

RESPUESTA DE LA OPS PARA MANTENER UNA AGENDA EFICAZ DE COOPERACIÓN TÉCNICA EN VENEZUELA Y EN LOS ESTADOS MIEMBROS VECINOS

De noviembre del 2016 a julio del 2020

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas



Antecedentes

La República Bolivariana de Venezuela, república federal con más de 32 millones de habitantes,¹ ha estado enfrentando una situación sociopolítica y económica que ha afectado negativamente los indicadores sociales y de salud.

Desde el 2016 se han producido brotes de difteria, sarampión y malaria que se han propagado con rapidez, afectando a muchos de los 23 estados del país y el Distrito Capital al mismo tiempo. Otras preocupaciones de salud pública son la actual pandemia de COVID-19, el aumento de los casos de tuberculosis, así como la mortalidad materna y de menores de 1 año (1), la salud mental y la prevención de la violencia.² También causa preocupación el acceso limitado a los medicamentos, a una nutrición adecuada y a servicios adecuados de diagnóstico y atención para las personas con enfermedades agudas y crónicas que pueden ser mortales, como la infección por el VIH, la diabetes, la hipertensión y otras.

La Región de las Américas presenta el número acumulado más alto de casos y muertes por COVID-19. América del Sur es la subregión del continente con el segundo mayor número de muertes y casos confirmados notificados hasta el 22 de agosto. En esa fecha, los diez países de la subregión habían notificado en total más de 5,6 millones de casos, incluidas aproximadamente 186.000 muertes. El confinamiento mundial para detener la propagación de la COVID-19 redujo drásticamente la demanda de petróleo, por lo que en abril del 2020 el precio del petróleo bajó a valores negativos por primera vez en la historia. Venezuela, cuya economía depende en gran medida de la

producción petrolera, se enfrenta a nuevos riesgos y desafíos debido a la sobreoferta de petróleo, la disminución de la actividad financiera y comercial, y el impacto de una posible crisis económica.

Se ha intensificado el movimiento poblacional tanto dentro de los países como a otros países, especialmente a Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Curaçao, Ecuador, Guyana, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Trinidad y Tabago, y Uruguay. Se estima que, desde el 2017, 5,2 millones de venezolanos han emigrado a otros países, incluidos unos 4,3 millones a otros países de América Latina y el Caribe: 1,8 millones a Colombia, 829.700 a Perú, 455.500 a Chile, 362.900 a Ecuador, 264.600 a Brasil, 179.100 a Argentina, 121.100 a Panamá, 104.000 a República Dominicana, 73.100 a México, 29.800 a Costa Rica, 24.000 a Trinidad y Tabago, y 22.000 a Guyana, entre otros (cifras para julio del 2020) (2). La mayoría de los migrantes informan que no tienen la perspectiva de un posible regreso a Venezuela a corto o mediano plazo. Sin embargo, en los últimos meses, y como consecuencia de la pandemia COVID-19, el número de migrantes que regresan a Venezuela también ha aumentado. De acuerdo con los registros de los puntos de entrada en las fronteras de Colombia y Brasil, se estima que para julio del 2020 unas 74.000 personas o más habían regresado a Venezuela, y que la mayoría había entrado por tierra. Estos migrantes regresan a Venezuela como respuesta a la falta de oportunidades laborales e ingresos económicos en Perú, Ecuador, Colombia y Brasil, situación que se ha agravado por la

¹ Instituto Nacional de Estadística (INE), proyecciones con base al censo del 2011.

² Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS). Indicadores básicos correspondientes al 2017 (sin publicar).

pandemia de COVID-19. Del total de retornados notificados al 31 de julio del 2020, alrededor del 7% ha dado positivo en la prueba de la COVID-19 (3).

La fragmentación del sistema de salud, combinada con la capacidad disminuida del sistema para responder a las necesidades prioritarias, incluidas las funciones básicas de vigilancia epidemiológica y la generación de información de salud, ha afectado la prestación de los servicios prioritarios de salud pública. Esto afecta en especial los servicios necesarios para prevenir y reducir el impacto de las enfermedades transmisibles, incluida la COVID-19; cubrir las necesidades médicas de las personas con enfermedades crónicas, trastornos relacionados con la salud mental o enfermedades en etapas terminales; y reducir la mortalidad materna y de menores de 1 año.

Actualmente, si bien el sistema de salud de Venezuela conserva cierto grado de capacidad, se encuentra bajo presión debido a una combinación de factores, entre los cuales se encuentran la respuesta sin precedentes necesaria ante la pandemia de COVID-19; las frecuentes interrupciones en el suministro de servicios públicos básicos en los establecimientos de salud, como el agua y la electricidad; la migración del personal de salud; y la escasez de medicamentos y suministros sanitarios, en particular en los

niveles secundario y terciario. Además, las interrupciones frecuentes de los servicios públicos (electricidad, agua, comunicaciones y transporte) en todo el país, incluido el Distrito Capital, siguen dificultando el acceso a servicios básicos de salud y han generado nuevos riesgos y desafíos para el sistema nacional de salud. Estos factores han afectado el funcionamiento general de la red de salud, así como su capacidad para responder a situaciones de emergencia y brotes de enfermedades.

En Argentina, los migrantes tienen acceso sin restricciones a los servicios de salud en las mismas condiciones que los ciudadanos argentinos. La mayoría de los migrantes venezolanos residen en la ciudad de Buenos Aires y su zona metropolitana, donde hay una infraestructura de salud bien establecida.

En Brasil, los migrantes tienen acceso sin restricciones a atención de salud y medicamentos. Miles de migrantes venezolanos han sido trasladados del estado de Roraima a ciudades de diferentes estados de Brasil para que tengan acceso al mercado laboral y al sistema nacional de seguridad social, así como acceso normal a los servicios de atención que presta el sistema nacional de salud.

En Chile, desde el 2016 el Ministerio de Salud ha dado a todos los migrantes, especialmente los que están en situación de vulnerabilidad



Desde el 2017, se estima que 5,2 millones de venezolanos han migrado a otros países, incluidos unos 4,3 millones que se han ido a otros países de América Latina y el Caribe.

económica y los que han iniciado el proceso de registro migratorio, acceso equitativo a los servicios del sistema nacional de salud, en consonancia con las políticas del gobierno nacional, incluida la Política de Salud de Migrantes Internacionales en Chile del 2017 (4).

El gobierno de Colombia aprobó una resolución para proporcionar a los migrantes atención de urgencias, incluidos los servicios de partería. Los migrantes de los países vecinos tienen derecho a recibir atención inicial de urgencias dentro de la red de salud pública. Sin embargo, esto no incluye medicamentos ni pruebas de diagnóstico (5). Además, los venezolanos que están inscritos en el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos (RAMV) tienen derecho a ciertos servicios de salud pública, como vacunas del Programa Ampliado de Inmunización y atención prenatal (6). Las autoridades locales de salud informan que, debido al aumento progresivo de la atención proporcionada a la población migratoria sin seguro, los suministros de los hospitales públicos se consumen con rapidez, lo cual merma su capacidad para proporcionar ciertos tratamientos y reduce el acceso a los servicios.

El gobierno de Guyana recientemente puso en marcha un sistema digitalizado, llamado Primes, para el registro y la documentación de los venezolanos que ingresan a Guyana. Sin embargo, debido a la gran afluencia de migrantes a la capital, el gobierno anunció una restricción a la circulación interna de migrantes de las zonas fronterizas a la capital (7).

En Ecuador, en respuesta al flujo cada vez mayor de migrantes venezolanos y de conformidad con la Constitución Nacional y la Ley Orgánica de Movilidad Humana, el

Ministerio de Salud ha adoptado medidas para proteger el derecho de todas las personas a tener acceso a la atención integral de salud mientras estén en Ecuador, independientemente de su situación migratoria.

Perú proporciona atención de salud, sin importar su situación migratoria, a los menores de 5 años y las embarazadas. Además se proporciona a todos, con énfasis en los grupos en situación de vulnerabilidad, vacunación y atención de urgencias, así como servicios de detección, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, la infección por el VIH, las enfermedades de transmisión vectorial, los trastornos de salud mental y la anemia (8-11). Durante la pandemia de COVID-19, el gobierno también está permitiendo a todos los refugiados y migrantes, incluidos aquellos que no han completado los procedimientos migratorios, el acceso al Seguro Integral de Salud (SIS) para que reciban atención médica relacionada con la COVID-19.

Trinidad y Tabago ha recibido migrantes procedentes de Venezuela en los últimos años. Entre el 31 de mayo y el 14 de junio del 2019, el gobierno de Trinidad y Tabago llevó a cabo un proceso de inscripción de venezolanos para que regularizaran su situación en el país de manera que pudieran vivir y trabajar allí por un período máximo de un año (12).

La finalidad de este documento de información es presentar información actualizada sobre la respuesta que ha brindado la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) desde noviembre del 2016 hasta julio del 2020 a fin de mantener una agenda eficaz de cooperación técnica en Venezuela y en los Estados Miembros vecinos.

Análisis de la situación

Venezuela

La propagación acelerada de la COVID-19 a nivel mundial planteó un desafío adicional a los ya sobrecargados sistemas nacionales de salud en Venezuela. Los dos primeros casos se notificaron oficialmente el 13 de marzo del 2020 en el estado Miranda y, al 31 de julio del 2020, el país había notificado 17.859 casos confirmados y 158 muertes. Venezuela está experimentando actualmente transmisión comunitaria de la COVID-19; las mayores tasas de incidencia se registran en el Distrito Capital y los estados Apure, Bolívar, Miranda, Táchira y Zulia. Treinta y cuatro por ciento de los casos notificados en todo el país se encuentran en el área metropolitana, que abarca el Distrito Capital y el estado Miranda, y 40% en los estados fronterizos que utilizan los migrantes que regresan al país procedentes de otros países sudamericanos. Al 31 de julio del 2020, se habían realizado 1.521.688 pruebas en el país,³ 96% de las cuales (1.460.820) eran pruebas de diagnóstico rápido, en la mayoría de los casos para pacientes con síntomas respiratorios similares a los de la COVID-19 que respondieron la encuesta epidemiológica sobre la enfermedad.⁴ Los migrantes venezolanos que regresaron al país cruzando la frontera con Colombia y con Brasil también fueron examinados en los Puestos de Atención Social Integral (PASI). El 4% restante (64.129 pruebas) fueron pruebas mediante PCR para

pacientes cuyos síntomas coincidían con las pautas clínicas de la COVID-19, así como pacientes con resultados positivos en las pruebas de diagnóstico rápido. El país aplicó medidas de distanciamiento social a nivel nacional; además, brindó atención hospitalaria a los casos positivos y puso en cuarentena obligatoria a los contactos de los casos. Aunque las medidas adoptadas posiblemente ayudaron a que el número de casos aumentara a un ritmo relativamente lento, es necesario analizar estos datos con atención, debido a las vulnerabilidades continuas del sistema de salud y a la capacidad actual de vigilancia de laboratorio y de realización de pruebas en todo el país. En mayo del 2020, el gobierno comenzó a aplicar la flexibilización “7x7” de las restricciones por la cuarentena, a fin de iniciar la reapertura de algunos sectores económicos. Este esquema de flexibilización “7x7” consiste en 7 días en los que ciertos sectores económicos están autorizados a funcionar, siempre y cuando cumplan con las medidas recomendadas de prevención y control de infecciones, seguidos por otros 7 días en los que deben permanecer cerrados. A raíz de la reapertura de la economía, en los datos epidemiológicos oficiales se puede observar un fuerte aumento del número de casos positivos de COVID-19 en todo el país, acentuado por el aumento del riesgo de

³ República Bolivariana de Venezuela, Comisión Presidencial para la Prevención y Control de la COVID-19 en Venezuela (31 de julio del 2020), informe inédito.

⁴ La encuesta epidemiológica sobre la COVID-19 es una herramienta clínica y epidemiológica difundida por medio de la Plataforma Patria en Venezuela, encaminada a detectar casos presuntos de COVID-19 mediante la evaluación virtual de signos, síntomas, antecedentes de viajes y riesgo de exposición. Tienen acceso a la encuesta más de 20 millones de ciudadanos venezolanos que utilizan la Plataforma Patria para recibir una pensión y beneficios del gobierno. Los ciudadanos que, sobre la base de las respuestas que dieron en la encuesta, cumplen con los criterios de caso presunto reciben una visita a domicilio para hacerles una evaluación médica y una prueba. La encuesta fue diseñada por la Comisión Presidencial para el Control y la Prevención de la Covid-19 en Venezuela, que también está a cargo de su análisis.

transmisión que supone el elevado número de personas que han retornado al país y por un brote reciente de COVID-19 notificado en el estado Zulia.

La transmisión de la malaria sigue siendo elevada en el 2020: al 18 de junio (semana epidemiológica 29) se habían notificado 108.934 casos (13), lo que implica una baja del 57% en comparación con el mismo período del 2019 (253.860 casos). Los estados Bolívar (66.115 casos; 60,7% del total), Sucre (18.113 casos; 16,6%), Amazonas (6.135 casos; 5,6%) y Anzoátegui (3.020 casos; 2,8%) han notificado el mayor número de casos desde principios del 2020. En los ocho años comprendidos entre el 2010 y el 2018, el número de casos de malaria aumentó 797% (de una cifra inicial de 45.155) y la transmisión autóctona se extendió de 12 a 19 estados. En el 2019, Venezuela notificó 398.285 casos nuevos confirmados de malaria y 92.196 casos recurrentes (recaídas y recrudescencias). Los estados Bolívar (240.934), Sucre (64.203) y Amazonas (33.726) notificaron el mayor número de casos nuevos, lo que implica una reducción de 4,2%, 5,6% y 28,6%, respectivamente, en comparación con el 2018. En cambio, también en comparación con el 2018, el número de casos aumentó entre 39% y 62% en Delta Amacuro, Anzoátegui y Monagas. En el 2019, la infección por *Plasmodium vivax* causó la mayor incidencia, con 77,3% de los casos registrados a nivel nacional; la infección por *Plasmodium falciparum* causó 16,1% de los casos; y la infección mixta representó 6,6%.⁵ Las cifras notificadas en el 2019 indican que, tras el continuo aumento de la tendencia epidémica registrado entre el 2015 y el 2017 (período en el cual el número de casos pasó de 136.402 en el 2015 a 240.613 en

el 2016 y 411.586 (14)⁶ en el 2017), continúa el descenso que se inició en el 2018, cuando el número de casos disminuyó levemente al ubicarse en 404.924. El incremento del número de casos desde el 2015 está vinculado principalmente a la migración de personas infectadas de las zonas mineras del estado Bolívar a otras zonas del país con ecosistemas proclives a la propagación de la malaria, escasez o costo inasequible de los medicamentos antimaláricos y debilitamiento de los programas de control de vectores. Cabe destacar el incremento de la transmisión debida a *P. falciparum* y *P. vivax* entre el 2010 y el 2018, que llegó a municipios en los cuales no se habían notificado casos de malaria en varias décadas (15). La disminución significativa de los casos en el 2020 está relacionada con la drástica reducción de la movilidad debido a restricciones en el transporte a las zonas endémicas del país, vinculadas a la crisis por el combustible y, más recientemente, a la pandemia de COVID-19. Sin embargo, hay preocupación porque estos mismos factores podrían afectar la distribución de medicamentos, el acceso al diagnóstico y la



⁵ Dirección General de Salud Ambiental de Venezuela.

⁶ Cifra actualizada por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) de Venezuela en el informe anual del país correspondiente al 2018 sobre la situación de la malaria, presentado a la OPS/OMS en mayo del 2019. En el último informe al 56.º Consejo Directivo se indicó que se habían notificado 406.289 casos en el 2017.

notificación de casos a corto plazo. Esto es particularmente importante si se tiene en cuenta que, en las últimas semanas de julio del 2020, la transmisión de la COVID-19 aumentó en los municipios con la elevada carga de malaria del estado Bolívar. Se prevé que en los últimos meses del 2020 y comienzos del 2021 haya un aumento en la transmisión de la malaria debido a la reactivación de la actividad económica en la zona minera, así como al impacto negativo de la respuesta a la COVID-19 en el programa contra la malaria.

El número de muertes notificadas por malaria registró un aumento considerable en el 2017, aunque se redujo en el 2018 y en el 2019 (105 muertes en el 2016, 333 en el 2017, 259 en el 2018 y 118 en el 2019) (16). Al 18 de julio del 2020 (semana epidemiológica 29) se habían notificado 25 muertes por presunta malaria (actualmente en investigación), lo que representa una disminución de 70% con respecto al mismo período del 2019.⁷ La reducción observada en los últimos dos años se atribuye a medidas relacionadas con la mejora en la oferta de tratamiento temprano y la introducción del uso de artesunato. La mortalidad por malaria sigue siendo un desafío permanente debido a la persistencia de una transmisión extremadamente alta en las zonas más afectadas y de una migración constante de los grupos poblacionales susceptibles a territorios afectados por la malaria y su retorno a contextos en los que el sistema de salud no está preparado para detectar y controlar los casos graves de malaria (16-18). Debido a que Venezuela representa una elevada proporción del número total de casos

de malaria en la Región de las Américas (52% en el 2018), el número de casos a nivel regional se incrementó en 40,7% entre el 2015 y el 2018, al pasar de 452.847 a 763.671 casos. La exportación de casos esporádicos a países sin malaria representa un reto para la detección temprana y la prevención de las complicaciones relacionadas con esta enfermedad. Otros riesgos importantes son el aumento del número de casos de malaria en las zonas fronterizas de los países vecinos, la posible aparición de cepas resistentes a los medicamentos, la reintroducción de la transmisión local en zonas que antes estaban libres de malaria y la falta de tratamiento adecuado, que genera un aumento continuo de la mortalidad relacionada con esta enfermedad (13, 15, 16).

Se logró controlar el brote de sarampión que comenzó en julio del 2017, con casos notificados en los 23 estados del país y el Distrito Capital. En el 2020, hasta el 1 de agosto (semana epidemiológica 31), Venezuela tenía 50 semanas sin casos nuevos confirmados y hasta el 2 de mayo había notificado e investigado 258 casos presuntos (semana epidemiológica 18) (19). Entre el 1 de julio del 2017, cuando se confirmó el primer caso de sarampión, y el 11 de agosto del 2019 (fecha de inicio de la erupción cutánea del último caso confirmado en el estado Zulia), hubo 7.054 casos confirmados (727 en el 2017, 5.779 en el 2018⁸ y 548 en el 2019). La tasa promedio de incidencia en el país en el período 2017-2019 fue de 22 casos por 100.000 habitantes; la mayor incidencia acumulada de casos notificados se registró en Delta Amacuro, el Distrito Capital

⁷ Información suministrada por el MPPS de Venezuela, por medio de una comunicación interna de la Representación de la OPS/OMS en Venezuela, recibida el 31 de julio del 2020.

⁸ Según los datos proporcionados anteriormente por el MPPS de Venezuela, publicados por la OPS/OMS en la Actualización Epidemiológica del 18 de junio del 2019, en el 2018 hubo 7.790 casos presuntos en los que el exantema apareció ese año y 5.670 casos confirmados; además, se notificaron 79 muertes (2 en el 2017 y 77 en el 2018). Las cifras actuales correspondientes al 2018 (8.005 casos presuntos, 5.779 casos confirmados y 79 muertes) fueron actualizadas por el MPPS de acuerdo con la información recibida recientemente y con registros nuevos hallados en las entidades federales.

y Amazonas (20). Aunque en 23 de las 24 entidades federales del país se vieron afectadas durante el brote, más de 70% de los casos confirmados se concentraron en el Distrito Capital (2.646 casos) y los estados Miranda (1.288 casos) y Bolívar (1.024 casos); mientras que 75% de las muertes ocurrieron en los estados Delta Amacuro (33) y Amazonas (27), y todas estas muertes estuvieron vinculadas a brotes en la población indígena.

De las 80 muertes notificadas, 2 ocurrieron en el 2017 en Bolívar, 75 en el 2018 (33 en Delta Amacuro, 27 en Amazonas, 9 en Miranda, 4 en el Distrito Capital, 1 en Bolívar y 1 en Vargas) y 3 en el 2019 en Zulia (20). Entre el 2018 y el 2019, Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Ecuador, Estados Unidos de América y Perú también notificaron casos en los que se ha detectado el genotipo D8, asociado con el brote en Venezuela.⁹ Entre los numerosos factores que explican la propagación del virus se encuentran: a) una

cobertura de vacunación insuficiente, por lo que quedan focos de población susceptible; b) un sistema de vigilancia inadecuado; c) la demora en la aplicación de medidas de control; d) la escasa capacidad para aislar a los pacientes y manejar los casos de manera adecuada; y e) un intenso movimiento transfronterizo de la población durante el período de incubación o transmisibilidad del virus.

En el 2020, se habían notificado 54 casos presuntos de difteria al 22 de agosto, de los cuales cinco fueron confirmados, en pacientes de 2 a 9 años y de 10 a 14 años. Los síntomas del caso confirmado más reciente, que ocurrió en el municipio Bruzual, estado Yaracuy, se iniciaron el 25 de enero del 2020 (21). Desde el inicio del brote de difteria en Venezuela en junio/julio del 2016 (semana epidemiológica 26), se observó un aumento sostenido de los casos hasta el 2018, y luego una disminución en el 2019. Se prevé que el número de casos siga disminuyendo en el



Venezuela, con el apoyo de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) y otros asociados, puso en marcha una campaña combinada de vacunación contra el sarampión y la difteria, concentrándose inicialmente en nueve estados y expandiéndose luego progresivamente a todo el país.

2020. Desde el principio del brote hasta el 22 de agosto del 2020, se notificaron 3.114 casos presuntos, incluidas 294 muertes (324 casos y 17 muertes en el 2016, 1.040 casos y 103 muertes en el 2017, 1.208 casos y 151 muertes en el 2018, 488 casos y 21 muertes en el 2019 (21) y 54 casos y 2 muertes en el 2020; 1.790 de los casos fueron confirmados). Se confirmaron 58 casos (incluidas 17 muertes) en el 2016; 786 casos (103 muertes) en el 2017; 775 casos (151 muertes) en el 2018; 166 casos (21 muertes) en el 2019; y 5 casos (2 muertes) en el 2020. En el 2019, la tasa de letalidad más alta se registró en los pacientes de 5 a 9 años (33%), seguida de los menores de 1 año (25%) y los de 40 a 49 años (20%) (21). En el 2020, se habían notificado casos en tres estados hasta el 22 de agosto. En el 2016 se notificaron casos confirmados en cinco estados (Anzoátegui, Bolívar, Delta Amacuro, Monagas y Sucre); en el 2017 y el 2018 se notificaron casos confirmados en 22 estados y el Distrito Capital; y en el 2019 se notificaron 17 casos (22).

Venezuela, con el apoyo de la Oficina y otros asociados, inició una campaña de vacunación combinada contra el sarampión y la difteria, que primero se centró específicamente en nueve estados y luego se extendió progresivamente a todo el país. Entre abril del 2018 y agosto del 2019, 8,9 millones de niños de 6 meses a 15 años y más de 500.000 personas mayores de 15 años recibieron la vacuna contra el sarampión en todos los estados; gracias a esta campaña se logró una cobertura de 100% en todo el país. Al mes de agosto del 2019 se había vacunado contra la difteria a 5,1 millones de niños de 7 a 15 años, y la mayoría de los estados habían alcanzado una cobertura de vacunación superior a 95%. Las excepciones son tres estados (Anzoátegui, Bolívar y

Táchira), donde siguen las actividades de vacunación como parte de un esfuerzo para lograr una cobertura superior al 95%. Además, los estados que han alcanzado una cobertura de 95% o más están realizando actividades de seguimiento sobre el terreno para estar seguros de que no queden focos de niños sin vacunar (22, 23).

La persistente transmisión de esta enfermedad, así como la cobertura baja de la vacunación contra la difteria en el programa nacional de inmunización a lo largo del 2019 y el primer semestre del 2020 podrían empeorar el brote, especialmente en los menores de 5 años. En el 2019, la cobertura nacional con la tercera dosis de la vacuna pentavalente (penta3) se ubicó en 64%. Además, 77% (259) de los municipios, que albergan a 78% (468.981) de los menores de 1 año, notificaron que la cobertura con la penta3 se encuentra por debajo del 95%. Esto podría comprometer la posibilidad de eliminar la difteria como problema de salud pública. La cobertura baja de la vacunación contra el sarampión, la rubéola y la poliomielitis en el programa nacional de inmunización a lo largo del 2019 y el primer semestre del 2020 también pone en riesgo la sostenibilidad de los logros alcanzados. De acuerdo con información presentada por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), la cobertura nacional con la primera dosis de la vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola (triple viral o MMR1) en el 2019 fue de 65%, porcentaje que disminuye al 13% para la segunda dosis (MMR2), lo que implica una deserción del 80% entre la primera y la segunda dosis.¹⁰ Además, 74% (247) de los municipios del país, que albergan a 74% (468.829) de la población menor de 1 año, notificaron que la cobertura de la MMR1 es

¹⁰ República Bolivariana de Venezuela, Ministerio de Poder Popular para la Salud. Dirección de Inmunizaciones, Programa nacional de vacunación. Agosto del 2020. Documento inédito.

inferior al 95%.¹¹ Los indicadores sobre la cobertura de la vacunación en el país deben ser un llamado a emprender medidas y dar una respuesta temprana a fin de continuar con el proceso de reверificar que se ha interrumpido la transmisión del sarampión en Venezuela. Lo más importante es que debería buscarse un nivel aceptable de cobertura a fin de mantener la interrupción de la transmisión, en un contexto en que los brotes activos en los países vecinos podrían suponer el riesgo de reintroducción del sarampión por casos importados (24). Del mismo modo, la cobertura de la tercera dosis de la vacuna oral contra la poliomielitis (OPV3) fue de solo 62%,¹² lo que aumentó el riesgo de brotes debido al poliovirus de origen vacunal o a los poliovirus salvajes importados.

En el 2019, una menor disponibilidad de algunos productos biológicos y la persistencia de los brotes de enfermedades prevenibles mediante vacunación —en especial el sarampión— se tradujo en una expansión de las actividades complementarias de contención mediante la vacunación. Esto afectó la aplicación de las estrategias destinadas a dar seguimiento a los esquemas de vacunación, incluido el funcionamiento de los puestos fijos de vacunación. Esta situación general se ha mantenido en el 2020, y para junio se registraban las siguientes coberturas de vacunación: OPV3, 26%; penta3, 28%; primera dosis de la MMR, 32%; segunda dosis de la MMR, 10%. Las proyecciones indican que para diciembre del 2020 la cobertura estará por debajo del mínimo de 80% necesario para mantener el control de las enfermedades prevenibles mediante vacunación; las proyecciones para la hepatitis B, la vacuna pentavalente y la OPV se ubican por debajo de 60%. Aunque durante la pandemia de COVID-19

Venezuela ha mantenido operativos sus servicios de vacunación, las estrategias de contención aplicadas y el déficit de productos biológicos afectaron negativamente la productividad del programa de vacunación en el primer semestre del 2020.

El 13 de noviembre del 2019 (semana epidemiológica 46), en el contexto de una ola epizootica procedente de Guyana, Venezuela notificó el primer caso de fiebre amarilla en un paciente de 46 años, un agricultor de la comunidad indígena pemón, sin antecedentes de vacunación contra la fiebre amarilla y residente de la comunidad Kuana ubicada en el sector Kamarata (municipio Gran Sabana del estado Bolívar);



¹¹ República Bolivariana de Venezuela, Ministerio de Poder Popular para la Salud. Dirección de Inmunizaciones. Análisis del Programa Ampliado de Inmunización en el 2019. Marzo del 2020. Documento inédito.

¹² República Bolivariana de Venezuela, Ministerio de Poder Popular para la Salud. Dirección de Inmunizaciones, Programa nacional de vacunación. Agosto del 2020. Documento inédito.

se trata del primer caso confirmado de fiebre amarilla en seres humanos registrado en Venezuela desde el 2005. El MPPS, con el apoyo técnico de la Oficina, realizó rápidamente una investigación epidemiológica para determinar la exposición y la transmisibilidad, y emprender una búsqueda activa a nivel institucional y comunitario de casos y muertes por síndrome de ictericia febril o síndrome hemorrágico de ictericia febril, así como posibles epizootias no notificadas. El equipo de investigación tomó muestras de casos presuntos sintomáticos y asintomáticos, y atrapó mosquitos para realizar un estudio entomológico. Al final de la investigación, no se había encontrado en las comunidades en riesgo evidencia epidemiológica o virológica de otros casos, ni de casos epizooticos en primates no humanos. También se determinó que la densidad del vector del género *Haemagogus* encontrado en la zona era baja. Entre las actividades de prevención y control se encontraron la aplicación de la vacuna a la población de 1 a 59 años sin prueba de vacunación y la implementación de medidas de control de vectores mediante la fumigación de espacios.

Entre el 1 de enero y el 31 de julio del 2020, se notificaron 284 muertes maternas, incluidas las tardías, lo que representa 77,28 muertes por 100.000 nacidos vivos. Esto implica una disminución de 19% con respecto al mismo período del 2019 (351 muertes).¹³ De ese total, 182 muertes se debieron a causas directas (por trastornos hipertensivos, 18,7%; hemorragias obstétricas, 15,1%; infecciones y sepsis, 11,6%; complicaciones de abortos, 4,9%) y las 102 muertes restantes se

debieron a causas indirectas (por infecciones respiratorias y COVID-19, entre otras causas). En ese período se notificaron en promedio ocho muertes por semana; 94,4% fueron muertes hospitalarias.¹⁴ En el 2019, se notificaron 598 muertes maternas, incluidas las tardías, hasta el 28 de diciembre, lo que representa 100,1 muertes por 100.000 nacidos vivos.¹⁵ Esto implica una disminución de 16,7% con respecto al mismo período del 2018 (718 muertes). De esas muertes, 469 se debieron a causas directas y las otras 129 a causas indirectas. En ese período se notificaron en promedio 11 muertes por semana; 95,5% fueron muertes hospitalarias.¹⁶ La mortalidad materna es un indicador indirecto muy adecuado para medir la capacidad del sistema de salud.

En el 2019, se notificaron 8.593 muertes infantiles, lo que representa una reducción del 21,3% en comparación con la cifra registrada en el 2018 (10.916 muertes). La tasa de mortalidad en menores de 1 año fue de 14,39 muertes por 1.000 nacidos vivos, y



¹³ Cifras preliminares del sistema nacional de vigilancia epidemiológica que requieren un ajuste posterior, mediante la metodología para la búsqueda intencionada y reclasificación de las muertes maternas (BIRMM) para el año 2020.

¹⁴ República Bolivariana de Venezuela, Ministerio de Poder Popular para la Salud. Dirección de Inmunizaciones, Programa nacional de vacunación. Agosto del 2020. Documento inédito.

¹⁵ Cifras preliminares del sistema nacional de vigilancia epidemiológica que requieren un ajuste posterior, mediante la metodología para la búsqueda intencionada y reclasificación de las muertes maternas (BIRMM) para el año 2020.

¹⁶ Ministerio de Poder Popular para la Salud de Venezuela, Dirección General de Epidemiología.

la tasa de mortalidad neonatal fue de 10,91 muertes por 1.000 nacidos vivos. Entre enero y julio del 2020, se notificaron 3.659 muertes infantiles, lo que representa una disminución del 35% en comparación con el mismo período del 2019 (5.632 muertes). La tasa de mortalidad en menores de 1 año se ubicó en 9,96 muertes por 1.000 nacidos vivos, y la tasa de mortalidad neonatal fue de 7,37 muertes por 1.000 nacidos vivos. La mortalidad neonatal (de 0 a 27 días) constituye el 74% de las muertes infantiles, mientras que la mortalidad posneonatal (de 28 días a 11 meses) representa el 26% restante. En este período, se notificó un promedio de 114 muertes infantiles por semana. Las causas más frecuentes registradas fueron las siguientes: sepsis bacteriana del recién nacido (sin especificación), síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, neumonía congénita (agente no identificado), recién nacido prematuro (sin especificación), asfixia del nacimiento (sin especificación), insuficiencia respiratoria en el recién nacido, neumonía (sin especificación) y otras gastroenteritis y colitis sin especificación del origen infeccioso.¹⁷

Se ha mantenido el estado epidémico por la hepatitis A desde el 2017, cuando el número de casos de esta enfermedad registró un aumento del 86,69% en comparación con el año anterior. Esta tendencia al alza persistió en el 2018 (81,91%) y el 2019 (11,63%). En el 2019, la tasa de incidencia se ubicó en 50,65 por 100.000 habitantes. Entre el 1 de enero y el 31 de julio del 2020, se registró una tasa nacional de incidencia de 9,35 por 100.000 habitantes. Siete entidades federales tuvieron una tasa de incidencia más elevada: Delta Amacuro (29,76 por 100.000 habitantes), Falcón (25,99), Bolívar (25,09),

Lara (24,04), Táchira (15,59), Mérida (11,90) y Carabobo (10,04). Entre el 30 de diciembre del 2018 y el 29 de junio del 2019, se notificaron 714.536 casos de diarrea en el país, con 171 muertes.¹⁸ Las mayores tasas de incidencia se registraron en menores de 1 año (746 casos por 100.000 habitantes) y en el estado Anzoátegui. En la semana del 23 de junio del 2019 (semana epidemiológica 26), en el segmento de menores de 1 año, el número de casos alcanzó el umbral epidémico en cuatro estados (Carabobo, Guárico, Portuguesa y Sucre); en el de niños de 1 a 4 años se alcanzó en dos estados (Guárico y Portuguesa); y en el de mayores de 5 años se alcanzó en cuatro estados (Cojedes, Guárico, Monagas y Portuguesa).

Según datos de la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) 2019-2020, publicada en julio del 2020, si bien 77% de los hogares tienen acceso a la red de abastecimiento de agua, no todos reciben agua potable de manera continua: la mayoría tiene el servicio solo ciertos días a la semana y otros unas pocas veces al mes (25). En el 2018, solo 29% de la población tenía suministro de agua en el hogar todos los días, en comparación con 45% en el 2017. El porcentaje de personas que recibían agua cada 15 días aumentó de 10% en el 2017 a 14% en el 2018 (26). En cuanto a la cobertura del saneamiento, según el Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo del Abastecimiento de Agua, el Saneamiento y la Higiene, solo 24% de los sistemas de saneamiento se administran de manera adecuada, y en las zonas rurales se defeca al aire libre (27). Si bien 95,7% de la población tiene acceso a un nivel básico de suministro de agua, 23,8% tiene acceso a un servicio de saneamiento gestionado de forma

¹⁷ Ministerio de Poder Popular para la Salud de Venezuela, Dirección General de Epidemiología. Cifras preliminares del sistema nacional de vigilancia epidemiológica que requieren un ajuste posterior para el 2020.

¹⁸ Información suministrada por el MPPS de Venezuela, por medio de comunicación interna de la Representación de la OPS/OMS en Venezuela, recibida el 7 de agosto del 2019.

segura y 70,2% al nivel básico del servicio de saneamiento. Los sistemas de agua, saneamiento e higiene se han visto afectados por la reducción del personal operativo y las limitaciones en la cadena de suministro de productos esenciales para el tratamiento del agua para consumo humano y de aguas residuales. La interrupción recurrente del servicio eléctrico también afecta la infraestructura y el funcionamiento de los servicios de agua, saneamiento e higiene, lo que provoca limitaciones en el acceso que, a su vez, conducen a un aumento de los riesgos para la salud, particularmente en los establecimientos de salud y los centros de detención, entre otros (27). Las estrategias e intervenciones de promoción de la salud no se ejecutan de manera activa en las zonas vulnerables, lo que complica aún más la situación con respecto a la salud.

Desde el 2017 no hay datos oficiales sobre vigilancia de la infección por el VIH debido a que la escasez de medios de diagnóstico ha afectado en gran medida la capacidad para detectar casos nuevos. No obstante, en el 2019 se registraron 4.052 nuevas infecciones por el VIH (28). Sin embargo, es probable que haya un importante subregistro de casos, ya que muchas pruebas rápidas donadas para el diagnóstico de la infección por el VIH se distribuyeron de manera prioritaria para usarlas en embarazadas, lo que limitó la disponibilidad en los laboratorios de salud pública. A fines del 2019, 62% de las 110.000 personas con la infección por el VIH en Venezuela conocían su estado, pero solo 41% (44.912) estaban inscritas en el programa de tratamiento (29). En el 2018, el programa nacional contra la infección por el VIH/sida informó sobre episodios de desabastecimiento de medicamentos antirretrovirales, lo cual afectó a 84% de las personas con VIH registradas que reciben atención en el sector público (30). Sin

embargo, gracias a los esfuerzos combinados de la OPS, el Fondo Mundial, el ONUSIDA, el UNICEF, la sociedad civil y otros asociados, en el 2019 Venezuela comenzó a recibir medicamentos antirretrovirales, principalmente tratamientos a base de dolutegravir para adolescentes y adultos con VIH y formulaciones pediátricas. El país inició un proceso de transición de las personas que reúnen los requisitos al tratamiento a base de dolutegravir, y a fines de junio del 2020, 41.125 personas con VIH (que representan 91% de las personas que actualmente están siendo tratadas) estaban recibiendo la combinación de tenofovir, lamivudina y dolutegravir (TLD) en dosis fijas.¹⁹ Sin embargo, sigue siendo limitada la disponibilidad de medicamentos antirretrovirales para esquemas alternativos, medicamentos para la prevención y el tratamiento de infecciones oportunistas y reactivos para el diagnóstico *in vitro* y el monitoreo de la infección por el VIH. Del mismo modo, la escasez de medios de diagnóstico y tratamiento de la sífilis ha afectado gravemente los esfuerzos por reducir la transmisión vertical de esta enfermedad en los recién nacidos.

Entre el 1 de enero y el 31 de julio del 2020, se registraron 3.695 casos nuevos y recaídas de tuberculosis, 20,1% menos que el mismo período del 2019.²⁰ Sin embargo, la información del 2020 excluye la información correspondiente a los meses de mayo y junio en el estado Zulia, puesto que no estaba disponible. La diferencia en las cifras también se debe a las restricciones impuestas en el país a los desplazamientos de personas debido a la pandemia de COVID-19 desde el 13 de marzo de este año, así como al cierre parcial de algunos servicios, especialmente de laboratorio. Los 10.293 casos nuevos detectados recientemente y recaídas que se notificaron en el 2019 representan una

¹⁹ Datos notificados por el Ministerio de Salud a la OPS y al ONUSIDA en agosto del 2020.

²⁰ MPPS, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, 2020.

disminución del 6,6% con respecto a los 11.017 registrados en el 2018 (38,1 por 100.000 habitantes). La mitad de los casos están en el Distrito Capital y otros cuatro estados; en nueve estados la incidencia de la tuberculosis está por encima del promedio nacional (31,9 por 100.000 habitantes). Los reclusos (16,1%) y las personas indígenas (6,3%) son los más afectados.²¹ Las comorbilidades representan casi 8% de los casos (tuberculosis e infección por el VIH, 3,6%; tuberculosis y diabetes, 4,3%), con una tendencia al alza en el caso de la tuberculosis y diabetes. Además, entre el 2017 y el 2019, el número de casos de tuberculosis farmacorresistente disminuyó de 81 a 34.²² La escasez de insumos de laboratorio y de laboratorios funcionales que realicen frotis microscópico, la prueba Xpert MTB/RIF y pruebas de sensibilidad a fármacos, así como las dificultades para el transporte de muestras que satisfagan los criterios para realizar pruebas de sensibilidad, han afectado el diagnóstico, lo que puede explicar la disminución observada en el 2019 con respecto al 2018. Los casos de tuberculosis aumentaron significativamente desde el 2014 (6.063) y el 2017 (10.185) hasta el 2018 (11.017). En vista de los desafíos descritos, puede ser difícil que el país alcance las metas establecidas en la Estrategia Fin de la TB.

En el 2016, las enfermedades no transmisibles (ENT) —principalmente las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas— causaron aproximadamente 125.800 muertes en Venezuela, es decir, 70% de todas las muertes que ocurrieron en el país; las muertes por enfermedades cardiovasculares (29,9%) y el cáncer (15,8%) representaron casi 50% del total (31). Esta cifra es menor que el promedio regional de 81% (32). También en el 2016, alrededor de 17% de los adultos tenían

hipertensión y 9% tenían hiperglucemia o diabetes, por lo que requerían atención y medicamentos esenciales para tratar estas afecciones, garantizar un control adecuado y evitar una muerte prematura por ENT (31). El tratamiento de estas enfermedades en el primer nivel de la atención es limitado debido a los insuficientes recursos médicos básicos, como tensiómetros o básculas, así como a las dificultades para tener acceso a las pruebas de laboratorio y los tratamientos esenciales. Esta situación se traduce en hacinamiento en los centros de atención de segundo nivel, que experimentan desafíos similares relacionados no solo con la disponibilidad de medicamentos y laboratorios, sino también de especialistas para brindar atención. La tasa de homicidios es otro motivo importante de preocupación, pues se estima que en Venezuela se registraron 49,2 muertes por 100.000 habitantes por esta causa en el 2016, tasa que es casi el triple del promedio regional de 17,9 por 100.000 habitantes y más de siete veces mayor que el promedio mundial de 6,4 por 100.000 habitantes (33). Más allá de estas muertes, el número de mujeres, hombres, niños y niñas de Venezuela, incluido el personal de salud, que sufren traumatismos y tienen problemas de salud física y mental debido a la violencia es mucho mayor. Los desafíos relacionados con la situación económica, agravados aún más por la pandemia, han tenido un impacto negativo en la salud mental de la población. Es necesario aumentar la capacidad de respuesta de los servicios de urgencia y capacitar a los trabajadores de salud en estrategias para prevenir la violencia y responder a las necesidades de las víctimas. También es necesario promover formas de vida saludables y reducir la exposición a factores de riesgo perjudiciales para la salud.

El sistema de salud venezolano continúa funcionando, pero con grandes dificultades. El sistema cuenta con una red de 292 hospitales

²¹ MPPS, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, 2018.

²² MPPS, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, 2019.

(niveles I a IV); una red de 323 centros de salud para la atención ambulatoria especializada; una red comunitaria (Red de Atención Comunal) con 17.029 puntos de atención, lo que incluye consultorios populares, consultorios dentales, centros de diagnóstico integral, ópticas populares y centros de rehabilitación integral; así como una red transversal de emergencia (34). La Misión Barrio Adentro, establecida en el 2003, ha expandido significativamente los servicios de atención primaria en la población. En el 2005 se pusieron en marcha simultáneamente Barrio Adentro II y III, que ayudaron a fortalecer los centros ambulatorios especializados y la red de hospitales, respectivamente. En el 2006 se promovió Barrio Adentro IV, con miras a establecer nuevos centros altamente especializados, como el Hospital Cardiológico Infantil Latinoamericano (35). En el 2017, el gobierno puso en marcha Barrio Adentro 100%, cuya finalidad es

alcanzar una cobertura de 100% con el programa. Esta iniciativa generó importantes inversiones en infraestructura y tecnologías sanitarias tanto en los hospitales como en la atención primaria, así como el desarrollo de recursos humanos (202 proyectos de rehabilitación, mantenimiento y equipamiento de 80 centros).²³ En el marco del Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria, creado en el 2008, se graduaron 23.990 médicos integrales comunitarios en siete cohortes desde el 2011 hasta agosto del 2018. Además, 12.269 médicos recibieron credenciales en medicina general integral. Este modelo de formación en medicina se ha reforzado con la creación de la Universidad de las Ciencias de la Salud en el 2014. Los días 23 y 24 de agosto del 2018, el gobierno convocó el primer Congreso Nacional Revolucionario de la Salud con el fin de debatir las bases para la elaboración del Plan Nacional de Salud 2019-2025, que tiene como objetivo



transformar el sistema de salud a fin de abordar los retos actuales. El nuevo plan reemplazó el anterior Plan Nacional de Salud 2014-2019.

En el 2020, se han fortalecido 47 establecimientos de salud designados para la atención de pacientes con COVID-19; estos centros de salud están ubicados en todos los estados del país. También se ha mejorado la conexión con el sector privado. Se reorganizó la red del sistema de salud para atender a los pacientes con COVID-19 presunta y confirmada, y se alistaron unas 11.000 camas en hospitales públicos, 4.003 camas para pacientes aislados en los centros de diagnóstico integral, 4.759 camas para pacientes hospitalizados en centros de salud privados y 4.000 camas en hoteles. Además, en julio del 2020 se adaptó un complejo multideportivo en Caracas para que fuese un centro alternativo para la admisión de casos asintomáticos y leves, lo que permitió añadir 900 camas nuevas y llegar a un total nacional de 24.662 camas para pacientes con COVID-19. Venezuela también ha alistado 1.213 camas en unidades de cuidados intensivos para pacientes en estado crítico, de las cuales 450 se encuentran en hospitales públicos, 573 en la Red Barrio Adentro y 190 en el sector privado. Entre marzo y julio del 2020, las autoridades nacionales y regionales han establecido 62 Puestos de Atención Social Integral (PASI) para proporcionar atención de salud a los migrantes que retornan al país por vía terrestre. Sin embargo, persisten las dificultades para el traslado del personal de salud esencial en todo el país, lo que tiene una mayor repercusión en la red hospitalaria pública.

No obstante, en los últimos siete años se ha observado una pérdida progresiva de la capacidad operativa del sistema nacional de salud, que se ha agudizado desde el 2017 y ha afectado la atención de salud y el acceso a los medicamentos en forma gratuita en el punto de servicio. De acuerdo con Médicos por

la Salud (una organización que realiza un seguimiento semanal de los hospitales en Venezuela), en el 2019, la escasez promedio de medicamentos y suministros básicos para los servicios de urgencias y hospitalización se ubicó en 48,2% en las salas de urgencia y 35,4% en otras unidades (36). Sin embargo, en otro estudio sobre la disponibilidad de medicamentos en los centros de salud se indica que hubo una mejora en el suministro general porque algunos medicamentos críticos pasaron de ser inexistentes a estar disponibles de manera intermitente. Asimismo, encontraron diferencias en el porcentaje de escasez en los hospitales locales administrados por el gobierno (71%), los centros de salud del MPPS (62%), los hospitales militares (42%) y los hospitales del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (27,1%). Los estados periféricos y fronterizos tienen la mayor escasez de medicamentos: los valores registrados en Amazonas, Bolívar, Táchira y Zulia sistemáticamente son peores que el promedio nacional, un patrón que se repite en otros indicadores clave como la capacidad operativa de las unidades médicas y la disponibilidad de camas hospitalarias. En el estudio también se concluye que, dada la crisis multidimensional que afecta al país, la escasez no se reduce de manera constante y presenta picos cuando ocurren eventos, como protestas y escasez de combustible, que limitan el transporte de medicamentos y suministros a los hospitales. Del mismo modo, la mejora que, según los informes suministrados, se registró en algunos meses del 2019 puede atribuirse a la ayuda humanitaria proporcionada a lo largo del año, incluida la entrega de kits de emergencia por parte de la OPS, el UNICEF y la Cruz Roja. A pesar de todos los esfuerzos de cooperación internacional, muchos hospitales siguen funcionando en condiciones difíciles y no pueden garantizar la prestación de servicios de apoyo básicos. Entre las principales dificultades que impiden garantizar a la población una cobertura de salud de buena calidad se encuentran las

fallas en la prestación de servicios públicos, deficiencias importantes en el mantenimiento de los equipos médicos y el entorno de trabajo, y la escasez de personal de salud. A este respecto, según estimaciones de la Federación Médica Venezolana, para fines del 2019 habían emigrado alrededor de 30.000 médicos, 53% de los cuales trabajaba en hospitales públicos. Esta cifra representa 45% de los 66.138 médicos que había en el país en el 2014. La migración de médicos ha afectado principalmente a ciertas especialidades (neonatología, anestesiología, oncología, nefrología, cuidados intensivos y atención de urgencias). De manera análoga, se estima que unos 6.000 bioanalistas y técnicos de laboratorio han salido el país, y la Federación Venezolana de Escuelas de Enfermería estima que entre 3.000 y 5.000 enfermeros han emigrado.

Se requieren medidas inmediatas para abordar las prioridades a corto plazo, a fin de asegurar la capacidad operativa de los servicios de salud y el acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias, y de racionalizar los recursos existentes a la vez que se movilizan recursos adicionales. Esto es necesario para abordar los brotes de enfermedades y aumentar la capacidad del sistema de ofrecer atención integral para las enfermedades prioritarias, la salud física y mental, y las urgencias. En el mediano plazo, hay oportunidades para transformar el sistema de salud a fin de reducir la fragmentación y la segmentación, frenar la migración del personal de salud, asegurar la sostenibilidad del sistema y aumentar la resiliencia.

Países vecinos



Funcionarios de salud planifican operaciones de respuesta en Alto Río Negro (Brasil).

En el 2020, al 1 de agosto (semana epidemiológica 31), **Argentina** había notificado 69 casos confirmados de sarampión, de los cuales 12 eran importados y 56 de origen desconocido (37). Los brotes más extensos de esta enfermedad desde el año 2000, cuando el país eliminó la circulación endémica del sarampión, ocurrieron entre el 11 de agosto del 2019 y el 16 de mayo del 2020, cuando se registraron 174 casos confirmados, entre ellos una muerte. Quince de los casos fueron importados (9 de Brasil, 3 de Estados Unidos de América y 3 con antecedentes de viaje a España y el sudeste asiático) y 159 fueron de origen desconocido. Treinta y dos de los casos se registraron en la Ciudad de Buenos Aires, uno en la ciudad de Córdoba y 141 en distintos municipios de la provincia de Buenos Aires. La tasa de incidencia más

alta se registró en los menores de 1 año, seguidos por el grupo etario de 1 año. La fecha de inicio de la erupción cutánea del último caso de sarampión registrado en el país fue el 19 de marzo del 2020. Estos brotes no estaban relacionados con el de Venezuela, pues las fuentes de infección o los genotipos y linajes eran distintos (D8, MVs/Gir Somnath.IND/42.16; B3, MVs/Kabul.AFG/20.2014/3) (38). El Gobierno de Argentina está facilitando la integración de profesionales venezolanos en el personal de salud. Desde febrero del 2018, el Gobierno ha emitido resoluciones que permiten a estudiantes y profesionales venezolanos validar sus estudios en el país. Además, actualmente 1.200 profesionales venezolanos trabajan en el sistema de salud.

Entre enero y el 31 de agosto del 2020, **Brasil** notificó 16.064 casos de malaria en Roraima, incluidos 801 (5%) casos importados, de los cuales 67% (537) eran de Venezuela (12,7% por *P. falciparum*). Esto representa una disminución de 52% de los casos importados de Venezuela en comparación con el mismo período en el 2019 (1.681 casos). El 33% restante de los casos importados era de otros estados brasileños y otros tres países y territorios (Guayana Francesa, Guyana y Suriname). En Brasil se notificaron 156.916 casos de malaria en el 2019, de los cuales 2.632 (1,7%) eran importados de Venezuela, lo que representó 66,4% de los casos importados de malaria en el país (3.965). En el 2018, se notificaron 193.837 casos, de los cuales 4.863 (30,6% por *P. falciparum*) eran importados de Venezuela, lo que representó 73,6% de todos los casos importados de malaria en Brasil (6.606). La mayoría de los casos importados de Venezuela ocurrieron en Roraima. En el 2019, se notificaron 22.794 casos de malaria en Roraima, cifra que incluyó 2.845 casos importados, de los cuales 80,3% (2.284) eran de Venezuela (18,1% por *P. falciparum*). El 19,7% restante de los casos importados en Roraima era de otros estados brasileños y otros cuatro países y territorios (Guayana Francesa, Guyana, Santa Elena y Suriname).²⁴

En el 2020, al 26 de septiembre (semana epidemiológica 39), se habían confirmado 8.187 casos de sarampión en 21 estados: Alagoas (3), Amapá (96), Amazonas (4), Bahía (7), Ceará (7), Distrito Federal (5), Goiás (8), Maranhão (17), Mato Grosso (1), Mato Grosso do Sul (7), Minas Gerais (21), Pará (5.287), Paraná (376), Pernambuco (34), Río de Janeiro (1.332), Río Grande do

Sul (37), Rondônia (6), Santa Catarina (110), São Paulo (820), Sergipe (8) y Tocantins (1). El estado de Pará, con 64,6% de los casos confirmados, tiene una tasa de incidencia de 93,47 por 100.000 habitantes, mayor que la tasa de incidencia acumulativa nacional de 10,61 por 100.000 habitantes. Se registraron siete muertes en tres estados: Pará (5), Río de Janeiro (1) y São Paulo (1), cuatro de ellas en menores de 1 año, dos en niños de 1 a 4 años y una en un adulto de 34 años.²⁵ El genotipo predominante en el 2020 sigue siendo el D8 —los linajes Frankfurt, Hulu, Delhi y Gir Somnath²⁶— que también circulaba en el 2019 y no estaba relacionado con el brote en Venezuela.

El brote de sarampión que comenzó en febrero del 2018, vinculado al genotipo D8 y al linaje que circula en Venezuela y otros países de la Región, se interrumpió en mayo del 2019, según información suministrada por las autoridades de salud brasileñas en una reunión con la Comisión Regional de Verificación de la Eliminación del Sarampión y la Rubéola celebrada en septiembre del 2020. En marzo del 2019, el Ministerio de Salud de Brasil había anunciado que el 19 de febrero se había reanudado la transmisión endémica del sarampión en el país, debido a la persistencia de la transmisión del mismo genotipo D8 por más de doce meses, principalmente en los estados Amazonas, Roraima y Pará. El brote de sarampión comenzó en la semana del 4 de febrero del 2018 (semana epidemiológica 6) en el estado de Roraima, y se propagó a otros once estados y ocasionó 10.346 casos confirmados, incluidas 12 muertes al 15 de mayo del 2019. Los estados más afectados fueron Amazonas (95,7% de los casos), seguido de Roraima (3,5%) y Pará (0,8%). La

²⁴ Brasil, Ministerio de Salud, Sistema de Información de Vigilancia Epidemiológica de la Malaria (Sivep-Malaria). Consultado el 13 de octubre del 2020. Datos preliminares sujetos a cambios.

²⁵ Ministerio de Salud de Brasil, Secretarías de Salud del Estado, actualización oficial el 9 de octubre del 2020.

²⁶ Ministerio de Salud de Brasil, Programa de Inmunización, actualización oficial el 9 de octubre de. 2020.

mayor proporción de casos se notificó en menores de 5 años (28%) y adultos jóvenes de 20 a 29 años (25%).²⁷

Entre el 2019 y el 2020, se notificaron numerosos casos importados en varios estados de Brasil, donde se detectaron otros genotipos y linajes (como el genotipo D8, linaje Gir Somnath en São Paulo) y se determinó la fuente de las infecciones. En el 2019, se confirmaron 20.901 casos de sarampión en 23 estados. En el estado de São Paulo, con 85,2% de los casos, tuvo una tasa de incidencia de 46,7 por 100.000 habitantes, mayor que la tasa de incidencia acumulativa nacional de 20,3 por 100.000 habitantes. Se notificaron 16 muertes en tres estados (Pará [1], Pernambuco [1] y São Paulo [14]), seis de las cuales fueron en menores de 1 año, tres en niños y niñas de 1 a 4 años, y siete en adultos mayores de 20 años.²⁸

En el 2020, al 19 de septiembre (semana epidemiológica 38), se habían confirmado dos casos de difteria en los estados de Minas Gerais y Rio Grande do Sul (datos sujetos a revisión).²⁹ Se habían confirmado dos casos en el 2019 y uno en el 2018 (39). En el 2017 se confirmaron cinco casos de esta enfermedad en cuatro estados de Brasil, incluido uno mortal importado de Venezuela (40). Entre el 2017 y el 2019, solo uno de los casos confirmados tenía un vínculo epidemiológico con Venezuela. En el 2018, en respuesta a una demanda cada vez mayor de servicios de salud en Roraima, el Ministerio de Salud programó fondos adicionales específicos para mejorar las unidades de salud, fortalecer y ampliar la atención hospitalaria, fortalecer la atención primaria de salud y

comprar vacunas. Los municipios de Pacaraima y Boa Vista recibirán apoyo para la atención primaria de salud y para ampliar la atención hospitalaria (41).

El 23 de febrero del 2020, Brasil notificó sobre su primer caso de COVID-19 en la ciudad de São Paulo. Entre el 1 de enero y el 31 de julio, el país notificó 2.662.485 casos confirmados y 92.475 muertes. En Roraima, la principal puerta de entrada de los inmigrantes venezolanos a Brasil, se notificó que la tasa de incidencia de la COVID-19 es de 5.282 por 100.000 habitantes y la tasa de mortalidad de esta enfermedad es de 83 por 100.000 habitantes. En ese estado, se notificaron 95 casos confirmados y 29 casos mortales de COVID-19 en inmigrantes en ese mismo período.

En el 2020, **Chile** había notificado al 16 de enero dos casos confirmados de sarampión asociados con casos importados procedentes de Brasil y Estados Unidos de América. Un caso tiene el genotipo D8, falta determinar el genotipo del otro caso y el linaje de los dos. La fecha de inicio de la erupción cutánea del segundo caso fue el 16 de enero.³⁰ En el 2019, se notificaron 11 casos confirmados (5 importados y 6 relacionados con casos importados). Cuatro fueron vacunados, tres no fueron vacunados y cuatro no tenían pruebas de antecedentes de vacunación. Se determinó que el genotipo era D8 (no se informó acerca del linaje) (20). En Chile se notificaron 25 casos de sarampión entre el 3 de junio del 2018 y el 26 de enero del 2019 (23 en el 2018 y dos en el 2019). De esos casos, siete eran importados y 18 estaban relacionados con los casos importados; 12 requirieron hospitalización, pero no se notificó

²⁷ Ministerio de Salud de Brasil, Secretarías de Salud del Estado, Programa de Inmunización. 2018-2019. Actualización oficial del 9 de octubre del 2020.

²⁸ Ministerio de Salud de Brasil, Secretarías de Salud del Estado, Programa de Inmunización, 2019-2020. Actualización oficial del 9 de octubre del 2020.

²⁹ Ministerio de Salud de Brasil, Programa de Inmunización, actualización oficial del 9 de octubre del 2020.

³⁰ Informe del Centro Nacional de Enlace del Reglamento Sanitario Internacional de Chile recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.



Visita de seguimiento a establecimientos de salud en el estado fronterizo de La Guajira (Colombia).

ninguna muerte; 44% de los casos confirmados eran hombres y 56% eran menores de 1 año (edad menor a la mínima necesaria para la primera dosis de la vacuna contra el sarampión). Se confirmó que, en 19 casos, la infección correspondía al genotipo D8 que también está circulando en Venezuela y que un caso era del genotipo D8 pero de un linaje diferente. Seis de los nueve casos importados eran personas de Venezuela y los otros tres eran personas de Alemania, Argentina y Colombia.³¹

En **Colombia**, en el 2019 se notificaron 244 casos confirmados de sarampión en los departamentos Atlántico, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira y Norte de Santander, y en los distritos de Barranquilla, Cartagena y Bogotá (42). En Colombia, la tasa de incidencia más alta por grupo etario se encuentra en los menores de 1 año (5,9

casos por 100.000 habitantes en el 2018 y 3,1 casos por 100.000 habitantes en el 2019) seguido por el grupo de 1 a 4 años (0,6 casos por 100.000 habitantes en los dos años). De los 244 casos confirmados, 69 (28,2%) fueron importados (65 de Venezuela, 3 de Europa, 1 de Brasil) y 159 (65,1%) estaban relacionados con los casos importados. La fuente de infección de los otros 16 casos (6,5%) sigue en investigación (43). Se registró la muerte de un bebé varón colombiano de 3 meses de la etnia indígena wayú, proveniente de Uribia, en La Guajira. Entre el 4 de marzo del 2018 y el 31 de diciembre del 2019 se confirmaron en total 452 casos de sarampión en 15 departamentos y tres distritos del país: 208 con fechas de inicio de la erupción cutánea en el 2018 (44)³² y 244 en el 2019. De los 452 casos confirmados, 126 (27,8%) fueron importados (122 de Venezuela, 3 de Europa, 1 de Brasil) y 300 (66,3%) estaban

³¹ Ministerio de Salud de Chile, Oficina de Cooperación y Asuntos Internacionales, comunicación por correo electrónico, 28 de agosto del 2020.

³² En la actualización epidemiológica de la OPS/OMS del 17 de mayo del 2019 se notificaron 209 casos con inicio del exantema en el 2018; sin embargo, uno de los casos ha sido reclasificado.

relacionados con los casos importados. La fuente de infección de los otros 26 casos (5,75%) sigue en investigación. Durante este período, se notificaron 10.305 casos presuntos de sarampión. En la genotipificación realizada en las muestras de todos los casos se encontró un linaje del genotipo D8, similar al que estaba circulando en Venezuela y en otros países de la Región (42).

En las primeras 24 semanas epidemiológicas del 2019, hubo 48 casos presuntos y uno confirmado de difteria (45). Entre el 31 de diciembre del 2017 y el 29 de diciembre del 2018, Colombia confirmó ocho casos de difteria (cuatro en La Guajira, dos en el Norte de Santander y dos de Venezuela), incluidas tres muertes. Los casos confirmados fueron en varones de 3 a 37 años, seis de ellos ciudadanos venezolanos (46). En el 2020, hasta el 18 de julio (semana epidemiológica 29), Colombia había notificado 44.284 casos de malaria, lo que representa una disminución de 9% en comparación con el mismo período del 2019. Sin embargo, cinco departamentos están por encima del número esperado de casos según la curva endémica. Hasta el 11 de julio del 2020 (semana epidemiológica 28), se habían notificado 298 casos importados de malaria, de los cuales 284 (95%) eran de Venezuela (47). En el 2019, Colombia notificó 78.513 casos de malaria al 28 de diciembre, incluidos 77.172 casos de malaria sin complicaciones y 1.341 casos con complicaciones (48). Esto es más del doble que las cifras registradas en el 2014 (38.544 casos confirmados, incluidos 38.233 casos de malaria sin complicaciones y 311 casos con complicaciones) (49). Del total correspondiente al 2019, 2.288 (2,91%) fueron casos importados, 2.189 de Venezuela; entre los últimos hubo 262 casos por *P. falciparum*, 1.981 por *P. vivax*, 1 por *P. malariae* y 44 de infecciones mixtas. Si se

compara con las cifras del 2018, esto representa un aumento del 22,1% en los casos de malaria importados de Venezuela. En el 2018, Colombia notificó 1.774 casos importados de malaria al 29 de diciembre, de los cuales 94,9% (1.684) eran de Venezuela. El aumento del número de casos de malaria en los departamentos de Arauca, Caquetá y Norte de Santander fue mayor que el promedio en el período 2012-2017 (50).

Colombia notificó su primer caso de COVID-19 el 6 de marzo del 2020 (51) y al 31 de julio del 2020 había registrado 286.020 casos confirmados (52). El Ministerio de Salud ha publicado directrices para la atención de la población migrante durante la pandemia. Debido al impacto de la implementación de las medidas no farmacológicas y las implicaciones socioeconómicas conexas, entre marzo y agosto miles de migrantes venezolanos en Colombia retornaron voluntariamente a Venezuela a través de cruces oficiales en las fronteras terrestres.

En **Ecuador**, no se notificó ningún caso confirmado de sarampión en el 2019 ni entre enero y abril del 2020. Entre el 25 marzo y el 29 de diciembre del 2018, se notificaron 19 casos confirmados de esta enfermedad, de los cuales 11 eran importados (todos ciudadanos venezolanos) y ocho estaban relacionados con casos importados.³³ Se notificaron casos en Quito (12), Cuenca (1), Riobamba (1) y Tulcán (5).³⁴ Desde comienzos del 2019 hasta abril del 2020, se notificaron 31 casos de malaria en migrantes venezolanos, lo que representa 13% de los casos importados (232), y 1,3% del total de casos de malaria notificados en el país durante este período (2.304). Según estimaciones del Ministerio de Salud, en los años 2017 y 2018 había 36.544 personas con infección por el VIH en el país, de las

³³ Las cifras difieren del informe anterior como consecuencia de las investigaciones epidemiológicas realizadas.

³⁴ Ministerio de Salud Pública de Ecuador, Informe de la Dirección Nacional de Estrategia de Inmunización.



cuales 19.545 (53%) recibían tratamiento antirretroviral.³⁵ Entre enero y diciembre del 2019, el Ministerio de Salud informó que 176 personas migrantes con infección por el VIH habían recibido atención en las unidades de atención integral de 19 de las 24 provincias del país, principalmente en las provincias de Pichincha (78 personas, 44,6%), Guayas (39 personas, 22%) y El Oro (10 personas, 6%). Estas provincias son parte oficial del corredor migratorio o colindan con él.³⁶ Sin embargo, como el gobierno nacional no tiene un registro de pacientes con infección por el VIH con datos desglosados por nacionalidad, y como todavía no ha realizado un rastreo epidemiológico de la infección por el VIH, no se ha establecido una vinculación directa entre la incidencia de la infección por el VIH en el país y la migración humana. En vista de los picos en la incidencia de la infección por el VIH, el Ministerio de Salud ha comenzado un registro de datos de pacientes con VIH para asegurar el acceso a servicios de salud esenciales. Ecuador notificó su primer caso confirmado de COVID-19 el 29 de febrero del 2020 (53); al 3 de agosto de 2020

había registrado 78.085 casos confirmados (54). Al 10 de agosto de 2020, el Ministerio de Salud había notificado 275 casos confirmados de COVID-19 en migrantes venezolanos (275 de 89.387).³⁷

En el 2020, al 11 de abril (semana epidemiológica 15), **Guyana** había notificado una reducción de los casos de malaria en comparación con el mismo período del 2019. Este descenso puede estar vinculado con diversos problemas en la presentación de información, que posiblemente se agravaron debido a las restricciones en la comunicación relacionadas con la pandemia de COVID-19. En el 2019 se notificaron 20.502 casos de esta enfermedad (13.094 por *P. vivax*), 7% más que los 19.214 casos notificados en el 2018. En el 2018 se registró un aumento de cerca de 13% en el número de casos de malaria a escala nacional en comparación con el 2017, principalmente por los casos de la Región I (Barima-Waini), en la frontera con Venezuela, donde se ha observado un aumento de los casos de malaria desde el 2017. Varias localidades de la Región I y la Región VII situadas a lo largo de la frontera con Venezuela (White Water, Arau, Mabaruma y Kaikan), donde en el 2018 se registró el mayor número de casos importados en venezolanos (2.056), registraron una drástica reducción en el número de casos en el 2019 (354). Esto representa 17% del total de casos notificados en migrantes venezolanos en el 2019 (2.034); 20% de estos casos (415) se notificaron en la zona del río Puruni (Región VII), la más afectada en el 2019. En el poblado de Kaikan en la Región 7, cerca de

³⁵ Sitio web del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, página sobre el VIH. Disponible en <https://www.salud.gob.ec/vih/>.

³⁶ El corredor humanitario/migratorio fue establecido por el gobierno nacional para el tránsito seguro, libre y ordenado de migrantes venezolanos en la frontera norte de Ecuador que se dirigen a Huaquillas, en la frontera con Perú. <https://www.ministeriointerior.gob.ec/ecuador-activa-corredor-humanitario-para-garantizar-el-transito-seguro-de-migrantes-venezolanos/>.

³⁷ Ministerio de Salud de Ecuador

la frontera con Venezuela, que tuvo un brote importante en el 2019 (168 casos frente a 17 en el 2017), se registraron solo 5 casos en el primer trimestre del 2020, gracias a la enérgica respuesta del programa nacional de malaria. Guyana sigue libre de sarampión, difteria y rubéola.

En el 2020, hasta el 25 de julio (semana epidemiológica 30), **Perú** no había notificado ningún caso confirmado de sarampión. Se notificaron 16 casos presuntos de sarampión y 34 casos presuntos de rubéola. Siete de ellos están pendientes de clasificación y 43 fueron descartados. En el 2019 se notificaron tres casos importados de sarampión, los tres confirmados (2 de España y 1 de Brasil).³⁸ Entre el 18 de febrero y el 29 de diciembre del 2018, se notificaron 42 casos confirmados de sarampión, en personas con edades comprendidas entre los 4 meses y los 51 años (mediana: 18 meses); no se notificó ninguna muerte. Los casos ocurrieron en Amazonas,

Callao, Cusco, Ica, La Libertad, Lima, Piura y Puno (44). De los casos confirmados, se determinó que 24 estaban relacionados con el genotipo D8 que circulaba en otros países de la Región, mediante análisis de epidemiología molecular o por vinculación epidemiológica con un caso confirmado por laboratorio en el cual se había detectado el genotipo D8. Para la semana epidemiológica 18 del 2018, se había detectado y contenido un caso de difteria en el departamento de Amazonas, en la frontera noroeste con Ecuador. Desde entonces no se ha notificado ningún otro caso de difteria en el país (55).

En el 2020, al 18 de julio (semana epidemiológica 29), Perú había notificado 7.775 casos de malaria, 41% menos que el mismo período del 2019 (13.231 casos). Se registró una reducción de 52% en Loreto, el departamento con el mayor número de casos, pero hubo un aumento de 97% en los casos en Amazonas, el departamento que tiene la



³⁸ Ministerio de Salud (MINSA), Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

segunda carga mayor de malaria en el país (1.256 casos frente a 636 en el mismo período del 2019). El número de muertes por malaria en ese período pasó de cinco en el 2019 a cero en el 2020. Desde el inicio del brote de COVID-19 en marzo del 2020 se ha observado una disminución en el número de casos de malaria en el país, probablemente porque los sistemas de vigilancia epidemiológica estaban muy ocupados con la emergencia de salud por la pandemia de COVID en Perú, que fue bastante explosiva en la ciudad de Iquitos/Loreto.³⁹ En el 2019, se confirmaron 23.869 casos de malaria, 47% menos que en el 2018 (45.442) (56). Las autoridades de salud peruanas notificaron que en el 2019 se registraron en Tumbes 18 casos importados de malaria (*P. vivax*) procedentes de Venezuela. En el 2018 se notificaron 31 casos de malaria en la zona de Tumbes, donde no se había notificado ningún caso desde el 2012; de esos casos, 17 eran importados de Venezuela (57). Actualmente, hay un aumento en la transmisión de la malaria en el departamento de Tumbes, en la frontera entre Perú y Ecuador, y en la provincia de El Oro, donde ambos países ya habían interrumpido la transmisión de esta enfermedad. En el 2020, al 11 de julio (semana epidemiológica 28) se habían notificado 70 casos de malaria (*P. vivax*) en la zona de Tumbes, lo que implica un alza en comparación con los 84 notificados en todo el año 2019 (70 locales, 14 importados de Venezuela) (58).

De acuerdo con la estrategia sanitaria nacional para la prevención y el control del VIH y las hepatitis del Ministerio de Salud de Perú, 3.161 migrantes venezolanos recibieron tratamiento antirretroviral contra el VIH entre marzo del 2018 y junio del 2020, 79% de ellos en Lima. Hasta fines del 2018, la Dirección de Prevención y Control del

VIH/Sida del Ministerio de Salud tenía un registro con 1.338 ciudadanos venezolanos que recibían tratamiento para la infección por el VIH, 90% en la zona de Lima/Callao. En relación con la tuberculosis, 1.232 migrantes venezolanos fueron tratados en el 2019 por esta enfermedad. Entre enero y junio del 2020, 739 venezolanos inscritos en el sistema de información sanitaria del Ministerio de Salud habían recibido tratamiento para la tuberculosis.⁴⁰ Tras una evaluación de las necesidades nutricionales realizada en marzo del 2019 por asociados en la esfera de la salud en el marco de la Plataforma de Coordinación para Refugiados y Migrantes de Venezuela (R4V) se informó que, de los menores de 5 años que entraron a Perú por los Centros Binacionales de Atención en Frontera (CEBAF), 3% presentaban desnutrición aguda, 18% desnutrición crónica y 25% anemia (59). En Perú, la aplicación gratuita de 17 vacunas que protegen contra 26 enfermedades se lleva a cabo de acuerdo con el calendario nacional de vacunación del Ministerio de Salud de Perú; en el 2019, 34.039 migrantes venezolanos fueron vacunados. En el 2020, al 4 de julio (semana epidemiológica 27), 7.538 migrantes de Venezuela habían sido vacunados, según datos oficiales del Ministerio de Salud de Perú. Debido a las restricciones relacionadas con el estado de emergencia por la COVID-19, se han reducido los mecanismos de supervivencia de más de 200.000 familias vulnerables de refugiados y migrantes. Muchos han perdido sus medios de vida y muchas familias informan que solo comen una vez al día. El Gobierno ha autorizado a 100 médicos venezolanos a reforzar el personal de salud durante la emergencia (60).

Trinidad y Tabago no ha notificado casos confirmados de sarampión ni de difteria. Sin

³⁹ De acuerdo con el estudio de seroprevalencia de anticuerpos del SARS-CoV-2 realizado en junio del 2020 en la ciudad de Iquitos, el SARS-CoV-2 tenía una prevalencia del 71,1%, según la Dirección de Salud de Loreto.

⁴⁰ Ministerio de Salud de Perú.

embargo, el Ministerio de Salud notificó un aumento del número de casos de malaria importados de Venezuela. Al 24 de abril del 2020 había 7 casos nuevos de malaria: 5 importados de Venezuela (*P. vivax*) y 2 locales. Los dos casos locales estaban vinculados epidemiológicamente de manera directa a uno de los casos importados. En el 2019 hubo 36 casos nuevos de malaria (1 de Guinea Ecuatorial por *P. falciparum*; 1 de Ghana por *P. falciparum*; 2 de Guyana: uno de infección mixta por *P. vivax* y *P. falciparum* y uno por *P. vivax*; 2 de Nigeria: uno por *P. malariae* y uno por *P. falciparum*; 1 de Uganda por *P. falciparum*; 27 de Venezuela: 24 por *P. vivax* y tres por *P. falciparum*; y dos casos locales: uno introducido, por *P. vivax*, y uno autóctono, por *P. malariae*). Entre el 2006 y el 2017 se notificaron 15 casos por año en promedio. En el 2017 se confirmaron 12 casos (8 de Venezuela, 1 de Guyana, 1 de la India y 2 de Nigeria) y en el 2018 se confirmaron 40 (38 casos importados: 33 de Venezuela, 4 de Guyana y 1 de Ghana).⁴¹ En el 2018, el Ministerio de Salud informó que no había un brote de malaria en Trinidad y Tabago, y que la mayoría de los casos confirmados en el país eran importados de países vecinos.⁴²

Las **poblaciones indígenas** que viven en las zonas fronterizas de Venezuela son sumamente vulnerables a las enfermedades epidemiológicas. Causan especial preocupación los waraos, que viven en las zonas fronterizas entre Venezuela y Guyana y ahora están migrando al norte de Brasil; el pueblo wayú, que vive en las zonas fronterizas entre Venezuela y Colombia; y los yanomamis, que viven en zonas remotas a lo largo de la frontera entre Venezuela y

Brasil (61, 62). Los waraos de Venezuela presentan una de las tasas de prevalencia más altas de infección por el VIH en las poblaciones indígenas de la Región de las Américas (9,5%) (63), así como uno de los niveles más altos de tuberculosis. Entre el 31 de diciembre del 2017 y el 29 de diciembre del 2018, se confirmaron 541 casos de sarampión en comunidades indígenas de Venezuela, 61% de ellos en waraos del estado Delta Amacuro.⁴³ Además, se notificaron 62 muertes: 35 en Delta Amacuro (todas de waraos) y 27 en Amazonas (26 sanemas y un yanomami). Al 28 de diciembre del 2019 se habían notificado 139 casos de sarampión en comunidades indígenas, todos en el estado de Zulia, en los siguientes grupos étnicos: añus (50 casos), putumayos (2 casos), wayús (85 casos) y yupkas (2 casos). En el 2018 se notificaron 183 casos presuntos de sarampión en grupos indígenas de Brasil, de los cuales se confirmaron 145 en el estado de Roraima y 2 (ambos mortales) en el estado de Pará. La mayoría de los casos confirmados en Roraima se encuentran en el distrito de salud indígena de Auaris, en la frontera con Venezuela. En el 2019 no se notificaron casos confirmados de sarampión en comunidades indígenas de Brasil (20). Hasta junio del 2020, en la población indígena warao de Brasil se habían producido 9 casos mortales de COVID-19 (6 en el estado de Pará, 1 en Roraima, 1 en Amazonas y 1 en Pernambuco) (64).

En cuanto a los servicios de agua en Venezuela y sus siete países vecinos, cuatro tienen más del 50% de la población cubierta por un servicio manejado de manera segura: Chile (98,6%), Ecuador (75,1%), Colombia

⁴¹ Trinidad y Tabago, Ministerio de Salud, datos inéditos.

⁴² Trinidad y Tabago, Ministerio de Salud, nota de prensa. [No malaria outbreak in Trinidad and Tobago](#), 28 de agosto del 2018.

⁴³ La diferencia con respecto a los casos notificados en actualizaciones epidemiológicas anteriores se debe a los ajustes retrospectivos realizados por las autoridades nacionales sobre la base de la revisión, la consolidación y la investigación de casos en poblaciones indígenas.

(73,2%) y Perú (50,4%). Los otros cuatro tienen un servicio de menor calidad, llamado servicio básico: Brasil (98,2%), Guyana (95,5%), Trinidad y Tabago (98,2%) y Venezuela (95,7%). En lo que respecta al saneamiento, el porcentaje de la población con acceso a servicios manejados de manera segura es menor en todos los países. Chile tiene el porcentaje más alto (77,5%), mientras que los cinco países con el porcentaje más bajo son Brasil (49,3%), Perú

(42,8%), Ecuador (42%), Venezuela (23,8%) y Colombia (17%). Sin embargo, Trinidad y Tabago y Guyana apenas alcanzan el nivel de servicio básico. La cobertura de la población es del 93,4% y el 85,8%, respectivamente. La defecación al aire libre también es un problema y en algunos países supera el 2%, lo que ya se considera alto, como ocurre en Perú (6,5%), Venezuela (3%) y Colombia (3,1%) (27).



Las poblaciones indígenas que viven en las zonas fronterizas de Venezuela son altamente vulnerables a las enfermedades propensas a causar epidemias.

Respuesta de la Oficina Sanitaria Panamericana

En respuesta a la situación en evolución en Venezuela, la Oficina ha intensificado la cooperación técnica con el Ministerio de Salud, asociados internacionales y organizaciones no gubernamentales (ONG) locales a fin de reforzar la gestión del sistema de salud, mejorar la prevención y el control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, reducir la mortalidad materna y neonatal, mejorar el manejo de emergencias, aplicar medidas de preparación y respuesta a la pandemia de COVID-19 y adquirir medicamentos, vacunas, reactivos de laboratorio y otros insumos para los programas de salud, tanto de manera directa como mediante el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública de la OPS (conocido como el Fondo Estratégico) y el Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas (conocido como el Fondo Rotatorio). Para aprovechar al máximo esta cooperación técnica, desde diciembre del 2017 se ha proporcionado el

siguiente apoyo: un sistema activo de gestión de incidentes en la Sede y en las representaciones de la OPS/OMS en Brasil, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela; la liberación de recursos del Fondo de Emergencia para Situaciones de Desastre y del Fondo de Emergencia para Epidemias, ambos de la OPS; la activación de procedimientos administrativos internos especiales para facilitar una cooperación técnica rápida y ágil con los países destinatarios, y el fomento de las asociaciones y la movilización de recursos.

Con el fin de apoyar su agenda de cooperación técnica en Venezuela y en Estados Miembros vecinos, la Oficina ha recibido contribuciones financieras de los siguientes asociados: Canadá; la Unión Europea; Japón; Nueva Zelandia; Suiza; Estados Unidos de América; España; el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria; la Iniciativa de



La Oficina Sanitaria Panamericana ha intensificado su cooperación técnica con el Ministerio de Salud, los asociados internacionales y las organizaciones no gubernamentales locales para apoyar la capacidad de prestación de servicios de los sistemas de salud.

Lucha contra el Sarampión y la Rubéola; el Grupo de Trabajo para la Salud Mundial; el Fondo Central para la Acción en Casos de Emergencia (Naciones Unidas); la Fundación de las Naciones Unidas; Vaccine Ambassadors; el Proyecto Esperanza, y el Fondo para Contingencias relacionadas con Emergencias (OMS).

La Oficina amplió rápidamente sus actividades de cooperación técnica con Venezuela y los países vecinos. Para abordar diversos problemas de salud pública, desde noviembre del 2016 la Oficina ha desplegado varias misiones técnicas multidisciplinarias sobre el terreno, que implicaron la movilización de más de 120 miembros del personal. En los equipos de las misiones en el país y las oficinas de campo hay personal con experiencia en varias áreas técnicas: manejo de situaciones de emergencia, entomología y control de vectores, vigilancia, epidemiología, servicios de salud y de laboratorio, gestión de servicios de salud, inmunización, cadena de frío, prevención y control de infecciones, atención prenatal, salud materna y neonatal y atención posterior al aborto, salud sexual y reproductiva, manejo clínico, salud pública, coordinación y logística, administración y comunicación de riesgos. Además de su presencia en el terreno por medio de las representaciones de la OPS/OMS, la Oficina ha realizado más de 122 misiones de cooperación técnica a escala nacional y subnacional en Venezuela, Colombia, Brasil, Guyana, Ecuador y Perú.

La Oficina está colaborando con el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) de Venezuela en la ejecución del plan nacional de respuesta rápida para interrumpir los brotes de sarampión y difteria. El plan tiene como finalidad interrumpir la transmisión de

estas enfermedades y abarca la vacunación masiva de todos los niños de 6 meses a 15 años contra el sarampión y de 7 a 15 años contra la difteria, junto con amplias medidas de localización de contactos y actividades de laboratorio conexas. En respaldo del plan se han movilizado equipos de respuesta rápida a escala nacional, regional y municipal. Además de este plan de respuesta rápida, Venezuela, con el apoyo de la Oficina, está ejecutando un plan nacional para aumentar la cobertura de vacunación en comunidades indígenas, municipios con cobertura baja y zonas de difícil acceso. Con la campaña de vacunación que se realizó entre abril del 2018 y junio del 2019 se logró una cobertura del 100% para el sarampión en todo el país, así como una cobertura superior al 95% para la difteria en la mayoría de los estados. Según datos del MPPS, al mes de agosto del 2019 había 8,9 millones de niños de 6 meses a 15 años y más de 500.000 personas mayores de 15 años vacunados contra el sarampión en todos los estados y 5,1 millones de niños de 7 a 15 años vacunados contra la difteria.⁴⁴ El ministerio informó que, en la Semana de Vacunación en las Américas del 2019, se vacunó a más de 381.000 niños en Venezuela, se facilitaron seis tipos de vacunas para proteger a la población de once enfermedades, funcionaron 7.124 puestos de vacunación y 231 comunidades indígenas recibieron vacunas. En noviembre del 2019, Venezuela cumplió doce semanas sin notificar casos nuevos de sarampión. Desde entonces, la Oficina ha estado colaborando con el MPPS para documentar el fin del brote, el primer paso para reconfirmar la eliminación del sarampión en el país. A julio del 2020, la Oficina había proporcionado asesoramiento técnico para la preparación de informes a los 23 estados y el Distrito Central como insumo para el informe nacional que debe

⁴⁴ República Bolivariana de Venezuela, Ministerio de Poder Popular para la Salud. MPPS, Dirección de Inmunizaciones. Análisis de la situación del Programa Ampliado de Inmunización en el 2019. Marzo del 2020. Inédito.



presentarse con objeto de reverificar la eliminación. Además, como parte del plan de mitigación del riesgo de poliomielitis, se llevó a cabo en el país una campaña nacional contra la poliomielitis entre julio y septiembre del 2019. Al final de la campaña se había vacunado a 3.290.426 niños de 2 meses a 5 años, y 79% de las entidades federales (19 de 24) y 77% de los municipios de todo el país (257 de 335) habían alcanzado una cobertura superior al 95%. Tras la campaña nacional contra la poliomielitis, la Oficina proporcionó asistencia técnica al MPPS para evaluar los resultados de la campaña e introducir el Plan Nacional de Respuesta a los Brotes de Poliovirus, complementado con una simulación de brotes de poliovirus.⁴⁵

Hasta la fecha, más de 19.916 trabajadores de salud, entre ellos 4.811 vacunadores, han recibido capacitación sobre la respuesta al brote de sarampión y difteria en los 23 estados del país y el Distrito Capital, con el apoyo de la Oficina. Además, en colaboración con los programas de vacunación nacionales y locales, la Oficina ha estado facilitando la compra de insumos para vacunas por medio del Fondo Rotatorio de la OPS, pagados principalmente por Venezuela. Desde el 2017 se han comprado las siguientes vacunas e insumos: vacuna pentavalente; BCG; vacuna con poliovirus

inactivados y vacuna antipoliomielítica oral (bOPV); vacuna contra la difteria y el tétanos para la campaña de inmunización; antitoxina diftérica (DAT); inmunoglobulina antitetánica humana; vacuna trivalente contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola (MMR); vacuna contra el sarampión y la rubéola (MR) y vacuna contra la fiebre amarilla. En el 2017, el total combinado de compras de vacunas y jeringas fue de 33 millones de dosis/idades, cifra que llegó a 43 millones de dosis/idades en el 2018. Los atrasos en los pagos afectaron las compras con fondos del país en el 2019. Durante ese año se adquirieron 4 millones de jeringas con la línea de crédito del país. Además, la Oficina movilizó recursos de distintas fuentes para comprar alrededor de 450.000 dosis/idades de BCG, bOPV, DAT e inmunoglobulina contra la rabia (IG). En el 2020, la Oficina, en colaboración con la Fundación de las Naciones Unidas y Vaccine Ambassadors, compró 2,5 millones de dosis de bOPV para atender la necesidad anual del país y 50.000 dosis de vacuna contra el sarampión y la rubéola para responder al brote. La Oficina también coordinó una donación de 4,7 millones de dosis de vacuna contra la fiebre amarilla del Gobierno de Brasil y se asoció con Direct Relief para la compra de las jeringas necesarias (4,7 millones de jeringas para inyecciones y más de 1 millón de jeringas para dilución).

Para facilitar la tarea nacional de inmunización y llegar a más comunidades en todo el país, la Oficina también apoyó el fortalecimiento de: a) la cadena de frío de las vacunas con la compra de suministros adicionales, entre ellos cajas de seguridad, paquetes de agua, portavacunas, termómetros, refrigeradores y neveras portátiles; se dio prioridad a 100 áreas de salud integral comunitaria (ASIC) de once entidades federales a fin de que recibieran

⁴⁵ República Bolivariana de Venezuela, Ministerio de Poder Popular para la Salud. MPPS, Dirección de Inmunizaciones. Informe Anual: documentación del estado de erradicación de la poliomielitis 2019. Agosto del 2020. Inédito.



De mayo del 2018 a diciembre del 2019, la Oficina Sanitaria Panamericana apoyó la movilización mensual de decenas de miles de vacunadores para realizar actividades de inmunización a nivel nacional.

equipo de cadena de frío según su ubicación geográfica para servir de almacenes de vacunas para los puestos de salud del MPPS como parte de la Red de Salud Comunitaria (5 en Amazonas, 10 en Anzoátegui, 10 en Apure, 10 en Aragua, 10 en Bolívar, 10 en Carabobo, 4 en Delta Amacuro, 11 en el Distrito Capital, 10 en Miranda, 10 en Táchira y 10 en Zulia), y la Oficina capacitó a más de 2.600 profesionales de la salud en los 23 estados y el Distrito Central sobre el diagnóstico de redes de cadena de frío; b) la capacidad de laboratorio para el diagnóstico de la difteria y el sarampión, con la provisión de hisopos de nylon, hisopos de algodón, tubos secos, medios de transporte Amies, medios de transporte Remel M4RT, jeringas para extracción de sangre, kits de IgM/IgG para sarampión, kits de IgM/IgG para rubéola, kits de cebadores para la detección del ARN del sarampión y la rubéola, y cinco juegos de cebadores para el

diagnóstico de la difteria, y c) el diagnóstico de poliovirus en laboratorio, con la provisión de reactivos y suministros para aislar virus y diferenciar entre cepas del mismo tipo de virus. Junto con la OMS, el UNICEF y la Iniciativa de Lucha contra el Sarampión y la Rubéola, la Oficina ha puesto en marcha mecanismos alternativos de apoyo para asegurar el acceso continuo a la vacuna MMR y a los insumos para una campaña masiva en todo el país a fin de interrumpir la transmisión del sarampión.

A fin de apoyar al MPPS, la Oficina ha desplegado 74 consultores nacionales e internacionales en todos los estados del país para fortalecer la capacidad de coordinación de las direcciones regionales de salud y respaldar las actividades relacionadas con la vacunación contra el sarampión y la difteria. De mayo del 2018 a diciembre del 2019, la Oficina proporcionó

asistencia para movilizar entre 19.000 y 31.000⁴⁶ vacunadores al mes en todo el país. La Oficina también ha facilitado el uso de vehículos para las brigadas de vacunación (una flota de unos 60 vehículos, que llega a 100 en los periodos de máxima actividad). A fin de asegurar la disponibilidad de los formularios epidemiológicos necesarios para la notificación, la investigación y el control de enfermedades prevenibles mediante vacunación, a fines del 2019, la Oficina proporcionó al MPPS los formularios que se necesitarían en el 2020 para la investigación de casos y la localización de contactos en los 23 estados y el Distrito Central. Además de la vacunación, la Oficina ha adoptado medidas para la prevención y el control de brotes de enfermedades en la comunidad, entre ellas el suministro de botiquines básicos para el tratamiento del sarampión y la difteria a trabajadores de salud y líderes comunitarios. Estos suministros, complementados con programas de capacitación, han empoderado a las comunidades, que ahora cuentan con equipos de respuesta inicial para la detección y el control tempranos de casos presuntos.

Desde que se notificó el primer caso de COVID-19 en Venezuela en marzo del 2020, la Oficina ha estado colaborando estrechamente con el MPPS para adaptar las estrategias de vacunación a fin de mantener la cobertura nacional del programa regular de vacunación y asegurar al mismo tiempo la protección del personal de salud. La Oficina ha ayudado a equipos locales de vacunación a mantener el servicio en los puestos de vacunación empleando las prácticas de seguridad recomendadas, que reflejan las orientaciones nacionales sobre el distanciamiento social, se adaptan a la situación actual del sistema nacional de salud, reconocen la necesidad de aliviar la carga de las enfermedades prevenibles mediante vacunación, se revisan en función del contexto

de la transmisión local del SARS-CoV-2 y tienen en cuenta otros factores demográficos, así como la disponibilidad de vacunas y suministros (65). En marzo del 2020, la Oficina respaldó al MPPS durante una campaña nacional de vacunación. Además, la Oficina ha prestado apoyo para la investigación de eventos adversos posvacunales. Actualmente, está llevando a cabo un plan de trabajo para el bienio 2020-2021 formulado en coordinación con el MPPS en torno a tres líneas estratégicas de acción: a) interrupción de los brotes activos; b) prevención de brotes nuevos, y c) fortalecimiento del programa de vacunación de rutina. A fines de julio del 2020, con las medidas adoptadas en el marco del plan de trabajo se había contribuido a una mayor disponibilidad de suministros para la vacunación; se había proporcionado apoyo técnico directo a los 23 estados y al Distrito Capital para desarrollar la capacidad técnica del personal de inmunizaciones a escala regional y local, y se había suministrado apoyo logístico para el transporte de personal de salud, vacunas e insumos por vía terrestre y fluvial a 335 municipios, dando prioridad a poblaciones indígenas y comunidades con acceso restringido.

En respuesta a un caso confirmado de fiebre amarilla notificado durante la semana del 11 de noviembre del 2019, la Oficina proporcionó asistencia técnica en la investigación del caso, la elaboración del plan de respuesta para la prevención y el control del brote, la revisión del caso clínico, la búsqueda activa de casos presuntos y epizooticos, la formación de equipos técnicos del laboratorio de referencia y la preparación de un manual para el manejo clínico de casos de fiebre amarilla. La Oficina también ayudó al MPPS a preparar un Plan Nacional para el Control y la Prevención de la Fiebre Amarilla 2020-2024 en el marco

⁴⁶ De 800 a 1.400 personas por día, seis días a la semana.



de la estrategia mundial de la OMS para la eliminación de las epidemias de esta enfermedad. Este plan nacional tiene como objetivo orientar la realización de campañas de vacunación y la aplicación de estrategias programáticas de rutina y medidas de vigilancia epidemiológica. La Oficina asesoró sobre la planificación y ejecución de actividades de vacunación contra la fiebre amarilla en el estado de Bolívar en diciembre del 2019. Se programó otra campaña de vacunación de seis meses, que debía comenzar en abril del 2020 como parte de la Semana de Vacunación de las Américas, con el fin de mitigar los riesgos de brote en otros nueve estados con corredores enzoóticos. Sin embargo, la campaña, dirigida a 4,5 millones de personas en riesgo de 2 a 59 años, se ha postergado debido a la respuesta nacional a la pandemia de COVID-19. Un desafío adicional que obstaculiza el progreso en la ejecución del plan nacional y las campañas de vacunación es la escasez de vacunas contra la fiebre amarilla. Al mes de abril del 2020, el país

tenía solo 523.800 dosis en el almacén nacional para el programa de inmunización de rutina.

Desde el primer semestre del 2020 se amplió la cooperación técnica de la Oficina con Venezuela para la elaboración y la ejecución del plan de preparación y control de la COVID-19, con apoyo técnico para ampliar la vigilancia epidemiológica, fortalecer la capacidad en materia de laboratorios y en los puntos de entrada, aplicar estrategias de comunicación de riesgos y mejorar el manejo clínico de casos positivos. La Oficina ha colaborado en el diseño y la distribución de material informativo para la prevención y el control de la COVID-19 en aeropuertos, establecimientos de salud y la comunidad. El material de información distribuido consistió en más de 2,6 millones de mensajes de texto con información sobre la prevención de la COVID-19 y consejos para adaptarse a las restricciones de la cuarentena (distribuidos con el apoyo de la empresa de telecomunicaciones Digitel), 5.000 etiquetas

sobre el lavado de las manos y 25.000 sobre los viajes seguros, 28 anuncios sobre la COVID-19 para el aeropuerto internacional de Maiquetía, y tarjetas, carteles y folletos elaborados con el MPPS y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) sobre la COVID-19 para las mujeres durante el embarazo y la lactancia.

A fin de aumentar la capacidad de vigilancia y diagnóstico, la Oficina ofreció capacitación a siete profesionales del laboratorio nacional de referencia sobre diagnóstico molecular (reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa o RT-PCR) y donó suministros para 5.900 pruebas de diagnóstico. Además, la Oficina sigue proporcionando orientación técnica al MPPS para la elaboración y la actualización de directrices sobre vigilancia, laboratorios, atención del paciente y prevención y control de infecciones, con la capacitación de epidemiólogos, médicos de los sectores público y privado, miembros de sociedades científicas, personal de laboratorios, comunicadores sociales y personal aeroportuario. La Oficina coordinó la evaluación de los hospitales de referencia para la COVID-19 con el fin de determinar el grado de preparación y aumentar la capacidad de los servicios esenciales. Posteriormente apoyó el suministro oportuno de equipo de protección personal (EPP), así como kits de higiene y desinfección a los hospitales designados, y compró y entregó 400 kits de EPP (que contenían 200 guantes, mascarillas quirúrgicas, mascarillas N95, batas y gafas por kit) y dos kits de la OPS para la COVID-19 (que contenían 5.000 guantes, 2.500 mascarillas quirúrgicas, 100 mascarillas N95, 2.500 batas y 100 gafas por kit). Además, a julio del 2020, la Oficina, en colaboración con la OMS y Direct Relief, había entregado a Venezuela 27.000 guantes, 12.000 mascarillas quirúrgicas, 3.960 mascarillas N95, 1.004 batas, 200 gafas, 5 sistemas de concentradores de

oxígeno, 1.425 caretas protectoras, 2.000 cubiertas para zapatos y 2.000 gorros bouffant quirúrgicos. La Oficina impulsó el fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica, investigó casos presuntos y localizó contactos entre viajeros y migrantes retornados, además de contribuir con la publicación del Boletín Nacional. Asimismo, la Oficina ha contribuido sustancialmente a la expansión del diagnóstico molecular en Venezuela, al facilitar la compra de insumos y su donación al Laboratorio Nacional de Referencia, así como de equipo y suministros para abrir un nuevo laboratorio regional en Yaracuy a fin de descentralizar la carga de trabajo de diagnóstico de la COVID-19. Por último, la Oficina está proporcionando asesoramiento en forma continua por medio de sus oficinas de campo en los estados fronterizos y colabora con diversas ONG sobre el terreno en intervenciones para salvar vidas en comunidades indígenas.

La Oficina, junto con asociados clave, otros organismos de las Naciones Unidas y grupos específicos de la sociedad civil, ha estado explorando diversos mecanismos para asegurar la continuidad del acceso a medicamentos esenciales en Venezuela. El país participa en el Fondo Estratégico de la OPS, al que recurrió hasta el 2017 para comprar antirretrovirales, medicamentos para la tuberculosis y antimaláricos con fondos propios. Tras la disminución de las compras realizadas por Venezuela en el 2016, la Oficina, en coordinación con el MPPS, amplió su apoyo para la compra de medicamentos de alta prioridad, como inmunodepresores, medicamentos para la atención maternoinfantil, medicamentos para enfermedades crónicas de gran prevalencia y reactivos para medios de diagnóstico y análisis de sangre. Estos medicamentos se suministran a las redes de servicios de salud del MPPS y al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. La Oficina también ha proporcionado asistencia técnica para la

selección racional de medicamentos a fin de optimizar los recursos disponibles y para el análisis de las opciones relativas a la compra de suministros estratégicos de salud pública. En el 2018, la Oficina, con el apoyo de varios asociados, facilitó la compra de medicamentos esenciales por valor de \$12,6 millones (\$2,1 millones en el 2018; \$4,9 millones en el 2019; \$5,6 millones en el 2020) por medio del Fondo Estratégico, entre ellos inmunosupresores, antirretrovirales, antimaláricos, antirretrovirales, insulina y otros medicamentos para la diabetes, antihipertensivos, hormonas tiroideas, pruebas de diagnóstico rápido y reactivos para el seguimiento de la carga viral de las personas con infección por el VIH, así como medicamentos esenciales para prevenir o tratar las principales causas maternas y perinatales de morbilidad grave y mortalidad.

La Oficina ha facilitado también la compra directa de medicamentos esenciales e insumos para el país por medios distintos del Fondo Rotatorio y el Fondo Estratégico de la OPS. De marzo del 2018 a julio del 2020, con las contribuciones de asociados estratégicos y donaciones, la Oficina ha distribuido más de 934,71 toneladas de suministros médicos y equipo para el programa de agua, saneamiento e higiene, equipo y medicamentos para establecimientos de salud prioritarios, laboratorios y asociados en el campo de la salud que ofrecen servicios para salvar vidas en los 23 estados y el Distrito Central de Venezuela. A julio del 2020 se habían proporcionado 2.170 botiquines médicos interinstitucionales de emergencia para 21,7 millones de pacientes en servicios de urgencia y en la comunidad. La Oficina también distribuyó 128 kits de salud reproductiva, 25 para la malaria, 254 para ENT, 112 para traumatismos leves, 128 kits de salud reproductiva para situaciones de urgencia, 71 módulos básicos de botiquines médicos interinstitucionales de emergencia,

320 kits de EPP, 30 kits quirúrgicos para traumatismos y otros 473 kits. También se distribuyeron otros medicamentos y suministros, entre ellos 150.000 sobres de sales de rehidratación oral, 16.000 ampollas de oxitocina para el tratamiento en el puerperio, 1.100 frascos para el tratamiento con adrenalina, 4.000 frascos de trimetoprima/sulfametoxazol para el tratamiento de infecciones urinarias y respiratorias infantiles, 12.000 comprimidos de ansiolíticos (carbamazepina), 800.000 comprimidos antiparasitarios (mebendazol), 500.000 comprimidos de metformina para la diabetes, 20.000 comprimidos antimicrobianos (metronidazol), 1.900 tratamientos para la gripe, 28.000 comprimidos inmunosupresores (tacrolimus), 500 litros de benzoato de bencilo para la sarna, 9.426.747 vacunas, 2.493.610 vitaminas y minerales, 98.400 suplementos nutricionales, 226.996 artículos de limpieza y 2.801.620 insumos para el tratamiento del agua. El equipo médico distribuido por la Oficina consiste en equipos electromédicos, insumos y reactivos de laboratorio, refrigeradores, equipos y suministros quirúrgicos, equipo de cadena de frío, y equipos de informática y telecomunicaciones.

En colaboración con el MPPS, el ONUSIDA, la sociedad civil y otros asociados, la Oficina dirigió la elaboración de un plan maestro para el fortalecimiento de la respuesta al VIH, la tuberculosis y la malaria desde una perspectiva de salud pública (30). Este plan, que se terminó de preparar en julio del 2018, ha sido decisivo para definir prioridades y coordinar la cooperación técnica internacional con los agentes que participan en la respuesta a estas enfermedades. Durante el 2019, con una donación excepcional del Fondo Mundial para países en crisis no elegibles, la Oficina facilitó la compra de antirretrovirales: 705.312 frascos de una combinación en dosis fija de tenofovir, lamivudina y dolutegravir (TLD) por medio

del Fondo Estratégico, con lo cual aseguró el acceso a la combinación de dosis fija preferida recomendada por la OMS. A fines del 2019 se aprobó una segunda donación excepcional del Fondo Mundial, de \$5,85 millones, para la compra y el despliegue de medicamentos y pruebas de diagnóstico para el VIH, la tuberculosis y la malaria. Esta donación incluye fondos para la compra continua de TLD, así como antirretrovirales para esquemas alternativos y reactivos para el seguimiento de la carga viral del VIH. Desafortunadamente, la entrega de estos productos a Venezuela se ha demorado a raíz de la pandemia de COVID-19. En vista del continuo desabastecimiento de reactivos para el seguimiento de la carga viral del VIH, la Oficina ha movilizado apoyo técnico y recursos con objeto de realizar una encuesta poblacional a fin de estimar la respuesta al tratamiento de las personas con infección por el VIH que han efectuado la transición a los nuevos esquemas terapéuticos basados en el dolutegravir. La encuesta se ha suspendido

temporalmente debido a la pandemia de COVID-19. En el 2020, la colaboración entre la Oficina, el UNICEF y el ONUSIDA ayudó a asegurar la distribución de antirretrovirales y a mitigar el riesgo de escasez resultante de la poca disponibilidad de combustible y las medidas de contención de la COVID-19. Se ha adoptado una doble estrategia para distribuir antirretrovirales: a) distribución de antirretrovirales y otros medicamentos para el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual e infecciones oportunistas a las 37 farmacias especializadas en el VIH de los 23 estados y el Distrito Central, y b) entrega de suficientes medicamentos para varios meses de tratamiento a las personas con infección por el VIH, programación y reprogramación de consultas a especialistas, apoyo técnico a organizaciones sociales y establecimiento de puntos de entrega para facilitar el acceso a comunidades con medios de transporte limitados. Se estima que, al 30 de junio del 2020, estas medidas habían beneficiado a más de 44.912 personas con

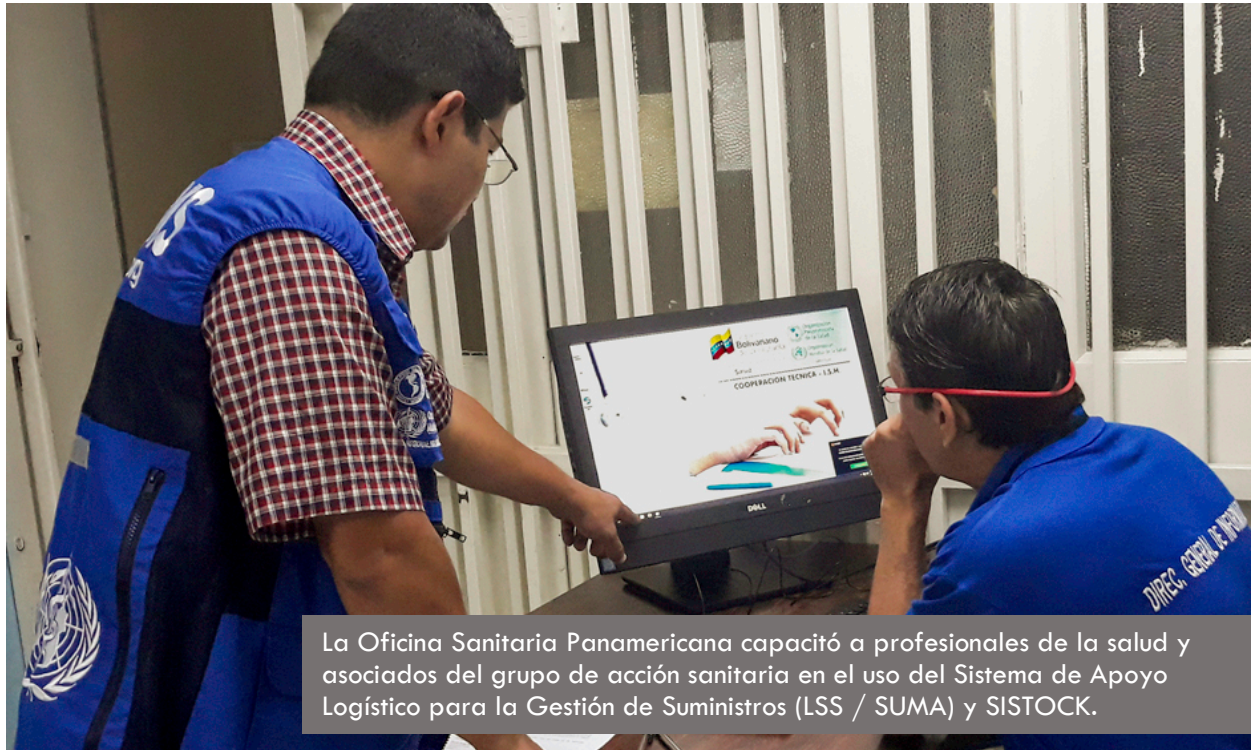


La Oficina Sanitaria Panamericana ha apoyado la compra y el despliegue continuo de medicamentos y suministros básicos, incluidos medios de tratamiento y diagnóstico de la infección por el VIH, la tuberculosis y la malaria, para paliar la escasez.

infección por el VIH. La Oficina, en coordinación con el gobierno y asociados, facilitó la compra y la donación de medicamentos antituberculosos de primera y segunda línea al cubrir más de 80% del financiamiento estimado para satisfacer las necesidades de medicamentos antituberculosos durante el primer año del plan maestro. Las necesidades para el segundo año se están cubriendo en su totalidad con recursos del Fondo Mundial. Con financiamiento de asociados, la Oficina también ha facilitado la donación de dos equipos GeneXpert con cartuchos para el diagnóstico molecular rápido y otros equipos de laboratorio (una centrífuga y una cámara de bioseguridad) para el Laboratorio Nacional de Referencia. Brasil y varios asociados del sector privado han donado grandes cantidades de antirretrovirales a Venezuela. Hay una coordinación permanente con el MPPS y los asociados para abordar las brechas que persisten en el plan maestro (66).

Desde abril del 2017, la Oficina ha aumentado el apoyo al MPPS para fortalecer los servicios en hospitales de nivel I, II, III y IV de alta prioridad, la red de atención primaria de salud y dependencias del MPPS en las principales ciudades de 19 estados, entre ellas Caracas. Alrededor de 452 establecimientos de salud y organizaciones están recibiendo apoyo (44 servicios ambulatorios, 113 ASIC, 3 bancos de sangre, 4 centros de diagnóstico integral, 3 oficinas de coordinación de salud de los indígenas, 24 dependencias del MPPS, 6 direcciones municipales de salud, 24 direcciones regionales de salud, 6 hospitales del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, 86 hospitales del MPPS, 2 laboratorios, 28 ONG, 24 programas regionales de epidemiología, 21 programas regionales de inmunización, 12 programas regionales de salud ambiental, 12 programas regionales de salud maternoinfantil, 12 programas

regionales de lucha contra el VIH, 7 farmacias para el VIH, 4 salas de rehabilitación integral, la Cruz Roja Venezolana y 6 oficinas de la Universidad de Ciencias de la Salud), lo cual representa un gran aumento respecto de los 58 que constituían la meta en julio del 2019. Las actividades consisten en la capacitación del personal sobre la seguridad hospitalaria y la prevención de las infecciones asociadas a la atención de la salud; la instalación de equipos y programas informáticos en el Sistema de Manejo Integral de Suministros Humanitarios (conocido como LSS/SUMA) para administrar los suministros de salud y evaluar la capacidad esencial en estos hospitales, incluido el almacenamiento de suministros; la formulación de planes de contingencia para emergencias hospitalarias y la capacitación sobre áreas técnicas clave de la respuesta a emergencias, como el sistema de gestión de incidentes para hospitales, el establecimiento y el funcionamiento del centro de operaciones de emergencia sanitaria, el triaje, el manejo clínico de pacientes críticos en servicios de emergencia, el diagnóstico en servicios de emergencia, el manejo clínico de enfermedades infecciosas, principios básicos de epidemiología para el control de infecciones, salas de situación, el programa de agua, saneamiento e higiene, y el manejo de emergencias relacionadas con la COVID-19. A julio del 2020, más de 1.484 profesionales de la salud de 13 hospitales, 14 ASIC, dos clínicas populares, 10 servicios ambulatorios, un centro especializado y un centro de diagnóstico integral habían participado en los cursos ofrecidos por la Oficina. Otros 159 profesionales de 32 hospitales y seis servicios ambulatorios de 15 estados y el Distrito Capital y 46 personas de 10 asociados del grupo de acción sanitaria han recibido capacitación sobre los sistemas LSS/SUMA y SISTOCK. Además, 21 hospitales de ocho estados (hospitales de referencia de Anzoátegui, Apure, Bolívar, Distrito Capital, Miranda, Táchira Vargas y



La Oficina Sanitaria Panamericana capacitó a profesionales de la salud y asociados del grupo de acción sanitaria en el uso del Sistema de Apoyo Logístico para la Gestión de Suministros (LSS / SUMA) y SISTOCK.

Zulia) siguen recibiendo apoyo para fortalecer la capacidad de respuesta en las salas de urgencias y han recibido equipos y suministros esenciales, como 17 kits de atención traumatológica y cuatro kits de suministros quirúrgicos, así como capacitación *in situ* sobre triaje, flujos de pacientes, control de infecciones y carro de paradas. Se están fortaleciendo los depósitos que abastecen estas salas de urgencias mediante la compra de equipos y la capacitación del personal para mejorar las condiciones de protección y seguridad.

En coordinación con el MPPS, la Oficina ha dado seguimiento al estado operativo de las líneas vitales (agua, electricidad, gases medicinales, suministros y medicamentos, alimentos y desechos) y los servicios esenciales (sala de urgencias, sala de operaciones, unidad de cuidados intensivos, sala de partos, sala de radiografía, sala de ecografía, laboratorio, esterilización, banco de sangre, depósito de cadáveres) de 107 hospitales de 23 estados y el Distrito Central

(39 de tipo I, 25 de tipo II, 20 de tipo III y 23 de tipo IV), y ha informado al respecto de manera sistemática por medio de una herramienta móvil de recopilación de datos. Según la información sobre una muestra de hospitales correspondiente al 2019, algunas unidades críticas funcionan de manera intermitente (51% de los quirófanos, entre 10% y 20% de las unidades de cuidados intensivos y 50% de los laboratorios y centros de diagnóstico por imágenes) y escasean los medicamentos que generalmente se usan en las salas de urgencias (49%) y los quirófanos (28%). Esta situación se agrava por los cortes en el suministro de agua y energía eléctrica en el país: 78% de los hospitales han notificado interrupciones del suministro de agua y 63% han notificado apagones (65).

La Oficina está trabajando con el MPPS para fortalecer la red nacional de atención primaria de salud. Con ese fin se ha dado prioridad a 61 ASIC, 61 centros de diagnóstico integral y 452 consultorios populares de salud. Con el apoyo de la

Oficina, se han proporcionado equipos, medicamentos y suministros, y se ha capacitado a profesionales de muchos estados del país en métodos básicos para mejorar los servicios obstétricos y otros servicios médicos, así como en la detección y el tratamiento de problemas de salud mental y el manejo de casos de difteria y sarampión. En el 2019 se entregaron más de 301 botiquines médicos interinstitucionales de emergencia para atender las necesidades básicas de atención primaria de salud de alrededor de 301.000 personas durante un período de tres meses. Estos botiquines se entregaron a 14 ASIC de Amazonas, Anzoátegui, Aragua, Bolívar, Carabobo, Delta Amacuro, Distrito Capital, Lara, Monagas, Sucre, Táchira y Zulia; a 12 instituciones del MPPS y a nueve ONG (Acción Solidaria, Acoana, AVESOC, Aviación para la Salud, Cáritas Venezuela, Fe y Alegría, Misioneras de Madre Laura, Proyecto Esperanza y Fundación Proyecto Maniapure). También se han entregado kits especialmente adaptados con equipos y suministros básicos de atención de salud (termómetros, estetoscopios, tensiómetros, medicamentos básicos y papelería) a líderes comunitarios y médicos integrales comunitarios.

Desde el 2016, reconociendo los retos que plantea la malaria, la Oficina, en coordinación con el gobierno de Venezuela, ha facilitado la compra o la donación de suministros esenciales para el tratamiento y el control de la malaria (medicamentos antimaláricos, pruebas de diagnóstico rápido y mosquiteros impregnados con insecticida), reactivos e insumos esenciales para fortalecer la capacidad de diagnóstico y suministros para el manejo de la malaria con complicaciones. Desde el 2017, la Oficina, con el apoyo de diversos asociados, ha secundado la compra o la donación de 738.400 pruebas de diagnóstico rápido, 214.800 mosquiteros impregnados con insecticida de larga duración, 226.000 viales

de artesunato para el tratamiento de casos graves de malaria y antimaláricos para el tratamiento de casos de malaria sin complicaciones (366.328 tratamientos de artemetero y lumefantrina, 6.228.810 comprimidos de cloroquina, 325.000 comprimidos de 5 mg de primaquina, 91.730 comprimidos de 7,5 mg de primaquina y 11.775.000 comprimidos de 15 mg de primaquina).

Asimismo, la Oficina ha proporcionado pautas con respecto a las prioridades, materiales de comunicación, herramientas y programas de capacitación para personal de salud. Se ha capacitado a alrededor de 700 trabajadores de salud en el manejo de casos de malaria sin complicaciones en los estados Anzoátegui, Aragua, Bolívar, Carabobo, Delta Amacuro, Mérida, Monagas, Sucre y Zulia; 300 médicos y enfermeros han recibido capacitación en el uso de artesunato para la malaria grave y 100 trabajadores de salud han recibido capacitación en detección y vigilancia de la malaria en Sucre y Delta Amacuro. Además, se realizaron dos talleres de certificación de microscopistas y capacitación sobre garantía de la calidad en microscopía, en los cuales 26 microscopistas obtuvieron la certificación. En el 2018, la Oficina colaboró con el MPPS a fin de que terminara y presentara el plan de acción para el control de la malaria 2018-2021, y ayudó a ejecutar un plan para la prevención y el control de la malaria en el embarazo en varios municipios de los estados Bolívar (El Callao, Sifontes, Heres y Caroní), Anzoátegui (San Cristóbal, El Carmen y Puerto La Cruz), Zulia (Machiques de Perijá, Jesús María Semprún, Mara y Sucre) y Sucre. La Oficina también proporcionó apoyo técnico a escala nacional y local para la organización e implementación de medidas de control de la malaria, entre ellas la distribución de 200.000 mosquiteros tratados con insecticidas de acción prolongada, en los estados con las tasas más altas de transmisión



de la malaria (Amazonas, Anzoátegui, Bolívar, Carabobo y Sucre), y para la elaboración de proyectos y protocolos para la vigilancia de la malaria y la respuesta a esta enfermedad. Durante el 2019, la Oficina proporcionó apoyo técnico para la respuesta a brotes de malaria en cuatro estados (Carabobo, Mérida, Nueva Esparta y Zulia). También proporcionó apoyo para la gestión de información, que ha mejorado gracias a la estandarización de las bases de datos de vigilancia epidemiológica de la malaria. Se han establecido diez salas de situación (siete en las direcciones regionales de Amazonas, Apure, Bolívar, Carabobo, Distrito Capital, Miranda y Monagas; una en el Viceministerio de Redes Colectivas de Salud; una en la Dirección General de Epidemiología y una en la representación de la OPS/OMS). La Oficina apoyó la evaluación de la situación nacional de la malaria, las tareas de planificación conexas y actividades de movilización de recursos, entre ellas la representación en el Fondo Mundial junto con la OMS para respaldar la elegibilidad de Venezuela durante el período de asignación de recursos 2020-2022, así como la actualización de las líneas estratégicas y las prioridades del Plan Maestro. La Oficina también ha apoyado el fortalecimiento de las medidas de vigilancia de la malaria en la frontera con Brasil, Colombia y Guyana.

La Oficina y Venezuela están colaborando en un plan integral para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles, promover la salud mental y prevenir la violencia. Las áreas de acción tienen como objetivo aumentar la respuesta multisectorial a las ENT por medio de la creación de comités interinstitucionales y planes que promuevan un aumento de la actividad física y la reducción del consumo alcohol, un mayor acceso a los medicamentos esenciales para el tratamiento de diversas enfermedades, el manejo de la hipertensión y la diabetes, el suministro de equipo básico a centros de atención primaria y especializada, y capacitación para aumentar la capacidad del personal de salud para detectar y manejar las personas con ENT o problemas de salud mental. La Oficina asistió al MPPS en la definición de una lista de medicamentos, suministros y equipos para el manejo de las ENT, incluidos los servicios de salud mental, en las poblaciones afectadas. El compromiso con los donantes en torno a esta lista hizo posible, durante el período 2019-2020, la movilización de más de 37 millones de unidades de medicamentos esenciales para atender a 1,7 millones de personas, aproximadamente, por medio de la red de salud del MPPS y organizaciones de la sociedad civil, la distribución de equipos básicos a 11 salas de urgencias y la capacitación de más de 400 profesionales de la salud sobre el manejo clínico de las complicaciones de ENT. La Oficina también contribuyó a la formulación de la estrategia nacional para el manejo de trastornos de salud mental resultantes de la pandemia de COVID-19, que comenzó a aplicarse en el 2020, y está colaborando con el Instituto Nacional de Nutrición (INN) en un proyecto para mejorar la detección y el manejo de la desnutrición aguda en la población infantil que está recibiendo atención en las comunidades y en los centros de recuperación nutricional del país. Se están coordinando otras intervenciones de salud con el programa



La Oficina Sanitaria Panamericana unió esfuerzos con la Sociedad Venezolana de Ginecología y Obstetricia, el UNFPA y otros actores locales y regionales para brindar apoyo a la prevención de embarazos no planificados y reducir la mortalidad materna en 32 hospitales.

de vacunación, como la administración de vitamina A y de agentes antiparasitarios a menores de 5 años. Los expertos de la Oficina también han respaldado programas de capacitación y han ayudado en la actualización y elaboración de herramientas y protocolos para detectar carencias nutricionales, a fin de fortalecer la vigilancia y el manejo de casos de desnutrición infantil en las comunidades y en los Servicios de Educación y Recuperación Nutricional (SERN) de algunos estados priorizados. La Oficina compró 220 kits para la desnutrición aguda grave con complicaciones médicas (kits SAM/MC) y los entregó a los 24 SERN que proporcionan apoyo para la recuperación nutricional en los hospitales de referencia correspondientes de todos los estados. Se estima que estos kits beneficiaron a 8.082 menores de 5 años diagnosticados con desnutrición aguda sin complicaciones médicas y salvaron la vida de 5.777 menores de 5 años que sufrían desnutrición aguda

grave con complicaciones médicas. El kit contiene antibióticos, antifúngicos, vermífugos, antimaláricos, medicamentos contra la escabiosis y un preparado de rehidratación para tratar casos de desnutrición aguda grave. Además, 129.012 niños de los 24 estados se beneficiaron de evaluaciones nutricionales y antropométricas.

Desde el 2017, la Oficina ha apoyado de manera sistemática al MPPS con el propósito de fortalecer el tratamiento de complicaciones maternas y neonatales que podrían ser graves en las ocho jurisdicciones con la proporción más alta de muertes maternas (los estados Anzoátegui, Aragua, Bolívar, Carabobo, Lara, Miranda y Zulia, así como el Distrito Capital) y en otros estados donde hay una gran proporción de muertes maternas (Delta Amacuro, Mérida, Nueva Esparta y Sucre). A julio del 2020, la Oficina, en coordinación con las autoridades sanitarias nacionales y locales, había

capacitado a 981 trabajadores y profesionales de salud en intervenciones esenciales para reducir la morbilidad materna y neonatal grave, así como la mortalidad de ambos tipos, y a otros 49 profesionales de la salud en Apure, Mérida y Nueva Esparta en métodos anticonceptivos después de eventos obstétricos. Por medio del Fondo Estratégico de la OPS, la Oficina facilitó la compra de medicamentos esenciales, como 103.012 comprimidos de amoxicilina con ácido clavulánico, 100.000 dosis de dexametasona, 80.000 comprimidos de misoprostol, 9.000 dosis de hidralazina y 200 viales de surfactante pulmonar. Asimismo, la Oficina, en coordinación con el MPPS, elaboró un plan para priorizar el uso sistemático de métodos de planificación familiar inmediatamente después del parto en el momento y en el lugar en que se atiende el parto. Se ha puesto en práctica el método de “capacitación de instructores”, iniciativa que ya ha llegado a 1.476 profesionales de salud (1.100 especialistas y residentes especializados en obstetricia y ginecología, y 376 médicos especializados en atención comunitaria integral) de 14 estados prioritarios. De esta forma se ha incrementado la capacidad local para proporcionar a los grupos vulnerables atención segura después del parto y los abortos. En el 2019, la Oficina convocó una reunión técnica combinada con capacitación para mejorar la calidad de la atención a las madres y los recién nacidos y de los servicios de salud reproductiva; adoptó medidas de vigilancia y respuesta con respecto a la muertes maternas y perinatales, y evaluó la capacidad esencial en las salas de maternidad y los servicios neonatales de 14 hospitales.

Desde septiembre del 2018, la Oficina ha estado apoyando al MPPS en la ejecución de un plan de trabajo para ayudar a reducir la mortalidad y la morbilidad maternas y

perinatales desde una perspectiva del curso de la vida. En el 2019, el plan priorizó la acción en 14 estados: Anzoátegui, Aragua, Bolívar, Carabobo, Distrito Capital, Lara, Miranda y Zulia (los ocho estados con la mayor mortalidad materna, que en conjunto representan 70,9% de las muertes maternas notificadas en el 2017), así como Amazonas, Delta Amacuro, Guárico, Sucre, Táchira y Vargas (estados que también notificaron una proporción elevada de muertes maternas). En el 2020, la Oficina agregó Apure, Mérida y Nueva Esparta a la lista de estados prioritarios, que pasaron de 14 a 17, debido a la gran proporción de muertes maternas notificadas en esos estados. La Oficina está ayudando al MPPS a realizar intervenciones para mejorar la salud neonatal y materna, con una población beneficiaria directa de 213.200 mujeres, que representan alrededor de un tercio de las mujeres hospitalizadas para el parto o un aborto en un año. El plan está guiando los esfuerzos encaminados a fortalecer los establecimientos de salud locales, las ASIC y los hospitales de referencia a fin de manejar mejor las posibles complicaciones graves en madres y recién nacidos con un aumento de la capacidad del personal de salud y la contribución a la disponibilidad de suministros básicos de salud y medicamentos en establecimientos que prestan servicios a madres y recién nacidos. En el 2019, la Oficina se sumó al Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR), la Sociedad Venezolana de Obstetricia y Ginecología, la ONG internacional IPAS, DKT International y el UNFPA en actividades orientadas a la prevención de embarazos no planificados para reducir la mortalidad materna en 32 hospitales. Ese mismo año, la Oficina apoyó al MPPS en la realización de visitas técnicas a 31 de los 32 hospitales ubicados en los 14 estados prioritarios. La cooperación técnica proporcionada en el 2019 posibilitó la realización de 30.882 intervenciones médicas (colocación de

dispositivos intrauterinos e implantes subdérmicos, inyecciones de medroxiprogesterona y aspiración manual al vacío). En el 2020, la Oficina está colaborando con el MPPS para fortalecer la Red Perinatal y la Ruta Materna, así como el Comité de Vigilancia, Análisis y Respuesta a la Mortalidad Materna en el contexto del Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal. Se proporcionaron equipos y suministros, incluidos 101.870 dispositivos intrauterinos, 41.400 implantes anticonceptivos subdérmicos, 67.857 comprimidos de misoprostol, 205 kits para aspiración manual al vacío y 25.600 ampollas autoinyectables de medroxiprogesterona, así como 12 kits de salud sexual y reproductiva de urgencia del UNFPA para hospitales y salas de maternidad prioritarios. Estos suministros son suficientes para atender a alrededor de 180.000 personas durante tres meses.

Durante las visitas técnicas a los 17 estados prioritarios, la Oficina ha trabajado con las autoridades de salud a fin de estandarizar las herramientas para el análisis de la causa de las muertes maternas y la auditoría de las muertes neonatales. La Oficina ha proporcionado asesoramiento técnico al MPPS sobre el uso del sistema de codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) para incluir la COVID-19 como causa de muerte. Asimismo, ha llevado a cabo actividades para fortalecer los sistemas de información sobre niños, adolescentes y mujeres, incluida la información materna y perinatal, con la implementación del Sistema de Información Perinatal (SIP) Plus, creado por la Oficina. El sistema facilita la recopilación de información para evaluar la calidad de los servicios de salud de las mujeres, incluida la atención de la salud materna y neonatal, a fin de que se puedan tomar decisiones oportunas. La actualización más reciente del sistema posibilita el acceso en tiempo real a

información sobre la salud de todos los niveles de atención, lo cual permite a los responsables de las decisiones determinar las políticas de salud y el uso de los recursos de manera oportuna y eficiente. El sistema está vinculado al Sistema Único de Información en Salud (SUIS) utilizado por el MPPS y actualmente está siendo sometido a una prueba piloto en cuatro hospitales públicos por medio de cinco estaciones de trabajo (un servidor ubicado en el nivel central en el MPPS y otros cuatro para cada uno de los hospitales). Además, en el 2020, la Oficina y el MPPS establecieron un grupo de trabajo encargado de mejorar la capacidad del personal de salud pertinente y el sistema de información para analizar la mortalidad materna. El grupo de trabajo, que examinará la estimación de la tasa de mortalidad materna correspondiente al período 2014-2018, tiene la tarea de desglosar la mortalidad materna tardía y externa, establecer la metodología de investigación para evitar la subnotificación y reclasificar las causas básicas de muerte materna, con el objetivo de contar con estadísticas e información más fiables para la adopción de decisiones y el seguimiento del progreso en la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes.

Tras la declaración de la emergencia por la COVID-19, la Oficina ayudó al MPPS a seleccionar 32 establecimientos de salud de 16 estados (Amazonas, Anzoátegui, Apure, Aragua, Bolívar, Carabobo, Delta Amacuro, Guárico, Lara, La Guaira, Mérida, Miranda, Nueva Esparta, Sucre, Táchira y Zulia) y el Distrito Capital, que forman parte de la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) para la remisión oportuna y el manejo de casos maternos y neonatales de COVID-19. Junto con el MPPS y el UNFPA, entre junio y julio del 2020, la Oficina impartió capacitación al personal de salud para la respuesta a estos casos, llegando a 170 profesionales de la salud de 15 estados. La Oficina ha



La Oficina Sanitaria Panamericana, en coordinación con el UNICEF, ha brindado cooperación técnica para fortalecer la capacidad del sector de la salud y el sector del agua, saneamiento e higiene a fin de garantizar que se cumplan las normas de agua, saneamiento e higiene en los establecimientos de salud.

proporcionado equipos, suministros y medicamentos esenciales, y ha apoyado la mejora de la infraestructura, como la reparación del sistema de aire acondicionado, en el Hospital Samuel Maldonado, en San Antonio (Táchira). La Oficina contribuyó a la elaboración de la directriz COVID-19: *Recomendaciones para la atención integral de mujeres embarazadas y recién nacidos en la República Bolivariana de Venezuela* junto con el MPPS y el UNFPA (67), y preparó y distribuyó material de comunicaciones dirigido a las embarazadas y a la comunidad sobre el manejo de la COVID-19 durante el embarazo, el parto y la lactancia materna. La Oficina también creó una herramienta para dar seguimiento a los casos presuntos, probables y confirmados de COVID-19 en mujeres durante el embarazo, el puerperio y en situación de aborto, así como en neonatos. La herramienta proporciona al MPPS información técnica sobre la respuesta

epidemiológica y clínica a la COVID-19 en embarazadas y recién nacidos.

La Oficina está apoyando la implementación de servicios integrales de salud comunitaria basados en un enfoque del curso de la vida, con el fin de abordar las necesidades de las comunidades indígenas en lugares de difícil acceso. En el 2019, la Oficina ayudó a los estados Amazonas y Delta Amacuro a realizar campañas integrales de salud, durante las cuales se efectuaron más de 1.000 intervenciones diarias. Las campañas consistieron en servicios de atención prenatal y controles de niños sanos, vacunación, enfermedades de transmisión sexual, detección de la malaria, evaluación nutricional, prevención del cáncer del cuello uterino, salud sexual y reproductiva y promoción de la salud de los adultos mayores. En el 2020 se extendió el apoyo a los municipios de Achaguas y Pedro Camejo del estado Apure. La Oficina creó un curso



Por medio de sus equipos de campo descentralizados, la Oficina Sanitaria Panamericana está facilitando la vigilancia, alerta y respuesta de salud pública en el contexto del brote de COVID-19 en Venezuela.

con diploma sobre salud de la mujer, el niño y el adolescente con un enfoque del curso de la vida que se ofrecerá por medio del Campus Virtual de Salud Pública de la OPS.

En respuesta a la escasez de agua que persiste desde principios del 2019, la Oficina ha comprado 4,5 millones de tabletas de purificación de agua para tratar 121.500.000 litros de agua potable, que se distribuyeron a hospitales de Anzoátegui, Apure, Bolívar, Delta Amacuro y Táchira. Hay poco menos de 160.000 tabletas almacenadas para necesidades emergentes. La Oficina también compró 4.000 barriles de plástico, siete generadores pequeños, 2.225 bidones, tres bombas de agua para dos hospitales y un ASIC, y dos tanques flexibles de 5.000 litros. Desde octubre del 2019, la Oficina, en coordinación con el UNICEF, ha proporcionado cooperación técnica para fortalecer la capacidad del sector de la salud y el programa de agua, saneamiento e higiene a fin de que se apliquen las normas relativas a estos temas en los establecimientos de salud. La asistencia proporcionada abarca la evaluación de las condiciones del

agua, el saneamiento y la higiene en los establecimientos de salud de 12 estados, la entrega de 168 kits de limpieza a 43 establecimientos de salud (29 corresponden a establecimientos centinela para la COVID-19), la capacitación de 248 profesionales sobre el programa de agua, saneamiento e higiene y la prevención y el control de infecciones, la producción de material técnico sobre ambos temas y el fortalecimiento de los mecanismos de coordinación de los sectores de la salud y el agua, el saneamiento y la higiene, en coordinación con el grupo de acción sobre protección y alojamiento. En respuesta a las inundaciones, que en el 2018 afectaron a unas 35.000 personas en 111 municipios (principalmente en los estados Amazonas, Apure, Bolívar y Delta Amacuro), la Oficina facilitó el suministro de medicamentos e insumos médicos en Amazonas y Bolívar para tratar problemas de salud relacionados con la situación de emergencia. La Oficina también distribuyó 90.000 tabletas de purificación de agua en el estado Bolívar a fin de garantizar el acceso a agua potable durante tres semanas para casi 6.000

personas que vivían en refugios. En el 2019, la Oficina abrió cinco oficinas de campo en los estados fronterizos de Zulia, Táchira, Amazonas, Bolívar y Delta Amacuro, con las cuales extendió su cobertura de capacidad técnica al 62,5% del territorio nacional. Las nuevas oficinas de campo están proporcionando cooperación a escala local en esferas clave de la respuesta de emergencia, como la gestión de sistemas de salud, la prevención y el control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, la coordinación de la respuesta a emergencias, la vigilancia de la salud pública y la evaluación de las necesidades. La Oficina ha forjado sólidas alianzas en el terreno para lograr sinergias y coordinar la respuesta del sector de la salud con las autoridades estatales y municipales (direcciones regionales de salud, direcciones de salud indígena, ASIC, hospitales locales y otras organizaciones sobre el terreno) a fin de aumentar el impacto de los servicios prestados. En este nivel, la Oficina lidera el trabajo de los grupos subnacionales de acción sanitaria en los territorios objetivo. Durante el primer año de funcionamiento de las oficinas de campo, la Oficina coordinó su labor con las autoridades de salud para responder a la situación en las zonas de influencia, apoyó el establecimiento de salas de situación, administró información sanitaria para la coordinación y la toma de decisiones, y asesoró sobre la priorización de medidas y la gestión de riesgos para la salud. Las oficinas de campo han sido fundamentales para las medidas de emergencia encaminadas a aumentar la capacidad de los establecimientos de salud, la gestión de productos sanitarios en almacenes y farmacias, el aumento de la capacidad del personal de salud y el acceso de la población a los servicios. Por medio de ellas, la Oficina ha podido coordinar la distribución de ayuda humanitaria, como medicamentos, equipos y suministros de salud, equipos e insumos para el programa de agua, saneamiento e higiene,

equipos y suministros de cadena de frío y generadores eléctricos, a establecimientos de salud prioritarios que atienden a las poblaciones más vulnerables en los estados fronterizos. Las oficinas de campo también están facilitando la vigilancia, las alertas y la respuesta de salud pública en el contexto del brote de COVID-19 en Venezuela.

En julio del 2020 se publicó el Plan de Respuesta Humanitaria para Venezuela 2020. La Oficina coordinó la priorización de las necesidades del sector de la salud en calidad de organismo principal del grupo de acción sanitaria. La Oficina ha nombrado un coordinador de grupos de acción sanitaria con dedicación exclusiva y ha agregado 65 asociados para sustentar la respuesta humanitaria en Venezuela: 40 ONG nacionales, 12 ONG internacionales, un asociado donante, nueve organismos de las Naciones Unidas, una entidad del MPPS y dos observadores. Con el liderazgo de la Oficina, el grupo de acción sanitaria se estructuró en torno a seis áreas técnicas estratégicas: a) hospitales y servicios esenciales; b) enfermedades no transmisibles y salud mental; c) vigilancia epidemiológica y malaria; d) inmunización; e) salud maternoinfantil y salud sexual y reproductiva, y f) logística. El grupo de acción sanitaria se reúne por lo menos una vez al mes y convoca reuniones especiales cuando es necesario.

La Oficina también ha proporcionado apoyo en **países vecinos** (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Perú y Trinidad y Tabago) y ha establecido oficinas de campo o ha desplegado personal adicional en las zonas fronterizas. Las actividades tienen como objetivo fortalecer los sistemas de salud en las zonas fronterizas, la vacunación y la vigilancia epidemiológica a escala local y nacional a fin de detectar de manera eficaz las necesidades de los migrantes venezolanos y la población de los países de acogida, y de responder a ellas.



En **Argentina**, la Oficina ha asistido al Ministerio de Salud y Desarrollo Social en el fortalecimiento de la capacidad para la detección y notificación rápidas de casos de sarampión. Desde septiembre del 2019 se está vacunando contra el sarampión en el país, en particular en las zonas más afectadas: la Ciudad de Buenos Aires y la Provincia de Buenos Aires. La Oficina también está trabajando con asociados para fortalecer los mecanismos de prevención de enfermedades y respuesta en comunidades migrantes. Se está proporcionando apoyo, junto con otros organismos de las Naciones Unidas, para el suministro de servicios sociales e información sobre el acceso al sistema de salud en los albergues que reciben a migrantes venezolanos. Junto con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), la Oficina está realizando una encuesta sobre vacunación con miras a fortalecer los servicios de inmunización para los migrantes venezolanos en Buenos Aires. En respuesta a la pandemia de COVID-19, la Oficina ha estado colaborando con el ACNUR, la OIM y otros asociados con el fin de sensibilizar y capacitar a las organizaciones que trabajan en centros de recepción de venezolanos sobre medidas de prevención, detección temprana y respuesta rápida en relación con casos presuntos de COVID-19. Se ha trabajado en campañas de comunicación, medidas

preventivas, atención de salud mental y acceso a métodos anticonceptivos como un derecho humano.

En **Brasil**, la Oficina presta apoyo continuo a las autoridades nacionales y locales para el control de las enfermedades transmisibles, entre ellas las enfermedades prevenibles mediante vacunación, la malaria y la COVID-19, así como para el análisis de datos y la implementación de un sistema de alerta temprana. Se ha vacunado contra el sarampión a residentes y migrantes venezolanos de 6 meses a 49 años, principalmente a los menores de 15 años. La Oficina proporcionó cooperación técnica en relación con las actividades de vacunación y la ejecución del plan de acción para prevenir y controlar el sarampión en Boa Vista (Roraima) hasta que se logró interrumpir la transmisión; el establecimiento de un puesto de vacunación en Pacaraima (Roraima), en la frontera con Venezuela, que funcionó de manera continua diez horas al día, siete días a la semana, hasta que fue transferido al ejército brasileño en agosto del 2018 en el contexto de la “Operación Bienvenida”, y la capacitación de representantes de todos los estados en los preparativos para una respuesta rápida a brotes de sarampión. Al 18 de julio del 2018 se habían administrado 71.675 vacunas del programa nacional de vacunación a 127.875 migrantes venezolanos. Al mes de abril del 2019, cuando el ejército brasileño se hizo cargo de todas las actividades de vacunación en Roraima tras el restablecimiento de la transmisión endémica del sarampión, la Oficina proporcionó asistencia para mejorar el manejo y la investigación de casos mediante la aplicación de protocolos de prevención y control de infecciones, el establecimiento de salas de aislamiento, la detección de casos en hospitales, la localización de contactos, la capacitación de profesionales de la salud, la realización de investigaciones activas en ámbitos

institucionales y comunitarios, y la formación de capacidad en materia de laboratorios, entre otras actividades. Se estableció una sala de situación con la asistencia de la Oficina para coordinar la respuesta y el seguimiento de la propagación del sarampión a escala estatal. La Oficina también está ayudando al país a elaborar un plan nacional de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión y la rubéola. Como parte de la respuesta a la COVID-19, el Ministerio de Salud está proporcionando más fondos para la mejora de las unidades de salud, el fortalecimiento y la expansión de la atención hospitalaria, el fortalecimiento de la atención primaria de salud y la compra de suministros, equipo, EPP y vacunas. Los municipios de Pacaraima y Boa Vista recibieron apoyo para la atención primaria de salud y para ampliar la atención hospitalaria (41).

En **Chile**, la Oficina ha colaborado con el Ministerio de Salud en el fortalecimiento de la capacidad para detectar y notificar con rapidez los casos de sarampión que se registren en el país. La Oficina también ha ofrecido asistencia técnica al Ministerio de Salud a fin de capacitar a los equipos epidemiológicos móviles en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (RSI). Actualmente está cooperando con el ministerio en la formulación del plan nacional para la salud de los migrantes, encaminado a ofrecer una respuesta integral de salud basada en sus necesidades específicas. La Oficina está apoyando la revisión del plan de acción nacional para la eliminación del sarampión y la rubéola, que prevé la integración de medidas específicas para el manejo de casos procedentes de Venezuela (seguimiento permanente y focalizado de casos y contactos) y un mayor flujo de

información por medio del Centro Nacional de Enlace para el RSI.

En **Colombia**, la Oficina sigue colaborando con las autoridades de salud y con los asociados para fortalecer la capacidad en los puntos de entrada en Arauca, Barranquilla, Cartagena, La Guajira, Nariño, Norte de Santander y Vichada en lo referente a atención inmediata y vacunación, detección y seguimiento de contactos de casos de sarampión, búsqueda activa de casos en instituciones y en la comunidad, y vacunación de personas susceptibles. De enero del 2017 a junio del 2020, Colombia administró 2.087.183⁴⁷ vacunas de diversos tipos del programa nacional de vacunación a migrantes venezolanos inscritos. Asimismo, 19.667 migrantes recibieron atención de salud mental en La Guajira, Norte de Santander y Vichada gracias a la acción coordinada del sistema de salud local y la Oficina, mientras que más de 507.000 migrantes en 29 departamentos y 138 municipios recibieron servicios de atención primaria de salud de 34 asociados del grupo de acción sanitaria. En conjunto, el Ministerio de Salud notificó 6.999.671 servicios médicos prestados a 789.345 migrantes entre marzo del 2017 y mayo del 2020. De este total, 71,4% de los servicios fueron procedimientos médicos, 13,7% fueron de atención de urgencias y 12,6% fueron servicios ambulatorios. Además, 245.197 migrantes (13,9% de los migrantes inscritos en Colombia) se han inscrito en el sistema nacional de salud.

Con la colaboración de la Oficina, las autoridades nacionales y locales han trabajado para: a) capacitar a trabajadores de salud con respecto a la respuesta rápida a los casos importados de sarampión, el manejo de casos (incluidos los casos de

⁴⁷ Programa Ampliado de Inmunización (PAI), Ministerio de Salud y Protección Social. Informes de los vacunadores apostados en las zonas fronterizas, abril del 2019.



malaria con complicaciones), estrategias efectivas de vacunación, el examen nutricional de menores de 5 años y el manejo del sistema logístico LSS/SUMA para la gestión de suministros; b) intensificar la vigilancia epidemiológica y la presentación de información sobre la salud; c) fortalecer la capacidad de diagnóstico con la compra de reactivos para el Instituto Nacional de Salud y facilitar un virólogo que ofrezca apoyo especializado para la detección del sarampión (con el transporte de productos biológicos y la compra de pruebas de diagnóstico rápido de la malaria para los establecimientos de salud); d) facilitar el establecimiento de puestos de vacunación en los departamentos de Arauca, La Guajira y Norte de Santander y aumentar la capacidad de recursos humanos mediante la contratación de 200 vacunadores en Barranquilla (30), Cartagena (70), La Guajira (70) y Norte de Santander (30) a fin de combatir el brote de sarampión; e) ejecutar los planes de contingencia de los

hospitales; f) coordinar actividades binacionales con Ecuador a fin de trabajar conjuntamente para fortalecer la capacidad de respuesta de los servicios de salud, mejorar el sistema de información de salud, difundir prácticas óptimas y enseñanzas extraídas y promover asociaciones estratégicas regionales y locales para mejorar la atención de salud de los migrantes venezolanos, y g) aumentar la capacidad de las instituciones locales de salud para proporcionar atención por medio del suministro de botiquines básicos para emergencias de salud, kits para urgencias obstétricas, suplementos de nutrientes, EPP y equipo de comunicaciones.

Con respecto a estos suministros, se compraron 180 kits para profilaxis posterior a la exposición y 53 kits de medicamentos básicos, que se distribuyeron en 28 establecimientos locales de salud de Arauca, La Guajira y Norte de Santander; se entregaron 80 paquetes de suplementos

nutricionales en La Guajira y Norte de Santander para mejorar la situación nutricional de los niños en riesgo, entre ellos los niños indígenas desnutridos de la etnia yukpa; se proporcionaron 74 kits para servicios de urgencia y atención obstétrica, junto con suministros y equipo para salas de urgencias pediátricas, a hospitales de los departamentos de Arauca, La Guajira y Norte de Santander, y se entregaron 1.000 kits de higiene y dignidad a la población migrante de los departamentos situados a lo largo de la frontera con Ecuador y Venezuela. La Oficina también ha suministrado medicamentos y equipos esenciales para aumentar la capacidad operacional de los servicios de emergencia y las salas de maternidad. Desde el comienzo del brote de sarampión, la Oficina ha entregado más de 127 toneladas de suministros sanitarios y medicamentos para fortalecer la atención básica de salud, las vacunaciones, las redes de laboratorio, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades transmisibles y no transmisibles, la atención de salud materno-infantil, la salud sexual y reproductiva, el programa de agua, saneamiento e higiene, la atención de salud mental y los servicios de urgencias. La Oficina también ha proporcionado medicamentos y equipos esenciales para fortalecer los servicios de urgencias y las salas de maternidad en 22 establecimientos de salud priorizados, ha entregado suministros y equipo a cinco laboratorios de salud pública y continúa facilitando la disponibilidad de servicios de salud mental en diez departamentos. En el 2019, Oficina respaldó a las autoridades nacionales en una campaña nacional de vacunación contra el sarampión mediante la contratación de 228 vacunadores, el suministro de kits de vacunación y la capacitación de líderes comunitarios de La Guajira. Con contribuciones de sus asociados, adquirió 34.600 dosis de vacuna antigripal en junio

del 2019 para vacunar a migrantes venezolanos. Entre el 2017 y el primer trimestre del 2019, el Ministerio de Salud vacunó contra la gripe a 7.592 niños y 25.575 embarazadas y adultos mayores de 60 años. En el contexto de la pandemia de COVID-19, se han entregado más de 4.800 EPP a las secretarías de salud de 16 departamentos priorizados debido a la incidencia de la COVID-19 y al elevado tránsito de migrantes.

En colaboración con varios asociados, la Oficina está secundando la prestación de servicios de salud extrainstitucionales por medio de unidades de salud móviles y la distribución de kits personales y familiares de protección a fin de reducir los riesgos para la salud. Eso ha mejorado la capacidad de respuesta inmediata y ha ampliado los servicios mediante la entrega de suministros y medicamentos a establecimientos de salud pública prioritarios. En ese sentido, a julio del 2019 había una unidad móvil y tres unidades fijas en Arauca y Nariño que proporcionaron atención clínica directa a 7.006 personas, atención dental a 126 personas y servicios de salud sexual y reproductiva a 101 mujeres. La Oficina también contrató a cuatro nutricionistas para aumentar la capacidad en el ámbito de la evaluación nutricional y el manejo de la desnutrición aguda grave en los departamentos de Cesar, La Guajira, Sucre y Vichada.

En **Ecuador**, la Oficina ha prestado apoyo constante a los homólogos nacionales para fortalecer el control de enfermedades emergentes y reemergentes, como el sarampión, la malaria y la difteria, así como la respuesta en el marco del RSI, y asegurar el acceso oportuno a los servicios de salud. La Oficina está colaborando estrechamente con el Ministerio de Salud a fin de poner en marcha iniciativas para mejorar la vigilancia epidemiológica y la investigación sobre el terreno, la cobertura de vacunación, el agua



y el saneamiento, y el acceso a la atención básica de salud para grupos migrantes, haciendo hincapié en la atención prioritaria de los menores de 5 años, las embarazadas, las personas mayores, las personas con discapacidad y las poblaciones indígenas de la zona de la frontera con Colombia. Con el apoyo de la Oficina se ha mejorado la capacidad para prestar servicios de salud en el corredor migratorio a lo largo de las fronteras norte y sur del país (Rumichaca, San Miguel, Mira, Mascarilla, El Chaco, Ambato, Riobamba y Huaquillas). Eso incluye la asignación de expertos para actividades de vacunación y la compra de medicamentos esenciales e insumos médicos, suministros renovables y EPP para el personal de salud. Asimismo, esta tarea abarca actividades como: a) capacitación sobre respuesta rápida a los casos importados de sarampión a fin de activar equipos de respuesta rápida en diferentes niveles del sistema de salud y proporcionar asistencia técnica *in situ* en nueve áreas de salud; b) capacitación sobre

vigilancia epidemiológica; c) capacitación de personal de salud en el manejo de urgencias obstétricas y neonatales; d) formación rápida en salud mental y primera respuesta psicosocial para 120 trabajadores de salud en las ciudades de Tulcán, Huaquillas, Ibarra y Ambato, y e) capacitación sobre el monitoreo de la calidad del agua para mejorar la capacidad del personal de los gobiernos locales y de los prestadores de servicios de agua en las provincias y zonas fronterizas. Gracias al apoyo de la Oficina y sus asociados, en coordinación con las autoridades nacionales, entre enero del 2018 y abril del 2020, 681.969 personas recibieron atención médica, 111.965 migrantes menores de 15 años fueron examinados para determinar su estado de vacunación y 51.298 fueron vacunados. La Oficina y el Ministerio de Salud llevaron a cabo una misión conjunta en la frontera norte en julio del 2020 para evaluar la situación de las poblaciones en situación de movilidad en el contexto de la COVID-19. Entre las áreas

en las cuales se señaló la necesidad de cooperación se encuentran el fortalecimiento de los servicios de salud, la vigilancia comunitaria, la prevención y el control de infecciones y la organización de redes de servicios de salud.

En **Guyana**, la Oficina ha estado colaborando estrechamente con el Ministerio de Salud Pública para dar seguimiento a la situación de los migrantes y fortalecer la vigilancia epidemiológica, la gestión de la información, la detección, la verificación, las evaluaciones del riesgo y las alertas sobre eventos relacionados con enfermedades epidemiológicas, así como la alerta temprana y la respuesta a brotes. Esto incluye el respaldo de un sistema de vigilancia sindrómica de enfermedades respiratorias agudas, enfermedades febriles y exantemáticas y casos de fiebre indiferenciada en las Regiones 1 y 7. Los expertos de la Oficina también están colaborando con las autoridades nacionales para realizar actividades de comunicación de riesgos, evaluar la cobertura de vacunación y la capacidad en materia de laboratorios a fin de indicar las posibles necesidades de salud en las zonas donde hay migrantes y vacunar a los migrantes a su llegada a fin de fortalecer el programa de vacunación. La Oficina también ha facilitado la respuesta al brote de malaria que se produjo en Kaikan, en la frontera con Venezuela.

En **Perú**, la Oficina ha estado prestando asistencia técnica constante a los homólogos nacionales para fortalecer la investigación epidemiológica sobre el terreno y responder a los casos locales e importados de sarampión. En ese marco se han movilizad o expertos nacionales a fin de apoyar una campaña nacional de vacunación de seguimiento dirigida a todos los niños de 1 a 10 años. La OPS es miembro activo del Grupo de Trabajo sobre Personas Refugiadas y Migrantes (GTRM) y está

respaldando la movilización de recursos del Ministerio de Salud para aumentar la capacidad de los servicios, en particular en las zonas con la mayor afluencia de migrantes. A fin de asegurar un proceso continuo e ininterrumpido de atención y apoyo a los grupos en mayor riesgo, la Oficina, en coordinación con la Dirección de Salud de Tumbes, ha coordinado la respuesta del sector de la salud en los lugares de tránsito de migrantes, mediante operaciones conjuntas con el ACNUR y la Cruz Roja peruana. La Oficina también facilitó la compra y la distribución de suministros médicos esenciales y equipo para las salas de urgencias del hospital regional de Sagaro/Tumbes (camas clínicas, monitores de múltiples parámetros para la unidad de cuidados intensivos, estetoscopios, oxímetros, tensiómetros y suministros renovables), y reactivos y material de laboratorio para mejorar la vigilancia epidemiológica en los laboratorios de referencia de Tumbes e Iquitos. La Oficina movilizó a un especialista pediátrico para satisfacer la gran demanda de atención maternoinfantil, así como una enfermera para asistir en las salas de urgencias, ocuparse del triaje y llevar los registros clínicos en el hospital. También desplegó personal para ofrecer un servicio de vacunación las 24 horas en el Centro Binacional de Atención en Frontera (CEBAF) en el punto de entrada en Tumbes, compró y entregó equipo adicional de cadena de frío al CEBAF y realizó un taller nacional sobre respuesta rápida a los casos importados de sarampión. La Oficina capacitó a 96 miembros de equipos de respuesta rápida en Tumbes (22), Piura (10), Iquitos (43) y la zona fronteriza trinacional compartida por Perú, Brasil y Colombia (21) en la detección temprana de brotes y la respuesta en el marco del RSI; desplegó un experto para asistir a las autoridades de salud de Tumbes en la elaboración de un plan regional del sector de la salud para responder a los brotes, y ofreció capacitación



interinstitucional sobre coordinación y respuesta en Tumbes. Gracias al apoyo de la Oficina y sus asociados, en coordinación con las autoridades nacionales, se vacunó a 7.538 migrantes venezolanos entre enero y el 4 de julio del 2020, y a 34.039 durante el 2019.⁴⁸

Desde principios del 2019, la Oficina ha asistido a **Trinidad y Tabago** en la compra de medicamentos antimaláricos y kits de pruebas de diagnóstico rápido de la malaria, así como un botiquín médico interinstitucional de emergencia. Desde el 2018 se ha proporcionado apoyo técnico concertado para fortalecer el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), en vista del posible riesgo de introducción del sarampión, con la planificación y realización de una campaña de vacunación. Además, se está impartiendo capacitación sobre la detección de casos de enfermedades prevenibles mediante vacunación, en particular las que no se ven habitualmente en el país, como el sarampión, y la respuesta a brotes. En colaboración con la Organización Internacional para las

Migraciones (OIM), la Oficina también respaldó la preparación, la impresión y la distribución de material de educación bilingüe (en español e inglés) sobre salud mental, enfermedades causadas por arbovirus, gripe y otras enfermedades transmisibles. La Oficina también colaboró con la OIM en la preparación de una encuesta de seguimiento del flujo como parte de la matriz de seguimiento del desplazamiento de la población migrante.

En cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional, la Oficina ha difundido partes diarios sobre posibles emergencias de salud pública de importancia internacional, así como informes epidemiológicos mensuales actualizados y alertas a los Estados Miembros sobre la difteria y el sarampión.⁴⁹ Entre ellos cabe señalar los informes sobre el aumento del número de casos en Venezuela y recomendaciones para: a) establecer un sistema de vigilancia de buena calidad y suficientemente sensible para detectar de manera oportuna cualquier caso presunto, y b) prevenir la introducción y la propagación del sarampión y la difteria mediante la vacunación de poblaciones susceptibles.

Según los criterios del plan regional de eliminación del sarampión, si la transmisión persiste durante doce meses o más en una zona geográfica dada, se ha restablecido la transmisión endémica. Eso ha ocurrido en Brasil y Venezuela, pero en los otros 33 Estados Miembros de la OPS se mantiene la eliminación (68-70).

⁴⁸ Programa de Inmunización del Ministerio de Salud de Perú.

⁴⁹ OPS/OMS, [Alertas y actualizaciones epidemiológicas](#).

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. [Situación de salud en las Américas: indicadores básicos 2018](#). Washington, DC: OPS; 2018.
2. Organización Internacional para las Migraciones y Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. [R4V Latin America and the Caribbean, Venezuelan refugees and migrants in the region - July 2020](#).
3. República Bolivariana de Venezuela, Ministerio del Poder Popular para Relaciones Exteriores. [Estrategias del Gobierno Bolivariano ante el COVID-19](#). Boletín Informativo, 31 de julio del 2020.
4. Chile, Ministerio de Salud. [Política de salud de migrantes internacionales en Chile](#). 2017.
5. Gobierno de Colombia. Decreto 866 del 2017. [Giro de recursos para atención inicial de urgencias en Colombia y países fronterizos](#). 2017.
6. Gobierno de Colombia. Decreto 1288 del 2018. [Medidas para garantizar el acceso de las personas inscritas en el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos a la oferta institucional](#). 2018.
7. William R. Rhodes Global Advisors. [Venezuela's refugee crisis](#). Guyana country report. Febrero del 2020.
8. República del Perú. Ley N.º 29344. [Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud](#).
9. República del Perú. Ley N.º 27604. [Ley que modifica la Ley General de Salud N.º 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencias y partos](#).
10. República del Perú. Norma Técnica de Salud N.º 097-MINSA/DGIESP-V.03. [Atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana \(VIH\)](#). 2018.
11. República del Perú. Norma Técnica de Salud No. 104-MINSA/DGSP-V.01. [Atención integral de las personas afectadas por tuberculosis](#). 2013.
12. República de Trinidad y Tabago, Oficina del Primer Ministro. [Venezuelan registration policy gets green light](#). 11 de abril del 2019.
13. República Bolivariana de Venezuela, Ministerio del Poder Popular para la Salud. Comunicación oficial Semana Epidemiológica 29. 2019.
14. República Bolivariana de Venezuela, Ministerio del Poder Popular para la Salud. Informe anual sobre la situación de la malaria (2018). Presentado a la OPS/OMS en mayo del 2019.
15. Organización Mundial de la Salud. [World Malaria Report 2018](#). Ginebra: OMS; 2018.
16. Organización Panamericana de la Salud. [Actualización Epidemiológica](#). Aumento de malaria en las Américas. 30 de enero del 2018; Alerta Epidemiológica. Aumento de casos de malaria, 15 de febrero del 2017.
17. Organización Panamericana de la Salud. 18 de junio del 2019: Malaria - Actualización Epidemiológica. Basada en datos oficiales suministrados por el Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela.
18. Organización Panamericana de la Salud. [Actualización Epidemiológica: Malaria - 10 de junio del 2020](#).
19. Organización Panamericana de la Salud. [Boletín Semanal de Sarampión/Rubéola \(18\) - 2 de mayo del 2020](#).
20. Organización Panamericana de la Salud. [Actualización Epidemiológica: Sarampión - 24 de enero del 2020](#).
21. Organización Panamericana de la Salud. [Actualización Epidemiológica: Difteria - 22 de septiembre del 2020](#).

22. Organización Panamericana de la Salud. [Actualización Epidemiológica: Difteria - 3 de marzo del 2020.](#)
23. República Bolivariana de Venezuela, Ministerio del Poder Popular para la Salud, Dirección de Inmunizaciones. Informe sobre la cobertura del sarampión y la difteria. 10 de junio del 2019.
24. Organización Panamericana de la Salud. [Actualización Epidemiológica: Sarampión - 17 de abril del 2020.](#)
25. República Bolivariana de Venezuela. [Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2019-2020.](#)
26. República Bolivariana de Venezuela. [Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2018.](#)
27. Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo del Abastecimiento del Agua, el Saneamiento y la Higiene. [2017 Joint Monitoring Programme progress report.](#)
28. República Bolivariana de Venezuela, Ministerio del Poder Popular para la Salud. Informe GAMD Venezuela 2020.
29. ONUSIDA. [Global AIDS update 2020: Seizing the moment.](#) Ginebra: ONUSIDA; 2020.
30. República Bolivariana de Venezuela, Ministerio del Poder Popular para la Salud. [Plan Maestro para el fortalecimiento de la respuesta al VIH, la tuberculosis y la malaria en la República Bolivariana de Venezuela desde una perspectiva de salud pública.](#) Julio, 2018.
31. Organización Mundial de la Salud. [Enfermedades no transmisibles, perfiles de país, Venezuela, 2018.](#) Ginebra: OMS; 2018.
32. Organización Mundial de la Salud. [Global health estimates 2000-2016 dataset.](#) 2018.
33. Organización Mundial de la Salud. [Global Health Observatory.](#) 2019.
34. República Bolivariana de Venezuela, Ministerio del Poder Popular para la Salud. Informe estadístico, julio del 2019.
35. República Bolivariana de Venezuela, Ministerio del Poder Popular para la Salud. Plan Nacional de Salud 2014-2019.
36. Médicos por la salud. [Encuesta nacional de hospitales.](#) Boletín final año 2019. 2019.
37. República Argentina. Informe final: brote de sarampión 2019-2020. 2020.
38. Organización Panamericana de la Salud. [Actualización Epidemiológica: Sarampión - 27 de mayo del 2020.](#)
39. República Federativa de Brasil, Ministerio de Salud. Informe semanal a la OPS. Semana epidemiológica 30 del 2019.
40. Organización Panamericana de la Salud. [Actualización Epidemiológica: Difteria - 16 de abril del 2018.](#)
41. República Federativa de Brasil, Ministerio de Salud. [Roraima ganha reforço de R\\$ 187 milhões em resposta à imigração.](#) Comunicado de prensa, 14 de mayo del 2018.
42. Organización Panamericana de la Salud. [Actualización Epidemiológica: Sarampión - 7 de agosto del 2019.](#)
43. República de Colombia, Instituto Nacional de Salud. [Boletín epidemiológico semanal. Semana epidemiológica 30: del 21 al 27 de julio del 2019.](#)
44. Organización Panamericana de la Salud. [Actualización Epidemiológica: Sarampión -17 de mayo del 2019](#)
45. República de Colombia, Instituto Nacional de Salud. [Informe del evento: difteria, Colombia, primer semestre 2019.](#)
46. República de Colombia, Instituto Nacional de Salud. [Informe del evento: difteria, Colombia, 2018.](#)
47. República de Colombia, Instituto Nacional de Salud. [Boletín epidemiológico semanal. Semana epidemiológica 28: del 5 al 11 de julio del 2020.](#)

48. República de Colombia, Instituto Nacional de Salud. [Boletín epidemiológico semanal. Semana epidemiológica 52: del 22 al 28 de diciembre del 2019.](#)
49. República de Colombia, Instituto Nacional de Salud. [Boletín epidemiológico semanal. Semana epidemiológica 51: del 14 al 20 de diciembre del 2014.](#)
50. República de Colombia, Instituto Nacional de Salud. [Boletín epidemiológico semanal. Semana epidemiológica 52: del 23 al 29 de diciembre del 2018.](#)
51. República de Colombia, Instituto Nacional de Salud. [Boletín epidemiológico semanal. Semana epidemiológica 16: del 12 al 18 de abril del 2020.](#)
52. República de Colombia, Instituto Nacional de Salud. [Boletín epidemiológico semanal. Semana epidemiológica 29: del 12 al 18 de julio del 2020.](#)
53. República del Ecuador, Ministerio de Salud Pública. [Boletín N° 002 COVID-19 Ecuador.](#) Publicación: 15 de marzo del 2020.
54. República del Ecuador, Ministerio de Salud Pública. [Boletín N° 156 COVID-19 Ecuador.](#) Publicación: 8 de marzo del 2020.
55. República del Perú, Ministerio de Salud. [Boletín Epidemiológico del Perú. Volumen 28 - SE 31. Semana epidemiológica \(del 28 de julio al 3 de agosto\) 2019.](#)
56. República del Perú, Ministerio de Salud. [Boletín Epidemiológico del Perú. Volumen 28 - SE 52: Semana epidemiológica \(del 22 al 28 de diciembre\) 2019.](#)
57. República del Perú, Gobierno Regional de Tumbes, Dirección Regional de Salud. [Boletín epidemiológico regional. Semana epidemiológica 52. Del 23 al 29 de diciembre del 2018.](#)
58. República del Perú, Gobierno Regional Tumbes, Dirección Regional de Salud. [Boletín Epidemiológico Regional. Semana Epidemiológica 28 \(del 5 al 11 de julio del 2020\).](#)
59. Organización Internacional para las Migraciones y Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. [Regional R4V SitRep -March/April 2019.](#)
60. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Hoja de datos No. 3. [Situación COVID-19. Perú.](#) 16 de abril del 2020.
61. República Federativa de Brasil. Leis Municipais de Manaus. [Decreto No 3819, de 22 de setembro de 2017. Declara situação de emergência social no Município de Manaus, em virtude da ainda presente e intensa migração de indígenas venezuelanos da etnia Warao, submetidos à situação de risco pessoal e social, em especial, crianças adolescentes e idosos, e dá outras providências.](#)
62. Programa Mundial de Alimentos. [El Programa Mundial de Alimentos y Save the Children Colombia unen esfuerzos para apoyar a poblaciones en situación de vulnerabilidad afectadas por la crisis en la frontera con Venezuela.](#) 25 de abril del 2018.
63. Villalba, J.A., et al., HIV-1 epidemic in Warao Amerindians from Venezuela: spatial phylodynamics and epidemiological patterns. AIDS, 2013. 27(11): p. 1783-91.
64. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. [Indígenas refugiados e migrantes no Brasil.](#)
65. Organización Panamericana de la Salud. [El programa de inmunización en el contexto de la pandemia de COVID-19 - Marzo del 2020.](#)
66. República Bolivariana de Venezuela, Ministerio del Poder Popular para la Salud. [Master plan for strengthening the HIV, tuberculosis and malaria response in the Bolivarian Republic of Venezuela from a public health perspective. Actualización, diciembre del 2018.](#)
67. República Bolivariana de Venezuela, Ministerio del Poder Popular para la Salud et al. [COVID-19: Recomendaciones para el cuidado integral de mujeres embarazadas y recién nacidos en la República Bolivariana de Venezuela.](#) 24 de abril del 2020.

68. Organización Panamericana de la Salud. [Informes del Grupo Técnico Asesor \(GTA\) sobre las Enfermedades Prevenibles por Vacunación](#). Informes finales de la 3.^a y 4.^a reuniones *ad hoc*.
69. 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: Informe final](#). 55.^o Consejo Directivo, 68.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2016 (documento CD55.R10, Rev. 1). Washington, DC: OPS; 2016.
70. Organización Panamericana de la Salud. [Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023](#). 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 25 al 29 de septiembre del 2017 (documento CSP29/8). Washington, DC: OPS; 2017.

OPS/PHE/HEO/20-0044

© Organización Panamericana de la Salud, 2020.

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](#).