

156.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 22 al 26 de junio del 2015

Punto 7.8 del orden del día provisional

CE154/INF/8
2 de junio del 2015
Original: inglés/español*

INFORMES DE PROGRESO SOBRE ASUNTOS TÉCNICOS

CONTENIDO

A.	Aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco	2
B.	Propuesta de plan regional decenal sobre salud bucodental para las Américas.....	5
C.	Plan de acción sobre la seguridad vial	10
D.	Prevención y control del dengue en las Américas	13
E.	La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica	18
F.	Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud ...	23
G.	Situación de los Centros Panamericanos	28

* Original en inglés: sección: B. Original en español: secciones A, C, D, E, F y G.

A. APLICACIÓN DEL CONVENIO MARCO DE LA OMS PARA EL CONTROL DEL TABACO

Antecedentes

1. En el presente informe se presenta una actualización acerca de los avances logrados en el control del tabaco en la Región de las Américas, entre el 30 de junio del 2013 (informe CD52/INF/4) (1) y el 30 de abril del 2015, en el marco de las resoluciones CD48.R2 (2008), aprobada por el 48.º Consejo Directivo (2), y CD50.R6 (2010), aprobada por el 50.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (3).

Actualización sobre el progreso alcanzado

2. El número de Estados Partes en el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el Control del Tabaco (CMCT) aumentó a 30 Estados Partes de la Región de las Américas con la ratificación de El Salvador (octubre del 2014). En los dos últimos años, el avance en la aplicación de los mandatos del CMCT ha sido lento.

3. En el ámbito de la vigilancia, una nueva ronda de la *Encuesta mundial de tabaquismo en jóvenes* fue ejecutada en siete países y está en preparación en otros cuatro. La *Encuesta mundial de tabaquismo en adultos* se repitió en México y se llevó a cabo por primera vez en Costa Rica. Cabe destacar que Argentina, Brasil y Uruguay han incluido preguntas estandarizadas sobre el tabaco en sus encuestas nacionales.

4. Chile y Venezuela establecieron medidas destinadas a encarecer los productos de tabaco en el marco de sus respectivas reformas tributarias. Honduras, por su parte, ajustó el impuesto específico al tabaco para tener en cuenta la inflación; Granada aumentó el impuesto especial al consumo, con entrada en vigencia a principios del 2015, mientras que San Vicente y las Granadinas, y Santa Lucía están avanzando en cuanto a las propuestas en este sentido. En materia del comercio ilícito del tabaco, el Protocolo cuenta con seis Partes y dos de ellas (Nicaragua y Uruguay) pertenecen a la Región.

5. Con respecto a los ambientes libres de humo de tabaco no se han aprobado nuevas legislaciones, pero se reglamentó la ley de Brasil que entró en vigor en diciembre del 2014.

6. Jamaica, Suriname, y Trinidad y Tabago han reglamentado sus leyes sobre empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco, lo que incluye la colocación de advertencias gráficas relativas a la salud, mientras que varios países han renovado esas imágenes durante el bienio. Hasta el momento, todas las Partes que aún no han aplicado el artículo 11 del CMCT, han sobrepasado la fecha límite estipulada para hacerlo.

7. Uruguay se ha sumado a los cinco países que han aprobado una prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco (Brasil, Chile, Colombia, Panamá y

Suriname). Al finalizar este bienio, 21 países que aún no han cumplido con este artículo habrán sobrepasado la fecha límite indicada en el CMCT para su aplicación.

8. La situación de la interferencia de la industria tabacalera en contra de las políticas de control de tabaco permanece invariable.

9. La Oficina Sanitaria Panamericana ha seguido prestando su apoyo técnico, tanto en la redacción como en el proceso de aprobación y aplicación de las leyes para el control del tabaco y, además, en la defensa ante los ataques de la industria. Se ha mantenido la ayuda a las Partes y a la Secretaría del Convenio Marco en las comunicaciones que tienen lugar entre las reuniones de la Conferencia de las Partes. Se organizó un taller regional preparatorio de la sexta reunión de la Conferencia de las Partes, con apoyo financiero de Panamá. Por último, la Secretaría presentó un *amicus curiae*, que fue aceptado el 18 de marzo de este año, en el arbitrio solicitado por Philips Morris en contra de Uruguay, ante el Centro Internacional de Arreglo de Diferencias Relativas a Inversiones (CIADI), una institución que pertenece al Grupo del Banco Mundial.¹

Medidas recomendadas para mejorar la situación

10. En general, se reiteran las recomendaciones formuladas en el informe de progreso del 2013 (documento CD52/INF/4) con especial énfasis en que:

- a) las Partes consideren la ratificación del Protocolo sobre comercio ilícito de productos de tabaco, adoptado en la quinta reunión de la Conferencia de las Partes del CMCT de la OMS, si aún no lo han hecho;
- b) Argentina, Cuba, Estados Unidos de América, Haití y República Dominicana consideren la ratificación del CMCT de la OMS;
- c) los Estados Miembros consideren la posibilidad de aplicar los cuatro “best buys” relacionados con el control del tabaco, con el fin de alcanzar la meta del Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco, de una disminución del 30% de la prevalencia del consumo de tabaco para el año 2025 si aún no lo han hecho;
- d) los Estados Miembros consideren la incorporación del tema del control del tabaco en el programa de todos los organismos de las Naciones Unidas a nivel de país, así como en todos los proyectos del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD)² (4, 5).

Intervención del Comité Ejecutivo

11. Se solicita al Comité Ejecutivo que tome nota del presente informe de progreso y que formule las recomendaciones que considere pertinentes.

¹ <http://www.iareporter.com/>

² En seguimiento a la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, y en cumplimiento de la resolución del Consejo Económico y Social (ECOSOC) de julio del 2012.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Aplicación del convenio marco de la OMS para el control del tabaco [Internet]. 52.º Consejo Directivo de la OPS, 65.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013; Washington (DC) Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2013 (documento CD52/INF/4-D) [consultado el 21 de marzo del 2015]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22611&Itemid=270&lang=es
2. Organización Panamericana de la Salud. El convenio marco de la OMS para el control del tabaco: oportunidades y retos para su implementación en la Región de las Américas [Internet]. 48.º Consejo Directivo de la OPS, 60.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de setiembre al 3 de octubre del 2008; Washington (DC) Estados Unidos. Washington (DC): OPS, 2010 (resolución CD48.R2) [consultado el 4 de marzo del 2013]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd48.r2-s.pdf>.
3. Organización Panamericana de la Salud. Fortalecimiento de la capacidad de los Estados Miembros para implementar las disposiciones y directrices del convenio marco de la OMS para el control del tabaco [Internet]. 50.º Consejo Directivo de la OPS; 62.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010; Washington (DC) Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2010 (resolución CD50.R6) [consultado el 3 de marzo del 2013]. Disponible en: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R6-s.pdf>.
4. Naciones Unidas. Declaración política de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles [Internet]. Asamblea General de las Naciones Unidas, Sexagésimo-sexto período de sesiones; del 19 al 20 de septiembre del 2011; Nueva York, Estados Unidos. Nueva York: ONU; 2011 (proyecto de resolución A/RES/66/2) [consultado el 4 de marzo del 2013]. Disponible en: <http://www.un.org/es/ga/ncdmeeting2011/documents.shtml>.
5. Naciones Unidas, Consejo Económico y Social. Proyecto de resolución presentado por el Vicepresidente del Consejo, Luis Alfonso de Alba (México), sobre la base de consultas oficiosas. Coherencia en la labor de control del tabaco a nivel de todo el sistema de las Naciones Unidas [Internet]. Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, período de sesiones sustantivo del 2012; del 2 al 27 de julio del 2012; Nueva York Estados Unidos. Nueva York: ECOSOC; 2012 (documento E/2012/L.18) [consultado el 4 de marzo del 2013]. Disponible en: <http://www.un.org/es/ecosoc/docs/insessiondocs.shtml>

B. PROPUESTA DE PLAN REGIONAL DECENAL SOBRE SALUD BUCODENTAL PARA LAS AMÉRICAS

Antecedentes

1. La finalidad de este documento es informar a los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) acerca de los progresos alcanzados en la aplicación del *Plan regional decenal sobre salud bucodental para las Américas* (“el Plan”), aprobado en el 2006 mediante la resolución CD47.R12 (1). El propósito de la resolución es lograr que los Estados Miembros reconozcan que la salud bucodental es un aspecto fundamental de las condiciones generales de salud, debido a su importancia en la carga de morbilidad y su asociación con los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles y, además, que es posible ejecutar planes de salud bucodental mediante intervenciones eficaces en función de los costos para la prevención de enfermedades.

2. En la resolución CD47.R12 se pide a los Estados Miembros que apoyen tres metas, a saber: integración de la salud bucodental en las estrategias de atención primaria de salud, aumento del acceso a la atención, así como la ampliación y consolidación de programas exitosos como la fluoruración y los servicios de atención de salud bucodental, que se ha comprobado que son costoeficaces, por ejemplo, la técnica de restauración atraumática³. Además, se instó a los Estados Miembros a que trabajen de manera multidisciplinaria con otros interesados directos, entre ellos el sector privado, la comunidad académica, y la sociedad civil.

3. Para mantener informados a los Cuerpos Directivos acerca del avance de la Región hacia el logro de estas metas, se solicitó a los países que presentaran informes de progreso. A continuación, figura una actualización junto con una descripción de las tres metas y sus objetivos complementarios.

Actualización sobre el progreso logrado

Metas	Objetivos	Situación
1. Alcanzar un nivel esencial y básico de acceso a la atención de salud bucodental para todos, al cerrar las brechas sanitarias en la atención para los grupos más vulnerables	1. Reducir las infecciones bucodentales en los grupos vulnerables	<ul style="list-style-type: none"> Los datos de 56 encuestas nacionales de salud bucodental indicaron una disminución marcada (35% a 85%) en la prevalencia de la caries dental, que se atribuye principalmente a los programas de fluoruración (2).

³ La técnica de restauración atraumática es un método sencillo para tratar las caries dentales, considerado como una forma eficaz en función de los costos de reducir las desigualdades en los servicios de salud bucodental. Consiste en la eliminación del tejido suave, desmineralizado, seguido de la restauración del diente con un ionómero de vidrio que libera fluoruros. Esta técnica se conoce también como “tratamiento de restauración atraumática”.

Metas	Objetivos	Situación
	2. Ampliar el acceso de los grupos vulnerables a la atención de salud bucodental	<ul style="list-style-type: none"> En 34 Estados Miembros, la puntuación promedio del índice CPOD⁴ fue de ≤ 3 para los niños de 12 años de edad (en 23 países la puntuación fue de ≤ 2); solo un país recibió una puntuación de >5. La Iniciativa de las Comunidades Libres de Caries (ICLC), una colaboración entre diversos interesados directos iniciada en el 2009, brinda apoyo a las intervenciones eficaces en función de los costos y a un aumento de la cobertura de servicios para las poblaciones más vulnerables de las Américas. La ICLC incluye a 37 funcionarios odontológicos principales de los países, 17 facultades de odontología, 12 asociaciones odontológicas y dos empresas privadas de servicios de salud. La iniciativa aporta evidencia y promueve actividades para mejorar los programas de salud bucodental a nivel nacional y local, en toda la Región (3).
2. Integración de la atención de salud bucodental en los servicios de atención primaria de salud	1. Integrar los programas de salud bucodental en las estrategias de atención primaria de salud	<ul style="list-style-type: none"> Todos los países de la Región informaron que cuentan con políticas institucionales para integrar la salud bucodental en las estrategias de atención primaria de salud. Debido a la inclusión de la salud bucodental en la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, los Estados Miembros están llevando a cabo otras actividades a fin de integrar de manera sostenible la salud bucodental en los programas de atención primaria de salud y definirla como un factor de riesgo para las enfermedades no transmisibles (4-5-6). Con el apoyo del sector privado, en nueve países se está ejecutando un plan multipaís, conocido como SOFAR,⁵ que se prolongará

⁴ El índice CPOD (dientes cariados, perdidos y obturados) es una unidad de medida que describe el número de caries en una población. La Organización Mundial de la Salud recomienda un índice CPOD de ≤ 3 para el grupo poblacional de 12 años de edad.

⁵ El plan SOFAR (*Salud Oral y Factores de Riesgo*) abarca la integración horizontal de la salud bucodental en la atención primaria de salud mediante: *a*) su promoción e incorporación como parte integral de ciertas especialidades de la atención primaria de salud, como salud de la familia y salud perinatal (lo que incluye la aplicación de fluoruros en un esquema de vacunación) y *b*) énfasis en la mala salud bucodental como factor de riesgo para la salud general.

Metas	Objetivos	Situación
		hasta el 2016, destinado a mejorar la salud bucodental de los niños y reducir los factores de riesgo comunes de las enfermedades no transmisibles, mediante la aplicación de métodos multidisciplinarios.
3. Aumento de las intervenciones que se ha comprobado que son costoeficaces, plan de varios años para los programas de fluoruración en las Américas y ampliación de la cobertura de salud bucodental con tecnologías sencillas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer la capacidad de los países para facilitar la ampliación de los programas de fluoruración 2. Ampliar la cobertura de salud bucodental mediante el uso de tecnologías costoeficaces y sencillas 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los países de la Región tienen programas de fluoruración eficaces que se encuentran en distintas etapas de desarrollo y con diferentes niveles de sostenibilidad. • La fluoruración de la sal se ha reconocido como un estudio de caso importante y sostenible de la salud mundial (7). • De conformidad con las directrices actuales sobre el consumo de sal, se están modificando los procedimientos de enriquecimiento de la sal. • La técnica de restauración atraumática es reconocida como un modelo de mejores prácticas por todos los países de la Región y en 20 países, ya se ha ampliado a mayor escala. • Casi 126 millones de personas se beneficiarán de la ampliación inicial a mayor escala del plan SOFAR.

Retos

- a) Lograr el reconocimiento de la salud bucodental como una prioridad de salud pública sigue siendo un reto difícil de superar, a pesar de la relación comprobada que existe entre la salud bucodental y la salud sistémica, así como de la eficacia en función de los costos de las intervenciones de salud bucodental.
- b) Fomentar las actividades para mejorar la salud bucodental y alinearla e integrarla con los sistemas de atención primaria de salud para modificar los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles.
- c) Lograr una respuesta eficaz a nivel de país ante la tendencia observada recientemente de los casos de cáncer de la cavidad bucal asociados con el aumento del virus de los papilomas humanos.

Medidas necesarias para mejorar la situación

4. Las siguientes son algunas medidas necesarias para mejorar la situación:
 - a) Reconocer que la salud bucodental es una prioridad para la salud general y parte esencial de ella, y que tiene una repercusión directa sobre la calidad de vida de la población que está envejeciendo.

- b) Seguir fortaleciendo la capacidad de los trabajadores de atención primaria de salud para mejorar la salud bucodental e integrar de manera sostenible la salud bucodental en la atención primaria de salud.
- c) Abordar las repercusiones en la investigación y la política de salud pública futuras en la Región de los adelantos científicos más recientes con respecto al cáncer de la cavidad bucal asociado con el virus de los papilomas humanos.
- d) Preparar un nuevo plan de acción, tras la finalización del plan actual, a fin de mantener los logros en materia de salud bucodental en la Región.

Intervención del Comité Ejecutivo

- 5. Se solicita al Comité que tome nota de este informe de progreso y formule las recomendaciones que considere necesarias.

Referencias

- 1. Organización Panamericana de la Salud. Propuesta de plan regional decenal sobre salud bucodental. 47.º Consejo Directivo de la OPS, 58.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 25 al 29 de septiembre del 2006; Washington (DC), US: OPS; 2006 (resolución CD47.R12) [consultado el 3 de diciembre del 2014]. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/CD47.r12-s.pdf>
- 2. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas, edición 2012. Washington: OPS; 2012 [consultado el 3 de diciembre del 2014]. Disponible en: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=55&lang=es
- 3. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas: edición 2007. Vol.1 – Regional [Internet]. Washington: OPS; c2007 (PAHO scientific and Technical Publication No. 622) [consultado el 3 de diciembre del 2014]. Disponible en: <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/salud-americas-2007-vol-1.pdf>
- 4. Pan American Health Organization (Pan American forum for action on NCDs). Report of the first meeting of the Pan American Forum: from declaration to multi-stakeholder action on NCDs [Internet]. First Meeting of the Pan American Forum [Primera reunión del Foro Panamericano]; del 8 al 9 de mayo del 2012; Brasilia (Brasil). Brasilia: PAHO; 2012 [consultado el 3 de diciembre del 2014]. Disponible solamente en inglés en: http://www.paho.org/panamericanforum/wp-content/uploads/2012/07/PAF_First_Meeting_Final_Report.pdf
- 5. Cohen L, Estupinan-Day S, Buitrago C, Ferro Camargo MB. Confronting the global NCD epidemic through healthy smiles. *Compen Contin Educ Dent.* 2012 Oct;33(9):649-50, 652.

6. Naciones Unidas. Declaración política de la reunión de alto nivel de la asamblea general sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles [Internet]. Reunión de Alto Nivel de la Sexagésima Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles; del 19 al 20 de septiembre del 2011; Nueva York, Estados Unidos. Nueva York: UN; 2011. (resolución A/RES/66/2). Disponible en:
http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/66/2&Lang=S
7. Levine R. Case studies in global health: millions saved. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers; 2007. 172 pp.

C. PLAN DE ACCIÓN SOBRE LA SEGURIDAD VIAL

Antecedentes

1. En el presente informe se consideran los avances logrados en cuanto a seguridad vial en la Región de las Américas desde octubre del 2011 hasta diciembre del 2014, en seguimiento de la resolución CD51.R6 del 51.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1).

Actualización sobre el progreso alcanzado

2. Este informe de progreso está basado en el informe mundial de seguridad vial (2), con información complementaria recibida de las oficinas en los países.

3. Se ha incrementado el número de países que cuentan con un organismo responsable de la coordinación de las medidas de promoción de la seguridad vial; hay dos países más en comparación con la línea de base, Colombia y Paraguay, que, en este período, establecieron un organismo de seguridad vial.

4. Ha aumentado el número de países que aprueban leyes que fijan el nivel de alcohol en la sangre para conductores en $\leq 0,05$ g/dl (concentración de alcohol en la sangre). El número de países que había fijado este límite era de 10 y ahora ha pasado a 15. Chile es ejemplo de uno de los países que redujeron el límite a un máximo de 0,03 g/dl.

5. En comparación con la línea de base, dos países, México y Panamá, aprobaron leyes sobre la velocidad, con límites en las zonas urbanas de ≤ 50 km/h, y con la posibilidad de que las autoridades locales puedan establecer límites más bajos.

6. Se destaca un importante progreso en los países debido a la aprobación de leyes sobre el uso obligatorio del cinturón de seguridad para todos los ocupantes de vehículos: de 20 países que se encontraban en la línea de base, ahora llegan a 32. Algunos ejemplos de los países que mejoraron sus leyes son: Cuba, Ecuador, Guatemala, Honduras, Paraguay, San Vicente y las Granadinas, y Venezuela.

7. Ha habido progreso en la aprobación de leyes sobre el uso obligatorio del casco para todos los ocupantes de motocicletas: de 12 países en la línea de base en el 2011, actualmente son 30; entre ellos, las leyes mejoraron en Argentina, Bolivia y Nicaragua.

8. Argentina, Cuba, Ecuador, Perú y Uruguay mejoraron las leyes en cuanto al uso obligatorio de los sistemas de retención infantil.

9. Ha habido mejoras en las políticas nacionales para promover el transporte público seguro en Argentina, Cuba, Guatemala, Jamaica, Panamá, Perú y Uruguay.

10. Los países que promueven la atención prehospitalaria para las víctimas de traumatismos resultantes del tránsito eran 22 en la línea de base, a los que ahora se suman tres países más: El Salvador, Jamaica y Perú, con lo cual la cifra llega a 25.

11. No se observaron progresos en la mejora de la calidad de los datos sobre las víctimas de traumatismos resultantes del tránsito. Las subregiones Andina, Mesoamérica y Cono Sur tienen altos porcentajes de muertes clasificadas como “otras causas o no especificadas” (48%, 34% y 20%, respectivamente). Es evidente que hay una necesidad urgente de mejorar los registros y la clasificación de las muertes debidas al tránsito en estas subregiones.

12. La atención a la movilidad y seguridad de los usuarios no es uniforme en todas las subregiones. Como ejemplo, apenas 14 países tienen políticas de separación de espacios seguros para ciclistas en la infraestructura vial en algunas ciudades.

13. Para medir si hay progresos en el tema de revisión técnica de toda la flota vehicular, no hay información disponible en la base de datos de la OPS y tampoco en la base de datos de otra institución regional.

14. La mayoría de los países cuentan con programas de control del cumplimiento de lo que ha sido aprobado en las leyes referentes a los factores de riesgo y el uso de equipos protectores, pero muy pocos países valoran como eficaces los niveles de aplicación de las leyes.

Acción necesaria para mejorar la situación

15. Se reiteran las recomendaciones para que los países establezcan comités consultivos u organismos nacionales que coordinen la seguridad vial, proporcionándoles la autoridad necesaria y los recursos para promover, implementar y asegurar el cumplimiento de las medidas de seguridad vial aprobadas (3).

16. Es necesario que los Estados Miembros consideren el establecimiento de un sistema nacional de vigilancia o fortalezcan los existentes para mejorar la calidad de los datos sobre los grupos y zonas de mayor riesgo de traumatismos causados por el tránsito (3), las revisiones de las flotas vehiculares e implementación de los marcos legales, entre otros.

17. Es importante que los Estados Miembros aseguren que las leyes y los reglamentos establezcan claramente cómo se llevará a cabo su implementación, cumplimiento y seguimiento, y se defina cuál es la entidad responsable (4).

Intervención del Comité Ejecutivo

18. Se solicita al Comité Ejecutivo que tome nota del presente informe de progreso y formule las recomendaciones que considere pertinentes.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción de seguridad vial [internet]. 51.º Consejo Directivo de la OPS, 63.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2011; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS 2011 (resolución CD51.R6 [consultado el 27 de febrero del 2015]. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15085&Itemid=
2. World Health Organization. Global status report on road safety 2013: supporting a decade of action [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [consultado el 27 de febrero del 2015]. Disponible en:
http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2013/report/en/
3. Organización Panamericana de la Salud. Datos sobre la seguridad vial en la región de las Américas, 2013 [Internet]. Washington (DC): OPS; 2013 [consultado el 27 de febrero del 2015]. Disponible en:
<http://www.paho.org/seguridadvial>
4. Organización Mundial de la Salud. Fortalecimiento de la legislación sobre seguridad vial: manual de prácticas y recursos para los países [Internet]. Ginebra: OMS; 2014 [consultado el 27 de febrero del 2015]. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128039/1/9789243505107_spa.pdf?ua=1&ua=1

D. PREVENCIÓN Y CONTROL DEL DENGUE EN LAS AMÉRICAS

Antecedentes

1. En vista del aumento de los casos de dengue en las Américas y debido a que los programas nacionales de control del dengue eran predominantemente verticales y basados en el uso de insecticidas, se elaboró y presentó en el año 2001 un plan de acción detallado para afrontar la situación (1). En el 2003 se implementó la *Estrategia de gestión integrada para la prevención y control del dengue* en las Américas (EGI-Dengue), que incluyó cinco componentes en su inicio (atención al paciente, vigilancia epidemiológica, laboratorio, manejo integrado de vectores y comunicación social) y posteriormente incorporó el componente de medio ambiente (2, 3). El proceso de implementación de la EGI-Dengue fue gradual en cada subregión y en 35 países o territorios, y se evaluó en 22 de ellos (se realizaron dos evaluaciones en Brasil y dos en México). Se creó un grupo técnico internacional de expertos en dengue (GT-Dengue internacional) que proporciona asistencia técnica a los países y territorios en cada uno de los componentes de la EGI-Dengue (3). En el año 2007 se aprobó la resolución CSP27.R15, que insta a los países y territorios a fortalecer la implementación de la EGI-Dengue y realizar su evaluación sistemática (4).

2. La situación epidemiológica del dengue sigue siendo extremadamente compleja e inestable. Entre los años 2000 y 2014 se han registrado 14,2 millones de casos y 7.000 muertes por dengue. La incidencia se ha mantenido con una tendencia al incremento, en parte debido a mejoras en los sistemas de vigilancia epidemiológica y notificación de los países en la Región. Sin embargo, la incidencia en el 2014 (193,7 casos/100.000 habitantes) mostró una reducción de 31% comparada con la incidencia promedio de los últimos 5 años (282,4 casos/100.000 habitantes) y una reducción de 57% comparada solamente con el año 2013 (455,9 casos/100.000 habitantes) (5). Actualmente Brasil, Colombia y México aportan el 70% de los casos de dengue registrados en la Región. Los cuatro serotipos del virus del dengue se encuentran circulando en las Américas, lo que aumenta el riesgo de casos graves (respuesta inmunológica secundaria) (6-8). No obstante, cabe señalar que en los últimos 5 años se ha registrado una reducción en la proporción de casos graves, de manera más marcada en los últimos 2 años, lo que refleja una franca tendencia a la disminución de los mismos (5). Hay una relación directa entre la disminución de casos graves y las mejoras en la calidad y la oportunidad de la atención médica a nivel primario (signos de alarma), lo que se ha constatado en evaluaciones realizadas en los países.

Actualización sobre el progreso alcanzado

3. La implementación de la EGI-Dengue ha permitido que los países y territorios cuenten con una herramienta metodológica sólida para la prevención y el control del dengue.

4. Se ha revisado, actualizado, adaptado y publicado para las Américas, la guía clínica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la atención de enfermos con dengue, acompañada por un proceso de capacitación y entrenamiento por parte de expertos del GT-Dengue al personal médico y paramédico de los diferentes niveles de atención sanitaria de los países (9, 10).

5. Después de la implementación de las nuevas guías clínicas, la tasa de letalidad por dengue en las Américas ha disminuido, con lo que se estima que se han evitado 3.300 muertes entre el 2011 y el 2014.⁶ La 2.^a edición (2015) de la guía clínica está en proceso de publicación e incluye nuevos elementos para el manejo de los casos de dengue en las embarazadas, los recién nacidos y los adultos mayores, así como sobre la reorganización de los servicios de salud en situaciones de brote, entre otros.

6. Se creó una red de laboratorios para el diagnóstico del dengue en las Américas (RELDA), a través de la cual se transfiere periódicamente a los países y territorios tecnología y capacidades para la aplicación de métodos actualizados de diagnóstico del dengue —moleculares y serológicos—, con el apoyo de los centros colaboradores de la OMS (CCOMS) para dengue.

7. En los últimos cinco años se ha logrado mantener la notificación periódica de datos de dengue de 50 países y territorios (5). Se trabaja en el desarrollo de un sistema genérico de vigilancia epidemiológica integrada, que utiliza definiciones e indicadores estandarizados e integra elementos entomológicos y del medio ambiente en el análisis. Además, incluye la vigilancia en áreas centinelas, con el fin de caracterizar mejor la historia y el curso de la enfermedad, así como su manejo dentro de los sistemas de servicio en cada país. Este sistema se encuentra en fase de validación en varios países y territorios. También se está trabajando para estimar la carga económica del dengue en varios países.

8. En mayo del 2014 se realizó una revisión del estado del conocimiento sobre el dengue en los últimos 10 años (11), con la participación de la academia, la industria privada, los CCOMS, los países y territorios, y los organismos no gubernamentales. Esto permitió confirmar que la EGI-Dengue es la mejor estrategia disponible y, asimismo, fortalecer su modelo operativo con la estrategia mundial para la prevención y control del dengue 2012–2020 de la OMS (12).

Medidas necesarias para mejorar la situación

9. Avanzar en la consolidación del modelo de la EGI-Dengue, como herramienta metodológica en los países y territorios para la prevención y el control del dengue.

10. Garantizar el apoyo político y los recursos financieros y humanos para la ejecución sostenible de la EGI-Dengue.

⁶ Estimado en base a un incremento anual de la letalidad de 0,018% (aumento de letalidad entre los años 2009 y 2010).

11. Involucrar a otros sectores del gobierno, ministerios, la academia, el sector privado, la comunidad y la familia, a fin de dar una respuesta integrada a los determinantes socioambientales implicados en la transmisión, ya que el dengue no es un problema exclusivo del sector de la salud. Se ha demostrado que el analfabetismo, la baja cobertura de saneamiento y de conducción del agua por tuberías, y la pobreza en general se relacionan con la alta incidencia y la transmisión de la enfermedad.
12. Continuar promoviendo e impulsando políticas públicas que actúen sobre los determinantes sociales y ambientales de la transmisión del dengue para minimizar el riesgo de infección por esta enfermedad.
13. Mejorar y fortalecer la capacidad y la calidad de la atención médica en todos los países y territorios, enfocada en el manejo clínico de casos en el nivel de atención primaria, con el fin de evitar la evolución a formas graves, ya que aún persisten dificultades en el manejo de casos.
14. Desarrollar e implementar nuevos modelos operativos de trabajo para el control del vector.
15. Acompañar el desarrollo y la evaluación de nuevas tecnologías para el control y la prevención de la enfermedad que se puedan introducir en la práctica, entre ellas la vacuna contra el dengue, los mosquitos transgénicos, las bacterias del género *Wolbachia* y nuevas ovitrampas, entre otras. (13-15).

Intervención del Comité Ejecutivo

16. Se solicita al Comité que tome nota del presente informe y formule las recomendaciones que considere pertinente.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Prevención y control del dengue [Internet]. 43.^{er} Consejo Directivo de la OPS, 53.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 24 al 28 de septiembre del 2001; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2001 (documento CD43/12) [consultado el 25 de febrero del 2015]. Disponible en: http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd43_12-s.pdf.
2. Organización Panamericana de la Salud. Dengue [Internet]. 44.^o Consejo Directivo de la OPS, 55.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 22 al 26 de septiembre del 2003; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2003 (documento CD44/14) [consultado el 25 de febrero del 2015]. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd44-14-s.pdf>.

3. Organización Panamericana de la Salud. Dengue [Internet]. 44.º Consejo Directivo de la OPS, 55.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 22 al 26 de septiembre del 2003; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2003 (resolución CD44.R9) [consultado el 25 de febrero del 2015]. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd44-r9-s.pdf>.
4. Organización Panamericana de la Salud. Prevención y control del dengue en las Américas [Internet]. 27.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 59.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 1 al 5 de octubre del 2007; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2007 (resolución CSP27.R15) [consultado el 25 de febrero del 2015]. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/gov/csp/csp27.r15-s.pdf>
5. Organización Panamericana de la Salud. Información regional de dengue: número de casos [Internet]. Washington (DC): OPS; 2015 [consultado el 25 de febrero del 2015]. Disponible en: www.paho.org/dengue.
6. Guzmán MG, Kourí G, Valdés L, Bravo J, Vázquez S, Halstead SB. Enhanced severity of secondary dengue-2 infections: death rates in 1981 and 1997 Cuban outbreaks. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health* [Internet]. 2002 [consultado el 25 de febrero del 2015];11(4):223-7. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000400003&lng=en&nrm=iso y en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892002000400003>
7. Libraty DH, Endy TP, Hough H-SH, Green S, Kalayanaroj S, Suntayakorn S, et al. Differing influences of virus burden and immune activation on disease severity in secondary dengue-3 virus infections. *J Infect Diseases* [Internet]. 2002 [consultado el 25 de febrero del 2015];185(9):1213-1221. Disponible en: <http://jid.oxfordjournals.org/content/185/9/1213.full>
8. Guzman MG, Alvarez M, Halstead SB. Secondary infection as a risk factor for dengue hemorrhagic fever/dengue shock syndrome: an historical perspective and role of antibody-dependent enhancement of infection. *Arch Virol* 2013; 158(7):1445-1459 [consultado el 25 de febrero del 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23471635>
DOI 10.1007/s00705-013-1645-3
9. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud (Programa Especial para la Investigación y Capacitación de Enfermedades Tropicales). Dengue guías para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Nueva edición. [Internet]. La Paz: OPS/OMS; 2010 [consultado el 25 de febrero del 2015]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789995479213_spa.pdf

10. OPS. Dengue. Guías de atención para enfermos en la región de las Américas [Internet]. La Paz: OPS; 2010 [consultado el 25 de febrero del 2015]. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=11239&lang=es
11. Organización Panamericana de la Salud. Últimos adelantos técnicos en la prevención y el control del dengue en la Región de las Américas. Informe de reunión [Internet]. Reunión: Últimos adelantos técnicos para la prevención y control del dengue en las Américas; del 28 al 29 de mayo del 2014, Washington, (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2014 [consultado el 25 de febrero del 2015]. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=&gid=27234&lang=es
12. World Health Organization. Global strategy for dengue prevention and control 2012-2020 [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [consultado el 24 de marzo del 2015]. Disponible solamente en inglés en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75303/1/9789241504034_eng.pdf
13. Sabchareon A, Wallace D, Sirivichayakul C, Limkittikul K, Chanthavanich P, Suvannadabba S, et al. Protective efficacy of the recombinant, live-attenuated, CYD tetravalent dengue vaccine in Thai schoolchildren: a randomised, controlled phase 2b trial. *The Lancet*. 2012;380(9853):1559-1567.
14. Noor Afizah A, Lee H. Wolbachia-based strategy for dengue control—the way forward. *Dengue*. 2013;37:107.
15. Sim S, Cirimotich CM, Ramirez JL, Souza-Neto JA, Dimopoulos G. Dengue virus—mosquito interactions and molecular methods of vector control. *Dengue and Dengue Hemorrhagic Fever*. 2014:425.

E. LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN COMUNIDADES AGRÍCOLAS DE CENTROAMÉRICA

Antecedentes

1. En las dos últimas décadas, en la subregión centroamericana se ha notificado un número creciente de casos de personas que sufren de enfermedad renal crónica (ERC) y fallecen por esta causa. Entre esos casos se ha notificado un tipo de ERC cuya etiología no está relacionada con las causas más frecuentes de ERC, como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. Este tipo de enfermedad renal crónica no tradicional, o de causas no tradicionales o aún no conocidas (en adelante ERCnT), presenta una frecuencia mayor que la observada en la Región de las Américas y tiene una tendencia creciente (1). Reconociendo esta situación, los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobaron la resolución [CD52.R10](#) (2013) *La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica*⁷ durante su 52.º Consejo Directivo (2). El presente informe presenta los avances alcanzados en la ejecución de esa resolución.

Análisis del progreso alcanzado

2. Se ha avanzado en la definición de caso clínico y caso epidemiológico de ERCnT, así como en el establecimiento de mecanismos funcionales para fortalecer la vigilancia epidemiológica. La OPS —en colaboración con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH), la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y la República Dominicana (SE-COMISCA), y representantes de los ministerios de salud de Centroamérica— desarrolló una propuesta de definición de caso para vigilancia epidemiológica y de caso clínico, y entre todos revisaron el documento sobre armonización de procedimientos para mejorar la notificación y la calidad del registro de muertes por ERC. La Red Latinoamericana y Caribeña para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información en Salud (RELAC SIS), de la OPS/OMS, ha logrado una mejoría en la cobertura y la calidad de la información sobre mortalidad, la estandarización de las definiciones y el desarrollo de una propuesta para la implementación de los códigos nuevos que figurarán en la Clasificación Internacional de Enfermedades, edición 11 (CIE-11).

3. A pesar de que no se ha logrado un consenso para la formulación de la agenda regional de investigaciones, los países han avanzado en la realización de estudios, la publicación de artículos, la incorporación de la ERCnT en la agenda nacional de investigaciones y la participación en investigaciones. *MEDICC Review (International Journal of Cuban Health and Medicine)* dedicó un número especial al tema (3). En este período se fortaleció la colaboración entre la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina)

⁷ Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.

y los Centros Colaboradores en salud ocupacional y ambiental de la OPS/OMS,⁸ que incluyeron la ERCnT como parte de sus actividades de apoyo. También se constituyó una red de colaboración para la investigación de la epidemia: el Consorcio de la Epidemia de la Nefropatía en Centroamérica y México (CENCAM) (4). Hasta ahora, aunque la etiología permanece desconocida, la comunidad científica ha llegado al consenso sobre la caracterización de la enfermedad, considerando que la ERCnT es de tipo esencialmente ocupacional, por lo tanto se hace indispensable fortalecer la promoción de la salud ambiental y ocupacional a fin de lograr la prevención de la enfermedad.

4. Los avances en salud ambiental y ocupacional fueron escasos, pero se destacan la actualización del marco legal para el control de plaguicidas en El Salvador, que prohibió el uso de 53 ingredientes activos de alta toxicidad (5), y la aprobación del nuevo reglamento nacional de salud y seguridad laboral en Guatemala, que incluye aspectos para la prevención de la ERC (6). Guatemala también está trabajando en la modificación del reglamento para el manejo de pesticidas caseros.

5. Los países han realizado actividades de capacitación en el abordaje intersectorial de riesgos relacionados con el ambiente, la toxicología clínica y la metodología de evaluación de riesgos. La Oficina, junto con los Centros Colaboradores de la OPS/OMS en salud ocupacional y ambiental ya mencionados, está desarrollando protocolos para el análisis de situación y la implementación de intervenciones preventivas y correctivas en los ambientes de trabajo. La Oficina, además, ha implementado un curso tutorial en línea con expertos regionales sobre el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de las intoxicaciones agudas por plaguicidas (7).

6. Hay algunos avances en la incorporación de la atención integral de la ERC en los servicios de salud, entre ellos el desarrollo de guías de atención clínica para pacientes con ERC en el primer nivel de atención, la actualización de las normas nacionales y el desarrollo de servicios de prevención y atención integral de la ERC, con énfasis en el primer nivel de atención. Dos países, El Salvador y Nicaragua, notificaron avances en el establecimiento de marcos legales y regulatorios para la donación y los trasplantes de órganos y tejidos.

7. La Oficina ha completado una revisión de medicamentos esenciales y tecnologías para el tratamiento de la ERC para su posible inclusión en la lista del Fondo Estratégico de la OPS (8). La OPS consolidó la demanda de estos medicamentos; sin embargo, con excepción de las insulinas, los Estados Miembros no han utilizado el Fondo para adquirir estos medicamentos.

8. La Oficina continuó sus esfuerzos de cooperación técnica para incluir el tema del acceso y la cobertura de trasplantes para el tratamiento de la ERC, incluida la reunión de

⁸ El Instituto Regional de Estudios en Sustancias Tóxicas (IRET), Costa Rica; el Instituto Nacional de Salud Pública de Quebec (INSP Québec), Canadá, y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) y su Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH).

alto nivel de la Red/Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplantes, celebrada en Panamá en noviembre del 2014, y las reuniones de COMISCA XXXVIII y XL, celebradas en Costa Rica y la República Dominicana en junio del 2013 y el 2014, respectivamente.

Medidas necesarias para mejorar la situación

9. Es importante completar, a manera de urgencia, la formulación de la agenda regional de investigaciones en el tema, e identificar recursos para realizar dos tipos de estudios clave para orientar la prevención: *a)* estudios de etiología, y *b)* estudios de investigación operativa sobre la efectividad de las intervenciones.

10. Es crucial que, una vez que se acuerden las definiciones de caso para la vigilancia de la ERCnt (caso sospechoso, caso clínico y la codificación de la mortalidad), los países desarrollen y utilicen una plataforma estandarizada de vigilancia y compartan periódicamente la información de vigilancia acordada. Además, es necesario continuar los esfuerzos para desarrollar y fortalecer los registros de diálisis y trasplante renal, y reforzar la vigilancia de la salud ambiental y ocupacional.

11. Los Estados Miembros deben realizar, con carácter de urgencia, un análisis de la respuesta integral a la ERC desde el compromiso establecido para avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Es necesario analizar cómo se incorpora la ERC en el conjunto de servicios integrales universales, tomando en consideración no solo la atención clínica de la enfermedad, sino también la promoción y la prevención.

12. Debido a que la ERCnt es de tipo esencialmente ocupacional, se requiere una acción intersectorial inmediata para abordar los factores de riesgo y los determinantes sociales de la salud claramente relacionados con este problema e identificar acciones que permitan la promoción de la salud ambiental y ocupacional a fin de lograr la prevención de la enfermedad.

13. Las estimaciones disponibles indican que el costo del tratamiento de la ERC es muy alto y que el financiamiento y la sostenibilidad de los servicios de salud estarán influenciados en gran parte por la capacidad de los países de poner en práctica medidas de prevención de la ERC. El costo estimado de la diálisis por paciente oscila entre US\$ 355⁹ y \$2.249 en el sector público (9) y el costo mensual de inmunosupresores por paciente trasplantado va de \$725 a \$4.250 (9). En estos países, el gasto total per cápita en salud (público + privado) oscila entre \$144 y \$951, y el gasto per cápita en salud del gobierno oscila entre \$78 y \$710 (10). Es necesario realizar estudios de costo-beneficio para informar los procesos de expansión y sostenibilidad del acceso al tratamiento, así como explorar opciones para negociar mejores precios, en el contexto de los planes y políticas de salud de los países.

⁹ A menos que se indique otra cosa, todas las cifras monetarias en el presente documento se expresan en dólares de los Estados Unidos.

14. Es necesario fortalecer la capacidad resolutoria de los niveles locales para la atención integral de la ERC, incluida una mayor capacidad de los recursos humanos para el manejo de la diálisis peritoneal y la hemodiálisis, los protocolos de atención y las intervenciones de salud mental, a fin de apoyar no solamente a los pacientes sino también a su entorno familiar.

Intervención del Comité Ejecutivo

15. Se solicita al Comité Ejecutivo tomar nota del informe y formular las recomendaciones que considere pertinentes.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica [Internet]. 52.º Consejo Directivo, 65.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2013 (documento CD52/8) [consultado el 15 de enero del 2015]. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22777&Itemid=270&lang=es
2. Organización Panamericana de la Salud. La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica [Internet]. 52.º Consejo Directivo, 65.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2013 (resolución CD52.R10) [consultado el 15 de enero del 2015]. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23348&Itemid=270&lang=es
3. Enfermedad renal crónica azota comunidades agrícolas *MEDICC Review* [Internet]. abril del 2014 [consultado el 15 de enero del 2015]; Selecciones 2013, abril del 2014. Disponible en:
<http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=32>
4. Consorcio de la Epidemia de la Nefropatía en Centroamérica y México. Red de colaboración del CENCAM. Costa Rica: CENCAM; 2012 [consultado el 15 de enero del 2015]. Disponible en: <http://www.regionalnephropathy.org/>
5. Decreto 453, Ley sobre Control de Pesticidas, Fertilizantes y Productos para uso agropecuario. Ministerio de Agricultura y Ganadería. El Salvador. 2014. Pendiente de publicación.

6. Reglamento nacional de salud y seguridad laboral. Acuerdo Gubernativo número 229-2014. Diario de Centro América. Guatemala, 2014. [consultado el 15 de enero del 2015]. Disponible en: <http://elexsa.com/assets/2013/11/Acuerdo-Gubernativo-N%C3%BAmero-229-2014.pdf>
7. Organización Panamericana de la Salud; Campus Virtual de Salud Pública. Curso virtual con expertos/as regionales sobre diagnóstico, tratamiento y prevención de las intoxicaciones agudas por plaguicidas, versión 2015 [Internet]. Washington (DC): OPS y CVSP; 2015 [consultado el 12 de enero del 2015]. Disponible en: <http://www.campusvirtualsp.org/?q=es/node/10406/>
8. Organización Panamericana de la Salud. Fondo estratégico de la OPS [Internet]. Washington (DC): OPS, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, Unidad de Medicamentos y Tecnologías Sanitarias; 2014 [actualizado el 23 de julio del 2014; consultado el 12 de enero del 2015]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=1159&layout=blog&Itemid=452&lang=es
9. Sistema de la Integración Centroamericana. Costos de diálisis e inmunosupresores. En: Donación y trasplante de órganos y tejidos humanos. XXXVIII Reunión Ordinaria del Consejo de Ministerios de Salud de Centroamérica y República Dominicana; San José, Costa Rica; 27 y 28 de junio del 2013. San José: SICA/COMISCA; 2013.
10. World Health Organization. Global Health Expenditure Database [Internet]. Ginebra: OMS; c2014 [consultado el 9 de enero del 2015]. Disponible en: <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>

- - -

F. EVALUACIÓN E INCORPORACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS EN LOS SISTEMAS DE SALUD

Antecedentes

1. En septiembre del 2012, en la 28.ª Conferencia Sanitaria Panamericana (CSP), los Estados Miembros fueron pioneros al aprobar por primera vez una resolución sobre la evaluación e incorporación de las tecnologías sanitarias en los sistemas de salud. La resolución CSP28.R9 adoptó un documento de política innovador que propone vincular la evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) con los procesos decisorios relativos a la incorporación de estas tecnologías en los sistemas de salud (1). La resolución ha tenido impacto a nivel mundial. En el 2013, los países de SEARO¹⁰ adoptaron una resolución sobre la ETS (2) y, en el 2014, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución WHA67.23 sobre este mismo tema (3). En la resolución CSP28.R9 también se reconoce la importancia de la Red de Evaluación de Tecnologías en Salud de las Américas (RedETSA), creada en el 2011 y cuya secretaría es ejercida por la OPS, e insta a los países a participar activamente en dicha red. En este informe a los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se presentan los avances logrados en la Región en la aplicación de la resolución CSP28.R9.

Actualización sobre el progreso alcanzado

2. En los últimos años hubo avances claros en la institucionalización de la evaluación de tecnologías sanitarias en la Región, tanto a nivel regional como nacional. Entre los países que han avanzado en este tema, cabe mencionar a: a) Argentina, con la creación de una red nacional, la RedARETS, consolidación de una unidad coordinadora, la UCEETS, y el reconocimiento del IECS como Centro Colaborador de la OMS; b) Brasil, con el fortalecimiento de una Comisión Nacional, CONITEC, y la ampliación de una red nacional, REBRATS, con más de 75 instituciones; c) Colombia, con el fortalecimiento de un instituto nacional, el IETS; d) Chile, con la creación de una Comisión Nacional sobre la ETS.

3. Para conocer la situación de la ETS en la Región, se realizó un mapeo¹¹ en el que se recabó información de 28 países. En el mapeo¹² se observa que los avances en la utilización de la ETS son claros. En 12 países de la Región hay unidades, comisiones o institutos para la ETS. De acuerdo con las respuestas de los países, la Región cuenta con 76 instituciones que llevan a cabo algún tipo de actividad relacionada con la ETS. El 49% de ellas se encuentra en el ámbito estatal y 34% son instituciones académicas.

¹⁰ Ver la lista de siglas al final del documento.

¹¹ El mapeo se dividió en dos componentes: diagnóstico de capacidades de ETS y procesos decisorios. Se hicieron entrevistas a funcionarios clave de los ministerios de salud, instituciones de evaluación de tecnologías sanitarias y otras instituciones académicas y sanitarias entre el 2014 y principios del 2015. Se recibió un total de 147 respuestas de 28 países.

¹² La encuesta de procesos decisorios fue elaborada como parte del proyecto “Advance-HTA”, en conjunto con la EASP y la LSE y el NICE; la de capacidades de ETS fue preparada por los países de la RedETSA, sobre la base de una encuesta de un mapeo realizado en Mercosur.

4. Siete países¹³ informaron que ya cuentan con leyes que de alguna manera exigen el uso de la ETS en los procesos decisorios. En el continente, más allá de la legislación, la vinculación real entre la toma de decisiones y las conclusiones de la ETS es muy diversa. Sobre la base de las respuestas recibidas, se puede afirmar que solamente en Brasil se tienen siempre en cuenta las conclusiones de la ETS para la toma de decisiones. En contraste, siete países¹⁴ informaron que las decisiones se toman sin referirse a la ETS. Los demás países¹⁵ notificaron que utilizan la ETS para apoyar la toma de decisiones con distintos niveles de frecuencia.

5. Otras conclusiones importantes del mapeo son: *a)* producción significativa de documentos¹⁶ sobre la ETS, y se destacan en este sentido Argentina, Brasil, Canadá y Colombia; *b)* utilización elevada de informes sobre la ETS realizados fuera del propio país en la toma de decisiones; *c)* uso extendido de guías metodológicas entre los países de la RedETSA y, en contraste, uso inexistente entre aquellos que no pertenecen a la Red; y *d)* poca consideración de los aspectos éticos y de equidad como criterios explícitos en la toma de decisiones.

6. A pesar de los grandes avances, los resultados del mapeo muestran una gran heterogeneidad; si bien hay países que han conseguido importantes logros, por otro lado hay países sin ninguna institucionalización de la ETS. En los países del Caribe, por ejemplo, el nivel de aplicación de la ETS sigue siendo bajo. Por otra parte, siete países¹⁷ del Caribe cuentan con comisiones o estructuras a cargo de la selección de productos de la lista de medicamentos esenciales, que podrían servir como punto de partida para el establecimiento de unidades de evaluación de las tecnologías sanitarias.

7. A nivel regional, los principales factores limitantes u obstáculos señalados para la aplicación de la ETS fueron la carencia de recursos humanos calificados, la necesidad de presupuesto o financiación, la escasa inclusión de la ETS como herramienta en la toma de decisiones, y la falta de acceso a bases de datos.

8. Teniendo en cuenta la necesidad de capacitación en la Región, el inicio del primer curso sobre la ETS en el Campus Virtual de la OPS fue un progreso muy importante. En septiembre del 2014, con el apoyo del IECES de Argentina, se puso en marcha el curso virtual con tutoría de “Introducción a la evaluación de tecnologías sanitarias y evaluaciones económicas”. Un total de 352 personas, de 19 países, solicitó la admisión al curso, pero solo se pudieron aceptar 47 participantes de 16 países.

9. La colaboración por medio de redes desempeña un papel clave para el desarrollo de la ETS. La RedETSA ha crecido desde su creación (actualmente está integrada por

¹³ Bermuda, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Suriname y Uruguay.

¹⁴ Barbados, Guatemala, Honduras, México, Panamá, San Martín, y Trinidad y Tabago.

¹⁵ Argentina, Bermuda, Bolivia, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Jamaica, Paraguay, Perú, República Dominicana, Santa Lucía, Suriname, Uruguay y Venezuela,

¹⁶ Los países notificaron una producción de alrededor de 3.900 documentos sobre la ETS desde el 2010.

¹⁷ Antigua y Barbuda, Dominica, Granada, Islas Turcas y Caicos, Jamaica, Suriname, y Trinidad y Tabago.

26 instituciones de 14 países)¹⁸ y ha contribuido al fortalecimiento de la ETS en la Región. Además del mapeo de capacidades y procesos decisorios, se alcanzaron otros logros importantes: la Red ha permitido la generación de un espacio para el intercambio de información, a través de la consolidación de la comunidad de prácticas¹⁹ en PRAIS, al habilitar un espacio virtual para intercambiar informes, abordar temas de interés y hacer consultas sobre tecnologías específicas; y se llevaron a cabo ocho encuentros y talleres para considerar diversos temas como el papel de la ETS para la cobertura universal de salud y la interacción de la ETS y las regulaciones de los países. También se destaca la colaboración con otras redes regionales de ETS, como EUnetHTA y HTAsiaLink, y con la Red mundial INAHTA que, en los últimos años, ha registrado un aumento significativo en la afiliación de países de la Región.²⁰

10. Se ha avanzado en la adopción de un enfoque integrado de la ETS en apoyo a la toma de decisiones, que incluya evaluación, selección, incorporación y uso racional. La primera experiencia de aplicación de este enfoque tuvo lugar en los países del Caribe, en el 2013. En el mismo sentido, en Paraguay está en proceso de creación una Dirección de ETS y uso racional, que es la primera en la Región en integrar ambos temas. También está en marcha el diseño de un curso integrado de selección, la ETS y uso racional, en el Campus Virtual de la OPS.

11. El uso racional de las tecnologías es un elemento esencial en la aplicación del abordaje integrado y ha logrado avances significativos, como la adopción en 12 países de mecanismos estandarizados para la elaboración de guías de práctica clínica.

Acción necesaria para mejorar la situación

12. Entre las acciones para disminuir las brechas existentes y para mejorar la situación de los países de la Región en cuanto a la utilización de la ETS como herramienta para apoyar la toma de decisiones, se destacan:

- a) Ampliación de la RedETSA: considerando la notable brecha en la utilización de la ETS en los países que no pertenecen a la Red, los países de Centroamérica y del Caribe que no forman parte de la Red²¹ constituyen una prioridad para esta ampliación. Los datos obtenidos en el mapeo sirven como línea de base para orientar estos esfuerzos.
- b) Elaboración de una estrategia de capacitación continua: teniendo en cuenta la gran demanda de capacitación en la Región, se torna necesaria una estrategia que

¹⁸ Argentina, Brasil, Bolivia, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, México, Paraguay, Perú y Uruguay.

¹⁹ Actualmente, está integrada por 63 participantes pertenecientes a las organizaciones que forman la RedETSA y cuenta con alrededor de 150 documentos.

¹¹ INAHTA, creada en 1993, cuenta actualmente entre sus miembros a 13 instituciones de ocho países de la región (Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Estados Unidos, México y Uruguay). Desde el 2012, se han incorporado instituciones de Argentina, Brasil, Colombia y Uruguay.

²¹ Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Dominica, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Panamá, República Dominicana, San Cristóbal y Nieves, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Trinidad y Tabago y Venezuela.

contemple las distintas necesidades de los países, incluso la formación para el análisis y la elaboración de informes sobre la ETS, al igual que actividades de concientización de los responsables de la toma de decisiones. Se ampliará la oferta de cupos en el Campus Virtual a fin de poder dar una respuesta más adecuada a esta demanda.

- c) Fortalecimiento de los vínculos entre las evaluaciones y la toma de decisiones: el vínculo débil existente entre la ETS y la toma de decisiones en la Región hace que sea prioritaria la ejecución de actividades tendientes a fortalecer este vínculo, tanto a nivel legislativo como fáctico.
- d) Elaboración de herramientas que apoyen a los países para la aplicación de la ETS en sus procesos decisorios: se encuentra en desarrollo una caja de herramientas relevantes para la toma de decisiones,²² que será de mayor utilidad para aquellos países que se encuentren en una etapa temprana de la aplicación de la ETS.
- e) Profundización del intercambio de información relacionada con la ETS entre los países de la Región: a pesar del progreso en la producción de documentos sobre la ETS, es necesario ampliar su accesibilidad a todos los países. Se encuentra en desarrollo la base de datos de la RedETSA, que incluirá los informes sobre la ETS y las decisiones de incorporación de tecnologías de cada país. También se está elaborando un proyecto de intercambio de estadías cortas de profesionales entre las instituciones de la RedETSA.

Intervención del Comité Ejecutivo

13. Se solicita al Comité Ejecutivo que tome nota del presente informe de progreso y formule las recomendaciones que considere pertinentes.

Lista de siglas

Sigla	
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Comisión Nacional de Incorporación de Tecnologías en el Sistema Único de Salud)
EASP	Escuela Andaluza de Salud Pública
EUnetHTA	European Network for Health Technology Assessment (Red Europea de Evaluación de Tecnologías Sanitarias)
HTAsiaLink	Asian Health Technology Assessment Network (Red Asiática de Evaluación de Tecnologías Sanitarias)
IECS	Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria

²² Elaborada por la OPS y otras instituciones como parte del proyecto Advance-HTA.

Sigla	
IETS	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud
INAHTA	International Network of Agencies for Health Technology Assessment (Red Internacional de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias)
LSE	London School of Economics and Political Science (Escuela de Economía y Ciencia Política de Londres)
NICE	UK National Institute for Health and Care Excellence (Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica, Reino Unido)
REBRATS	Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Red brasileña de evaluación de las tecnologías sanitarias)
RedARETS	Red Argentina Pública de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
RedETSA	Red de Evaluación de Tecnologías en Salud de las Américas
SEARO	Región de Asia Sudoriental (OMS)
UCEETS	Unidad Coordinadora de Evaluación y Ejecución de Tecnologías en Salud

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud [Internet]. 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana. 64.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 17 al 21 de septiembre del 2012; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2012 (resolución CSP28.R9) [consultado el 27 de febrero del 2015]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=18921&Itemid=270&lang=es
2. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. Health intervention and technology assessment in support of universal health coverage [Internet]. Sixty-sixth Session of the WHO Regional Committee for South-East Asia, 2013 Sep 11-13; New Delhi, India. New Delhi: SEARO; 2013 (documento SEA/RC66/R4) [consultado el 27 de febrero del 2015] Disponible en: http://www.searo.who.int/mediacentre/events/governance/rc/rc_66_report.pdf?ua=1
3. Organización Mundial de la Salud. Evaluación de las intervenciones y las tecnologías sanitarias en apoyo de la cobertura sanitaria universal [Internet]. 67.^a Asamblea Mundial de la Salud; del 19 al 24 de mayo del 2014; Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; 2014 (resolución WHA67.23) [consultado el 27 de febrero del 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-sp.pdf#page=23

G. SITUACIÓN DE LOS CENTROS PANAMERICANOS

Introducción

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

Antecedentes

2. Los Centros Panamericanos han sido una modalidad importante de la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) durante casi 60 años. En ese período, la OPS ha creado o administrado 13 centros,²³ ha suprimido nueve y ha transferido la administración de uno de ellos a sus propios órganos directivos. En este documento se presenta información estratégica actualizada sobre el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) y el Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME).²⁴

Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA)

3. La OPS ha ejercido el liderazgo continental para abordar la convergencia de la salud humana y la sanidad animal y ambiental en el campo de las zoonosis, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria, a través de la eliminación continental de la fiebre aftosa. PANAFTOSA ocupa una posición excepcional en tal sentido, en virtud de su amplia red formal e informal en las áreas de la salud pública y la salud animal, que comprende entidades gubernamentales, académicas, del sector privado y filantrópico, organizaciones sin fines de lucro y organismos internacionales. De esta forma, el Centro participa en el análisis del riesgo causado por enfermedades de los animales que podrían constituir eventos de salud pública de importancia internacional, con lo cual contribuye a la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005).

4. Las directrices políticas y estratégicas actuales para la cooperación técnica de la Organización en materia de salud pública veterinaria fueron definidas por el “Consenso de Santiago de Chile”,²⁵ producto del diálogo interministerial a nivel político y técnico entre salud y agricultura durante la 16.^a Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en

²³ CLATES, ECO, PASCAP, CEPANZO, INPPAZ, INCAP, CEPIS, Programa regional de bioética en Chile, CAREC, CFNI, CLAP, PANAFTOSA y BIREME.

²⁴ En esta ocasión no se consideró necesario incluir información sobre el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano/Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR) porque no ha presentado cambios desde el último informe.

²⁵ Centro Panamericano de Fiebre Aftosa de la Organización Panamericana de la Salud. Consenso de Santiago de Chile [Internet]. 16.^a Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura, del 26 al 27 de julio del 2012; Santiago, Chile. Rio de Janeiro (Brasil): OPS/PANAFTOSA; 2012 [consultado el 14 de febrero del 2014]. Se puede consultar en:

[http://ww2.panaftosa.org.br/rimsa16/dmdocuments/RIMSAS16\(INF5\)%20Consenso%20esp.pdf](http://ww2.panaftosa.org.br/rimsa16/dmdocuments/RIMSAS16(INF5)%20Consenso%20esp.pdf)

Salud y Agricultura (RIMS 16). Además, al anunciar la inocuidad de los alimentos como tema para el Día Mundial de la Salud 2015, la Directora General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) enfatizó la necesidad de emprender un esfuerzo mundial concertado y de colaboración con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE), para asegurar la inocuidad de los alimentos en todas las etapas de la cadena alimentaria.

Progreso reciente

5. La cooperación técnica de PANAFTOSA se lleva a cabo como parte del trabajo del Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud (CHA), y está a cargo de un equipo técnico ubicado en Brasil (Rio de Janeiro y Minas Gerais), dos asesores de salud pública veterinaria en países de las subregiones Andina y del Caribe, y un asesor principal en la sede. Recientemente se han alcanzado logros importantes en la mejora de la salud con equidad, mediante actividades encaminadas a la promoción de la inocuidad de los alimentos, la seguridad alimentaria, la eliminación de zoonosis prioritarias y la prevención de mortalidad y discapacidad producto de emergencias sanitarias, que contribuyen a las categorías 1 y 5 del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019.

6. Con respecto a la inocuidad de los alimentos, se ha logrado una mayor participación de líderes y responsables de las decisiones en este tema, como producto de la campaña del Día Mundial de la Salud 2015, con lo cual la OPS se ha colocado como la institución de referencia en esta materia. Se ha continuado el trabajo de fortalecer las redes regionales y se ha aumentado el número de instituciones de la Región que participan activamente en la prevención de enfermedades de transmisión alimentaria (a saber, la Red Interamericana de Laboratorios de Análisis de Alimentos [RILAA], la Red Mundial sobre Infecciones Transmitidas por los Alimentos [GFN, por sus siglas en inglés] y la red PulseNet de América Latina y el Caribe). Se colabora activamente con las cinco líneas estratégicas del Plan de acción mundial sobre la resistencia antimicrobiana, en particular, en la mejora de la concientización y la comprensión de la resistencia a los antimicrobianos, el mejoramiento de la base científica a través de la vigilancia y la investigación, y la optimización del uso de medicamentos antimicrobianos en la salud animal.

7. Con respecto a las zoonosis, el Centro está ejecutando un plan de acción para la eliminación de la rabia transmitida por el perro a nivel regional ²⁶ mediante la prestación de cooperación técnica a los países en las áreas de diagnóstico de laboratorio, profilaxis tras la exposición a la rabia, gestión de programas, definición de indicadores de vigilancia, promoción de la eliminación de la rabia a nivel mundial y la incorporación de

²⁶ Centro Panamericano de Fiebre Aftosa. Plan de acción para la eliminación de la rabia transmitida por perros [sic] [Internet]. 14.ª Reunión de los Directores de Programas Nacionales de Control de la Rabia en América Latina (REDIPRA 14), Lima, Perú, agosto 2013. PAHO/PANAFTOSA; 2013 [consultado el 2 de febrero 2015]. Puede consultarse en:

http://www.paho.org/panaftosa/index.php?option=com_content&view=article&id=795&Itemid=336

la vacuna antirrábica para perros al Fondo Rotatorio de la OPS. Además de la cooperación técnica relacionada con la rabia transmitida por el perro, PANAFTOSA proporciona cooperación técnica a los países para la prevención y el control de la rabia transmitida por murciélagos.

8. En cuanto a otras zoonosis, el Centro colabora con otras unidades de la OPS en el fortalecimiento de las capacidades en relación con la leptospirosis, la leishmaniasis y la fiebre amarilla. El Centro también lleva a cabo actividades de cooperación técnica para la vigilancia y el control de la echinococcosis o hidatidosis en cinco países. En el 2014, se iniciaron actividades de cooperación técnica para la prevención y el control de la neurocisticercosis, en colaboración con el Departamento de Control de Enfermedades Tropicales Desatendidas de la OMS, la Unidad de Enfermedades Desatendidas Tropicales y Transmitidas por Vectores, y la Unidad de Salud Mental.

9. Con respecto a la fiebre aftosa, por primera vez desde el establecimiento del Centro en 1951, han pasado más de tres años consecutivos sin ningún caso notificado de fiebre aftosa. Este es un logro histórico para los países de todo el continente y para la OPS/OMS. Los retos enfrentados ahora estriban en mantener ese logro al avanzar hacia el continente libre de fiebre aftosa sin vacunación; seguir apoyando a los países, en particular, al introducir nuevas herramientas de vigilancia y responder a las emergencias, y suministrar mecanismos para enfrentar la creciente sensibilidad de la población al virus de la fiebre aftosa; además de fortalecer la política, la estrategia y los planes nacionales de erradicación de la fiebre aftosa. Continúa la prestación de cooperación técnica para el fortalecimiento de los programas nacionales de fiebre aftosa, y como resultado, en el 2014, Bolivia y Paraguay recibieron de la OIE el reconocimiento formal como país libre de fiebre aftosa, y Ecuador recibió el mismo reconocimiento en mayo del 2015.

Acuerdos de cooperación y movilización de recursos

10. En el 2015 sigue vigente del Acuerdo de Cooperación Técnica para el fortalecimiento del Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria y de la capacidad de gestión del Sistema Único de Salud de Brasil, suscrito en el 2012 entre la OPS, por conducto de PANAFTOSA, y la Secretaría para la Vigilancia Sanitaria del Ministerio de Salud de Brasil, cuyo objetivo es reducir la carga de zoonosis y de enfermedades transmitidas por vectores, por el agua y por los alimentos en la población humana. Asimismo, se suscribieron otros acuerdos financieros y de cooperación técnica con distintas instituciones, como por ejemplo la Fundación Merieux (Francia), el Wellcome Trust (Instituto Sanger); el Instituto Conjunto de Inocuidad de los Alimentos y Nutrición Aplicada (JIFSAN, por sus siglas en inglés); la Administración de Alimentos y Medicamentos y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, ambos de los Estados Unidos de América; el Fondo para la Aplicación de Normas y el Fomento del Comercio (FANFC), de la Organización Mundial del Comercio, y la Sección de Productos Sanitarios y Alimentación de Health Canada.

11. PANAFTOSA ha podido movilizar contribuciones voluntarias provenientes de fuentes interesadas específicamente en la erradicación de la fiebre aftosa en América del

Sur, que apoyan la cooperación técnica del Centro en relación con la coordinación regional del Plan Hemisférico de Erradicación de la Fiebre Aftosa (PHEFA). Un ejemplo es la Asociación Coordinadora Nacional de Salud Animal (ACONASA) de Paraguay, que ha renovado su apoyo financiero al fondo fiduciario establecido para facilitar las contribuciones financieras. Además, se han suscrito acuerdos de cooperación con organismos públicos de otros Estados Miembros como el de la Agencia Ecuatoriana de Aseguramiento de la Calidad del Agro (Agrocalidad) y el del Servicio Nacional de Calidad y Salud Animal (SENACSA) de Paraguay. En consecuencia, los recursos financieros ordinarios proporcionados por la Organización al centro se han canalizado hacia la cooperación técnica en las áreas de las zoonosis y la inocuidad de los alimentos. La contribución generosa del Ministerio de Agricultura, Ganadería y Abastecimiento de Brasil (MAPA, por sus siglas en portugués) sigue sufragando plenamente los costos de mantenimiento del Centro.

Revisión de la gobernanza de PANAFTOSA

12. En el 2014, la delegación del Gobierno del Brasil sugirió que se estudiara la posibilidad de revisar el mecanismo de gobernanza de PANAFTOSA. En respuesta a esta solicitud, la OPS iniciará un proceso de consultas con Brasil y los demás Estados Miembros en el transcurso del 2015 e informará a los Cuerpos Directivos sobre los avances y resultados de este proceso.

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

13. BIREME es un centro especializado de la OPS/OMS fundado en 1967, cuya misión principal consiste en prestar cooperación técnica a los Estados Miembros de la Organización en temas relacionados con la información científica y técnica, y en intercambiar conocimientos y evidencias que contribuyan al mejoramiento continuo de los sistemas de salud, la educación y la investigación.

14. BIREME está adscrito al Departamento de Gestión del Conocimiento, Bioética e Investigación (KBR), y cuenta con un plan bienal de trabajo (2014-2015) específico para el centro.

15. Desde el año 2010, la institucionalidad de BIREME se caracteriza por la coexistencia del marco institucional anterior, por medio del Convenio de Mantenimiento y Desarrollo del Centro, suscrito entre la OPS/OMS y los Ministerios de Salud (MINSAL) y de Educación del Brasil (MEC), la Secretaría de Salud del Estado de São Paulo (SES-SP) y la Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP), y del nuevo marco, por medio del Estatuto de BIREME, aprobado por el 49.º Consejo Directivo en septiembre del 2009.

16. La sede física del centro se encuentra en las instalaciones del campus de São Paulo de la UNIFESP, de conformidad con el Convenio de Mantenimiento y Desarrollo de BIREME, del cual es signataria la universidad.

17. El Convenio de Mantenimiento y Desarrollo de BIREME venció el 1 de marzo del 2015. Si bien continúan las negociaciones para prorrogarlo hasta el 31 de diciembre del 2015, en particular con UNIFESP, que en el segundo semestre del 2014 solicitó la revisión de sus aportes al centro, hasta la fecha no se ha firmado otra prórroga.

18. La estructura de gobernanza de BIREME comprende el Comité Asesor Nacional (CAN) del marco anterior y los Comités Asesor y Científico del marco nuevo. Los tres comités están funcionando regularmente.

- a) El CAN está integrado por los miembros signatarios del Convenio de Mantenimiento y Desarrollo de BIREME y se reúne dos veces por año. En estas reuniones se presentan los resultados de la cooperación técnica de BIREME con los países de la Región, en particular con Brasil. En el 2014, se celebraron dos reuniones del CAN, el 15 de agosto y el 9 de diciembre. El MINSAL estuvo presente en las dos reuniones, la SES-SP solamente asistió a la primera de ellas, mientras que el MEC y la UNIFESP no participaron en ninguna.
- b) El Comité Asesor de BIREME (CA) está compuesto por dos miembros permanentes, la OPS y el Gobierno de Brasil, representado por el ministerio de salud, y cinco miembros no permanentes. La 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana eligió a Cuba, Ecuador y Puerto Rico para integrar el Comité Asesor por un mandato de tres años (2013-2015). El 53.º Consejo Directivo eligió a Panamá y a Trinidad y Tabago para ejercer un mandato de tres años (2015-2017). Desde su creación, el Comité Asesor se ha reunido en cinco ocasiones, la última de ellas el 3 de diciembre del 2014. La sexta reunión está prevista para finales del 2015. Durante su quinta sesión, el Comité Asesor reafirmó su apoyo continuo al desarrollo institucional del Centro y, en particular, la urgencia de poner en práctica el nuevo marco institucional y de firmar un Acuerdo de Sede, que asegure la transferencia de recursos financieros del MINSAL para el mantenimiento regular de BIREME.
- c) El Comité Científico (CC) está integrado por cinco expertos en el área de información sobre salud, seleccionados por el Comité Asesor. Los actuales miembros de este comité provienen de Brasil, Canadá, Honduras, Trinidad y Tabago y un representante de la National Library of Medicine (NLM), de los Estados Unidos de América. Hasta la fecha, el Comité Científico se ha reunido en dos ocasiones, el 27 de julio del 2013 y el 14 de agosto del 2014. La tercera sesión del comité está prevista para el segundo semestre del 2015.

19. Con el objetivo de fortalecer la aplicación del Estatuto de BIREME, aprobado por los Estados Miembros de la OPS/OMS, la Oficina del Subdirector coordinó una evaluación externa del centro. Las recomendaciones respectivas fueron presentadas a la Directora y a la Gerencia Ejecutiva de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) en marzo del 2015.

Situación actual sobre los marcos institucionales

Acuerdo de Sede en Brasil

20. Continúan las negociaciones sobre el Acuerdo de Sede, previsto en el marco institucional del centro entre la OPS y el Gobierno de Brasil, a través del MINSAL. La falta de un Acuerdo de Sede vigente limita la transferencia de los recursos presupuestados por el MINSAL para BIREME, a menos que se acuerde un instrumento jurídico provisional.

Acuerdo de instalaciones y funcionamiento

21. Desde el año 2014, la OPS/OMS ha mantenido negociaciones con la Rectoría de la UNIFESP cuyo marco de referencia son los compromisos del Gobierno de Brasil con la OSP, el mandato de los Cuerpos Directivos de conformidad con la resolución CD49.R5, y la necesidad de asegurar la cooperación técnica de BIREME con diferentes interesados de los países miembros, entre otros la UNIFESP.

22. En septiembre del 2014, la Rectoría de la UNIFESP comunicó a la Directora de la OPS/OMS que la Universidad estaba reconsiderando sus contribuciones para el mantenimiento y desarrollo de BIREME, en especial en relación con: *a)* la adaptación inmediata del espacio físico ocupado por BIREME, lo que implicaría reducir sus instalaciones a un piso en lugar de los cuatro pisos actuales, además del correspondiente pago de alquiler; y *b)* la reintegración a la UNIFESP de 16 funcionarios de esa universidad que trabajaron por muchos años en las áreas administrativa y técnica de BIREME. Estos funcionarios se reintegraron a UNIFESP el 1 de abril del 2015.

Desafíos a corto plazo

23. Suscribir con urgencia el Acuerdo de Sede entre el Gobierno de Brasil y la OPS para el funcionamiento de BIREME en el territorio brasileño, que permita garantizar la transferencia de los recursos necesarios para su funcionamiento.

24. Definir y formalizar la futura relación institucional con la UNIFESP, en particular lo referente a la presencia física de BIREME en UNIFESP, la negociación de un Acuerdo de instalaciones y funcionamiento, así como la redefinición de los objetivos de la cooperación con UNIFESP, teniendo en cuenta las expectativas de la comunidad científica y académica, y la cooperación internacional a cargo de BIREME.

25. Fortalecer la Gobernanza de BIREME, mediante una participación proactiva de sus comités CAN, CA y CC en los temas de su competencia.

Intervención del Comité Ejecutivo

26. Se pide al Comité Ejecutivo que tome nota del presente informe de progreso y formule las recomendaciones que considere pertinentes.