

54.º CONSEJO DIRECTIVO

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

Washington, D.C., EUA, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015

Punto 3.2 del orden del día provisional

CD54/3
4 de agosto del 2015
Original: inglés

INFORME ANUAL DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

**Abogar por la salud hacia el desarrollo sostenible y la equidad:
liderar con el ejemplo**

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Prefacio	3
Introducción	5
Capítulo I. Avances hacia la salud y la equidad	7
Hacia la salud universal en la Región de las Américas	7
Eliminación y control de las enfermedades infecciosas y prevenibles mediante vacunación	11
Enfrentar la carga de las enfermedades no transmisibles	19
Abordar los determinantes sociales y ambientales de la salud	21
Promoción de la salud de las madres, los niños y los adolescentes	24
Temas transversales: género, equidad, derechos humanos y etnicidad	26
Alianzas en torno a los preparativos y la respuesta ante situaciones de emergencia en cuestiones de salud.....	28
Progreso de la salud en el programa interamericano	29
Capítulo II. Mejoramiento de la eficiencia y la eficacia institucionales	30
Evaluación y supervisión internas	30
Tecnología y gestión de la información.....	30
Fomento de la excelencia y la ética en el desempeño del personal	31
Capítulo III. Mirar hacia adelante: posicionar a la OPS para la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles	33
Monitoreo de las desigualdades: un reto fundamental.....	37
Colaboración a nivel subnacional	38
La salud universal y la salud en todas las políticas.....	38
Prevención y control de las ENT	39
Promover el liderazgo con el ejemplo	40
Mirar más allá del 2015	40
Siglas y abreviaturas	41
Agradecimientos	43

A los Estados Miembros:

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, tengo el honor de presentar el informe anual correspondiente al 2015 relativo a la labor de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. En este informe se ponen de relieve los principales logros de la Oficina en la prestación de la cooperación técnica en el marco del Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019, establecido por sus Cuerpos Directivos.

Dra. Carissa F. Etienne
Directora

Prefacio

Junio del 2015

En este informe anual correspondiente al 2015 se ponen de relieve los logros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a lo largo de los 12 últimos meses (desde julio del 2014 hasta junio del 2015) y se describe la cooperación en materia de salud entre los Estados Miembros y la secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, la Oficina Sanitaria Panamericana (“la Oficina”), que es además la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para las Américas.

La cooperación panamericana en el ámbito de la salud ha sido la razón de ser de la OPS durante mucho más de un siglo y es una fuerza que ha impulsado el notable progreso que ha tenido la salud pública en nuestra Región. Con la coordinación y la cooperación técnica de la Oficina, y junto con otros organismos y organizaciones, los Estados Miembros de la OPS han servido de ejemplo para todo el mundo por el éxito logrado en torno a la eliminación o el control de las enfermedades prevenibles mediante la vacunación y las enfermedades tropicales desatendidas, el suministro del tratamiento antirretrovírico para la infección por el VIH, el avance hacia la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita, y en la consecución de la mayor parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud. Esta colaboración, sus resultados claros y el ejemplo que ha dado a otros países y regiones inspiraron el lema de este informe anual: “Abogar por la salud hacia el desarrollo sostenible y la equidad: liderar con el ejemplo”.

Me complace informar que la tradición de la cooperación panamericana ha llevado a nuevos e importantes logros en el transcurso del último año. Me siento particularmente orgullosa de dos de ellos: el primero es el nuevo compromiso regional con el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, las metas que había definido como mi prioridad más alta cuando asumí el cargo de directora en el 2013. La *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* aprobada por el 53.º Consejo Directivo de la OPS es, por sí misma, un hito para cualquiera de las regiones de la OMS y abre el camino para que la Región de las Américas se convierta en la primera región del mundo en lograr la salud universal. El segundo logro del cual estoy especialmente orgullosa es haber podido certificar en la Región la eliminación de la transmisión endémica del virus de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita, otro hito histórico para la salud pública en este continente.

Mi propio liderazgo de la Oficina en el último año también estuvo guiado por el espíritu del panamericanismo. Sostuve un diálogo activo y participativo con los Estados Miembros de la OPS y otros asociados, y visité 17 países a lo largo del año pasado. Pude oír palabras alentadoras acerca del valor que nuestros miembros y asociados asignan a las funciones de la Oficina como facilitadora y coordinadora de la cooperación panamericana, y como proveedora de conocimientos técnicos especializados. Me complació e impresionó observar las numerosas innovaciones que están poniendo en práctica los países en toda la Región para mejorar la salud de las personas. Muchos de nuestros Estados Miembros están ansiosos por compartir con otros países lo que saben y lo que hacen bien y, a la vez, beneficiarse de los conocimientos tecnológicos y la

experiencia de otros países en el ámbito de la salud. Promover y facilitar esta clase de “liderazgo con el ejemplo” es precisamente el objetivo de nuestro nuevo programa ampliado de cooperación entre los países para promover el desarrollo sanitario.

Además tuve ocasión de dirigirme a los líderes de otras organizaciones y otros sectores, desde las instituciones financieras internacionales y las organizaciones hermanas del sistema de las Naciones Unidas, hasta los ministros de finanzas y jefes de gobierno. En cada oportunidad abogué por que se destinen suficientes recursos nacionales a la salud, por lo menos 6% del PIB. Destaqué la importancia de velar por que la salud sea promovida y protegida en todas las políticas públicas, no solo en las que están relacionadas directamente con el sector de la salud. En los últimos meses, coordiné con la unidad regional del Banco Mundial para América Latina y el Caribe, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco de Desarrollo de América Latina (CAF) que los mecanismos de financiamiento estuvieran al alcance de nuestros Estados Miembros para los preparativos relacionados con la enfermedad por el virus del Ébola. Además me reuní con otros asociados como la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) a fin de fortalecer nuestra relación de larga data y abogar por que se preste una mayor atención a los aspectos de salud pública de la interacción entre los animales y los humanos. En todos estos intercambios, fue motivo de satisfacción para mí observar el gran valor que se asigna a la labor de la OPS en la Región, al igual que la disposición para asociarse con nosotros.

Internamente, la Oficina siguió llevando a la práctica durante el año pasado cambios de gestión, tecnológicos e institucionales para mejorar nuestra eficacia y eficiencia, además de fortalecer nuestra prestación de cooperación técnica. Algunos de estos cambios aumentan las presiones, aunque de forma transitoria, sobre el personal de la Oficina, que ha tenido que dedicar tiempo y esfuerzo a aprender nuevos sistemas, en especial el nuevo Sistema de Información Gerencial de la OPS (PMIS), al mismo tiempo que sigue llevando adelante su volumen de trabajo habitual. Estos esfuerzos institucionales tuvieron lugar junto con nuestro trabajo principal de avanzar en la ejecución del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 y responder a las solicitudes de cooperación con nuestros Estados Miembros para atender los retos urgentes en el ámbito de la salud.

Al presentar este informe a los Cuerpos Directivos de la OPS, deseo agradecer a todos y cada uno de los miembros de nuestro personal por su firme compromiso, diligencia y pasión para que podamos entre todos cumplir la misión de la Oficina. Estoy también muy agradecida a nuestros Estados Miembros y a otros asociados por su colaboración inestimable y su apoyo constante. Espero que todos trabajemos juntos en la nueva era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para asegurar que la Región de las Américas siga liderando con el ejemplo y que podamos así seguir avanzando hacia el logro de la salud para todos en nuestro continente y fuera de él.

Carissa F. Etienne
Directora
Organización Panamericana de la Salud

Introducción

La Región de las Américas marcó varios hitos importantes para la salud pública en el período de 12 meses que finalizó en junio del 2015:

- Nuestra Región se convirtió en la primera del mundo declarada libre de la transmisión endémica del virus de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita (SRC).
- Cuba se convirtió en el primer país del mundo que ha recibido el reconocimiento oficial por haber eliminado la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis.
- Ecuador se convirtió en el segundo país del mundo (después de Colombia en el 2013) que eliminó el flagelo de la oncocercosis (ceguera de los ríos).
- Nicaragua y Uruguay sirven de ejemplo por ser los primeros países del mundo en haber ratificado el *Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco* de la OMS.
- En un acuerdo histórico, en el 53.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, los Estados Miembros de la OPS respaldaron por unanimidad las metas del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, y adoptaron una estrategia regional para impulsarlas.

Estos hitos fueron motivo de celebración y reconocimiento del compromiso, la colaboración y el arduo trabajo que fueron necesarios para lograrlos. Pero la Región también afrontó retos constantes y nuevos para la salud que exigieron una gran atención y respuestas específicas:

- Aunque la mortalidad materna descendió en casi 40% en América Latina y el Caribe entre 1990 y el 2013, esta reducción se encuentra muy por debajo del 75% establecido por los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). En el 2013, el año más reciente para el cual se dispone de datos, unas 9.300 mujeres murieron por causas relacionadas con la maternidad en América Latina y el Caribe.
- El virus del Ébola se trasladó desde el África Occidental hasta los Estados Unidos, lo que planteó la posibilidad de que se importaran casos a América Latina y el Caribe, y puso a prueba la preparación y capacidad de respuesta de los ministerios de salud, al igual que la implementación de las capacidades básicas del Reglamento Sanitario Internacional.
- El virus del chikunguña siguió propagándose en el Caribe y fuera de él, lo que sobrecargó los servicios de salud en algunos países. Para mediados del 2015, cuarenta países y territorios de la Región habían notificado la transmisión local de este virus, con un total acumulado de más de 1,5 millones de casos y 238 muertes.
- El cólera siguió cobrándose vidas y causando sufrimiento en Haití, donde se notificaron casi 40.000 casos y más de 400 defunciones entre junio del 2014 y

mayo del 2015. También se notificaron casos de cólera en Cuba, México y República Dominicana.

- Los desastres naturales, entre otros, las inundaciones en Chile y Paraguay, así como las graves sequías en Guatemala y Honduras, ocasionaron decenas de muertes y perturbaron la vida de decenas de miles de personas y familias.
- Las enfermedades no transmisibles (ENT) y sus factores de riesgo afectaron a un número cada vez mayor de personas en la Región, y causaron 80% de todas las defunciones y sobrecargaron los presupuestos y los sistemas nacionales de salud.
- Millones de personas en la Región de las Américas no pudieron tener acceso a los servicios de salud necesarios debido a los costos altos de los servicios, las crisis políticas y económicas, y otras dificultades, a pesar del progreso considerable alcanzado hacia las metas del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.
- En la Región persisten otras inequidades considerables en torno a la salud como consecuencia de la exclusión social y cultural, el desempleo, las condiciones de trabajo deficientes, la falta de educación e información, el aislamiento geográfico, los entornos poco saludables y otros determinantes sociales.

En este informe se describe la labor que ha llevado adelante la secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, la Oficina Sanitaria Panamericana (“la Oficina”), junto con sus Estados Miembros y otros asociados hacia estos y otros logros, y en respuesta a los retos nuevos y persistentes en torno a la salud en el período abarcado por el informe. En él se destacan también las medidas internas de la Oficina encaminadas a aumentar la eficiencia institucional y mejorar su prestación de la cooperación técnica a los Estados Miembros. Por último, en el informe se analiza cómo se está posicionando la Oficina para apoyar a los Estados Miembros en la promoción de la salud y la equidad en la nueva era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Los detalles sobre la situación financiera de la OPS se presentan en el Informe Financiero del Director y el Informe del Auditor Externo correspondientes al 2014. En la evaluación de final del bienio del Programa y Presupuesto 2014-2015, que se publicará en el 2016, se brindarán mayores detalles sobre los programas de cooperación técnica de la Organización y sus resultados hasta fines del 2015.

Capítulo I. Avances hacia la salud y la equidad

1. Los hitos en materia de salud alcanzados en los países del continente entre julio del 2014 y junio del 2015 no hubieran sido posibles sin los esfuerzos coordinados de los Estados Miembros de la OPS, la Oficina y las organizaciones asociadas a los niveles de país, regional y mundial. La función de la Oficina en estos logros abarcó no solo la cooperación técnica y la orientación normativa sino también la agrupación de experiencia y conocimientos técnicos, la forja de asociaciones, la facilitación del diálogo y la negociación, y de otras maneras mediante la práctica y la promoción del “liderazgo con el ejemplo”.

2. El 53.º Consejo Directivo fue un ejemplo excelente de estas dinámicas. El histórico documento sobre la estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud y los siete planes regionales de acción que fueron adoptados por el Consejo Directivo del 2014 se elaboraron con los conocimientos técnicos especializados de la Oficina, con contribuciones y observaciones importantes de los Estados Miembros y en consulta con organismos asociados y organizaciones de la sociedad civil. El resultado fue un compromiso regional innovador para avanzar hacia la “salud para todos” en la Región de las Américas.

Hacia la salud universal en la Región de las Américas

3. En el último decenio, los países de la Región han progresado considerablemente en el mejoramiento del acceso a los sistemas y servicios de salud. Sin embargo, en varios países alrededor de 10% a 15% de la población sigue sufragando de su propio bolsillo sus gastos catastróficos de salud, lo cual les expone al riesgo de empobrecimiento.¹ Para abordar este problema urgente pero de larga data, la Oficina organizó una serie de consultas sobre cómo ampliar el acceso a los servicios de salud y la cobertura de salud, y avanzar hacia la “salud universal”. Más de 1.200 funcionarios de salud y otros interesados directos de la OPS, procedentes de 31 países y territorios, participaron en estas consultas, que tuvieron lugar desde mayo hasta agosto del 2014.

4. La culminación de este proceso consultivo amplio fue la aprobación por el 53.º Consejo Directivo de la OPS de la nueva *Estrategia regional para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (documento [CD53/5, Rev.2](#) [2014]) en octubre del 2014. La estrategia respalda la salud universal como una aspiración compartida de los Estados Miembros de la OPS y establece las líneas de acción para que los países avancen hacia esta meta (véase el recuadro), al reconocer que cada país encontrará su propio camino según su contexto social, económico, político, legal, histórico y cultural.

¹ Atun R, de Andrade LO, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frenz P, Garcia P, Gómez-Dantés O, Knaul FM, Muntaner C, de Paula JB, Rívoli F, Serrate PC, Wagstaff A. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet*. 2015 Mar 28;385(9974):1230-47.

La estrategia de la OPS para lograr la salud universal

En la estrategia de la OPS del 2014 para avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (documento [CD53/5, Rev. 2](#) [2014]) se establece la meta, tanto a nivel regional como de país, de lograr que “todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en condiciones de vulnerabilidad”.

Para avanzar hacia la salud universal, la estrategia establece cuatro líneas estratégicas de acción: 1) ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades; 2) fortalecer la rectoría y la gobernanza; 3) aumentar y mejorar el financiamiento con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios; y 4) fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud.

En la Estrategia se insta a la Oficina a que apoye las actividades de los países en estas áreas por medio de la cooperación técnica, a que haga el seguimiento y a que presente informes sobre el progreso de los países.

5. Hacia mediados del 2015, con la cooperación técnica de la Oficina, 11 países habían elaborado o estaban ejecutando planes nacionales para avanzar hacia la salud universal. Otro tipo de apoyo durante el período abarcado por este informe fue la capacitación de 200 profesionales en las especialidades de administración de servicios de salud, financiamiento y economía de la salud, gobernanza, y rectoría; estudios sobre la eficiencia del sistema de salud o problemas del espacio fiscal en 11 países; ayuda para la preparación de las cuentas nacionales de salud para 15 países; y elaboración de un marco de seguimiento y evaluación dedicado a medir el progreso de los países hacia la salud universal. La Oficina también ayudó a los ministerios de salud a que abogaran ante los ministros de finanzas y las instituciones financieras para aumentar el financiamiento destinado a las actividades relacionadas con la salud.

Cambiar los paradigmas profesionales

6. Los sistemas de salud que procuran garantizar la salud universal deben asignar prioridad a la atención primaria de salud y a los servicios integrados que están dotados de profesionales que trabajan en equipos interdisciplinarios, con énfasis especial en los grupos cuyas necesidades de salud tradicionalmente han estado subatendidas. En contraste, muchos sistemas de salud de países del continente están fragmentados, tienen poco personal de atención primaria de salud y están sobrecargados de médicos especializados que se concentran en las zonas urbanas.

7. Para abordar estos problemas, la Oficina colaboró con 10 países en el período abarcado por este informe —Argentina, Brasil, Canadá, Colombia, Chile, Estados Unidos, Guatemala, Nicaragua, Panamá y Venezuela— en las actividades para desplazar

los paradigmas de las escuelas de medicina hacia una “misión social” en la formación de médicos y otros trabajadores de salud. La meta es graduar a profesionales de la salud con capacitación y experiencia en atención primaria y prestación de servicios de salud integrados, que estén comprometidos con las necesidades de salud de los grupos más vulnerables y, cuando sea necesario, dispuestos a ejercer su profesión en las zonas subatendidas.

8. En el período analizado en este informe, varios expertos de la Oficina colaboraron con los ministerios de salud y las facultades de medicina en los 10 países participantes para definir los requisitos de educación y capacitación a nivel nacional para los profesionales de los centros comunitarios de salud, y formular recomendaciones técnicas a los programas de capacitación en el servicio de esos centros. El proyecto también generó un conjunto preliminar de indicadores para medir el progreso en la incorporación del paradigma de la misión social en las escuelas de medicina y en la capacitación médica.

Proyecto “Mais Médicos” en Brasil

9. A pesar de su compromiso fuerte con la salud universal, Brasil, al igual que muchos otros países, ha tenido dificultades para satisfacer las necesidades de salud de las poblaciones vulnerables y las comunidades remotas. En efecto, el tamaño y las características geográficas de Brasil hacen que el logro de la meta de la salud universal sea especialmente difícil.

10. El programa Mais Médicos de Brasil hace frente a estas dificultades mediante el aumento de la disponibilidad de capacitación médica en las universidades nacionales, mejoramiento los incentivos para que los profesionales de la salud trabajen en las zonas subatendidas y, según sea necesario, contratación de personal de otros países para prestar servicios de salud en las comunidades subatendidas. Desde su inicio en el 2013, el programa Mais Médicos ha ampliado el acceso a la atención primaria de salud a más de 60 millones de personas en Brasil. Como parte del programa, el país también ha invertido 5.600 millones de reales (casi US\$ 1.800 millones²) en la infraestructura sanitaria.

11. La Oficina ha apoyado el programa Mais Médicos con cooperación técnica y, en particular, con ayuda para la integración en la comunidad de los miembros de las brigadas médicas internacionales de Cuba. Hasta mediados del 2015, más de 11.400 médicos cubanos estaban participando en el programa, junto con unos 5.600 brasileños y más de 1.000 médicos y otros trabajadores de salud de otros países. La Oficina también ha brindado apoyo a la elaboración en Brasil de un marco de seguimiento y evaluación para el programa, y ha documentado las mejores prácticas y las enseñanzas para intercambiar la información con otros Estados Miembros de la OPS.

² A menos que se indique otra cosa, todas las cifras monetarias en el presente informe/documento se expresan en dólares de los Estados Unidos.

12. Dos evaluaciones independientes del programa Mais Médicos de Brasil han mostrado resultados positivos.³ En el primer estudio, 95% de los usuarios dijeron haber estado satisfechos con el desempeño los médicos participantes, mientras que 86% dijeron que la calidad de la atención había mejorado como resultado del programa. Con el segundo estudio se determinó que los períodos de espera en los consultorios habían descendido en 89% desde el inicio del programa, a pesar de un aumento del 33% en el promedio mensual de consultas. También había aumentado en un 32% el número de visitas a domicilio realizadas por los médicos.

13. Para ampliar a mayor escala la fuerza laboral nacional de salud, actualmente Brasil está ampliando el número de inscripciones en las facultades de medicina en 11.500 estudiantes y para el 2017 habrá creado 12.400 nuevos puestos de residencia para especialistas.

Nuevos modelos para la cooperación panamericana

En marzo del 2015, la Oficina dio seguimiento a su propuesta de política acerca de *La cooperación para el desarrollo sanitario en las Américas* (documento [CD52/11](#) [2013]) mediante la convocatoria de una consulta que se celebró en Panamá. Unos 80 participantes de 26 Estados Miembros, representantes de los Estados Miembros Asociados, de entidades de integración subregional, así como de organismos asociados de las Naciones Unidas y del sistema interamericano se reunieron para revisar la política y formular recomendaciones sobre la estrategia y los mecanismos para llevarla a la práctica. Con estas recomendaciones y los resultados de una encuesta efectuada en toda la Oficina y un examen de las experiencias de cooperación entre los países de la OPS desde el 2008 hasta el 2013, la Oficina elaboró una propuesta para un nuevo marco de cooperación entre los países para el desarrollo sanitario.

También durante el período abarcado por este informe, la Oficina actualizó la estrategia de país clave de la OPS, que guía la cooperación técnica de la Organización con Bolivia, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Suriname. Un objetivo principal era determinar enfoques específicos a fin de ofrecer a estos países apoyo especial para superar sus retos urgentes en materia de salud. La estrategia actualizada utiliza el marco de la estrategia renovada de la Cooperación Centrada en los Países de la OMS e incorpora insumos de los directores de departamentos y los representantes de la OPS/OMS. La versión definitiva fue presentada al Grupo Asesor de Nivel Superior de la OPS en febrero del 2015 y aprobada por el personal directivo superior para su incorporación en la cooperación técnica de la Oficina.

Sistema regulatorio del Caribe para medicamentos y tecnologías sanitarias

14. Garantizar el acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias que sean seguros y eficaces es una función esencial de salud pública, y es fundamental para el logro de la salud universal. Como parte de los esfuerzos para formar capacidad en esta área en los Estados Miembros, la Oficina colaboró con los miembros de la Comunidad del Caribe (CARICOM) para desarrollar la iniciativa del sistema regulador del Caribe. En

³ Universidad Federal de Minas Gerais, abril del 2015; y Tribunal de Cuentas de la Unión, proceso TC número 005.391/2014-8, mayo del 2014.

septiembre del 2014, los ministros de salud de CARICOM respaldaron una política y propuesta de ejecución para el sistema.

15. La meta de la iniciativa es aumentar el acceso de los pequeños estados insulares del Caribe a medicamentos y tecnologías sanitarias seguros, eficaces, asequibles y de calidad garantizada, dado que estos estados tienen que hacer frente a retos especiales a este respecto. El sistema propuesto funcionará en el Organismo de Salud Pública del Caribe (CARPHA) e inicialmente se centrará en el registro de medicamentos genéricos prioritarios que ya han sido aprobados por una autoridad reguladora nacional de referencia regional designada por la OPS.⁴ En una segunda fase, el sistema regulador del Caribe se centrará en la farmacovigilancia y la vigilancia tras la comercialización de los productos registrados. Para la creación del sistema se ha recibido financiamiento de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA), pero cada vez más el sistema regulador del Caribe se sostendrá con los pagos que hacen las empresas farmacéuticas por el uso de los servicios.

Fondo Estratégico de la OPS

El Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública, conocido como Fondo Estratégico de la OPS, siguió desempeñando un papel importante al promover el acceso a insumos esenciales de salud pública de alta calidad para los Estados Miembros. Desde junio del 2014 hasta junio del 2015, 17 países de la Región utilizaron el Fondo para obtener aproximadamente \$66 millones en medicamentos y otros insumos esenciales de salud pública; tres países utilizaron la cuenta de capital del Fondo para evitar el riesgo de escasez de medicamentos. En el período cubierto por este informe, la OPS firmó sus primeros convenios a largo plazo con los fabricantes a fin de fijar precios estándares para todos los Estados Miembros de 23 medicamentos utilizados en el tratamiento de las enfermedades no transmisibles (ENT).

Eliminación y control de las enfermedades infecciosas y prevenibles mediante vacunación

16. Las enfermedades infecciosas siguen siendo un importante reto para la salud pública en la Región de las Américas a pesar de la transición epidemiológica en curso hacia las ENT. Durante el período considerado en este informe, los Estados Miembros de la OPS progresaron considerablemente en la prevención y el control de las enfermedades transmisibles. La amplia cooperación técnica de la Oficina comprendió desde el apoyo a la eliminación de las enfermedades desatendidas y prevenibles mediante vacunación hasta la ayuda para que los países obtuvieran financiamiento externo destinado a combatir la infección por el VIH, la tuberculosis y la malaria.

⁴ Hasta junio del 2015, las autoridades regulatorias de referencia regional designadas por la OPS son: ANMAT en Argentina, ANVISA en Brasil, Salud Canadá, INVIMA en Colombia, CECMED en Cuba, COFEPRIS en México y la FDA en los Estados Unidos.

Hito histórico: eliminación de la rubéola y el SRC

17. Un aspecto destacado del período de este informe fue el anuncio, en abril del 2015, de que la Región de las Américas se habían convertido en la primera región del mundo en eliminar la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC). La rubéola y el SRC fueron la tercera y la cuarta enfermedad que se eliminan primero en esta Región, después de la eliminación de la viruela en 1971 y la poliomielitis en 1994.

18. La declaración fue hecha por el Comité Internacional de Expertos para la eliminación del sarampión y la rubéola en la Región de las Américas, después de analizar la evidencia epidemiológica y de determinar que desde el 2009 no había ocurrido ninguna transmisión endémica del virus de la rubéola ni casos del SRC en la Región, lo que superaba el requisito de tres años para declarar la eliminación.

19. El logro fue la culminación de un esfuerzo consolidado de 15 años para eliminar tanto el sarampión como la rubéola, coordinado por la Oficina y apoyado por ministerios de salud, donantes y otros asociados internacionales, además del personal de salud en toda la Región. Al hacer el anuncio, el Comité Internacional de Expertos dijo que esperaba poder declarar el sarampión eliminado del continente americano en un futuro próximo.

20. El anuncio de la eliminación de la rubéola y el SRC se hizo durante la 13.^a Semana de la Vacunación en las Américas, que tuvo lugar del 25 de abril al 2 de mayo. La semana de la vacunación históricamente ha desempeñado una función clave de apoyo en la eliminación de la rubéola y el SRC al hacer que las vacunas se encuentren ampliamente disponibles en toda la Región, en especial para las poblaciones vulnerables y de difícil acceso.

21. Con el lema “¡Refuerza tu poder! ¡Vacúnate!”, la iniciativa del 2015 se dirigió a más de 60 millones de niños y adultos con vacunas contra enfermedades como el sarampión y la rubéola, la gripe estacional, la poliomielitis y el tétanos neonatal. Más de una decena de países también aprovecharon la oportunidad para combinar la inmunización con otras intervenciones de salud pública, entre otras, la eliminación de parásitos y la administración de suplementos de vitamina A, detección de la diabetes y la hipertensión, pruebas de detección del VIH, educación sobre salud sexual y reproductiva, y vacunación de animales domésticos. Además de los ministerios de salud, otros asociados fueron el UNICEF, el ONUSIDA, el PNUD, el Instituto de Vacunas Sabin y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos. Desde su inicio en el 2003, la Semana de la Vacunación en las Américas ha llegado a más de 500 millones de personas en todo el continente.

Fondo Rotatorio de la OPS

El Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas, parte del enfoque integral de cooperación técnica de la OPS en torno a la inmunización, ha constituido un apoyo fundamental para alcanzar los

logros de Región, lo que incluye la eliminación de las enfermedades prevenibles mediante vacunación y la introducción de nuevas vacunas, como las vacunas contra los rotavirus, la enfermedad neumocócica y el virus de los papilomas humanos (VPH). Un logro digno de mención fueron las negociaciones emprendidas por la Oficina para que las dos vacunas contra el VPH que se encuentran actualmente en el mercado estén disponibles para la compra a través del Fondo a precios reducidos.

Entre junio del 2014 y junio del 2015, el Fondo adquirió vacunas por más de \$547 millones y jeringas por \$3,5 millones destinadas a los programas de vacunación de 41 países y territorios participantes. El Fondo Rotatorio de la OPS se ha convertido en un ejemplo para otras organizaciones internacionales y otras regiones de la OMS por ser un mecanismo eficaz para garantizar un suministro ininterrumpido de vacunas asequibles y de calidad en el complejo mercado mundial de las vacunas. Algunos de los elementos clave de la cooperación técnica de la OPS han sido los esfuerzos para aumentar la conciencia de los Estados Miembros acerca de la dinámica y los retos del mercado mundial de vacunas, brindar apoyo para planificar la demanda, y garantizar la disponibilidad oportuna de vacunas y suministros de buena calidad.

Movilización del financiamiento del Fondo Mundial

22. Un área clave de apoyo a las actividades de los Estados Miembros para combatir las enfermedades infecciosas fue la ayuda de la Oficina para la movilización de los recursos del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. En el período considerado en este informe, algunos funcionarios de la Oficina a los niveles regional y de país colaboraron con funcionarios de salud en 14 de los Estados Miembros de la Región que reúnen los requisitos para recibir financiamiento del Fondo Mundial en la preparación de 23 propuestas de financiamiento que abordaban desafíos específicos relacionados con la infección por el VIH, la tuberculosis y la malaria. Para junio del 2015, el Fondo había aprobado 11 de estas propuestas, lo que representa la suma de \$146.895.670 en nuevos recursos; hasta esa fecha estaban pendientes los resultados del examen técnico por el Fondo de las 12 propuestas restantes.

23. El financiamiento catalizado por la OPS en este período costeará las actividades para atender los problemas que siguen teniendo efectos negativos principalmente para las poblaciones vulnerables. Estas actividades incluyen:

- Medidas para reducir la alta prevalencia de la infección por el VIH en Haití, calculada en 2,2% de la población (datos del 2012), así como la incidencia y la prevalencia más altas de la tuberculosis en la Región de las Américas.
- Esfuerzos para mejorar y ampliar el diagnóstico, el tratamiento y la vigilancia de la malaria en Suriname, haciendo hincapié en las zonas mineras donde la presencia de esta enfermedad es generalizada a pesar del progreso en otros sitios del país.
- Intervenciones destinadas a reducir en 45% los casos de malaria transmitidos localmente en Honduras y lograr cero casos de malaria por *P. falciparum* en el

2017. Los fondos apoyarán el manejo mejorado de los casos, el control integrado de vectores, así como la investigación y detección acelerada de los casos.

Promoción de los preparativos para el ébola

24. En seguimiento a la propagación exponencial del ébola en África Occidental durante la segunda mitad del 2014, la Oficina colaboró activamente con sus Estados Miembros para crear conciencia al respecto y fortalecer los preparativos para la posible introducción del virus en la Región de las Américas.

25. En octubre del 2014, varios días después de que en los Estados Unidos se confirmó el primer caso importado de ébola, la Directora de la OPS estableció un grupo de estudio para evaluar el riesgo de ébola en América Latina y el Caribe y proponer un conjunto de medidas para mejorar los preparativos de los países. El resultado fue un marco para fortalecer los preparativos nacionales para la enfermedad por el virus del Ébola (EVE) en la Región de las Américas. Luego de las consultas con los Estados Miembros, la Oficina organizó 25 misiones a los países integradas por sus propios expertos, expertos del Organismo de Salud Pública del Caribe (CARPHA), la oficina en el Caribe de los CDC y la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN). Estas misiones a los países, que tuvieron lugar entre noviembre del 2014 y enero del 2015, ayudaron a detectar las brechas en los preparativos (véase el recuadro) y las áreas prioritarias para la acción. En una tercera fase, la Oficina apoyó los países para que pusieran en práctica las recomendaciones de las misiones y evaluaran sus necesidades futuras.

Brechas en cuanto a la preparación para hacer frente al ébola

Las misiones de expertos de la OPS detectaron una serie de brechas en la preparación de los Estados Miembros ante una posible introducción del ébola. Entre las cuestiones señaladas por las misiones se encuentran las siguientes:

- 1) Algunos países dependen en exceso de la detección en el punto de entrada para identificar y evitar la introducción de un posible caso de enfermedad por el virus del Ébola (EVE), y hacen menos hincapié en los servicios de salud en los que es más probable que se presente el primer caso.
- 2) La capacidad epidemiológica y los servicios de salud no están bien coordinados; no se hace suficiente hincapié en la detección de eventos de salud poco usuales y el uso combinado de la información clínica y epidemiológica (como conjuntos inusuales de síntomas e historias de viaje) por parte de los trabajadores de salud.
- 3) La fragmentación de los servicios de salud es un reto para el manejo eficaz de un evento relacionado con la EVE, desde su detección hasta el tratamiento y desinfección.
- 4) Los envíos de muestras a los laboratorios de bioseguridad de nivel 4 en los centros colaboradores de la OMS para confirmar casos de infección por el virus del Ébola plantean importantes retos. Solo cuatro países tienen laboratorios de bioseguridad de nivel 3 con capacidad para diagnosticar la EVE.

- 5) Los países han designado áreas de aislamiento, pero cuentan con un número limitado de personal capacitado. Varios países tienen poca probabilidad de reunir las condiciones para tratar con seguridad un caso presunto o confirmado de EVE debido al deterioro de la infraestructura hospitalaria y la falta de programas de prevención y control de infecciones.
- 6) Los países no tienen suficientes equipos de protección personal para tratar a un paciente según los principios de evaluación de riesgos para la prevención y el control de las infecciones. Además tienen una capacidad limitada de obtener estos equipos dada la escasez actual a escala mundial.

26. Otro tipo de apoyo para los preparativos con respecto al ébola incluyó la activación del sistema de gestión de incidentes de la Oficina; el establecimiento de una reserva regional de equipo de protección personal; y capacitación en el manejo clínico de la EVE, al igual que la comunicación de riesgos, prevención y control de la infección y diagnóstico de laboratorio y bioseguridad. En un período de seis meses, más de 1.600 profesionales recibieron capacitación en estos temas.

27. La Oficina también brindó apoyo a la respuesta al ébola en los países afectados de África Occidental, para lo cual envió 17 funcionarios propios y colaboró con los Estados Miembros para el despliegue de los profesionales de sus países.

28. En varias actividades relacionadas, la Oficina se asoció con la Organización de los Estados Americanos (OEA), la unidad regional del Banco Mundial para América Latina y el Caribe, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco de Desarrollo de América Latina (CAF) para crear mecanismos financieros destinados a fortalecer las capacidades de preparación y respuesta de los países para manejar los brotes de enfermedades epidémicas emergentes, de acuerdo con los requisitos del Reglamento Sanitario Internacional (RSI). Como resultado de este trabajo, el Banco Mundial y el BID determinaron los proyectos de país cuyo financiamiento podría reprogramarse para hacer frente a la preparación y respuesta frente al ébola, mientras que el CAF puso a disposición recursos financieros por medio de una línea de crédito. Además, el BID, junto con la OPS y el Organismo de Salud Pública del Caribe, elaboró un proyecto para fortalecer los preparativos para el ébola que se ejecutarán a partir de la segunda mitad del 2015.

Enfermedades emergentes transmitidas por mosquitos

El chikunguña, que surgió primero en la Región de las Américas desde San Martín a fines del 2013, siguió propagándose en todo el Caribe y más allá durante el período de este informe. Para junio del 2015, 40 países y territorios habían notificado la transmisión local del virus, lo que da un total regional de más de 1,5 millones de casos y 238 muertes. En colaboración con los CDC de los Estados Unidos, la Oficina creó y sometió a pruebas piloto las herramientas para caracterizar los casos y clasificar las muertes debidas a chikunguña, estableció mecanismos para intercambiar muestras de laboratorio, y suministró a los países los reactivos y paneles de control de calidad de laboratorio para el diagnóstico de la enfermedad. La Oficina también publicó actualizaciones epidemiológicas semanales sobre la propagación de la enfermedad.

En mayo del 2015, Brasil confirmó la primera transmisión local del virus Zika en la Región, otro *Flavivirus* que causa síntomas similares a los del chikunguña y el dengue. La Oficina, en colaboración con otros asociados, formuló y difundió directrices técnicas y algoritmos para diagnosticar el virus, además de facilitar la capacitación necesaria para los Estados Miembros.

Eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis

29. El progreso hacia la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis continuó durante el período de este informe, de acuerdo con la *Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita* del 2010 (documento [CD50/15](#) [2010]). La Oficina prestó cooperación técnica específica a los países con grandes brechas de cobertura de los servicios esenciales, que incluyó la creación de capacidad, el fortalecimiento de las redes y los servicios de laboratorio, y las evaluaciones en los países. En colaboración con los CDC, también se elaboró un nuevo documento de orientación sobre el aumento de las pruebas para la sífilis, mediante un proceso para lograr el consenso regional.

30. En diciembre del 2014, la Oficina, con el apoyo de la OMS y el UNICEF, publicó una actualización sobre el progreso regional hacia las metas fijadas en la estrategia y plan de acción del 2010. Algunos de los resultados del informe son que entre el 2010 y el 2013, las pruebas de detección del VIH y los servicios de orientación para embarazadas aumentaron en 18% y, a nivel regional, esta cifra llegó al 74%; el tratamiento antirretrovírico aumentó en más de 57%, para llegar a 93% de las embarazadas con la infección por el VIH; y la realización de la prueba de sífilis en las embarazadas permaneció estable en 80%. Además, los datos de siete países y territorios —Anguila, Barbados, Canadá, Cuba, Estados Unidos, Montserrat y Puerto Rico— presentaron una alta coincidencia con un perfil de eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis.⁵

31. En marzo del 2015, la Región de las Américas pasó a ser la primera Región de la OMS en llevar a cabo una evaluación de la validación formal de la eliminación a nivel nacional de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis, en este caso el país fue Cuba. En estrecha colaboración con la OMS, la Oficina elaboró una estrategia y herramientas de validación; asimismo, la Directora de la OPS designó a un comité independiente de validación regional para emprender el proceso con el apoyo de expertos de la Oficina y del UNICEF.

32. Como resultado de este proceso, en junio del 2015, Cuba recibió la validación de la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis, para convertirse en el primer país del mundo en lograrla. Entretanto, Barbados, las Islas Vírgenes Británicas y

⁵ Se considera que la transmisión maternoinfantil (TMI) de la infección por el VIH ha sido eliminada cuando hay menos de 50 casos por 100.000 nacidos vivos y una tasa de menos de 5% en la población amamantada o de menos de 2% en las poblaciones no amamantadas. En cuanto a la sífilis, la TMI se considera eliminada cuando hay menos de 50 casos por 100.000 nacidos vivos.

Jamaica presentaron solicitudes de validación de la eliminación de la transmisión materno-infantil de una o ambas enfermedades.

Tuberculosis y malaria

33. Durante el período de este informe, cuatro ciudades nuevas —Ciudad de Guatemala (Guatemala), Tijuana (México), Asunción (Paraguay) y Montevideo (Uruguay)— pasaron a formar parte de la iniciativa para el control de la tuberculosis en grandes ciudades, una iniciativa de la OPS apoyada por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Para junio del 2015, otras tres ciudades tenían previsto asociarse, lo que arroja un total de 11 ciudades de toda la Región participantes en este programa innovador, que procura acelerar el control de la tuberculosis por medio de un enfoque que abarque toda la sociedad.

34. La Oficina pasó oficialmente a formar parte como asociada en el consorcio para la eliminación de la malaria en Haití, que inició sus actividades en febrero del 2015 con una subvención por la cantidad de \$29,9 millones de la Fundación Bill y Melinda Gates para apoyar las actividades de eliminación de la malaria en la isla La Española. El consorcio, encabezado por los CDC, incluye a la OPS, el Centro Carter, la Iniciativa Clinton de Acceso a la Salud, la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, y el centro de la Universidad de Tulane dedicado a la investigación y evaluación aplicadas sobre la malaria.

35. El trabajo del consorcio también contribuirá al logro de las metas fijadas por la iniciativa financiada por el Fondo Mundial para la eliminación de la malaria en Mesoamérica y La Española, y el plan binacional Haití–República Dominicana para eliminar la malaria y la filariasis linfática en La Española para el 2020. De los 21 países de la Región de las Américas donde la malaria es endémica, 14 tienen iniciativas en curso para la eliminación de la malaria. En respuesta a una solicitud de Argentina, la Oficina y la OMS iniciaron el proceso para certificar la eliminación de la malaria en su territorio nacional.

Eliminación de enfermedades infecciosas desatendidas

36. La Región también logró avances hacia la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas durante el período de este informe, en particular, la oncocercosis y la enfermedad de Chagas. En septiembre del 2014, Ecuador se convirtió en el segundo país del mundo (después de Colombia en el 2013) en el que se verificó la eliminación de la oncocercosis o ceguera de los ríos. En los meses siguientes, Guatemala y México presentaron solicitudes de verificación. En la actualidad, subsisten solo dos focos de esta enfermedad en la Región de las Américas, ambos en la zona habitada por los yanomami, en la frontera entre Brasil y Venezuela.

37. También en el 2014, el estado de São Paulo (Brasil) recibió la verificación por parte de un equipo internacional de expertos reunido por la OPS/OMS de la eliminación

de la enfermedad de Chagas como problema de salud pública. A pesar del progreso en Brasil y otros países afectados, unos 6 millones de personas del continente todavía tienen la enfermedad de Chagas.

Veinte años de “indicadores básicos”

En el 2014, la Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud y Perfiles de País de la OPS celebró el vigésimo aniversario de su publicación *Situación de salud en las Américas: Indicadores básicos*. El folleto de 12 páginas se publica anualmente y presenta datos actualizados y de alta calidad para guiar la cooperación técnica de la Oficina, y facilitar la vigilancia y el seguimiento de las metas regionales y mundiales de salud. Los datos se recaban, se procesan y se examinan en colaboración con ministerios de salud y las oficinas de estadística y planificación de los Estados Miembros. La iniciativa forma parte del [Observatorio Regional de Salud](#) de la OPS/OMS.

Progreso en materia de sanidad animal

38. En enero del 2015, el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa de la OPS (PANAFTOSA) ubicado en Río de Janeiro marcó el hito para la sanidad animal de tres años consecutivos en la Región de las Américas sin ningún caso de esta enfermedad debilitante que suele ser fatal para el ganado. Gracias a estos mismos esfuerzos, la OIE entregó a Bolivia, Ecuador y Paraguay el reconocimiento formal como países libres de la fiebre aftosa.

39. La ausencia de la fiebre aftosa garantiza que se críe ganado más saludable y que esta actividad sea más productiva, promueve la seguridad alimentaria y ayuda a mantener el valor de las exportaciones internacionales de la Región lo que, por lo tanto, contribuye al desarrollo socioeconómico.

40. Para proteger estos logros, PANAFTOSA estableció un banco de vacunas y antígenos contra la fiebre aftosa (a petición de la Comisión Sudamericana para la Lucha contra la Fiebre Aftosa, COSALFA) y un nuevo laboratorio de referencia de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura/Organización Mundial de Sanidad Animal (FAO/OIE) para la fiebre aftosa en el Laboratorio Nacional Agrícola del Brasil, situado en Minas Gerais.

41. En el Caribe, la Oficina ejerció la coordinación con la Universidad de las Indias Occidentales, el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA) y la FAO para iniciar el programa denominado *Serie de liderazgo en “Una salud”* destinado a la formación de capacidad que promueve la acción intersectorial al agrupar a profesionales de la salud, la agricultura y los sectores ambientales. El programa se basa en la política “Una salud” de CARICOM, elaborada por la OPS y la FAO y ratificada por los ministros de salud de la subregión en el 2014 y por los ministros de medioambiente en el 2015. Esta serie de política y liderazgo aborda los problemas de salud en el punto de contacto humano-animal-medioambiente, incluida la seguridad alimentaria, el turismo, las zoonosis, el abastecimiento y la calidad del agua, y el cambio climático.

Enfrentar la carga de las enfermedades no transmisibles

42. El número de personas que sufren y mueren por causa de las ENT en los países de la Región de las Américas sigue aumentando como resultado del crecimiento y el envejecimiento de la población, a pesar del éxito logrado en reducir las tasas de las enfermedades cardiovasculares. Los datos más recientes de la OPS indican que 4,5 millones de personas mueren cada año en la Región por causa de las ENT y sus factores de riesgo, de ellas, 1,5 millones en forma prematura (en las edades de 30 a 69 años). La mitigación de esta carga cada vez mayor y su repercusión sobre los sistemas de salud es fundamental para asegurar el progreso hacia la salud universal. En el 2014-2015, la cooperación técnica de la Oficina en materia de las ENT comprendió desde el apoyo a la legislación y los reglamentos nacionales relacionados con el tabaco, el alcohol y otros factores de riesgo hasta estudios piloto de un nuevo modelo para mejorar el tratamiento y el control de la hipertensión.

43. Un adelanto importante en esta esfera fue la aprobación por los Estados Miembros de la OPS en octubre del 2014 de un nuevo *Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia* (documento [CD53/9, Rev. 2](#) [2014]). Este plan, el primero de este tipo en una región de la OMS, procura detener la epidemia de la obesidad que aumenta aceleradamente en la Región en niños y jóvenes, el grupo de edad cuyo estado nutricional y hábitos alimentarios forjarán la salud del futuro.

44. El plan se dirige a los entornos cada vez más “obesogénicos” en los cuales están creciendo los niños de la Región como resultado de la urbanización, la modernización, y el mercadeo y el comercio mundiales. Estas fuerzas han aumentado tanto la disponibilidad como la asequibilidad de los alimentos y bebidas ultraprocesados, de alto contenido calórico y de bajo valor nutricional, en detrimento de alimentos integrales y frescos, al tiempo que disminuyen las oportunidades para la actividad física.

45. Para contrarrestar estas condiciones, en el plan se proponen cinco líneas estratégicas de acción: 1) atención primaria de salud y promoción de lactancia materna y la alimentación saludable; 2) mejoramiento del entorno con respecto a la nutrición y la actividad física en los establecimientos escolares; 3) políticas fiscales y reglamentación de la publicidad y etiquetado de alimentos; 4) otras medidas multisectoriales; y 5) vigilancia, investigación y evaluación.

Reducción de los factores de riesgo de las ENT mediante la reglamentación

46. La reducción de la exposición a las bebidas alcohólicas, el tabaco y los alimentos no saludables al elegir la “opción saludable, la alternativa más fácil” ha demostrado ser una de las maneras más costoeficaces para reducir las ENT. La nueva iniciativa de la OPS, denominada REGULA (fortalecimiento de la capacidad regulatoria de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles) apunta hacia el fortalecimiento de la capacidad de los países para elaborar y aplicar medidas legislativas, reglamentarias y fiscales con este fin. Los ejemplos incluyen el aumento de los impuestos a las bebidas

azucaradas, incentivos de precios para los productos alimentarios saludables, etiquetado nutricional y advertencias frontales sobre la salud en los envases, y restricciones a la comercialización de productos nocivos.

47. Durante el período de este informe, la Oficina elaboró un documento técnico de referencia como parte de la iniciativa REGULA y convocó a un grupo de expertos de Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Estados Unidos, México y Perú para examinar el documento y proponer líneas de acción para la cooperación técnica en esta esfera. El grupo determinó cuatro líneas clave de acción para la Oficina: *a)* vigilancia constante de los factores de riesgo de las ENT y evaluación de los procesos regulatorios; *b)* establecimiento de estructuras institucionales, financiamiento y procesos para las entidades regulatorias; *c)* mejora de los conocimientos técnicos especializados para controlar los riesgos de las ENT; y *d)* promoción de la investigación sobre la eficacia de las medidas regulatorias y las mejores prácticas para reducir los riesgos de las ENT.

48. En enero del 2015, la Oficina reunió a varios expertos en mercadeo y reglamentación de las bebidas alcohólicas de países del continente americano y de Europa, Australia, India y Sudáfrica para analizar la evidencia de los efectos del mercadeo del alcohol, en particular en la población joven, y la eficacia de la reglamentación voluntaria en contraposición con la reglamentación estatutaria. Los expertos llegaron a la conclusión de que la publicidad y la promoción del alcohol deben ser reglamentadas, vigiladas y evaluadas por los gobiernos, sin interferencias de la industria del alcohol, y que las prohibiciones integrales del mercadeo del alcohol son las más eficaces. Instaron a la Oficina a que orientara a los Estados Miembros para la elaboración y aprobación de leyes a este respecto.

Consortio “Cuidate de la Sal”

El Consortio “Cuidate de la Sal” de la OPS es un ejemplo de la colaboración voluntaria entre los defensores de la salud y el sector privado para impulsar las metas de salud pública. La iniciativa aprovecha los esfuerzos exitosos para convencer a los fabricantes de alimentos de varios países de la Región de que reduzcan el contenido de sal de los alimentos procesados, de acuerdo con las recomendaciones mundiales y regionales para lograr la disminución de los casos de hipertensión y enfermedades cardiovasculares. En el 2014, el Consortio elaboró una serie de principios y metas específicos a fin de guiar las actividades de toda la Región para disminuir el contenido de sal en los alimentos, que van desde el pan y las galletas hasta las sopas y las carnes procesadas.

Apoyo a los países en la defensa de la regulación del mercado

49. No es sorprendente que las leyes y los reglamentos obligatorios encaminados a reducir el consumo de tabaco, alcohol, bebidas azucaradas y alimentos ultraprocesados hayan suscitado la resistencia de los fabricantes de estos productos. La oposición de la industria ha variado desde iniciativas para influir en el público y debates entre los gobiernos, hasta acciones judiciales para impedir la aplicación de esas medidas.

50. En respuesta a solicitudes de los Estados Miembros, la Oficina ha apoyado a los gobiernos no solo en los aspectos técnicos de la legislación y los reglamentos vigentes sino también para contrarrestar los intentos de la industria de socavar estas medidas. Algunos de estos ejemplos en el período de este informe fueron:

- En apoyo de Uruguay, la Oficina presentó, en el Centro Internacional del Grupo del Banco Mundial para el Arreglo de las Controversias de Inversiones, un informe de *amicus curiae* en el que defendía la legislación sobre el control del tabaco que Philip Morris International está impugnando.
- En Ecuador, la Oficina prestó un apoyo similar para las regulaciones que exigían el etiquetado nutricional frontal de los envases de alimentos procesados.
- La Directora de la OPS manifestó su apoyo por escrito a la legislación de Perú relativa a los alimentos saludables para niños y adolescentes ante el comité de salud del Congreso y el Ministro de Salud, mientras que varios expertos técnicos de la Oficina aportaron evidencia para fundamentar el debate acerca de los nuevos reglamentos para aplicar la ley.
- En Jamaica, la OPS ayudó al Ministerio de Salud a que defendiera las nuevas medidas de control del tabaco frente a la oposición de la industria, lo que incluyó la concientización sobre las medidas al nivel ministerial superior.
- De manera más reciente, la Representación de la OPS/OMS en Chile colaboró con la oficina de la FAO en el país para contrarrestar los intentos de la industria para impedir la aplicación de nuevos reglamentos que exigían el etiquetado frontal de advertencia en los envases de alimentos procesados con alto contenido de azúcar, sal o grasas saturadas.

51. En otro de los logros relacionados con el tema que se alcanzó en el período cubierto por este informe, Nicaragua y Uruguay se convirtieron en los primeros países del mundo en ratificar el nuevo protocolo de la OMS para eliminar el comercio ilícito de los productos de tabaco.

Abordar los determinantes sociales y ambientales de la salud

52. Otro de los logros destacados en materia de salud pública alcanzados el pasado año es la aprobación por parte del 53.º Consejo Directivo de la OPS del *Plan de acción sobre la salud en todas las políticas* (documento [CD53/10, Rev. 1](#) [2014]), el primero de su clase entre las regiones de la OMS. El plan promueve un enfoque de política pública que considera sistemáticamente las posibles consecuencias para la salud de todas las decisiones de política, procura crear sinergias para proteger y promover la salud, y aborda las condiciones sociales y ambientales que repercuten en la salud.

53. En marzo del 2015, la Oficina convocó una consulta de expertos en la que especialistas reconocidos mundialmente prepararon una hoja de ruta quinquenal con recomendaciones y actividades propuestas para ejecutar el plan de acción. De acuerdo

con sus recomendaciones, la Oficina estableció un grupo de estudio especial para definir un conjunto de indicadores básicos que reflejen el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que pueden utilizarse para promover acciones intersectoriales y observar su repercusión sobre la salud. El grupo de estudio también aportará a los países conocimientos técnicos especializados y orientación para cumplir los ODS de acuerdo a las solicitudes.

54. En consonancia también con las recomendaciones de la consulta de expertos, Suriname fue sede de la primera capacitación subregional sobre la “salud en todas las políticas” para técnicos ministeriales, asesores de política y miembros de organizaciones no gubernamentales.

Liderar con el ejemplo: Nuevos métodos de medición de la desigualdad en materia de salud

Los promedios nacionales son indicadores insuficientes para analizar y abordar las inequidades en materia de salud. Como parte de su compromiso de larga data con la equidad de salud y el desarrollo sostenible, en el 2014 la Oficina adoptó una nueva serie de métodos para medir los cambios en la desigualdad en materia de salud. Los métodos de medición, que fueron sometidos a un riguroso examen crítico, constan de dos mediciones de la desigualdad que deben usarse junto con cuatro indicadores clave: mortalidad infantil, mortalidad materna, muerte prematura debida a las ENT y mortalidad susceptible de atención de salud, es decir, defunciones prematuras que se podrían haber mediante la atención de salud oportuna y eficaz.

Los nuevos métodos de medición constan de un indicador absoluto de gradiente, el “índice de la pendiente sobre la desigualdad” y un indicador relativo de la brecha, la “diferencia de rango relativa”. Ambos se aplicarán a los cuatro indicadores de salud, usando grupos de países definidos por el índice de necesidades de salud establecido en la Política del Presupuesto de la OPS. Los nuevos métodos de medición fueron aprobados por el Consejo Directivo de la OPS en el 2014, y su adopción hace de la Oficina Sanitaria Panamericana la primera oficina regional de la OMS —y el primer organismo del sistema de Naciones Unidas— que utiliza indicadores y metas cuantificables sobre la equidad en materia de salud para evaluar el impacto de sus propios programas de cooperación técnica.

El cambio climático y la salud

55. Se reconoce que el cambio climático es una grave amenaza para la salud pública. La OMS calcula que, a nivel mundial entre los años 2030 y 2050, el cambio climático ocasionará otras 250.000 muertes al año debido a la desnutrición, la malaria, la diarrea y el estrés térmico.

56. Como parte de su labor en esta área, la Oficina asumió un papel de liderazgo en la 20.^a Conferencia de las Partes a la Convención Marco sobre Cambio Climático de las Naciones Unidas, celebrada en diciembre del 2014 en Lima (Perú). Junto con el Ministro de Salud del Perú, la Oficina ayudó a persuadir a los negociadores para que incluyeran a la salud (que se había omitido) en los documentos de trabajo y para que consideraran explícitamente las consecuencias para la salud del cambio climático, en especial con respecto a los aspectos relativos a la equidad. Este logro creó las condiciones para que la

comunidad de salud pública se asegure de que a partir de ahora la salud y la equidad en materia de salud sean temas prioritarios en el documento que se negociará en diciembre del 2015. También brinda una oportunidad de destacar los beneficios para la salud de las actividades de mitigación bien planificadas, entre ellas las que buscan reducir la contaminación del aire.

57. También durante el período de este informe, la Oficina reunió a los representantes de 15 países de la Región a fin de prepararse para la aplicación de las directrices de la OMS sobre la calidad del aire, que procuran mitigar la contaminación del aire y su repercusión tanto en el cambio climático como en la salud a nivel local. En el contexto de las directrices, los participantes examinaron los programas nacionales existentes en sus países para reducir el uso de combustibles sólidos, y hacer la transición a tecnologías y combustibles más limpios.

Establecimientos de salud inteligentes en el Caribe

58. Los huracanes, las tormentas tropicales y otros desastres relacionados con el clima pueden perturbar considerablemente el acceso a los servicios de salud. Sin embargo, el propio sector de la salud es uno de los principales contribuyentes al cambio climático debido al impacto ambiental de los establecimientos de salud. La iniciativa de la OPS sobre hospitales inteligentes ayuda a los países a reducir la huella ambiental de los establecimientos de salud nuevos o existentes, a la vez que se aumenta también su seguridad y su capacidad de recuperación en caso de desastres.

59. En el período de este informe, la Oficina trabajó con las autoridades de salud y de respuesta a los desastres de Belice, las Islas Vírgenes Británicas y Granada para examinar los establecimientos de salud propuestos y existentes por medio de la lista de verificación de los hospitales inteligentes a fin de aumentar su eficiencia en el uso del agua y los recursos energéticos, y reducir los riesgos. El Ministerio de Salud de Belice utilizó los resultados del examen para persuadir al Ministerio de Finanzas de que aumentara la asignación de recursos para el sector de la salud.

60. Una vez finalizada con éxito la primera fase de la iniciativa de hospitales inteligentes en Saint Kitts y Nevis, en mayo del 2015 el Departamento del Reino Unido para el Desarrollo Internacional decidió prorrogar el financiamiento para la ejecución de la iniciativa en Dominica, Granada, Santa Lucía, y San Vicente y las Granadinas.

Informe regional sobre la seguridad vial

61. En mayo del 2015, la Oficina publicó la versión más reciente del *Informe sobre la situación de la seguridad vial en la Región de las Américas*. El informe indica que en el año 2010 murieron en América Latina y el Caribe unas 150.000 personas debido a las traumatismos causados por el tránsito. De estas defunciones, 27% fueron de peatones, 20% de motociclistas y 3,7% de ciclistas. El informe también indica que 42% de la población de América Latina y el Caribe ahora está protegida por leyes relacionadas con

el alcohol y el manejo de vehículos. Sin embargo, de los 14 países que tienen leyes que fijan los límites de concentración de alcohol en la sangre, solo cinco de ellos —Costa Rica, Ecuador, Honduras, Panamá, y San Vicente y las Granadinas— informan que el cumplimiento es estricto. De igual manera, han mejorado las leyes sobre el uso de los cascos para los motociclistas, pero se necesitan más esfuerzos para hacer cumplir esas leyes y conseguir que los cascos cumplan con las normas de calidad. En el informe se aboga por la aplicación más estricta de la ley de tránsito para reducir las muertes causadas el tránsito y, en especial, para proteger a los usuarios más vulnerables de las vías de tránsito.

Informe de situación sobre prevención de la violencia en la Región de las Américas

62. En marzo del 2015, la Oficina publicó el *Informe sobre la situación de la prevención de la violencia en la Región de las Américas, 2014*. En él se presenta información actualizada sobre la prevención de la violencia interpersonal en la Región, basada en el *Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014*, un informe colaborativo elaborado por la OMS y sus oficinas regionales, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC).

63. Para el informe regional, la Oficina recopiló información de 21 países de la Región de las Américas, que representan 88% de población de la Región. Según el informe, se calcula que en el 2012 hubo 165.617 defunciones en los países de ingresos bajos y medianos de América Latina y el Caribe debidas a homicidios, y que tres cuartas parte de ellos fueron perpetrados con armas de fuego. Esto representa 28,5 homicidios por 100.000 personas, cifra más de cuatro veces superior a la tasa mundial de homicidios (6,7 por 100.000). En el informe también se indica que tres cuartas partes de los países de la Región tienen planes nacionales de acción para reducir la violencia y que todos los países tienen leyes que reglamentan las armas de fuego. Sin embargo, en una tercera parte de estos faltaban datos, lo que sugiere que gran parte de la planificación y la formulación de políticas se hace sin evidencia.

64. El informe de situación brindará apoyo a la formulación de políticas de los Estados Miembros y al diseño de planes e iniciativas eficaces, entre otros, programas para reducir la disponibilidad y el consumo nocivo de alcohol, leyes y programas para reducir el acceso a las armas de fuego y los cuchillos, iniciativas para cambiar las normas de género que ayudan a perpetuar la violencia contra la mujer, programas para mejorar las aptitudes de los padres y las destrezas para la vida de la población infantil y adolescente, además de campañas de información pública para prevenir el maltrato a los ancianos.

Promoción de la salud de las madres, los niños y los adolescentes

65. La salud materna sigue siendo motivo de gran preocupación en toda la Región y constituye un obstáculo particular en el avance hacia la salud universal. El Objetivo de

Desarrollo del Milenio 5 fue uno de los pocos ODM que América Latina y el Caribe no pudo cumplir: a pesar de que las defunciones maternas descendieron en promedio un 2,2% por año, esta cifra que equivale a menos de la mitad de la disminución anual de 5,5% necesaria para alcanzar el ODM 5. Esta deficiencia fue el resultado de las brechas en la capacidad de los países para asegurar servicios integrales, de buena calidad y universalmente accesibles de salud sexual y reproductiva, además de la pobreza y otros determinantes sociales de la salud.

66. Un área prioritaria de acción durante el período de este informe fue el mejoramiento de la capacidad de los profesionales de la salud que trabajan en atención perinatal para responder a la hemorragia obstétrica, una de las principales causas de muerte materna. Estas actividades formaron parte de la iniciativa “Cero muertes maternas por hemorragia”, encabezada por el Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR), de la OPS, con apoyo de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG). La iniciativa está dirigida a las zonas subnacionales con razones de mortalidad materna altas (más de 70 por 100.000 nacidos vivos). Los países participantes son Bolivia, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Paraguay, Perú y República Dominicana.

67. La Oficina impartió capacitación dirigida a los profesionales de salud de estos países sobre el tratamiento eficaz de la hemorragia obstétrica en entornos clínicos y por medio de planes nacionales de trabajo. La Oficina también suministró 16 simuladores de parto y 32 prendas antichoque no neumáticas para utilizarlas en los talleres a nivel nacional en los que otros 210 proveedores de servicios de salud recibieron capacitación. De manera más reciente, Nicaragua también adoptó el mismo enfoque de capacitación.

68. Las complicaciones del aborto en condiciones inseguras son otra causa importante de muerte materna en la Región. Es muy difícil recopilar datos sobre el problema debido a la naturaleza ilegal de los abortos y la falta de registros fiables de los casos relacionados con ellos en los sistemas de salud de los países. Sin embargo, según cálculos de la OPS, alrededor de 4 millones de mujeres tienen abortos cada año tan solo en América Latina y la gran mayoría de ellos son peligrosos.

69. Para mejorar la recopilación de datos sobre los abortos, tanto legales como ilegales, y sobre la calidad de la atención para las mujeres que los tienen, CLAP/SMR preparó un registro clínico especial para el aborto como parte de su Sistema de Información Perinatal (SIP). En abril del 2015, CLAP/SMR y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia convocaron a expertos de toda la Región para una reunión en Panamá destinada a validar el formulario SIP-A. Los expertos formularon un plan de trabajo de seis meses para perfeccionar el formulario según las necesidades del país y para su incorporación en las aplicaciones ubicadas en la web y en dispositivos móviles del SIP. La OMS también está haciendo planes para utilizar el formulario SIP-A a fin de emprender un estudio multinacional sobre la atención de los abortos.

Una promesa renovada para la Región de las Américas

Durante el período de este informe, la Oficina ejerció las funciones de secretaría técnica de “Una promesa renovada para las Américas”, un movimiento interinstitucional destinado a reducir las inequidades profundas en materia de salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente que subsisten en América Latina y el Caribe. La labor llevada adelante durante el período incluyó la determinación de los déficits y las oportunidades de financiamiento, la creación de una base de datos digital para artículos y documentos sobre desigualdades de salud, y una serie de eventos regionales encaminados a fomentar el debate político y técnico sobre la equidad y la salud maternoinfantil.

A nivel de país, el movimiento empezó a impartir una serie de talleres de capacitación a fin de aumentar la capacidad de los ministerios de salud para la medición y vigilancia de las desigualdades en torno a la salud a los niveles nacional e infranacional.

70. El embarazo en las adolescentes tiene una repercusión considerable sobre la salud maternoinfantil y los resultados socioeconómicos. Estos embarazos aumentan los riesgos de salud tanto para la madre como para el niño, además de limitar las perspectivas de las adolescentes en cuanto a su educación y empleo futuro. La OPS ha sido un actor clave en la formación de alianzas estratégicas y la promoción de actividades para abordar este problema en América Latina y el Caribe, región que tiene una de las tasas más altas de fecundidad de adolescentes de todo el mundo (superada solo por el África subsahariana).

71. En el 2014, el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA), así como las primeras damas de Centroamérica respaldaron un plan subregional para evitar el embarazo de adolescentes, basado en los resultados de un simposio internacional encabezado por la Oficina, a principios de ese mismo año. Las áreas prioritarias son: mejoramiento de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes, capacitación del personal de salud, promoción de entornos favorables, tanto legislativos como de política, ampliación y mejoramiento de la educación sexual, y fomento de la participación de los jóvenes. La Oficina está prestando apoyo a la ejecución del plan en los países.

Temas transversales: género, equidad, derechos humanos y etnicidad

72. En el Plan Estratégico de la OPS se especifican cuatro temas transversales —género, equidad, derechos humanos y etnicidad— que se incorporarán de manera prioritaria a toda la cooperación técnica de la Organización. En diciembre del 2014, la Directora estableció un nuevo grupo de trabajo interprogramático encargado de facilitar este proceso. Sus responsabilidades son: asegurar que la información pertinente para estos temas se intercambie entre los diferentes departamentos y unidades, además del diseño y la ejecución de iniciativas para promover el trabajo colaborativo en esta materia. En el período de este informe, el grupo de trabajo organizó un curso de capacitación para todos los funcionarios de la OPS acerca de los determinantes sociales de la salud en el contexto de los temas transversales. Se instó a los participantes a que encontrarán maneras prácticas de incorporar estos temas en su trabajo y estos resultados se utilizaron

para definir una serie de pautas destinadas a integrar los temas transversales en el trabajo de la Organización.

73. En respuesta a un mandato del 52.º Consejo Directivo de la OPS de abordar las disparidades en el acceso a los servicios y su utilización por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans (LGBT) (documento [CD52/18](#) [2013]), la Oficina organizó la primera reunión regional sobre la salud de las personas LGBT y los derechos humanos en diciembre del 2014. Representantes de ministerios de salud, organizaciones de derechos humanos, universidades y la sociedad civil se reunieron para considerar las barreras que entorpecen el acceso de las personas LGBT a los servicios de salud necesarios, así como las experiencias exitosas para superar estas barreras. Entre otros resultados, en la reunión se elaboraron recomendaciones para estrategias e iniciativas encaminadas a recopilar y analizar datos relativos a la eficiencia de los servicios de salud de la Región en cuanto a satisfacer las necesidades de la comunidad LGBT.

74. En el ámbito del género y la salud, la Oficina culminó una evaluación final del plan de acción 2009-2014 para la aplicación de la *Política en materia de igualdad de género de la OPS* (documento CD54/INF/2 [2015]), basada en las autoevaluaciones de 32 países y territorios. Los principales resultados fueron:

- La proporción de los Estados Miembros que cuentan con políticas y planes sobre género y salud pasó de 47% en el 2011 a 59% en el 2014.
- La proporción de países con presupuestos dedicados a cuestiones de género y salud aumentó de 39% a 44%.
- Las unidades técnicas de la Oficina dijeron haber usado datos desglosados por sexo en 72% de las directrices emitidas entre el 2009 y el 2014.
- Ochenta y ocho por ciento de los Estados Miembros dijeron haber usado este tipo de datos en sus propias directrices.
- Solo 20% de los Estados Miembros dijeron haber monitoreado activamente los compromisos del sector de la salud de su país con respecto a la integración de la perspectiva de género.

75. La conclusión del informe es que tanto la Oficina como los Estados Miembros de la OPS han logrado avances en la ejecución de la Política en Materia de Igualdad de Género, pero este progreso ha sido desigual. En el informe se insta a que las asignaciones presupuestarias para esta área de trabajo sean más sostenibles y se solicita que aumente la recopilación y el análisis de los datos desglosados por género a fin de dar apoyo a la promoción de la causa, la formulación de políticas y la programación.

Alianzas en torno a los preparativos y la respuesta ante situaciones de emergencia en cuestiones de salud

76. Las actividades de la OPS en el manejo de desastres procuran aumentar la capacidad del sector de la salud para prevenir o reducir las consecuencias de las emergencias, los desastres y las crisis en la esfera de la salud. En el 2014, la Oficina prestó cooperación técnica y movilizó recursos para mitigar los riesgos de desastres y mejorar los preparativos y la respuesta en América Latina y el Caribe. Estos recursos sumaron más de \$8,6 millones en ayuda humanitaria para satisfacer las necesidades de salud de las personas afectadas por las inundaciones en Bolivia y Paraguay, la sequía y la escasez de alimentos en Guatemala y Honduras, y por fenómenos climáticos extremos en tres países del Caribe oriental. La Oficina también siguió atendiendo las necesidades humanitarias de las poblaciones desplazadas en Colombia, así como la recuperación relacionada con la salud en Haití.

77. Durante el período del informe, la OPS siguió al frente de la integración de la gestión integral de los desastres en el sector de la salud de los Estados Miembros de CARICOM. La Oficina contribuyó a la finalización de una estrategia subregional y marco de programación para el período 2014-2024 basados en este enfoque, así como de un plan de acción y marco de seguimiento del desempeño. La Oficina está también brindando apoyo al establecimiento de un nuevo equipo de evaluación y coordinación en caso de desastres de CARICOM, que tiene por objeto mejorar el apoyo a los países durante las emergencias y coordinar mejor la evaluación de los daños y el análisis de las necesidades. La capacitación para los miembros del equipo de evaluación y coordinación en caso de desastres de CARICOM empezó en mayo del 2015 y se tenía previsto que los equipos estuvieran en funcionamiento en agosto del 2015.

78. Los expertos de la Oficina también brindaron apoyo al grupo de asociados para el desarrollo del Caribe oriental sobre la gestión de desastres, que facilita la coordinación de la asistencia externa de urgencia a los países del Caribe oriental afectados por grandes desastres. En febrero del 2014, la Oficina participó en una práctica tras un desastre para examinar la respuesta de emergencia a las lluvias intensas que, en el 2013, afectaron a Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas.

79. La Oficina también fortaleció su coordinación con los 35 miembros del Grupo de Trabajo sobre Riesgo, Emergencias y Desastres en América Latina y el Caribe (REDLAC), bajo la coordinación de la Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA). Los expertos de la Oficina ayudaron a revisar un curso de capacitación sobre la nueva arquitectura humanitaria, dirigieron sesiones relacionadas con la salud durante los eventos internacionales para mejorar la respuesta a los desastres, y participaron en los trabajos para mejorar la coordinación entre los distintos grupos de acción e instituciones durante las emergencias.

80. En coordinación con el Organismo Andino de Salud (ORAS-CONHU), la Oficina prosiguió su trabajo con los ministerios de salud de la zona andina para poner en práctica

las líneas estratégicas del plan estratégico de esta subregión para la gestión de riesgos de desastres en el sector de la salud (2013-2017). En el 2014, la Oficina brindó apoyo a la incorporación del plan a nivel político en los ministerios de salud de Ecuador y Chile; a la organización de simulacros y prácticas entre países para Perú y Bolivia, Colombia y Ecuador, y Chile y Perú; y la formulación de planes de emergencia transfronterizos.

Progreso de la salud en el programa interamericano

81. Como parte de sus esfuerzos para promover la salud universal y mantener la salud entre las prioridades más altas de la agenda política de la Región, la Oficina colaboró con el Grupo de Trabajo Conjunto de Cumbres y el Grupo de Revisión de la Implementación de Cumbres de la Organización de los Estados Americanos (OEA) en un documento de “Mandatos para la acción” preparado para la VII Cumbre de las Américas celebrada en Panamá en abril del 2015. La Oficina hizo aportes técnicos durante los debates que culminaron en un consenso de los Estados Miembros de la OEA acerca de los ocho párrafos relacionados con la salud, que fueron incluidos en el documento final. Los párrafos apoyaban temas prioritarios relacionados con la salud como el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud; los brotes de enfermedades, la respuesta a ellos y el Reglamento Sanitario Internacional; las ENT; el agua y saneamiento; la alimentación y la nutrición, y la salud maternoinfantil.

82. En varias actividades relacionadas, la Oficina contribuyó a la redacción de una nueva Convención Interamericana sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Mediante su participación en un grupo de trabajo especial de la OEA, los expertos de la Oficina ayudaron a incorporar temas relacionados con la salud de particular importancia para los adultos mayores, entre otros, el acceso a cuidados paliativos, los derechos humanos en los servicios de atención a largo plazo, el acceso preferente a servicios de salud integrales, así como mecanismos legales para asegurar el consentimiento fundamentado y la expresión explícita de las preferencias en cuanto al apoyo al final de la vida. La Convención fue adoptada por la Asamblea General de la OEA en junio del 2015 y es el primer tratado internacional sobre los derechos de los adultos mayores.

Capítulo II. Mejoramiento de la eficiencia y la eficacia institucionales

83. Durante el período de este informe, la Oficina prosiguió con sus actividades para fortalecer la eficiencia institucional, controlar los riesgos eficazmente, mejorar la transparencia y la rendición de cuentas, además de asegurar el tratamiento ético y justo en el lugar de trabajo.

Evaluación y supervisión internas

84. Un adelanto importante en el período fue una iniciativa nueva de supervisión establecida para mejorar el proceso de evaluación dentro de la Oficina. Desde su inicio, este proceso ha adolecido de una falta de coordinación de las tareas de evaluación que examinan objetivamente el desempeño y la repercusión de los programas y las actividades. Una proporción considerable de esta actividad de evaluación ha sido impulsada por los asociados que aportan financiamiento externo. Aunque los informes de evaluación habían revelado enseñanzas importantes para la Oficina, en general, los resultados se habían limitado a programas individuales o representaciones específicas, con poco intercambio de enseñanzas en toda la Oficina.

85. En marzo del 2015, la Oficina preparó el primero de una serie planificada de informes dos veces al año que consolidarían las principales enseñanzas extraídas de los informes de evaluación para su difusión en toda la Organización. La meta es abrir las puertas al uso de tareas de evaluación cuyo alcance se extienda más allá de los programas individuales o las oficinas en los países y, de esta forma, alimentar las mejoras en curso y los procesos de toma de decisiones de la Oficina, y agregarlos tanto a la memoria institucional como al desarrollo institucional.

86. También en el ámbito de la supervisión interna, la Oficina contrató a un auditor interno a finales del 2014 para evaluar los riesgos y los controles internos del programa Mais Médicos en Brasil. El auditor efectuará cuatro auditorías internas por año mientras dure el programa.

Tecnología y gestión de la información

87. Uno de los adelantos internos más importantes durante el período de este informe fue la implementación de módulos clave del nuevo Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana (PMIS). Esta iniciativa, que tiene un presupuesto de \$22,5 millones, modernizará y mejorará el apoyo a las operaciones y la cooperación técnica de la Oficina. En la segunda mitad del 2014 y la primera mitad del 2015, se puso en marcha el módulo de gestión de recursos humanos y el componente de nómina de sueldos del proyecto (fase 1), y empezó la implementación de la parte de finanzas del sistema (fase 2, que estará terminada a comienzos del 2016). En la fase 1 se reemplazaron muchos de los sistemas antiguos de recursos humanos de la Oficina, mientras que en la fase 2 se reemplazarán los principales sistemas financieros antiguos: AmpesOmis, AMS/FMS (Sistema de Gestión de Adjudicaciones/Sistema de Gestión Financiera),

FAMIS (Sistema de Gestión de Contabilidad y Finanzas e Información), ADPICS (Sistema Avanzado de Compras y Control de Inventario) y SOS (sistema simplificado de búsqueda en línea). Varios de los demás sistemas actuales seguirán funcionando fuera del PMIS, entre ellos, los sistemas electrónicos de contratación, impuestos, pensiones, seguro de salud del personal y SharePoint.

88. La capacitación formal sobre el PMIS dirigida al personal empezó en la Sede en noviembre del 2014 y continuó hasta febrero del 2015. Un “centro de apoyo para la puesta en funcionamiento del PMIS” brindó apoyo al personal durante el proceso de entrada en funcionamiento y las enseñanzas extraídas de la fase 1 fueron documentadas para contribuir a mejorar la funcionalidad en la fase 2. El proyecto del PMIS se sigue ejecutando según el cronograma establecido y dentro del presupuesto aprobado. La fecha de puesta en funcionamiento sigue siendo la que se programó inicialmente, de enero del 2016.

89. En el área de la tecnología de la información, la Oficina finalizó una evaluación integral durante el período y de ella surgieron 24 recomendaciones para modernizar esta área clave de apoyo institucional. Estas recomendaciones se incorporaron en una nueva estrategia de tecnología de la información que responde a cambios importantes en las necesidades y el entorno informático de la Oficina, lo que incluye la introducción del PMIS, las exigencias cada vez mayores de los programas técnicos de la OPS de que se hagan mejoras en los sistemas de tecnología de información de la Oficina, la proliferación de servicios basados en la nube, la expectativa de un recambio excepcionalmente alto del personal de tecnología de la información en los próximos cinco años, los retos para la seguridad de la información, y la expansión de las redes sociales al lugar de trabajo.

90. La nueva estrategia ofrece un marco para la gestión de la tecnología de la información, un mecanismo para determinar los niveles de inversión y asignaciones en toda la cartera de tecnología de la información, además de un punto de referencia para el total de los gastos en tecnología de la información. La Oficina también actualizó un proceso de gobernanza de la tecnología de la información con la finalidad de mejorar la toma de decisiones y el establecimiento de prioridades para todos los proyectos relacionados con tecnología de la información y las inversiones correspondientes.

Fomento de la excelencia y la ética en el desempeño del personal

91. La Oficina siguió aplicando su estrategia de recursos humanos, una estrategia para el personal, con la meta de fortalecer el recurso más importante de la Organización: su capital humano. La estrategia procura asegurar que la Oficina pueda atraer y retener a las personas más calificadas, con las aptitudes y las competencias adecuadas, y que el entorno de trabajo de la Oficina sea propicio para que el desempeño de los funcionarios sea el mejor posible. En el período de este informe, hubo grupos de trabajo que avanzaron en tres aspectos de la estrategia: la arquitectura de la fuerza laboral, la renovación de las aptitudes, y la modernización de las representaciones en los países y los

centros panamericanos. Se llevaron a cabo cinco encuestas del personal y los resultados se entregaron a los tres grupos de trabajo para que se utilizaran en la formulación de las recomendaciones que se presentarían a la Gerencia Ejecutiva en julio del 2015.

92. La Oficina también siguió trabajando para fomentar la conducta ética en las operaciones y las actividades de la Oficina. Dos iniciativas importantes se emprendieron durante el período de este informe para mejorar la conciencia del personal acerca de los aspectos éticos.

93. La primera fue un nuevo programa para indicar los conflictos de intereses, que empezó en noviembre del 2014, cuya finalidad es velar por que los intereses personales de los funcionarios no interfieran con sus responsabilidades oficiales en la Organización. El programa consta de un cuestionario que se entregó inicialmente a 125 miembros del personal superior por medio de una encuesta en línea, que se repetirá anualmente. La encuesta brinda al personal de la Oficina la oportunidad de revelar información pertinente para permitir a la Oficina de Ética identificar los posibles conflictos de intereses que pudieran surgir de las relaciones y las actividades de un funcionario fuera de la OPS.

94. En la segunda iniciativa, por recomendación del Comité de Auditoría de la OPS, la Oficina de Ética colaboró con la Representación de la OPS/OMS en Brasil para impartir capacitación en español y portugués a todo el equipo de Mais Médicos. La capacitación se centró en los posibles riesgos del programa; las iniciativas actuales de la Oficina para prevenir y combatir el fraude, la corrupción y las faltas de conducta en el lugar de trabajo; además de las políticas y los programas destinados a promover un entorno de trabajo donde todo el personal sea tratado con dignidad y respeto.

Capítulo III. Mirar hacia adelante: posicionar a la OPS para la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles

95. Para la comunidad de desarrollo internacional, el año 2015 marca el final de una era y el momento de evaluar el progreso logrado a los niveles mundial, regional y de país para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Algunos datos recientes muestran que, para fines del 2015, la Región en su conjunto probablemente habrá cumplido todos menos uno de los ODM relacionados con la salud. En particular, no se logró la reducción de la mortalidad materna establecida en el ODM 5, pero en otros indicadores relacionados con la salud, el progreso de la Región está bien encaminado.⁶

96. Si bien este progreso es digno de encomio, no ha sido suficiente para superar las desigualdades de salud, profundas y de larga data, que existen dentro los países de la Región y entre ellos. Tanto la mortalidad materna como la infantil siguen siendo altas en algunos países de la Región y, en particular, entre los grupos pobres y vulnerables. Las tasas de fecundidad en las adolescentes siguen siendo elevadas debido a las necesidades no satisfechas de servicios de salud reproductiva y a la educación insuficiente sobre la salud, problemas que también contribuyen a la propagación de la infección por el VIH/sida. Entretanto, demasiadas personas de la Región, especialmente en las zonas rurales, siguen sin tener acceso al saneamiento básico, con lo cual están expuestas, en especial los niños, a un mayor riesgo de contraer muchas enfermedades.

97. El mantenimiento de los logros de la era de los ODM será fundamental para la salud y el desarrollo futuro en la Región de las Américas, pero el cierre de las brechas restantes sigue siendo, sin duda alguna, el reto principal para la Región más allá del 2015. ¿Cuáles son las enseñanzas extraídas a este respecto del trabajo para lograr los ODM y cómo pueden aplicarse a las actividades de los países y de la Oficina para alcanzar los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible?

Figura 1

Objetivos de Desarrollo Sostenible	
1.	Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo.
2.	Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible.
3.	Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.
4.	Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos.
5.	Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas.

⁶ Se puede encontrar un análisis mayor en el informe de la OPS sobre el progreso en torno a los Objetivos de Desarrollo del Milenio relativos a la salud, que se distribuirá en el 54.º Consejo Directivo de la OPS en septiembre-octubre del 2015.

Objetivos de Desarrollo Sostenible

6. Garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos.
7. Garantizar el acceso a una energía asequible, segura, sostenible y moderna para todos.
8. Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos.
9. Construir infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación.
10. Reducir la desigualdad en y entre los países.
11. Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles.
12. Garantizar modalidades de consumo y producción sostenibles.
13. Adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos.*
14. Conservar y utilizar en forma sostenible los océanos, los mares y los recursos marinos para el desarrollo sostenible.
15. Proteger, restablecer y promover el uso sostenible de los ecosistemas terrestres, gestionar los bosques de forma sostenible, luchar contra la desertificación, detener e invertir la degradación de las tierras y poner freno a la pérdida de la diversidad biológica.
16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles.
17. Fortalecer los medios de ejecución y revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible.

* Reconociendo que la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático es el principal foro intergubernamental internacional para negociar la respuesta mundial al cambio climático.

Fuente: Proyecto de documento final de la cumbre de las Naciones Unidas para la aprobación de la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015 (documento A/69/L.85).

98. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible representan un programa más amplio y ambicioso con respecto a la visión específica de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En contraposición a los tres ODM (de un total de ocho) que trataban explícitamente cuestiones de salud, solo uno de los 17 objetivos, el ODS 3, se refiere totalmente a la salud (figuras 1 y 2). Sin embargo, las 13 metas del ODS 3 abordan una amplia gama de problemas de salud: desde los traumatismos debidos al tránsito y el control del tabaco hasta la fuerza laboral de salud y las enfermedades no transmisibles, la preocupación de salud más notable que se omitió en los ODM. Además, todos los ODS tienen implicaciones importantes para la salud y el bienestar. Los ODS, que está previsto que se adopten en la Cumbre de las Naciones Unidas que tendrá lugar en septiembre del 2015, reflejan el éxito de los países en lograr que la salud se mantenga como una de las prioridades más altas en la agenda de desarrollo mundial que está surgiendo.

Figura 2**ODS 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades**

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

Fuente: Proyecto de documento final de la cumbre de las Naciones Unidas para la aprobación de la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015 (documento A/69/L.85).

99. El [Plan Estratégico de la OPS 2014-2019](#) actualmente orienta la cooperación técnica de la Oficina. El documento responde a los ODM mundiales, a la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y a las prioridades nacionales determinadas en las estrategias de cooperación en los países de la OPS. Desde la perspectiva programática, está además en consonancia con el Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS.

100. En el Plan Estratégico también se tuvo en cuenta la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015 tanto explícita como implícitamente. Sus [metas e indicadores](#) del impacto, categorías, áreas programáticas y prioridades de liderazgo (figura 3) concuerdan con el ODS 3, cuyas metas abordan enfermedades y amenazas específicas para la salud, a la vez que instan a los países a lograr la atención universal.

101. En el Plan Estratégico de la OPS se establecen además los enfoques que deben adoptarse para alcanzar estas metas. Con el Plan se procura específicamente fomentar cambios en el sector de la salud que trasciendan los métodos tradicionales orientados a tratar la enfermedad. Se abordan los temas emergentes como el cambio climático, la globalización y la modernización, y se impulsa un modelo para la salud y el desarrollo basado en la equidad y la sostenibilidad ambiental. Se insta a aumentar la capacidad del sector de la salud para promover la acción multisectorial y la “salud en todas las políticas” al abordar los determinantes sociales de la salud. Sus “temas transversales” — género, equidad, derechos humanos y etnicidad—, así como las disposiciones con respecto a los “países clave” apuntan a formas específicas de inequidad que deben abordarse para superar las brechas persistentes y avanzar hacia la visión más amplia de los ODS.

Figura 3

Prioridades de liderazgo, Plan Estratégico de la OPS 2014-2019	
a)	Fortalecer la capacidad del sector de la salud para abordar los determinantes sociales de la salud, utilizando la estrategia de la “salud en todas las políticas” y promoviendo una mayor participación y empoderamiento de la comunidad.
b)	Catalizar el logro progresivo de la cobertura universal de salud, especialmente en los ocho países clave, incluidas la promoción y las intervenciones preventivas.
c)	Aumentar la acción intersectorial y multisectorial para la prevención y atención de las enfermedades no transmisibles.
d)	Mejorar las capacidades básicas de los países para implementar el Reglamento Sanitario Internacional (2005).
e)	Acelerar las medidas para eliminar las enfermedades transmisibles prioritarias en la Región.
f)	Terminar el trabajo en torno a los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud e influir en la integración de la salud en la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015.
g)	Fortalecer la capacidad del sector de la salud para generar información y evidencia a fin de

Prioridades de liderazgo, Plan Estratégico de la OPS 2014-2019

- cuantificar y demostrar el progreso en cuanto a la vida sana y el bienestar.
- h) Optimizar los conocimientos y la pericia en los países de la Región para proporcionar cooperación técnica e intercambiar experiencias y enseñanzas fructíferas.
 - i) Aumentar la rendición de cuentas, la transparencia, la eficiencia y la eficacia de las operaciones de la Oficina.

Fuente: Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 (*Documento Oficial 345* [2014]).

102. Por consiguiente, el Plan Estratégico de la OPS representa un marco sólido para la cooperación técnica de la Oficina con sus Estados Miembros en la era después del 2015. Sin embargo, la experiencia adquirida con los ODM indica que hará falta contar con métodos más específicos cuando se busca reducir la inequidad para asegurar que los esfuerzos hacia el logro de los ODS y los objetivos del Plan Estratégico beneficien a las personas y comunidades que tienen las mayores necesidades.

Monitoreo de las desigualdades: un reto fundamental

103. Los ODS abordan el tema de la desigualdad tanto de manera implícita, dado que se indica que los beneficios de desarrollo deben compartirse con “todos”, como de manera explícita por medio del ODS 10, “reducir las desigualdades en y entre los países”. Este énfasis refleja el reconocimiento cada vez mayor, sustentado por un cúmulo de pruebas científicas, de que las desigualdades no solo son injustas, sino que amenazan el crecimiento económico continuo y la estabilidad política y social, así como la sostenibilidad futura.

104. Este énfasis es importante para procurar que en el caso de los ODS se eviten resultados similares a los de los ODM, en los que los indicadores del progreso a nivel nacional o regional ocultaron el hecho de que los grupos en situación de vulnerabilidad con frecuencia quedaban excluidos. Sin embargo, si se quiere lograr el éxito de la agenda de los ODS en general y, en particular, del ODS 3, también será fundamental fortalecer la capacidad de los sistemas de información sobre salud para recabar y analizar datos de calidad, desglosados por estratificadores clave tanto sociales como relativos a la equidad, en especial mediante el uso de indicadores significativos para medir la desigualdad y el progreso de los países para reducirla.

105. En reconocimiento de la importancia de este reto, la Oficina ha adoptado medidas para mejorar el monitoreo de las desigualdades en materia de salud y ha empezado a establecer metas e indicadores clave para cada uno de los 17 ODS que puedan usarse para monitorear el progreso hacia un aumento de la equidad en la esfera de la salud.

Colaboración a nivel subnacional

106. Históricamente, la cooperación técnica de la Oficina se ha centrado, aunque no con exclusividad, en el nivel nacional, con interacciones que incluyen en especial a las contrapartes en las capitales de los países y, más concretamente, en los ministerios de salud. El abordaje de las necesidades de salud donde sean mayores exigirá que se asigne mayor importancia al nivel subnacional, y que aumente la interacción con las autoridades y las comunidades locales.

107. En la labor de la Oficina hay precedentes con respecto a este enfoque. Algunos ejemplos son la iniciativa de control de la tuberculosis en grandes ciudades de Latinoamérica y el Caribe y los premios anuales para los campeones contra el paludismo en las Américas, que identifican y reconocen las iniciativas innovadoras tanto a nivel de la comunidad como del país. En el futuro, el establecimiento de marcos eficaces para coordinar la acción a los niveles local, nacional e internacional puede representar un estímulo importante para aumentar la participación a nivel local, tanto para la Oficina como para sus homólogos nacionales.

108. Tanto la reducción de la inequidad como el progreso hacia la salud universal también exigirán mayor énfasis en la atención de las necesidades de los pueblos indígenas y las personas de ascendencia africana. Además de promover los enfoques multiculturales, esta esfera de trabajo también puede beneficiarse mediante una mayor participación directa con las comunidades y las organizaciones de la sociedad civil que las representan.

La salud universal y la salud en todas las políticas

109. La reducción de las desigualdades de la salud es la base de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* de la OPS (documento [CD53/5, Rev. 2](#) [2014]). La inclusión de la cobertura universal de salud como una meta dentro del ODS 3 es un aval importante de que la equidad en materia de salud es esencial para el desarrollo de los países; por lo tanto, este ODS debería ayudar a los ministerios de salud mientras tratan de movilizar otros recursos para ampliar la cobertura a un mayor número de personas y ofrecer una gama más amplia de servicios de salud. La cooperación técnica de la Oficina puede prestar más apoyo si ayuda a los ministerios a que recopilen la evidencia científica y los argumentos necesarios para convencer a otros sectores del gobierno de que el avance hacia el acceso universal y la cobertura universal redundará en beneficios socioeconómicos.

110. Sin embargo, independientemente de los niveles de inversión, los países pueden avanzar hacia la salud universal si aprovechan las oportunidades actuales para aumentar la eficiencia dentro de sus sistemas de salud. Una de las maneras de optimizar eficazmente el uso de los recursos del sistema de salud consiste en desplazar las inversiones hacia la atención primaria, mejorar el acceso a recursos humanos de salud

capacitados, y aplicar la selección basada en la evidencia y la incorporación de medicamentos y tecnologías sanitarias.

111. El progreso hacia la salud universal también exigirá la promoción continua de la causa y la formación de capacidad para la acción multisectorial y la “salud en todas las políticas”. El sector de la salud debe estar bien preparado para participar en el diálogo y asociarse eficazmente con otros sectores y niveles del gobierno, entre otros, medioambiente, agricultura y ganadería, finanzas, justicia y educación, para promover la salud y reducir las desigualdades en el ámbito de la salud mediante el abordaje de los riesgos y los determinantes sociales que están más allá de su propia competencia. La acción multisectorial es un componente central de la labor de la Oficina en torno a las enfermedades no transmisibles, y el grupo de estudio que se ha establecido recientemente sobre la salud en todas las políticas y los Objetivos de Desarrollo Sostenible prestará cooperación técnica a fin de posicionar tanto la salud como la equidad en el centro de toda formulación de políticas públicas.

Prevención y control de las ENT

112. El riesgo de las ENT está asociado firmemente con los determinantes sociales y ambientales, al igual que con los efectos negativos de la globalización y la urbanización. Muchos gobiernos han quedado a la zaga en la formulación de las políticas, los marcos y las leyes necesarios para proteger a los ciudadanos, especialmente a los niños, de la exposición al mercadeo de las bebidas azucaradas, los alimentos ultraprocesados, el tabaco y las bebidas alcohólicas.

113. En el *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles* de la OPS para la Región de las Américas (2013-2019) se especifican los tipos de asociaciones y políticas multisectoriales que se necesitan para promover la prevención y el control de las ENT mediante el abordaje de los factores de riesgo y de protección. La cooperación técnica, la orientación y la promoción de la causa constantes de la Oficina serán fundamentales para el progreso futuro a fin de asegurar que los intereses de la salud pública se concreten plenamente.

114. El grupo de estudio interamericano sobre las ENT, constituido recientemente, ofrece un modelo único para la colaboración intersectorial sobre las ENT a nivel de los organismos de cooperación, al agrupar a miembros del sistema interamericano,⁷ a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas (CEPAL) y al Banco Mundial. La alianza es prometedora para movilizar recursos destinados a la prevención y el control de las ENT, y para concientizar a los niveles políticos más altos sobre la necesidad de crear entornos que promuevan la salud en colaboración con otros sectores como los de agricultura, educación y comercio. La alianza también puede

⁷ Organismos miembros del sistema interamericano: Organización de los Estados Americanos (OEA), Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA) y Organización Panamericana de la Salud (OPS).

promover una mejor comprensión a nivel político de la importancia fundamental de la reglamentación y la tributación como las “mejores inversiones” de salud pública para reducir la exposición de la población a los principales factores de riesgo de las ENT.

Promover el liderazgo con el ejemplo

115. Los retos mencionados exigirán un liderazgo eficaz de la Oficina y de los Estados Miembros de la OPS, a medida que los países y territorios de la Región pasan de la era de los ODM a la era de los ODS. La Oficina ha estado trabajando en varios frentes para asegurar que cuenta con las estructuras y los sistemas necesarios para afrontar este reto.

116. El nuevo marco de cooperación entre países para el desarrollo sanitario adoptado por la Oficina es fundamental a este respecto. Procura revitalizar la función de larga data desempeñada por la Oficina como facilitadora de la cooperación horizontal, además de crear nuevos mecanismos y procesos para ayudar a los países a que compartan sus capacidades técnicas y programáticas que son cada vez mayores. De igual importancia para mantener la función de liderazgo de la Oficina serán las iniciativas encaminadas a fortalecer las alianzas existentes, al tiempo que se forjan otras nuevas con organizaciones de la sociedad civil, del sistema de las Naciones Unidas y del sistema interamericano, así como con otros organismos multilaterales que comparten el compromiso de la OPS con la salud, la equidad y el desarrollo.

Mirar más allá del 2015

117. El panorama de la salud del mundo en el 2015 presenta una carga reducida de enfermedades infecciosas y de la mortalidad materna y perinatal, gracias en parte a los ODM y a los esfuerzos sin precedentes que ellos inspiraron. Sin embargo, los desafíos en ambas esferas subsisten y deben afrontarse al lado de la carga cada vez mayor de las ENT y el problema fundamental de la inequidad.

118. El reto de la Oficina será ejercer el liderazgo al demostrar claramente la repercusión tangible de las prioridades descritas anteriormente y alentar a los Estados Miembros de la OPS a que se ayuden entre ellos mediante el intercambio de sus conocimientos, experiencia y tecnología acerca de lo que funciona para mejorar la salud pública. La OPS como organización y, más ampliamente, con su red de asociados en la esfera de la salud y el desarrollo, ha demostrado su capacidad para catalizar el progreso hacia las metas compartidas. El reto mientras se avanza hacia el futuro consistirá en aprovechar los puntos fuertes de la Oficina, los Estados Miembros de la OPS y otros asociados para seguir liderando con el ejemplo para avanzar hacia la salud para todos en la Región de las Américas y más allá.

Siglas y abreviaturas

ADPICS	Sistema Avanzado de Compras y Control de Inventario
AMS/FMS	AMS/FMS (Sistema de Gestión de Adjudicaciones / Sistema de Gestión Financiera)
ANMAT	Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Dispositivos Médicos
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (Brasil)
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CAF	Banco de Desarrollo de América Latina
CARICOM	Comunidad del Caribe
CARPHA	Organismo de Salud Pública del Caribe
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos
CECMED	Centro para el Control Estatal de Medicamentos, Equipos y Dispositivos Médicos
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas
CLAP/SMR	Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección contra el Riesgo Sanitario
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana
COSALFA	Comisión Sudamericana para la Lucha contra la Fiebre Aftosa
ENT	enfermedades no transmisibles
EVE	enfermedad por el virus del Ébola
FAMIS	Sistema de gestión de contabilidad y finanzas e información
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FDA	Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos
GOARN	Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos
IICA	Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura
INVIMA	Instituto Nacional para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos

LGBT	personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans
OCAH	Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OEA	Organización de los Estados Americanos
OIE	Organización Mundial de Sanidad Animal
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORAS-CONHU	Organismo Andino de Salud
OSP u Oficina	Oficina Sanitaria Panamericana
PANAFTOSA	Centro Panamericano de Fiebre Aftosa
PHEFA	Programa continental para la erradicación de la fiebre aftosa
PMIS	Sistema de Información Gerencial de la OSP
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PNUMA	Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente
REDLAC	Grupo de Trabajo sobre Riesgo, Emergencias y Desastres en América Latina y el Caribe
REGULA	Fortalecimiento de la capacidad de regulación de los factores de riesgo para las ENT
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
SIP	Sistema de información perinatal
SIP-A	Registro clínico del sistema de información perinatal para los abortos
SOS	sistema de búsqueda simplificada en línea
SRC	síndrome de rubéola congénita
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana
VPH	virus de los papilomas humanos

Agradecimientos

La Oficina Sanitaria Panamericana agradece el apoyo de sus Estados Miembros por medio de sus contribuciones señaladas y por las generosas contribuciones voluntarias de los gobiernos, los organismos y las instituciones, entre otros:

Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos
Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional
Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo
Asociación Americana del Corazón
Banco de Desarrollo de América Latina
Banco Interamericano de Desarrollo
Banco Mundial
CBM-Oficina Regional de América Latina
Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo
Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos
Colgate Palmolive Company
Comisión Europea
Conselho Nacional da Pecuária de Corte (Brasil)
Departamento de Ayuda Humanitaria y Protección Civil de la Comisión Europea
Departamento de Relaciones Exteriores y Comercio de Australia
Departamento de Relaciones Exteriores, Comercio y Desarrollo del Canadá
Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos
Departamento del Reino Unido para el Desarrollo Internacional
EIRD/ONU Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres, Naciones Unidas
Embajadores de las vacunas
Escuela de Economía y Ciencia Política de Londres
Estado de São Paulo
Fondo central para la acción en caso de emergencias, Naciones Unidas
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
Fondo de Población de las Naciones Unidas
Fondo fiduciario de las Naciones Unidas para la seguridad humana
Fondo fiduciario PHEFA
Fondo MAC AIDS
Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
Fondos para la acción en caso de emergencia, Naciones Unidas
Fundación Bill y Melinda Gates
Fundación de la OPS
Fundación de la Universidad de Antioquia
Fundación de las Naciones Unidas
Fundación Mérieux
Fundación Mundial de la Diabetes
Fundación Nacional de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
Gavi, la Alianza para las Vacunas

Gobierno de Argentina
Gobierno de Belice
Gobierno de Bolivia
Gobierno de Colombia
Gobierno de Costa Rica
Gobierno de El Salvador
Gobierno de España
Gobierno de Guatemala
Gobierno de Guyana
Gobierno de Honduras
Gobierno de Italia
Gobierno de la República Bolivariana de Venezuela
Gobierno de la República de Corea
Gobierno de la República Dominicana
Gobierno de las Bahamas
Gobierno de Luxemburgo
Gobierno de México
Gobierno de Panamá
Gobierno del Brasil
Gobierno del Ecuador
Gobierno del Paraguay
Gobierno del Perú
Gobierno del Uruguay
Instituto de Vacunas Sabin
Japan Center for International Exchange (JCIE)
Ministerio de Relaciones Exteriores del Canadá
Misión Permanente del Canadá ante la Organización de los Estados Americanos
Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCAH)
Open Society Institute
Orbis International
Organismo Internacional de Prevención de la Ceguera
Organismo Noruego de Cooperación para el Desarrollo
Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
PATH
Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
Proyecto High Hopes Global
RAD-AID International
Rockefeller Foundation
Sanofi Espoir Foundation
Texas Children's Hospital
The Task Force for Global Health
Universidad de Washington

- - -