sistemas y servicios de salud mental, y para la atención a los problemas relacionados con el uso de alcohol y otras sustancias, con particular atención al ciclo de vida.

Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
3.1	<p>3.1.1 Número de países con programas multisectoriales operativos de promoción y prevención en materia de salud mental.</p> <p>Línea de base: 20 en el 2013 Meta: 25 en el 2020</p>	Si bien 14 países notificaron tener en el 2015 programas formales de promoción y prevención de salud mental, la totalidad de los países cuenta con actividades inscritas en diferentes sectores dirigidas a propósitos similares y estos esfuerzos están aumentando (13).
3.2	<p>3.2.1 Número anual de muertes por suicidio por 100.000 habitantes. No hay aumento de la tasa regional de suicidio en el 2020 comparada con el 2013.</p> <p>Línea de base: 7,3 x 100.000 habitantes en el 2013 Meta: < 7,3 x 100.000 habitantes</p>	<p>La línea de base planteada en el indicador corresponde a datos del período 2005-2009 que fueron publicados en el 2014 (15).</p> <p>El promedio regional de la tasa de suicidio fue de 7,96 x 100.000 habitantes según datos disponibles del 2012. De los 34 países con información disponible, 19 notifican una tasa anual de suicidios por debajo de la línea de base (16).</p> <p>El incremento aparente de la tasa de suicidios en el corto plazo puede estar relacionado con el esfuerzo por una mejor y más completa recopilación de datos en la Región.</p>

<i>Línea estratégica de acción 3: Elaborar e implementar programas de promoción y prevención en el ámbito de los sistemas y servicios de salud mental, y para la atención a los problemas relacionados con el uso de alcohol y otras sustancias, con particular atención al ciclo de vida.</i>		
Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
	<p>3.2.2 Número de países que desarrollan e implementan programas nacionales para la prevención del suicidio.</p> <p>Línea de base: 6 en el 2013 Meta: 20 en el 2020</p>	<p>En el 2015, 11 países indicaron haber formulado una estrategia nacional de prevención del suicidio (13).</p> <p>Aun así, el componente de prevención está presente en los planes y estrategias que 27 países han formulado y la diferencia reside en el alcance de dichas estrategias y su nivel de implementación.</p>

<i>Línea estratégica de acción 4: Fortalecer los sistemas de información, la evidencia científica y las investigaciones.</i>		
Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
4.1	<p>4.1.1 Número de países con un conjunto básico de indicadores de salud mental acordados y compilados de forma sistemática y notificados anualmente.</p> <p>Línea de base: 21 en el 2013 Meta: 30 en el 2020</p>	<p>En el 2015, 25 países informaron contar con un conjunto de indicadores básicos de salud mental (13).</p> <p>En Centroamérica en particular, la OPS, en colaboración con el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA), ha llevado a cabo recientemente un trabajo de depuración y estandarización de esos indicadores y se está apoyando a los países para la implementación del compendio de indicadores obtenido. Asimismo, se está trabajando para la incorporación de esos indicadores en el observatorio actual de conductas suicidas en Centroamérica y la República Dominicana, y convertirlo así en un observatorio de salud mental.</p>

Acción necesaria para mejorar la situación

- a) Apoyar el trabajo conjunto de la Oficina y los Estados Miembros en el desarrollo de los sistemas de salud mental, los recursos humanos y los servicios necesarios para reducir la brecha de tratamiento y mejorar la calidad de la atención.
- b) Fortalecer los sistemas de información y vigilancia, mejorar la información epidemiológica e incrementar la cobertura de las encuestas para las poblaciones marginadas y otros grupos vulnerables.

- c) Promover la asignación de recursos acordes con las necesidades identificadas y las metas establecidas.
- d) Para poder dar una cifra más precisa de la tasa regional de suicidio será necesario un análisis del período 2010-2015 completo. Se ha previsto publicar este informe en el año 2018 y sus resultados formarán parte del informe final de este plan de acción.

Intervención de la Conferencia Sanitaria Panamericana

- 4. Se invita a la Conferencia a que tome nota del presente informe y formule las recomendaciones que considere pertinentes.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2015-2020 [Internet]. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2014 (documento CD53/8, Rev. 1 y resolución CD53.R7) [consultado el 8 de febrero del 2017]. Disponible en: Documento: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28292/CD53-8-s.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
2. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre salud mental [Internet]. 49.º Consejo Directivo de la OPS, 61.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2009 (documento CD49/11 y resolución CD49.R17) [consultado el 8 de febrero del 2017]. Disponible en: Documento: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-11-s.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020. [Internet]. Ginebra: OMS; 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf?ua=1
4. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 [Internet]. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2014 (Documento Oficial No. 345) [consultado el 8 de febrero del 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7654/CD53-OD345-s.pdf?sequence=17>

5. Organización Panamericana de la Salud. Salud mental [Internet]. 40.º Consejo Directivo de la OPS, 49.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 22 al 26 de septiembre de 1997; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 1997 (resolución CD40.R19) [consultado el 8 de febrero del 2017] . Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1634/CD40.R19sp.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
6. Organización Panamericana de la Salud. Salud mental [Internet]. 43.º Consejo Directivo de la OPS, 53.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 24 al 28 de septiembre del 2001; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2001 (resolución CD43.R10) [consultado el 8 de febrero del 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1444/cd43.r10-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
7. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Caracas [Internet]. Adoptada en Caracas, Venezuela, el 14 de noviembre de 1990 por la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud. Washington, DC: OPS; 1990. Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf
8. Organización Panamericana de la Salud; Ministerio de Salud de la República Federativa del Brasil; Organización Mundial de la Salud. Principios de Brasilia [Internet]. Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas; del 7 al 9 de noviembre del 2005; Brasilia (Brasil). Washington, DC: OPS; 2006. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/normativas_legislaciones/ops_oms_principios_brasilia.pdf
9. Organización Panamericana de la Salud. Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. [Internet]. Presentada por los Ministros de Salud de las Américas en la Ciudad de Panamá; 3 de junio del 2007; Panamá. Washington, DC: OPS; 2007. Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda_Salud_para_las_Americas_2008-2017.pdf
10. Organización Panamericana de la Salud. Consenso de Panamá [Internet]. Conferencia Regional de Salud Mental; del 7 al 8 de octubre del 2010; Ciudad de Panamá (Panamá). Washington, DC: OPS; 2010. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/1.%20PosterSpanishJAN11.pdf>
11. Organización Mundial de la Salud. mhGAP-Programa de acción para superar las brechas en salud mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias [Internet]. Ginebra (Suiza): OMS; 2008. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/mhgap_spanish.pdf?ua=1

12. Organización Mundial de la Salud. Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada [Internet]. Ginebra (Suiza): OMS; 2010. Disponible en: <http://www.paho.org/mhgap/es/doc/GuiamhGAP.pdf?ua=1>
13. Organización Panamericana de la Salud. Atlas Regional de Salud Mental de las Américas. Diciembre 2015 [Internet]. Washington, DC: OPS; 2016. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/28450>
14. Organización Panamericana de la Salud. WHO-AIMS: Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe [Internet]. Washington, DC: OPS; 2013. Disponible en: <http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf>
15. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe Regional [Internet]. Washington, DC: OPS; 2014. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10114%3A2014-new-paho-report-more-than-7-suicides-per-hour-in-the-americas&Itemid=1926&lang=es
16. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos 2016. Situación de la Salud en las Américas. Washington, DC: OPS; 2016. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31288>

I. PLAN DE ACCIÓN SOBRE DISCAPACIDADES Y REHABILITACIÓN: EXAMEN DE MITAD DE PERÍODO

Antecedentes

1. El presente documento tiene como propósito informar a los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) acerca del progreso logrado en cuanto a la ejecución del *Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación*, aprobado en octubre del 2014 (documento CD53/7, Rev. 1 y resolución CD53.R12) (1, 2). Este Plan establece la base de la cooperación técnica en la Región para el abordaje de la discapacidad y la rehabilitación, en consonancia con el *Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: Mejor salud para todas las personas con discapacidad* y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, de las Naciones Unidas (3, 4). Otros antecedentes los constituyen las resoluciones y documentos técnicos de la OPS/OMS, así como la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad (5).

Actualización sobre el progreso alcanzado

2. Los países de la Región han logrado importantes avances hacia la implementación de los objetivos de las líneas estratégicas de acción 1 y 2, lo que ha permitido el fortalecimiento del componente de rehabilitación en el modelo de atención de salud y su vinculación con la atención primaria. Así mismo, se ha promovido el desarrollo de programas de salud inclusivos para facilitar el acceso de las personas con discapacidad a todos los servicios de salud y mejorar su calidad de vida. En relación con la línea estratégica 3, se puede observar un progreso importante en la disponibilidad de datos acerca de la discapacidad en los sistemas de información sobre salud, en especial mediante el uso de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, lo que facilita la toma de decisiones sobre la situación real de las condiciones y necesidades en materia de salud de las personas con discapacidad.

3. Los datos sobre los Estados Miembros (ver cuadro a continuación), se obtuvieron por medio de informes de encuestas, anuarios epidemiológicos y páginas web de los ministerios de salud. Estos instrumentos, junto con los informes de las misiones técnicas del personal a cargo por parte de la Oficina Sanitaria Panamericana, constituyen las principales referencias para la preparación de este informe.

<i>Línea estratégica de acción 1: Promover la equidad en el marco de las políticas, planes y legislación de salud en materia de discapacidad, para fortalecer la gobernanza</i>		
Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
1.1	<p>1.1.1 Número de países que han ejecutado planes nacionales de discapacidad y rehabilitación de acuerdo con los planes regional y mundial, así como con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPCD) y otros estándares internacionales relacionados.</p> <p>Línea de base 2013: 6 Meta 2019: 14</p>	<p>Al 2016, 13 países de la Región disponen de planes nacionales específicos sobre discapacidad y rehabilitación en el sector de la salud, alineados con los planes de acción de la OPS y la OMS y otros estándares internacionales como la CDPCD (6, 7).</p>
1.2	<p>1.2.1 Número de países con legislación específica sobre discapacidad en concordancia con los instrumentos internacionales de derechos humanos y los lineamientos técnicos de la OPS/OMS.</p> <p>Línea de base 2013: 6 Meta 2019: 16</p>	<p>Al 2016, 22 países de la Región disponen de legislación específica en materia de discapacidad en concordancia con los estándares internacionales de derechos humanos (6, 7).</p>
1.3	<p>1.3.1 Número de países con el componente discapacidad en los planes de gestión de riesgo de los desastres y emergencias.</p> <p>Línea de base 2013: 1 Meta 2019: 9</p>	<p>Al 2016, ocho países de la Región disponen de planes específicos de gestión de riesgo de desastres y emergencias que incluyen las necesidades de las personas con discapacidad.</p> <p>Además, seis países mencionan en sus actividades de los programas de gestión de riesgo en emergencias y desastres, la atención a las personas con discapacidad (8).</p>

Línea estratégica de acción 2: Fortalecer la red de servicios de habilitación y rehabilitación del sector de la salud, lo que comprende el suministro de dispositivos de asistencia técnica y la rehabilitación basada en la comunidad		
Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
2.1	2.1.1 Número de países que han alcanzado al menos un 12% de acceso para la atención de las personas con discapacidad en los servicios de habilitación y rehabilitación y los servicios sociales. Línea de base 2013: 0 Meta 2019: 16	Al 2016, solo un país ha informado que alcanzó este indicador. Actualmente se trabaja con cinco países más en la evaluación del acceso a los servicios de habilitación y rehabilitación (9, 10).
	2.1.2 Porcentaje de países que incorporan la estrategia de Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC) en los programas nacionales de rehabilitación de acuerdo a la matriz OPS/OMS Línea de base 2013: 3 Meta 2019: 19	Al 2016, la estrategia de RBC se ha incorporado en los planes nacionales de rehabilitación de 12 países de la Región (23% del total de 52 países y territorios). Otros tres países han iniciado la planificación para incluir esta estrategia en sus programas nacionales de rehabilitación (10-14).
	2.1.3 Porcentaje de países que incluyen dispositivos de asistencia técnica para las personas con discapacidad como parte de sus sistemas de provisión de servicios. Línea de base 2013: 6 Meta 2019: 20	Al 2016, 14 países de la Región (26% del total de 52 países y territorios) han incluido de manera explícita la entrega de dispositivos de asistencia técnica a personas con discapacidad que los necesiten, dentro de los programas nacionales de atención a las personas con discapacidad (10-14).
2.2	2.2.1 Número de países que han formulado o actualizado normas sobre habilitación y rehabilitación. Línea de base 2013: 3 Meta 2019: 16	Al 2016, 14 países de la Región han formulado o actualizado su normativa y sus redes de servicios de habilitación/rehabilitación, en el sector de la salud. Otros tres países están en proceso de planificar su red de servicios de rehabilitación (10-14).

Línea estratégica de acción 3: Promover la producción y análisis de datos sobre discapacidad y apoyar la investigación		
Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
3.1	3.1.1 Porcentaje de países que han incorporado la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) en su sistema de certificación de la discapacidad. Línea de base 2013: 6 Meta 2019: 19	Al 2016, 11 países (21% del total de 52 países y territorios) han incorporado el uso de la CIF en la certificación de la discapacidad (10, 15, 16).
	3.1.2 Número de países que incorporaron en sus sistemas de vigilancia el conjunto de indicadores elaborados según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Línea de base 2013: 6 Meta 2019: 18	Al 2016, 11 países han incorporado en sus sistemas de vigilancia el uso de indicadores basados en la CIF (10, 15, 16).
3.2	3.2.1 Número de países que incorporan de manera sistemática datos sobre discapacidad en el sistema de información en salud, desagregados por edad, género y etnia (tipo de discapacidad, grado de severidad, origen o causa). Línea de base 2013: 2 Meta 2019: 16	Al 2016, 10 países de la Región han incorporado datos de discapacidad en sus sistemas de información sobre salud. (10, 15, 16).
3.3	3.3.1 Número de países que subvencionan, al menos dos proyectos de investigación sobre discapacidad, habilitación y rehabilitación por año. Línea de base 2013: 0 Meta 2019: 14	Al 2016, 6 países de la Región disponen de programas de financiamiento en los que se prioriza el tema de la discapacidad y la rehabilitación (10).

Acción necesaria para mejorar la situación

- a) Apuntalar el trabajo conjunto entre la Oficina y los Estados Miembros para el desarrollo y el fortalecimiento de los servicios de habilitación y rehabilitación, los recursos humanos y los servicios necesarios para reducir la brecha en el acceso a los mismos y mejorar la calidad de la atención.
- b) Ampliar los servicios de habilitación y rehabilitación descentralizados que aseguren la cobertura territorial vinculada a la red de servicios de salud, especialmente su coordinación con la atención primaria de salud.
- c) Apoyar la implementación y el uso de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) como herramienta para fortalecer los sistemas de información y vigilancia, integrar el funcionamiento y la discapacidad en los sistemas de información sobre salud, mejorar la información epidemiológica y promover la investigación.
- d) Promover la asignación de recursos acordes con las necesidades identificadas y las metas establecidas.

Intervención de la Conferencia Sanitaria Panamericana

4. Se solicita a la Conferencia que tome nota de este informe y formule las recomendaciones que considere sean pertinentes.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación [Internet]. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2014 (documento CD53/7, Rev. 1) [consultado el 10 de enero del 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26732&Itemid=270&lang=es
2. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación [Internet]. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2014 (resolución CD53.R12) [consultado el 10 de enero del 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27578&Itemid=270&lang=es

3. Organización Mundial de la Salud. Proyecto de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: Mejor salud para todas las personas con discapacidad: informe de la secretaría [Internet]. 134.^a reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS; del 20 al 25 de enero del 2014; Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; 2014 (documento EB134/16). [consultado el 10 de enero del 2017]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/170540>
4. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad [Internet]. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Política Social y Desarrollo Social, Nueva York. Nueva York: Naciones Unidas; 2006. [consultado el 10 de enero del 2017]. Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
5. Organización de los Estados Americanos. Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad [Internet]. Washington (DC): OEA; 1999 [consultado el 10 de enero del 2017]. Disponible en: <http://oas.org/juridico/spanish/tratados/a-65.html>
6. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama Social de América Latina 2012 [Internet]. Santiago (Chile): Nueva York: Naciones Unidas; 2013 [consultado el 10 de enero del 2017]. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1247/1/S2012959_es.pdf
7. Políticas Públicas y Discapacidad. Derechos e Inclusión. Avances y Desafíos en América Latina. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial. Quito (Ecuador), 2015.
8. Política Andina en Salud para la prevención de la discapacidad y para la atención, habilitación/rehabilitación integral de las personas con discapacidad. Organismo Andino de Salud. Convenio Hipólito Unanue. Lima (Perú): ORAS-CONHU; 2010 [consultado el 10 de enero del 2017]. Disponible en: http://www.orasconhu.org/sites/default/files/Libro%20Politica%20Andina%20de%20Discapacidad_0.pdf
9. Segundo Estudio Nacional de Discapacidad 2015. SENADIS. Chile. Disponible en: http://www.senadis.cl/pag/355/1197/ii_estudio_nacional_de_discapacidad
10. Informes de viaje del Asesor Regional sobre Discapacidad y Rehabilitación NMH/MH – OPS. 2015-2016. Disponible mediante solicitud a la Unidad de Salud Mental, Departamento de Enfermedades no Transmisibles, OPS.
11. Programa del Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela. Disponible en: <http://www.mpps.gob.ve/>

12. Iniciativa de la Caja Costarricense de Seguro Social en el fortalecimiento de la atención primaria de salud incluyendo acciones básicas de rehabilitación. Disponible en: http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/GIT/Foro_Salud_Tics/Tab/Tab/1%20-%20Foro%202010-atenci%F2n%20primaria-equipamiento1.pdf
13. Iniciativa del Programa Nacional de Discapacidad del Ministerio de Desarrollo Social del Uruguay y apoyo del Ministerio de Salud y de la OPS/OMS para propiciar la inclusión de las personas con discapacidad. [consultado el 10 de enero del 2017] Disponible en: http://www.mides.gub.uy/innovaportal/v/26562/3/innova.front/uruguay_sin_barreras
14. Iniciativa del gobierno peruano a través del Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad para generar condiciones que permitan mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Cuadernos sobre Poblaciones Vulnerables. N° 2, 2013. Ministerio de la Mujer y poblaciones Vulnerables, Perú [consultado el 10 de enero del 2017]. Disponible en: http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_02_dvmpv.pdf
15. IVADEC-CIF. Instrumento de Valoración del Desempeño en la Comunidad, basado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, elaborado por el Departamento de Discapacidad y Rehabilitación, Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud de Chile para el proceso de implementación del Sistema de Calificación y Certificación de la Discapacidad en Red [consultado el 10 de enero del 2017]. Disponible en: <http://ssviqui.redsalud.gob.cl/?p=2800>
16. 2016 Disability Statistics Annual Report. Durham, NH. Institute on Disability, University of New Hampshire, National Institute on Disability, Independent Living, and Rehabilitation Research (NIDILRR) 2016.

J. PLAN DE ACCIÓN PARA COORDINAR LA ASISTENCIA HUMANITARIA: EXAMEN DE MITAD DE PERÍODO

Antecedentes

1. La finalidad del presente documento es informar a los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) acerca de los logros alcanzados en la ejecución del *Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria* (documento CD53/12) (1), aprobado en octubre del 2014 por medio de la resolución CD53.R9 (2014).
2. Con el Plan se busca facilitar el fortalecimiento del sector de la salud en los Estados Miembros, además de mejorar la coordinación para recibir y enviar ayuda humanitaria relacionada con la salud en situaciones de emergencia y desastres.

Actualización sobre el progreso alcanzado

3. Este informe se fundamenta en las actualizaciones recibidas de los Estados Miembros mediante su participación en las reuniones regionales de coordinadores de desastres de los ministerios de salud; de las oficinas de la OPS/OMS en los países; de la coordinación directa con entidades y organismos subregionales, así como en las bases de datos del Departamento de Emergencias en Salud de la OPS (2-4).
4. El plan de acción comprende tres líneas estratégicas: *a)* alianzas estratégicas, cooperación entre países y acuerdos internacionales; *b)* equipos médicos internacionales; y *c)* liderazgo, coordinación y rendición de cuentas.
5. El informe señala el cumplimiento de todas las metas planteadas para la mitad del período. Los acuerdos para la conformación de la red de salud y logística están en proceso de confirmación para la firma con los países o entidades. La implementación de la resolución de UNASUR y de nuevas alianzas estratégicas requerirá mayor tiempo. Los países están desarrollando las estrategias y grupos de trabajo para actualizar sus mecanismos y procedimientos para facilitar la solicitud, envío y registro de los equipos médicos de emergencia (EMT, por su sigla en inglés). Cabe resaltar que las Américas es la Región más avanzada en la implementación de la iniciativa global de EMT.

<i>Línea estratégica de acción 1: Alianzas estratégicas, cooperación entre países y acuerdos internacionales</i>		
Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
1.1 Incrementar las alianzas y la cooperación para una asistencia internacional en el ámbito de la salud rápida y eficaz.	1.1.1 Número de acuerdos multilaterales que faciliten la asistencia humanitaria en materia de salud. Línea de base: 3 Meta 2017: 4	Un acuerdo multilateral, la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR), mediante una Declaración emanada de su X Cumbre de Ministros de Salud, ¹ reconoció la iniciativa de estandarización de los equipos médicos de emergencia, tanto nacionales como internacionales.
	1.1.2 Número de países que conforman la red de salud interamericana para emergencias del sector de la salud. Línea de base: 0 Meta 2017: 10	Doce países de UNASUR, firmantes de la Declaración, conformarían parte de la red de salud interamericana para emergencias del sector de la salud.
	1.1.3 Número de países que participan en la red logística interamericana de salud. Línea de base: 0 Meta 2017: 10	Cinco países, Argentina, Colombia, Ecuador, Perú y República Dominicana, están revisando los convenios para conformar la red logística y han demostrado su interés por establecer acuerdos bilaterales con la OPS.

<i>Línea estratégica de acción 2: Equipos médicos internacionales</i>		
Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
2.1 Establecer un mecanismo regional de registro de equipos médicos internacionales.	2.1.1 Número de países que implantan el sistema de registro de equipos médicos internacionales. Línea de base: 0 Meta 2017: 15	Cuatro países han implementado la metodología CICOM –Célula de información de equipos médicos nacionales e internacionales– para la solicitud, registro y coordinación de equipos médicos de emergencia durante las emergencias ocurridas hasta la fecha en Colombia, Costa Rica, Ecuador y Haití.

¹ Declaración sobre estándares mínimos de los equipos médicos de emergencia (EMT).

<i>Línea estratégica de acción 2: Equipos médicos internacionales</i>		
Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
	<p>2.1.2 Número de países que cuentan con procedimientos actualizados de recepción y envío de ayuda internacional en el ámbito de la salud.</p> <p>Línea de base: 5 Meta 2017: 15</p>	<p>En 15 países de la Región se han organizado talleres de capacitación sobre los procedimientos de coordinación para la recepción y envío de equipos médicos de emergencia. En el Caribe, 22 expertos de 19 países y territorios recibieron entrenamiento para la coordinación de equipos médicos de emergencia. Cinco países de la Región están integrando los procedimientos en sus mecanismos nacionales (Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, y Perú).</p>

<i>Línea estratégica de acción 3: Liderazgo, coordinación y rendición de cuentas</i>		
Objetivo	Indicador, línea de base y meta	Estado
<p>3.1 Fortalecer la capacidad de los ministerios de salud para liderar y coordinar la asistencia humanitaria internacional.</p>	<p>3.1.1 Número de ministerios de salud que cuentan con mecanismos de coordinación de la asistencia humanitaria en el ámbito de la salud.</p> <p>Línea de base: 3 Meta 2017: 10</p>	<p>Veinte países cuentan con un centro de operaciones de emergencia en el ministerio de salud para la coordinación de la respuesta del sector de la salud ante emergencias y desastres a nivel nacional.²</p>
	<p>3.1.2 Número de países con personal entrenado para la coordinación de la asistencia humanitaria en salud.</p> <p>Línea de base: 3 Meta 2017: 10</p>	<p>Diez países de la Región tienen personal capacitado en la coordinación de la asistencia humanitaria en la esfera de la salud. En el 2016, se impartió capacitación a 42 expertos con el fin de fortalecer la capacidad de los ministerios de salud para el liderazgo y la coordinación de la asistencia humanitaria internacional.³</p> <p>Veintiún países de la Región han formado a 64 expertos nacionales como coordinadores de los equipos médicos de emergencia, que serían desplegados para apoyar a las autoridades nacionales en el manejo de la información y la coordinación de los equipos médicos de emergencia.</p> <p>En Colombia se activó el Grupo de acción sanitaria, encabezado por el Ministerio de Salud con apoyo de la OPS.</p>

² Reunión regional de Coordinadores de Desastres de Salud; octubre del 2015.

³ Informe sobre la reunión del grupo de consulta para el liderazgo y la coordinación de la asistencia humanitaria en salud de las Américas, 15 de junio del 2016.

Acción necesaria para mejorar la situación

- a) Avalar y difundir la guía para la ~~coordinación~~ **coordinación** de la asistencia humanitaria en materia de salud; continuar con la ejecución del plan de acción y la hoja de ruta establecida por el comité asesor.
- b) Compartir los avances con las Cancillerías de los Estados Miembros, considerando que en la mayor parte de los países de la Región estas instancias son responsables de la negociación y operación de los procedimientos para el envío y recepción de ayuda humanitaria, en conjunto con las diversas instancias responsables en cada país, basado en los procesos de la gestión integral del riesgo de desastres.
- c) Promover el fortalecimiento de la iniciativa de equipos médicos de emergencia en los países, al facilitar la formación de equipos médicos a nivel nacional, la elaboración de mecanismos nacionales para la solicitud y registro de estos equipos, así como la conformación de la Célula de información de equipos médicos nacionales e internacionales (CICOM).
- d) Continuar con la incorporación de los países a la red panamericana de salud y logística y apoyar la definición de los contenidos mínimos, el establecimiento y la actualización de los procedimientos de préstamo, envío, donación y reposición de insumos médicos y suministros, además de la armonización y la difusión de los procedimientos.
- e) Incorporación, por parte de los Estados Miembros, de las medidas necesarias para fortalecer las capacidades nacionales, de tal manera que cuenten con procedimientos actualizados para el envío, la solicitud y recepción de la ayuda internacional de salud, así como de verificación de la implementación de la misma, tomando en cuenta el marco normativo nacional existente.

Intervención de la Conferencia Sanitaria Panamericana

6. Se invita a la Conferencia a que tome nota de este informe de mitad de período y formule las recomendaciones que considere pertinentes.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria [Internet]. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014, Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2014 (documento CD53/12) [consultado el 5 de mayo del 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28279/CD53-12-s.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

2. Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR). Declaración sobre estándares mínimos de equipos médicos de emergencia (EMT). Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR)/Consejo de Salud Suramericano (CSS). 31 de marzo del 2017, Quito (Ecuador) [consultado el 5 de mayo del 2017]. Disponible en:
http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2515&Itemid=1179&lang=en
3. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la reunión regional de coordinadores de desastres en salud [Internet]. 15 y 16 de octubre del 2015, Managua, Nicaragua. Washington, DC: OPS; 2015 [consultado el 20 de diciembre del 2016]. Disponible en:
http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2408&Itemid=&lang=en
4. Informe sobre la reunión del grupo de consulta para el liderazgo y la coordinación de la asistencia humanitaria en salud de las Américas [Internet]. Montenegro, Quindío (Colombia); 15 de junio del 2016. [consultado el 5 de mayo del 2017]. Disponible en:
http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2514&Itemid=1179&lang=en

K. LA COOPERACIÓN PARA EL DESARROLLO SANITARIO EN LAS AMÉRICAS: INFORME DE PROGRESO

Antecedentes

1. El presente documento tiene como propósito informar a los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) acerca del progreso logrado en la implementación de la resolución CD52.R15 (2013) (1), *La cooperación para el desarrollo sanitario en las Américas*, vinculada al documento de política CD52/11 (2013) (2). En este último se establece lo siguiente: “La meta de esta política es fortalecer la cooperación entre países y las alianzas horizontales entre las regiones y dentro de ellas a fin de intercambiar de manera proactiva soluciones en el ámbito de la salud que aborden eficaz y sosteniblemente los problemas de salud comunes, en particular en las áreas prioritarias como el acceso universal a la atención de salud y los determinantes sociales de la salud. La cooperación entre países y las alianzas horizontales también pueden usarse para abordar las cuestiones de equidad y las asimetrías dentro de los países y entre ellos. Las soluciones compartidas y los intercambios deben basarse cada vez más en pruebas científicas a fin de fortalecer la aplicación de un enfoque científico con respecto a estos tipos de cooperación”.

2. En la resolución CD52.R15 se solicita a la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) que “presente al Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana evaluaciones periódicas de la ejecución y el impacto de la política sobre la cooperación, especialmente aquella que implica una movilización de recursos para la Organización para el desarrollo sanitario en las Américas con el propósito de poner de relieve los posibles retos y factores de éxito que puedan contribuir a mejorar aún más la política, comenzando en la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana;”.

Actualización sobre el progreso alcanzado

3. En cumplimiento con el mandato de la resolución y el documento de política sobre la cooperación para el desarrollo sanitario en las Américas, se ha llevado a cabo una evaluación cualitativa del programa de cooperación técnica entre países (TCC por su sigla en inglés), en la que se detallan las oportunidades y los desafíos que se enfrentan, así como los pasos que está dando la Organización para apoyar la cooperación entre los países para el desarrollo en materia de salud.

4. Se llevaron a cabo consultas con los Estados Miembros (en Panamá en el 2015 y en la República Dominicana en el 2016), enfocadas en la cooperación Sur-Sur y triangular, con el objetivo de promover la cooperación entre países y capitalizar las buenas prácticas existentes.

5. En cuanto a la promoción de la cooperación Sur-Sur y la cooperación triangular, sendos informes del Secretario General de las Naciones Unidas presentados a la Asamblea General en los años 2015 y 2016 han reconocido a la OPS como un socio importante para el desarrollo de la política y el diálogo en este campo (3, 4).

6. Con el propósito de incorporar los lineamientos del documento de política en el quehacer diario de la Organización, se ha ido institucionalizando la práctica de la cooperación entre países, a través de la planificación y la identificación de oportunidades de cooperación en el plan de trabajo bienal 2016-2017. La cooperación entre países para el desarrollo sanitario ha sido incluido también en el plan de trabajo bienal 2018-2019.

7. La OPS también ha convocado a varios actores a nivel regional, entre los que se incluyen las agencias de las Naciones Unidas, las agencias de cooperación internacional y los mecanismos de integración regional, entre otros, con el motivo de promover el diálogo e involucrar a todos los interesados en iniciativas de cooperación entre países. Igualmente, la OPS se encuentra gestionando acuerdos formales para la cooperación con entidades como MERCOSUR, UNASUR y la Secretaría General Iberoamericana (SEGIB). Se resaltan también los avances del Sistema Mesoamericano de Salud Pública que trabaja al nivel de la subregión de Centroamérica y sus diez Estados Miembros.¹

8. En respuesta a las solicitudes de los Estados Miembros, la OPS organizó, el Programa de Fortalecimiento de la Cooperación para el Desarrollo Sanitario en las Américas, junto con el Centro de Relaciones Internacionales de FIOCRUZ (CRIS/FIOCRUZ), centro colaborador de la OPS/OMS para la salud mundial y la cooperación Sur-Sur, con el propósito de fortalecer las capacidades de las Oficinas de Relaciones Internacionales. Este programa de capacitación contó con la participación de representantes de 33 Estados Miembros e incluyó dos encuentros presenciales, sesiones virtuales y trabajo con tutores en torno a temas relacionados con la diplomacia y la cooperación en salud, los desafíos actuales de la salud a nivel mundial, la gobernanza mundial de la salud, la salud en los procesos de integración regional y subregional, y la salud en la política exterior en la Región, entre otros.

9. La OPS ha trabajado en la producción de información y documentación sobre la cooperación Sur-Sur y triangular, particularmente a través del informe *La cooperación Sur-Sur y triangular en el sector de la salud en Iberoamérica*,² publicado conjuntamente con la Secretaría General Iberoamericana.

10. De igual manera, se ha llevado a cabo un trabajo de recopilación de información a través de la Oficina y las representaciones sobre las iniciativas de cooperación entre países en las que ha estado involucrada directamente la OPS. Así, entre los años 2014 y 2016 se han identificado 51 iniciativas de cooperación entre países categorizadas como “completadas” y “en implementación”, además de 34 en fase de “desarrollo”. Considerando las iniciativas “completadas” y “en implementación”, se pueden resaltar los siguientes datos:

¹ Para más información ver el documento CSP29/INF/8(C) - Organizaciones Subregionales.

² Este documento se encuentra disponible en:

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34005/9789275319451-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

- a) La subregión de América del Sur acumula el 39% de las iniciativas, mientras América Central y el Caribe representan el 29% y el 25%, respectivamente. El restante 7% corresponde a la subregión de Norteamérica y a iniciativas con otras regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- b) Todos los Estados Miembros de la OPS han participado en iniciativas de cooperación entre países, ya sea con involucramiento directo o a través de mecanismos de integración regional, particularmente en el Caribe a través de la Comunidad del Caribe (CARICOM) y la Agencia de Salud del Caribe (CARPHA).
- c) Una gran proporción de las iniciativas (46%) tiene un componente relacionado con la categoría 4 (Sistemas de Salud) del Plan Estratégico de la OPS. Le siguen las vinculadas a la categoría 1 (Enfermedades Transmisibles, 21%) y a la categoría 2 (Enfermedades no Transmisibles y Factores de Riesgo, 14%).
- d) En relación con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, la gran mayoría de las iniciativas están ligadas al objetivo 3 (“Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”), sobre todo a la meta 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”) (5).

Acción necesaria para mejorar la situación

11. Con miras a continuar avanzando en el cumplimiento del mandato de los Cuerpos Directivos y los Estados Miembros, la Oficina debe continuar desarrollando los programas de fortalecimiento de capacidades, mediante el desarrollo de comunidades de práctica virtuales, tanto con los Estados Miembros como con sus asociados estratégicos, así como en el interior de la Organización, con la intención de institucionalizar este enfoque y responder de mejor manera a los diferentes desafíos para la cooperación entre países.

12. La Organización continuará trabajando cercanamente con las agencias de cooperación internacional, los mecanismos de integración regional y el resto de los socios en la promoción de la cooperación entre países para el desarrollo de la salud.

13. La Oficina mantendrá sus esfuerzos de difusión de buenas prácticas y lecciones aprendidas en materia de cooperación entre países, y dará continuidad a las acciones de registro, documentación y análisis de la cooperación entre países y su impacto sobre el desarrollo de la salud.³

14. Con el fin de continuar apoyando la cooperación entre países para el desarrollo en salud, y teniendo en consideración las oportunidades y los desafíos en este tipo de cooperación, la Oficina ha puesto en marcha un mecanismo de financiamiento para proyectos de cooperación entre países, acompañado de guías de procedimiento, plantillas

³ Para más información favor visitar el siguiente enlace: <http://www.paho.org/cchd>.

de proyecto y metodología de evaluación, que se está difundiendo entre los Estados Miembros y asociados estratégicos.

15. Se continuará apoyando la cooperación entre países en las áreas temáticas transversales (género, equidad, derechos humanos y etnicidad), así como con los países clave (Bolivia, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Suriname) y las poblaciones vulnerables (por ejemplo: los niños y las niñas, las adolescentes y las mujeres).

16. Con miras a mejorar la implementación de la cooperación entre países, se deberán desarrollar herramientas de sistematización e implementar un marco de monitoreo y evaluación para determinar el impacto de este tipo de cooperación.

17. Con el objetivo de informar a los Cuerpos Directivos de la OPS sobre el cumplimiento a los mandatos de la resolución CD52.R15, se presentarán informes de progreso cada dos años.

Intervención de la Conferencia Sanitaria Panamericana

18. Se invita a la Conferencia a tomar nota del informe y proveer comentarios y recomendaciones para avanzar en la promoción de la cooperación entre países para el desarrollo de la salud en las Américas.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. La cooperación para el desarrollo sanitario en las Américas [Internet]. 52.º Consejo Directivo de la OPS, 65.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2013 (resolución CD52.R15) [consultado el 29 de marzo del 2017]. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23245&Itemid=270&lang=es
2. Organización Panamericana de la Salud. La cooperación para el desarrollo sanitario en las Américas [Internet]. 52.º Consejo Directivo de la OPS, 65.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2013 (documento CD52/11) [consultado el 29 de marzo del 2017]. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22640&Itemid=270&lang=es
3. Naciones Unidas. Estado de la cooperación Sur-Sur. Informe del Secretario General [Internet]. Septuagésimo período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; 15 de septiembre del 2015; Nueva York. Nueva York: ONU; 2015 (documento A/70/344) [consultado el 8 de marzo del 2017]. Disponible en: <http://www.iri.edu.ar/wp-content/uploads/2016/08/a-2016-coop-d-SG-Informe-CSS.pdf>

4. Naciones Unidas. Estado de la cooperación Sur-Sur. Informe del Secretario General [Internet]. Septuagésimo primer período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; 13 de septiembre del 2016; Nueva York. Nueva York: ONU; 2016 (documento A/71/208) [consultado el 8 de marzo del 2017]. Disponible en: <http://undocs.org/es/A/71/208>
5. Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la agenda 2030 para el desarrollo sostenible [Internet]. Septuagésimo período de sesiones de la Asamblea General; 21 de octubre del 2015; Nueva York, NY. Nueva York: ONU; 2015 (resolución A/RES/70/1) [consultado el 11 de abril del 2017]. Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/70/1>

L. EXAMEN DEL CARGO APLICABLE PARA LA COMPRA DE INSUMOS DE SALUD PÚBLICA PARA LOS ESTADOS MIEMBROS: INFORME DE PROGRESO

Antecedentes

1. Por años, las actividades de compra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han contado con el apoyo brindado por tres mecanismos de compras: el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas (el “Fondo Rotatorio”), el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública (el “Fondo Estratégico”) y las compras reembolsables en nombre de los Estados Miembros. El Fondo Rotatorio se estableció en 1977 conforme a la resolución CD25.R27 del Consejo Directivo con el fin de facilitar la disponibilidad oportuna de vacunas de buena calidad al menor precio posible. El Fondo Estratégico se estableció en 1999 en respuesta a las solicitudes de los Estados Miembros de recibir ayuda en la compra de suministros estratégicos dedicados principalmente a la lucha contra la infección por el VIH/sida, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades desatendidas. Desde el 2013, el Fondo Estratégico incorpora además medicamentos para prevenir y tratar las enfermedades no transmisibles. El valor total de los productos adquiridos en nombre de los Estados Miembros sigue aumentando significativamente cada año. En el 2016, fue aproximadamente 15% mayor que en el período anterior y se ubicó en US\$ 628 millones en el caso del Fondo Rotatorio y \$82 millones en el caso del Fondo Estratégico.¹

2. En el 2013, el 52.º Consejo Directivo aprobó la resolución CD52.R12, *Examen del cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros (1)*. En esta resolución se pidió aumentar a 4,25% el cargo que se aplica a las compras de todos los insumos de salud pública, en vigor a partir del 1 de enero del 2014. También se solicitó a la Directora examinar el cargo aplicado y presentar al final de cada bienio un informe sobre los ingresos y los gastos vinculados al uso del 1,25% del cargo total para cubrir los costos administrativos, operativos y de personal. Los ingresos generados del 3% restante del cargo se aplican a la capitalización de los mecanismos de compras en nombre de los Estados Miembros.

Actualización sobre el progreso logrado

3. En el bienio 2014-2015, los ingresos devengados que se generaron del cargo de 1,25% sumaron \$14.725.000. Conforme al procedimiento actual para la asignación de gastos de apoyo, estos ingresos quedaron disponibles para el siguiente bienio, 2016-2017. Teniendo en cuenta esta práctica, así como el monto generado, se elaboró un plan de trabajo y presupuesto para el bienio 2016-2017, que fue aprobado por la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) (cuadro 1). En el presupuesto del plan, que suma \$12,1 millones, se contemplan todos los costos del personal clave asignado a los

¹ A menos que se indique otra cosa, todos los valores monetarios que figuran en el presente informe se expresan en dólares de los Estados Unidos.

mecanismos de compras, así como las actividades que apoyan el marco operativo aprobado y sus cuatro funciones habilitadoras clave.

Cuadro 1. Presupuesto aprobado, 2016-2017

Dotación de personal		\$10.362.700
	Fondo Rotatorio de Vacunas	1.513.000
	Fortalecimiento de los Sistemas de Salud	893.100
	Adquisiciones	4.694.900
	Legal	180.390
	Finanzas	1.022.000
	Subregional (CPC, ELS, PER)	2.059.310
Apoyo de actividades		\$1.735.000
Total		\$12.097.700

4. En los siguientes párrafos se describen los detalles del marco operativo, sus cuatro funciones habilitadoras y las actividades de apoyo que realizará el personal. Considerando que el bienio finaliza en diciembre del 2017, en el 2018 se presentará al Consejo Directivo de la OPS un informe con los gastos efectivos.

Fortalecimiento del conocimiento y concientización

5. Se llevaron a cabo misiones de cooperación técnica en nombre de ambos fondos con el fin de que haya un conocimiento más detallado acerca de estos dos mecanismos de compras y se entienda mejor la gestión de la cadena de suministro y las proyecciones de la demanda. Las misiones también tenían como objetivo brindar ayuda en la resolución de problemas relacionados con la calidad, el suministro y el financiamiento.

6. Con el apoyo de las representaciones en los países, las misiones de trabajo realizaron jornadas de capacitación y otras actividades de fortalecimiento institucional en asuntos relacionados con la gestión de la cadena de suministro y un mejor uso del Fondo Rotatorio y el Fondo Estratégico. Como resultado, los países están en capacidad de mitigar los riesgos en cuanto a las reservas, bien sea por exceso o por escasez, y hacer mejores proyecciones acerca de las necesidades de medicamentos esenciales y vacunas. Además, al aplicar un enfoque interprogramático, como parte de la cooperación técnica se brindó apoyo al mejoramiento de las directrices de tratamiento y el uso racional de medicamentos. Asimismo, se hicieron planes para crear una herramienta que permita hacer proyecciones y diseñar una plataforma apropiada para hacer proyecciones de la demanda; esto con el fin de apoyar a los países en la elaboración de planes para satisfacer la demanda de vacunas y jeringas.

7. Además, las misiones de trabajo prestaron asesoramiento y ayuda en el análisis de posibles ahorros al hacer uso del Fondo Rotatorio y el Fondo Estratégico. Por ejemplo, a fin de garantizar la disponibilidad de productos difíciles de conseguir como medicamentos, vacunas y otros suministros estratégicos y de emergencia para las enfermedades tropicales desatendidas, la malaria y otras enfermedades, se realizaron

ejercicios de consolidación de la demanda con el Fondo Estratégico y se encontraron maneras de incentivar el suministro oportuno de productos.

8. Con el apoyo de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), el personal del Fondo Rotatorio y el del Fondo Estratégico colaboraron en la elaboración de un marco de comunicaciones. En este marco se distingue entre las áreas comunes de colaboración en ambos fondos y las áreas de trabajo específicas esenciales para el desarrollo continuo de cada fondo, así como para la comunicación con los Estados Miembros.

Aumento de la eficiencia en las operaciones

9. Durante el período que abarcó el presente informe, el personal cubierto por este cargo elaboró una serie de estrategias específicas que tienen como objetivo mejorar la participación y el desempeño de los proveedores. Se examinaron las condiciones de admisibilidad y los criterios técnicos de los productos adquiridos a través de estos mecanismos; los resultados de dicho examen se presentaron en un foro de proveedores organizado por la Oficina. Se incluyeron estos criterios y condiciones en todos los llamados a licitación. Esta iniciativa simplificó el proceso de llamado a licitación, al eliminar los cambios *ad hoc* y reducir el tiempo requerido para examinar los documentos de los proveedores participantes, lo que mejoró la eficiencia de los dos fondos.

10. Por medio del Fondo Rotatorio, en estrecha coordinación con las representaciones de la OPS y el programa regional de inmunización, se hará un estrecho seguimiento a los retos que existen en el suministro de vacunas en los casos de la vacuna inactivada contra la poliomielitis (IPV), la vacuna contra la fiebre amarilla y la vacuna contra la gripe estacional. Además, se inició un examen y análisis de las líneas de crédito vinculadas a los planes nacionales de inmunización y los presupuestos nacionales.

11. El personal cubierto por este cargo trabajó intensamente a fin de aumentar la afiliación al Fondo Estratégico, que actualmente cuenta con la participación de 30 Estados Miembros. Este incremento de la participación se tradujo en un mayor volumen de compras, lo que permitió negociar mejores términos y condiciones para los Estados Miembros, particularmente en cuanto a precios.

12. En enero del 2016, la OPS desplegó un nuevo sistema de planificación de recursos empresariales para administrar todas las transacciones operativas, financieras y de adquisiciones en toda la Organización, incluidas las relacionadas con los dos fondos. Con la meta de proporcionar a los países actualizaciones sobre el estado de sus órdenes y obligaciones financieras, el personal asignado a tiempo completo a estos Fondos está elaborando una serie de informes y paneles que se integrarán a este sistema nuevo, lo que tendrá un efecto multiplicador en sus funcionalidades. Estas herramientas proporcionarán un panorama más claro del desempeño de los dos fondos y garantizarán una mayor eficiencia.

Desarrollo de la inteligencia de mercado

13. Funcionarios de distintas áreas de la Oficina financiados por medio de este cargo participaron en la reunión anual de la Red de Fabricantes de Vacunas de los Países en Desarrollo (DCVMN, por su sigla en inglés), celebrada en Buenos Aires en octubre del 2016. Este evento brindó la oportunidad de recopilar información acerca del mercado y dar a conocer entre este grupo clave de proveedores el éxito del Fondo Rotatorio en los últimos cuatro decenios. Como parte del programa, el personal dictó charlas y se reunió por separado con los proveedores. Junto con los resultados de la reunión se publicaron las perspectivas del mercado de vacunas de la OPS (2). En este orden de ideas, conforme a los acuerdos a largo plazo del Fondo Rotatorio, se están realizando permanentemente reuniones trimestrales con todos los proveedores de vacunas. Estas reuniones brindan la oportunidad de examinar el desempeño de la oferta y la demanda, definir los retos y recopilar información acerca del mercado.

14. Por medio de foros regionales y visitas a los países se mantienen actualizados a los Estados Miembros sobre los cambios en el mercado de vacunas. A pesar de las dificultades encontradas al compaginar la oferta y la demanda regionales, continuó haciéndose un seguimiento permanente al mercado de vacunas.

15. Utilizando los fondos proporcionados por este cargo, el Fondo Estratégico realizó una serie de reuniones estratégicas con los Estados Miembros para comprender mejor sus necesidades, encontrar oportunidades para colaborar y explorar diversas maneras de mejorar el apoyo en la difusión de información sobre el establecimiento de precios y las tendencias del mercado. El personal ha participado activamente en los foros y las reuniones internacionales con diversas organizaciones internacionales y otros organismos de las Naciones Unidas, intercambiando información sobre las tendencias del mercado, prácticas, posibles proveedores nuevos, así como retos y oportunidades.

16. Asimismo, se han realizado reuniones con los proveedores con regularidad a fin de tratar la situación actual de las transacciones comerciales, los productos nuevos, los cambios en el mercado y así como posibles estrategias y áreas de colaboración nuevas.

Multiplicación del efecto de las alianzas y las asociaciones estratégicas

17. Durante el período, se fortalecieron asociaciones ya establecidas y se forjaron otras nuevas. El personal del Fondo Rotatorio cubierto por este cargo estableció contacto con la Alianza para las Vacunas (GAVI) durante las negociaciones con los proveedores de la vacuna antineumocócica en el 2016 y nuevamente en el 2017. Además, el Fondo Rotatorio, en colaboración con la Fundación Gates, aplicó de manera satisfactoria un acuerdo para el suministro de la vacuna bivalente contra el virus del papiloma humano (VPH) para los Estados Miembros.

18. El Fondo Estratégico estableció y fortaleció las alianzas con organizaciones internacionales clave como la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, por su sigla en inglés), el Fondo de las Naciones Unidas para la

Infancia (UNICEF) y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (el “Fondo Mundial”). Actualmente, como parte de su colaboración con el UNICEF y el Fondo Mundial, el Fondo Estratégico tiene acceso a acuerdos a largo plazo y regímenes beneficiosos de precios. Para fortalecer la capacidad de los Estados Miembros en la gestión de la cadena de suministro y la proyección de la demanda, la OPS firmó un acuerdo colaborativo con el Fondo Mundial en esta área. Además, conjuntamente con el UNICEF se hizo una licitación conjunta para responder a las solicitudes de antimaláricos.

19. Se realizó una reunión con los representantes del Fondo Mundial para examinar el desempeño de los proveedores y tratar el tema de los precios. La reunión permitió suscribir acuerdos a largo plazo a nombre de los Estados Miembros, con lo cual se obtendrán ahorros significativos.

Acción necesaria para mejorar la situación

20. La Oficina continuará haciendo un seguimiento de la situación para que las actividades de compras y el personal necesario para administrar estos el Fondo Rotatorio y el Fondo Estratégico estén cubiertos con los ingresos generados por el cargo aplicado a las adquisiciones de insumos de salud pública en nombre de Estados Miembros.

Intervención de la Conferencia Sanitaria Panamericana

21. Se invita a la Conferencia a tomar nota de este informe de progreso y presentar cualquier recomendación que considere pertinente.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. *Examen del cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros* [Internet]. 52.º Consejo Directivo de la OPS, 65.ª sesión del Comité Regional de la OMS para la Región de las Américas; del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2013 (documento CD52/15) [consultado el 15 de mayo del 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22593&Itemid=270&lang=es
2. Pagliusi S, Ting CC, Lobos F, DCVMN Executive Committee Group. *Vaccines: Shaping global health*. Vaccine. 23 de febrero del 2017 [consultado el 15 de mayo del 2017];35(12): 1579–85. Disponible en inglés en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X17301986>

M. SITUACIÓN DE LOS CENTROS PANAMERICANOS

Introducción

1. Este documento fue elaborado en respuesta al mandato de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de efectuar evaluaciones y exámenes periódicos de los centros panamericanos, e informar sobre asuntos institucionales o avances técnicos de importancia estratégica para la Organización.

Antecedentes

2. Los centros panamericanos han sido una modalidad importante de cooperación técnica de la OPS por casi 60 años. A lo largo de ese período, la Organización ha creado o administrado trece centros,¹ ha suprimido nueve y ha transferido la administración de uno de ellos a sus propios órganos directivos. En este documento se presenta información estratégica actualizada sobre el Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME), el Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR) y el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA).

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

3. BIREME es un centro especializado de la OPS fundado en 1967, cuya misión principal consiste en canalizar la cooperación técnica que la Organización presta a los Estados Miembros en temas relacionados con la información científica y técnica, e intercambiar conocimientos y evidencia que contribuyan al mejoramiento continuo de los sistemas de salud, y de la educación y la investigación en el ámbito de la salud.

4. En la estructura orgánica de la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina), BIREME depende de la Oficina de Gestión del Conocimiento, Bioética e Investigación, y tiene un plan de trabajo bienal específico para el período 2016-2017, aprobado por la Directora de la Oficina.

Estructura institucional de BIREME

5. La estructura institucional de BIREME se estableció mediante el Convenio de Mantenimiento y Desarrollo del Centro (el “Convenio de Mantenimiento”), suscrito entre la OPS y los Ministerios de Salud y Educación de Brasil, el Ministerio de Salud del Estado de São Paulo y la Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP) en el 2004.²

¹ BIREME, CAREC, CEPANZO, CEPIS, CFNI, CLAP, CLATES, ECO, INCAP, INPPAZ, PANAFTOSA, PASCAP y el Programa Regional de Bioética en Chile.

² El primer acuerdo se firmó el 3 de marzo de 1967 y el último el 2 de diciembre del 2004.

6. En el 2009, reconociendo que el marco institucional de BIREME no respondía adecuadamente a las necesidades de gestión, funcionamiento y financiamiento del Centro, el 49.º Consejo Directivo, por medio de la resolución CD49.R5, aprobó un nuevo estatuto para BIREME y solicitó a la Directora de la Oficina que entablara negociaciones con el Gobierno de Brasil para concluir un nuevo Acuerdo de Sede para el mantenimiento de BIREME así como sus prerrogativas e inmunidades en ese país.

7. El Convenio de Mantenimiento del 2004 venció el 1 de marzo del 2015.

Situación actual de los marcos institucionales

Acuerdo de instalaciones y funcionamiento

8. Como parte de los esfuerzos que se están realizando para alcanzar la plena ejecución del nuevo marco institucional de BIREME, el Representante de la OPS/OMS en Brasil y el Director de BIREME están en el proceso de continuar con las negociaciones iniciadas con el Gobierno de Brasil con respecto al Acuerdo de Sede. Entretanto, el 2 de febrero del 2017 se firmó un acuerdo específico de cooperación quinquenal con el Ministerio de Salud del Brasil (*Termo de Cooperação para o desenvolvimento e aprimoramento da BIREME*) en el cual se reconoce la condición jurídica de BIREME como centro panamericano que forma parte integrante de la OPS, conforme a lo establecido en los acuerdos básicos suscritos entre la Organización y el Gobierno de Brasil. También se estipulan las contribuciones financieras que debe aportar el Gobierno del Brasil para el mantenimiento de BIREME en el 2017 y el 2018.

Progreso reciente en BIREME

9. El 1 de febrero del 2017 se inauguró la nueva sede de BIREME. Con la participación de representantes de Argentina, Jamaica, Panamá, Perú y Trinidad y Tabago, el Comité Consultivo de BIREME celebró su sexta sesión el 2 de febrero del 2017 con el objetivo de formular recomendación en apoyo de la sostenibilidad financiera y la cooperación técnica del centro. También se celebró una sesión para seleccionar y nombrar a los representantes al Comité Científico de BIREME.

10. La tercera sesión del Comité Científico se celebrará en la primera semana de diciembre del 2017. Los miembros seleccionados son especialistas reconocidos en el campo de la información y gestión del conocimiento y áreas relacionadas, provenientes de Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Jamaica y México.

Objetivos a corto plazo de BIREME

11. Entre los objetivos se encuentran los siguientes:

- a) continuar con las negociaciones con el Gobierno del Brasil para completar el Acuerdo de Sede, lo que contribuirá a aumentar la eficacia de BIREME como institución y fortalecerá las operaciones y las finanzas del centro;

- b) elaborar líneas de acción en el marco del 50.º aniversario de BIREME (2017) para fortalecer el centro institucionalmente;
- c) poner en práctica las recomendaciones formuladas por el Comité Consultivo de BIREME, según lo acordado en la sexta sesión del Comité realizada el 2 de febrero del 2017;
- d) celebrar la tercera sesión del Comité Científico de BIREME en la primera semana de diciembre del 2017;
- e) celebrar la décima edición del Congreso Regional de Información en las Ciencias de la Salud (CRICS10), en coordinación con el país anfitrión, del 7 al 10 de mayo del 2018 en Panamá;
- f) elaborar y ejecutar el plan de movilización de recursos financieros de BIREME, conforme a la política interna de la Oficina, para lograr la sostenibilidad financiera del centro.

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

12. El Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) se creó en 1970 mediante un acuerdo entre el Gobierno de República Oriental del Uruguay, la Universidad de la República del Uruguay y la OPS. Como parte de un proceso de descentralización, ese centro se fusionó con la Unidad de Salud de la Mujer en el 2005 y pasó a ser el Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR), comenzando a funcionar también como una unidad descentralizada vinculada al Departamento de Familia, Género y Curso de Vida (FGL). El objetivo general del CLAP/SMR es promover, fortalecer y mejorar las capacidades de los países de la Región de las Américas en materia de atención de salud para la mujer, la madre y el recién nacido.

Progreso reciente en el CLAP/SMR

13. A finales del 2016 se realizó una evaluación integral externa del CLAP/SMR. Los resultados finales de la evaluación confirman que, en el marco de los esfuerzos nacionales realizados por los países de América Latina y el Caribe para ampliar el acceso a la atención en las áreas de salud materna y neonatal y de salud sexual y reproductiva, así como para mejorar la calidad de dicha atención, el CLAP/SMR agrega valor y es ampliamente reconocido por los ministerios de salud de la Región como un recurso valioso de la OPS que permite fortalecer la capacidad nacional de respuesta. Se reconoce que la cooperación técnica prestada mediante el CLAP/SMR es excelente y está debidamente adaptada a las necesidades específicas de los países. El CLAP/SMR promueve alianzas de trabajo con actores regionales (asociaciones profesionales, organizaciones no gubernamentales, organismos de las Naciones Unidas, instituciones donantes, grupos organizados y otros) y con unidades y departamentos de la OPS. Un aspecto positivo que se destacó en la evaluación fue la ampliación de la coordinación

técnica con los países del Caribe anglófono, pues el número de países atendidos aumentó de dos en el bienio 2014-2015 a diez en el bienio en curso (2016-2017).

14. En la evaluación se llegó a la conclusión de que existe la necesidad de fortalecer progresivamente el CLAP/SMR al mismo tiempo que se procura optimizar la cooperación técnica. Como parte de las recomendaciones, se presentaron cuatro situaciones hipotéticas para fortalecer el Centro de una manera estratégica y estructurada a fin de asegurar su sostenibilidad. Se estableció un plazo de 30 meses para que FGL establezca líneas de trabajo concretas a corto y mediano plazo con el objetivo de potenciar al máximo la cooperación técnica que presta el CLAP/SMR. La evaluación subrayó que los compromisos internacionales y regionales contraídos en virtud de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible brindan la oportunidad de mejorar progresivamente la efectividad de la cooperación técnica. Se recomienda centrar los esfuerzos en las prioridades más esenciales de los países, y además fortalecer la promoción de la causa para contribuir a la sostenibilidad de los esfuerzos nacionales en los ámbitos de la salud materna y neonatal y la salud sexual y reproductiva.

15. El Acuerdo Básico del CLAP suscrito entre el Gobierno de la República Oriental del Uruguay, la Universidad de la República de Uruguay y la OPS expiró el 28 de febrero del 2016. Se está negociando con el Gobierno de la República Oriental del Uruguay un nuevo Acuerdo Básico en el cual se establecerá la actual estructura institucional y estratégica del CLAP/SMR.

Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA)

16. PANAFTOSA es un centro de la OPS ubicado en el estado de Rio de Janeiro (Brasil). Se creó en 1951 conforme a lo estipulado en un convenio suscrito entre el Gobierno de Brasil y la OPS. Su propósito inicial fue ejecutar el Programa Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (PHEFA). En el 2005, las actividades de referenciamiento, investigación y cooperación técnica con respecto a las zoonosis y la inocuidad de los alimentos se transfirieron del Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ) a PANAFTOSA.

Progreso reciente en PANAFTOSA

17. El centro fue objeto de un examen administrativo en septiembre del 2016, y a principios del 2018 se realizará una evaluación técnica externa. Actualmente se está elaborando su mandato y se está seleccionando el equipo de evaluación.

18. Con el apoyo de PANAFTOSA, se ha fortalecido la vigilancia, la prevención y el control de los casos de rabia, tanto en los seres humanos como en los animales, en 18 países (Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela).

19. En Haití, aumentó la disponibilidad en el país del tratamiento profiláctico previo a la exposición en seres humanos, luego que Brasil y Paraguay donaran vacunas antirrábicas humanas. Además, más de 160 profesionales de la salud de 84 centros de salud en 63 municipios se capacitaron en el manejo clínico de casos de personas atacadas por perros, en conformidad con los protocolos y las directrices que recomienda la OPS/OMS adaptados a la situación del país. También se prestó apoyo específico para la formulación de una propuesta de proyecto para eliminar la rabia transmitida por el perro en la Isla La Española (República Dominicana y Haití). Asimismo, actuando en coordinación con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, se ha fortalecido la vigilancia de la rabia canina.

20. PANAFTOSA ha contribuido a mejorar la vigilancia, la preparación y la respuesta respecto de la gripe aviar hiperpatógena, ha seguido apoyando la iniciativa sudamericana para el control de la hidatidosis/equinococosis, y ha promovido y ejecutado acciones interprogramáticas entre los sectores de la salud, la agricultura y ganadería, y el medioambiente, para la vigilancia de epizootias en primates no humanos y vectores de la fiebre amarilla en la Región. Además, prestó cooperación técnica a los países respecto de otras zoonosis como el muermo, la encefalitis equina y la tuberculosis bovina.

21. Con respecto a la fiebre aftosa, PANAFTOSA sigue coordinando el PHEFA como parte de los esfuerzos de erradicación. Aunque ya habían transcurrido cuatro años consecutivos sin que se notificara ningún caso de fiebre aftosa en el continente, un brote reciente de la enfermedad en Colombia (24 de junio del 2017) demuestra el riesgo continuo que enfrenta la Región y la necesidad permanente de fortalecer los programas nacionales de prevención y erradicación de la fiebre aftosa.

Acuerdos de cooperación y movilización de recursos

22. La contribución anual de Ministerio de Agricultura, Ganadería y Abastecimiento de Brasil sufraga plenamente los costos de mantenimiento del centro. Además, PANAFTOSA ha podido movilizar contribuciones voluntarias para la erradicación de la fiebre aftosa en América del Sur, y estas contribuciones brindan apoyo a la cooperación técnica del centro para la coordinación regional del PHEFA. Esto le ha permitido a PANAFTOSA usar los recursos financieros ordinarios para la cooperación técnica en actividades relacionadas con las zoonosis y la inocuidad de los alimentos. El centro también ha podido movilizar contribuciones voluntarias para los ámbitos de la inocuidad de los alimentos y las zoonosis procedentes de dependencias gubernamentales del sector de la salud animal, como la Agencia Ecuatoriana de Aseguramiento de la Calidad del Agro (Agrocalidad) y el Servicio Nacional de Calidad y Salud Animal (SENACSA). Por último, la OPS, por medio de PANAFTOSA, renovó el acuerdo de cooperación técnica suscrito con la Secretaría de Vigilancia de Salud, del Ministerio de Salud de Brasil, y suscribió otro con la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) de Brasil. Ambos contemplan el apoyo en los ámbitos de las enfermedades transmitidas por los alimentos, las zoonosis y la inocuidad de los alimentos.

Intervención de la Conferencia Sanitaria Panamericana

23. Se invita a la Conferencia a que tome nota de este informe y formule cualquier recomendación que considere necesaria.

- - -