



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



52.º CONSEJO DIRECTIVO **65.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL**

Washington, D.C., EUA, del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013

Punto 3.2 del orden del día provisional

CD52/3 (Esp.)
30 de agosto del 2013
ORIGINAL: INGLÉS

INFORME ANUAL DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Aprovechar el pasado y avanzar hacia el futuro con confianza

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Prefacio.....	4
Capítulo I. Continuidad y cambio.....	7
Capítulo II. Cooperación técnica y logros alcanzados.....	10
Capítulo III. Aprender del pasado y avanzar hacia el futuro	48
Siglas y abreviaturas.....	57

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 período 2012-2013 relativo a las actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. En este informe se ponen de relieve los principales logros de la Oficina en la prestación de cooperación técnica durante este lapso, en el marco del Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud aprobado por sus Cuerpos Directivos para el período 2008-2013.

Este informe se complementa con el Informe Financiero del Director y el Informe del Auditor Externo correspondientes al año 2012.

Dra. Carissa F. Etienne.
Directora

Aprovechar el pasado y avanzar hacia el futuro con confianza

“Las condiciones convergen para crear un momento único para la salud en la Región... Creo que tenemos el poder para lograr el cambio: en la salud maternoinfantil, en las enfermedades no transmisibles, en las enfermedades infecciosas, en el fortalecimiento de los sistemas de salud y en el logro del acceso universal a la atención... Tenemos la gran posibilidad de que la salud sea una fuerza impulsora del cambio.”

Dra. Carissa F. Etienne
*Directora, Oficina Sanitaria Panamericana
Organización Panamericana de la Salud*

Prefacio

1. En septiembre del 2012, cuando fui elegida Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) por la 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, prometí llevar a cabo un proceso de renovación que defendiera los valores y los principios esenciales de esta institución de más de un siglo de trayectoria, y también promover la innovación para hacerla un agente más eficaz del cambio. Desde que asumí el cargo en febrero del 2013, me ha complacido encontrar que los valores esenciales de la universalidad, la equidad y la solidaridad panamericana siguen siendo sólidos dentro de la Organización, al mismo tiempo que se han combinado la confianza y el optimismo colectivos para generar mayores expectativas sobre el futuro de la OPS. Siento una gran satisfacción por encontrarme al mando de una organización con arraigadas tradiciones de excelencia y orgullo por sus logros, pero también con una palpable actitud de apertura al cambio y al mejoramiento.

2. Una de mis primeras tareas como Directora fue iniciar un proceso de consultas con el personal y los Estados Miembros sobre la manera en que se podría reestructurar la Oficina para aumentar la sinergia y la complementariedad de nuestros programas de cooperación técnica. Dos meses después, anuncié una nueva estructura orgánica, con una primera ronda de cambios que entraron en vigor el 1 de julio del 2013. Mi meta en este cometido era posicionar a la OPS como una organización flexible, transparente y receptiva, que aporta pericia e innovación a su colaboración con los Estados Miembros.

3. He seguido consultando con el personal, nuestros Estados Miembros y otros asociados e interesados directos con el propósito de intercambiar ideas, evaluar las necesidades y determinar las oportunidades en las cuales el trabajo de la OPS puede lograr un cambio real para mejorar las condiciones de salud en la Región de las Américas. En todas estas consultas, he abogado por cuatro prioridades: reducir las inequidades en materia de salud, fortalecer los sistemas de salud, abordar los

determinantes sociales y ambientales de la salud, y lograr la cobertura universal de salud, lo cual equivale al acceso a una atención de salud de calidad para todos sin temor al empobrecimiento. Creo que impulsar estas prioridades es fundamental a fin de concretar la visión para la Región de las Américas: sociedades que estén libres de la inequidad, donde las personas tengan las condiciones sociales y los entornos saludables que necesitan para disfrutar de una vida larga, digna, sana y productiva.

4. En mis consultas, me ha animado, aunque no me ha sorprendido, encontrar que el personal de la OPS y los interesados directos comparten esta visión, acogen con agrado estas prioridades y están igualmente ansiosos de descubrir nuevas oportunidades de trabajar juntos para promoverla en forma más eficaz y sostenible.

5. También me ha animado comprobar, durante mis primeros meses como Directora de la Oficina, que la OPS está comenzando este nuevo viaje desde una posición sólida. Me ha impresionado la riqueza de conocimientos especializados, la energía y la iniciativa, la pasión y la dedicación con que el personal y los asociados de la OPS realizan su labor.

6. Estos primeros meses también han reconfirmado mi opinión de que nuestros países, nuestra Región y nuestra Organización están enfrentando nuevos tiempos y nuevas condiciones que requieren nuevas maneras de trabajar para promover la salud pública. Sabemos que nuestros Estados Miembros son los depositarios de gran parte de los conocimientos, la pericia y la sabiduría que necesitamos para mejorar la salud en toda la Región. Esto significa que uno de los papeles más importantes de la OPS —tal vez incluso el más importante— es actuar como un aliado estratégico que apoya los esfuerzos encaminados a fortalecer la voluntad política, intercambiar conocimientos y movilizar la acción colaborativa y multisectorial entre nuestros países miembros y dentro de cada uno de ellos.

7. Cuando se examina este informe, es evidente que la cooperación técnica de la OPS ha contribuido a un progreso importante en una amplia gama de áreas, desde la eliminación y el control de las enfermedades infecciosas al fortalecimiento de los sistemas de salud, abordando los determinantes sociales de la salud y asegurando que quienes se ven afectados por alguna enfermedad tengan acceso a servicios de prevención, atención y rehabilitación.

8. En este informe se presentan algunos aspectos destacados de este progreso y los logros específicos alcanzados durante los últimos doce meses desde mediados del 2012 hasta mediados del 2013. Este período incluye los últimos siete meses de la gestión anterior de la OPS y los cinco primeros meses bajo mi liderazgo. El trabajo de la Organización durante este período estuvo guiado por el Plan Estratégico de la OPS

2008-2013, pero también incluyó la elaboración de un nuevo Plan Estratégico para el período 2014-2019.

9. Conforme a lo dispuesto por los Cuerpos Directivos de la OPS, en el presente informe se hace una reseña de las actividades de la Oficina y cada logro descrito en él contó con el apoyo de la cooperación técnica de los programas de la Oficina a nivel regional o de país. Sin embargo, la gran mayoría de estos logros fueron el resultado de los esfuerzos conjuntos del personal de la Oficina, sus homólogos en los ministerios de salud y aliados dentro de los Estados Miembros y en la comunidad internacional. Por este motivo, en el informe se describen no solo las actividades de la Oficina sino también los logros de la OPS, es decir, de la secretaria y los Estados Miembros juntos.

10. En este informe se presentan pruebas fehacientes de la continua solidez de esta Organización y del valor de su trabajo. A este respecto, deseo reconocer y agradecer a mi predecesora, la anterior Directora de la Oficina Mirta Roses Periago, su gestión al frente de esta Organización. Creo que la OPS tiene un futuro brillante, con un gran potencial para desempeñar una función aún más amplia en el mejoramiento de las condiciones sanitarias y el fortalecimiento de la salud en las agendas nacionales e internacionales de desarrollo. Espero con ilusión conducir a esta Organización hacia ese futuro, con el apoyo decidido de nuestros Estados Miembros, de tal modo que juntos podamos completar nuestra labor inconclusa, abordar nuevos retos y, en última instancia, hacer realidad el sueño de lograr la salud para cada mujer, cada hombre y cada niño en la Región de las Américas.

Dra. Carissa F. Etienne
Directora

Capítulo I. Continuidad y cambio

11. Los seis últimos meses del 2012 y la primera mitad del 2013 —el período general cubierto por este informe— representaron un momento tanto de continuidad como de cambio en la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Durante el 2012, la OPS celebró el 110.º aniversario de su creación, un logro en sí que se hizo más digno de mención por los notables beneficios en cuanto a la salud registrados en el continente americano durante el siglo anterior. Entre estos beneficios cabe destacar un aumento de 45 años en la esperanza media de vida y que la mortalidad infantil es once veces menor que en 1902; la erradicación de la viruela y la poliomielitis; la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita; el mayor acceso al agua potable y el saneamiento; y una expansión considerable de la cobertura de salud. Hoy, la Región de las Américas tiene las tasas más elevadas de tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH/sida entre todas las regiones de la OMS y los niveles de cobertura de la vacunación se encuentran entre los más altos del mundo.

12. A lo largo de varias modificaciones institucionales, la OPS como la conocemos hoy —el organismo internacional de salud pública más antiguo del mundo— desempeñó una función crucial de liderazgo en muchos de estos logros y la tradición de panamericanismo que promovió sigue contribuyendo al progreso de la salud en todo el continente y más allá de él.

13. La Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina), la secretaría de la OPS, colaboró estrechamente con los Estados Miembros de la OPS a lo largo del 2012-2013 y brindó cooperación técnica para mejorar la salud, proteger los logros y abordar retos persistentes y nuevos. Esta labor estuvo guiada por el Plan Estratégico 2008-2013 de la OPS, la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y otros mandatos regionales establecidos por los Estados Miembros de la OPS, así como por las prioridades nacionales determinadas mediante las estrategias de cooperación en los países de la OPS.

14. En enero del 2013, la OPS tomó juramento a su décimo Director, la doctora Carissa F. Etienne, anteriormente Subdirectora de la OPS y Subdirectora General de Sistemas y Servicios de Salud de la OMS. En los tres meses siguientes, la Directora llevó a cabo un proceso integral e inclusivo de consulta con interesados directos y funcionarios a fin de encontrar maneras de posicionar a la OPS como una organización flexible, transparente y receptiva, que aporta tanto experiencia como innovación a su colaboración con los Estados Miembros. Este proceso consultivo incluyó dos reuniones abiertas con el personal de la sede de la OPS y varias visitas a los Estados Miembros.

15. En abril del 2013, la Directora anunció una nueva estructura orgánica encaminada a fortalecer la función de la OPS como principal organismo de salud pública del

continente americano en un entorno dinámico y complejo. Los cambios, en vigor desde el 1 de julio del 2013, tienen la finalidad de potenciar al máximo la sinergia y la complementariedad en los programas técnicos esenciales de la Organización. En consecuencia, un grupo de estudio especial conducido por el Director de Administración supervisó los ajustes en la programación, el personal y los procesos administrativos.

16. La nueva estructura tiene cinco departamentos principales de cooperación técnica: Familia, Género y Curso de Vida (FGL), Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud (CHA), Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental (NMH), Sistemas y Servicios de Salud (HSS), y Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre (PED), así como un programa especial sobre Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud (SDE).

17. Además, cinco departamentos administrativos están bajo la supervisión del Director de Administración: Gestión de Recursos Humanos (HRM), Gestión de Recursos Financieros (FRM), Servicios de Tecnología de la Información (ITS), Operaciones de Servicios Generales (GSO), y Gestión de Compras y Suministros (PRO). Junto con PED, otros tres departamentos están bajo la supervisión del Director Adjunto —Planificación y Presupuesto (PBU); Relaciones Externas, Alianzas y Cuerpos Directivos (EPG); y Gestión del Conocimiento y Comunicaciones (KMC) — y prestan servicios a otros departamentos así como cooperación técnica a los Estados Miembros.

18. Cuatro oficinas especiales dependen directamente de la Directora: la de Apoyo a la Atención Centrada en los Países (CFS), la de la Asesora Jurídica (LEG), la del Jefe de Gabinete (COS) y la de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación (IES). Otras dos —la Oficina de Ética (ETH) y la del Mediador (OMB) — son independientes y, junto con IES, forman parte del Sistema de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos de la OPS.

19. La OPS mantiene su fuerte presencia en la Región, con 28 representaciones en los Estados Miembros. Además, la Organización sigue administrando tres centros técnicos panamericanos: el Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP) en Montevideo (Uruguay); el Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME) en São Paulo (Brasil); y el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) en Rio de Janeiro (Brasil). Durante el período que abarca el presente informe, el antiguo Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) y el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) completaron el proceso de transición para convertirse en el Organismo de Salud Pública del Caribe (CARPHA, por sus siglas en inglés) en Trinidad y Tabago, el cual inició sus actividades en enero del 2013.

20. La Oficina desempeñó una función activa, en consulta con el Grupo Consultivo de los Países (CCG), para finalizar el Plan Estratégico de la OPS propuesto para el

período 2014-2019, que se presentará al 52.º Consejo Directivo de la OPS en septiembre del 2013 para su aprobación. Al reflejar las prioridades de la nueva conducción de la OPS así como las prioridades colectivas de los Estados Miembros, el nuevo plan tiene como propósito mejorar la salud de la población con medidas que promuevan el desarrollo sostenible y la equidad en el ámbito de la salud. Esto incluye medidas que aborden los determinantes sociales, impulsen la cobertura universal de salud e integren la salud en todas las políticas, programas, iniciativas e intervenciones.

21. El nuevo Plan Estratégico se diferencia del anterior en que los objetivos estratégicos —redefinidos como “categorías”— son menos (6 en comparación con 16 en el plan anterior) y han sido concebidos para reflejar mejor el trabajo interprogramático. Se redujo el número de indicadores (de 256 a 106) y se los redefinió para medir el avance en cuanto al mejoramiento del estado de salud en lugar de evaluar procesos. Una característica importante del nuevo plan es la inclusión de metas, indicadores y objetivos con respecto a la equidad en materia de salud. También refleja una convergencia mayor con la OMS y es la primera vez que el plan estratégico de la OPS se prepara una vez finalizado el proceso de elaboración del Programa General de Trabajo de la OMS, en este caso para el período 2014-2019.

22. Tanto la nueva estructura orgánica como el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 tienen como propósito mejorar la capacidad de la Oficina de trabajar junto con los Estados Miembros para promover la salud y el bienestar, reducir la carga de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, proponer un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar la colaboración con miras a lograr la cobertura universal de salud. El trabajo de la Organización para alcanzar estas metas durante los próximos seis años se basará en un copioso caudal de experiencia, conocimientos especializados y colaboración, y en numerosos logros de los programas y proyectos existentes llevados a cabo por la OPS o con su apoyo.

Capítulo II. Cooperación técnica y logros alcanzados

23. En las siguientes secciones de este informe se destacan los logros alcanzados en los Estados Miembros y a nivel regional desde mediados del 2012 hasta mediados del 2013, que se obtuvieron mediante el liderazgo o el apoyo brindados por los programas de cooperación técnica de la OPS. Luego se destacan aspectos de la gestión y la gobernanza de la Organización durante el mismo período. Por último, se examinan las enseñanzas que se han extraído de los logros y retos durante este período, que se pueden aplicar para mejorar la eficacia y lograr un impacto perdurable de la cooperación técnica de la Organización en el futuro.

Sistemas y servicios de salud

24. Los sistemas y servicios de salud equitativos, eficaces y bien organizados que promueven el acceso universal constituyen un elemento esencial para mejorar la salud de la población. A lo largo del período 2012-2013, la Organización colaboró con los Estados Miembros para fortalecer los sistemas de salud sobre la base de una estrategia renovada de atención primaria de salud y con miras a impulsar la cobertura universal de salud.

25. Bolivia, Costa Rica, El Salvador, Guyana, México, República Dominicana, Uruguay y los países del Caribe trabajaron para avanzar hacia la cobertura universal de salud, con el apoyo de la OPS así como del Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido, el Organismo Australiano de Desarrollo Internacional y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. La labor de la OPS incluyó el apoyo a la elaboración de una hoja de ruta a fin de describir el camino hacia la cobertura universal de salud para los países del Caribe.

26. Se recopiló información sobre los pagos realizados directamente por los pacientes en la atención de salud en Canadá y países del MERCOSUR con el fin de facilitar el análisis de los determinantes de ese gasto y los efectos redistributivos de los gastos de salud pública. Varias unidades de economía sanitaria de ministerios de salud de la Región llevaron a cabo deliberaciones con aliados como la Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas (CEPAL), el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI) sobre temas como la atención de salud sin costo para el paciente, el “espacio fiscal” y las perspectivas de ampliar el gasto destinado a la salud pública.

27. Durante el 2012-2013, la OPS realizó o apoyó varios estudios sobre la ampliación de la cobertura de salud. En un análisis efectuado en Brasil, Chile, Colombia, Jamaica, México y Perú se examinaron las políticas públicas que tenían más probabilidades de resultar eficaces para mejorar la cobertura y la equidad. En un estudio en la República Dominicana se evaluaron las repercusiones financieras del componente de salud en el

plan de seguros subsidiados del país, mientras que en estudios realizados en El Salvador se evaluaron los beneficios de la reforma sanitaria y los retos para consolidarlos.

28. Ochenta técnicos de 18 países participaron en un curso virtual sobre el diseño y la gestión de paquetes de prestaciones de atención de salud. Como complemento, la OPS organizó una comunidad de práctica para intercambiar información y experiencias entre el personal que trabaja sobre este tema. El Salvador, México, Perú y Uruguay han elaborado o actualizado sus paquetes de prestaciones de salud garantizadas.

29. La Organización apoyó a los países miembros en el fortalecimiento de sus marcos jurídicos para promover el derecho a la salud y el acceso a la atención mediante varias iniciativas legislativas y reglamentarias. Al 2013, 18 de los países de la Región ya incluyen el derecho a la salud en sus constituciones y en Chile, Colombia, Guyana, Haití y Perú el concepto de protección social en materia de salud es un principio básico en sus sistemas de salud. La Organización ayudó a Panamá a redactar un nuevo código sanitario y apoyó al Ministerio de Salud de El Salvador en la formulación de legislación sobre las vacunas, que entró en vigencia en enero del 2013.

30. La Organización prestó ayuda para la planificación estratégica y la reestructuración de los sistemas de salud en Aruba, Bahamas y Curaçao, así como en las islas Bonaire, Saba y San Eustaquio de las antiguas Antillas Neerlandesas, que reestructuraron sus sectores de la salud después de los cambios en su situación constitucional en el 2010. Con el propósito de promover el enfoque de la atención primaria de salud en la organización de los sistemas y servicios de salud, la OPS creó la Red Colaborativa de Atención Primaria de Salud, que permite a expertos de diferentes países intercambiar información e identificar y difundir mejores prácticas. Esta red ha crecido hasta incluir unos 450 miembros y 14 comunidades regionales de práctica, y ha inspirado la creación de comunidades de práctica similares a nivel nacional en Brasil y Chile. Con el apoyo de la OPS, Brasil ejecutó un programa para mejorar el acceso a la atención primaria y la calidad de este tipo de atención, y se terminó la evaluación de aproximadamente la mitad de los 40.000 equipos de atención primaria del país.

31. La OPS se asoció con la Escuela Andaluza de Salud Pública con el propósito de validar un análisis de la situación en hospitales de 10 países y territorios de América Latina y el Caribe —El Salvador, Jamaica, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Trinidad y Tabago, y Uruguay— y colaboró con la Facultad Nacional de Salud Pública de Antioquia (Colombia) para autenticar un análisis de los servicios de urgencia en 14 países. Los directivos de servicios de salud de varios países utilizaron la metodología de gestión productiva de los servicios de salud formulada por la OPS para analizar la eficiencia y la calidad de la atención de salud, al igual que la determinación de los costos y el financiamiento de los servicios de salud.

Enfermedad renal crónica por causas no tradicionales en Centroamérica

Se ha observado un aumento desconcertante del número de casos de enfermedad renal crónica por causas no tradicionales y con una mortalidad elevada en comunidades agrícolas de Centroamérica, principalmente en El Salvador y Nicaragua. En respuesta, los Estados Miembros del Sistema de Integración Centroamericana (SICA) y el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) emitieron en abril del 2013 la Declaración de San Salvador sobre la enfermedad renal crónica de causas no tradicionales en Centroamérica. Se consideró que esta enfermedad es un problema grave de salud pública y se instó a tomar urgentemente medidas multisectoriales, multidisciplinarias y participativas para abordarlo. Como parte de su cooperación técnica, la OPS brinda apoyo al fortalecimiento de los sistemas de vigilancia sanitaria y de la capacidad para la investigación a fin de conocer más a fondo las causas y las consecuencias de esta enfermedad, y también presta ayuda en la organización de los servicios de salud.

32. La OPS apoyó los esfuerzos de los países encaminados a hacer converger sus políticas de investigación con la *Política de investigación para la salud* (documento CD49/10), aprobada por los Estados Miembros de la OPS en el 2009, y con la *Estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud* aprobada en el 2010 (resolución WHA63.21). Durante el período 2012-2013, el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA) utilizó la política regional como un marco para establecer la Comisión de Investigación para la Salud de Centroamérica y República Dominicana. El Comité Consultivo de Investigaciones Sanitarias de la OMS trabajó con la OPS a fin de elaborar una planilla de puntuación para vigilar la ejecución de la política regional.

33. También durante el período que abarca este informe, 19 países de América Latina y el Caribe aumentaron la proporción de ensayos clínicos incluidos en la Plataforma Internacional de Registros de Ensayos Clínicos de la OMS y Perú cumplió los requisitos técnicos para ser incluido como proveedor de datos en la plataforma. Con el apoyo de una red de expertos regionales e internacionales, 12 países adoptaron las normas y usaron plataformas para trasladar los conocimientos a la práctica. Chile puso en marcha una plataforma para la revisión de la investigación por parte de comités de ética.

34. La OPS apoyó los esfuerzos de los países en el área de la seguridad del paciente y el control de infecciones. Brasil puso en marcha un nuevo Programa Nacional de Seguridad del Paciente y elaboró legislación para aplicar el programa en su Sistema Único de Salud. Bahamas elaboró un plan nacional de acción para mejorar la prevención y el control de las infecciones asociadas con la prestación de la atención de salud.

Recursos humanos para la salud

35. La OPS colaboró con los países para mejorar la planificación y gestión del personal de salud en los ministerios de salud y a nivel local. Esta colaboración incluyó el apoyo a varios esfuerzos subregionales para mejorar la formulación de políticas y la planificación sobre recursos humanos. La Oficina de la OPS de Coordinación de Programas en el Caribe cooperó con los ministerios de salud de la CARICOM y otros actores en la elaboración de una hoja de ruta subregional para los recursos humanos, con hitos específicos encaminados a mejorar la gobernanza y las aptitudes de los recursos humanos en el sector de la salud en el Caribe en el período 2012-2017. En la zona andina, la Organización ayudó a elaborar una política sobre recursos humanos en la salud en el marco del Organismo Andino de Salud/Convenio Hipólito Unanue, aprobado por los ministros de salud de los países andinos en el 2012. En su función como órgano asesor del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica, la OPS colaboró con los equipos de Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana para ejecutar el Plan de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud en Centroamérica.

36. Conjuntamente con los ministerios de salud de Jamaica, Perú y Uruguay, el centro colaborador de la OPS/OMS de planificación e investigación sobre la fuerza laboral de salud en la Universidad Dalhousie de Canadá y el centro colaborador de la OPS/OMS sobre información y planificación de la fuerza laboral de salud en la Universidad del Estado de Rio de Janeiro (Brasil), la OPS contribuyó a diseñar una iniciativa regional sobre metas de recursos humanos. Esta iniciativa incluye una segunda ronda de mediciones de 20 metas regionales para los recursos humanos en salud en el período 2007-2015 y un análisis de los programas de recursos humanos vinculados a las metas prioritarias a nivel nacional.

37. Como parte del fortalecimiento integrado de los recursos humanos, representantes de las facultades de farmacia de 23 países aprobaron una propuesta sobre las competencias de los servicios farmacéuticos.

38. Entre mediados del 2012 y mediados del 2013, más de 2.800 personas participaron en 67 cursos ofrecidos por el Campus Virtual de Salud Pública sobre temas como el envejecimiento y la salud, el derecho a la salud, las funciones esenciales de salud pública, la renovación de la atención primaria de salud y la perspectiva de género. El programa de la OPS Edmundo Granda Ugalde para el liderazgo en la salud internacional proporcionó educación y capacitación a 39 profesionales de salud de 19 países durante el 2012. Además, la OPS apoyó los esfuerzos de 30 facultades de medicina en ocho países —Argentina, Brasil, Chile, Canadá, Colombia, Estados Unidos, Guatemala y Nicaragua— para alinear sus programas de estudios con la atención primaria de salud. El Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) de la OPS publicó 54 libros nuevos y 26 nuevas ediciones durante el 2012-2013.

39. La OPS también desempeñó una función clave de apoyo para facilitar la cooperación Sur-Sur en cuanto al desarrollo de los recursos humanos, que incluyó a Cuba y otros países de la Región. Durante el período 2012-2013, más de 300 trabajadores de salud cubanos impartieron sesiones de capacitación fuera de Cuba y casi 800 trabajadores de salud viajaron a Cuba para asistir a eventos o participar en actividades de capacitación.

40. El Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud se consolidó como una plataforma para el intercambio de experiencias, información y conocimientos sobre políticas de recursos humanos orientadas a lograr la cobertura universal de salud y el desarrollo de sistemas de salud basados en la atención primaria de salud. Para mediados del 2013, 12 países se habían incorporado al observatorio y se había facilitado el diálogo en línea y el intercambio de experiencias entre los países y otros interesados directos.

Medicamentos y tecnologías sanitarias

41. Para fortalecer las políticas farmacéuticas nacionales, la OPS recopiló información en 24 países y puso los resultados a disposición de estos Estados Miembros en una reunión regional efectuada en Quito (Ecuador) en el 2013. La Organización preparó guías para formular políticas farmacéuticas que abarquen el derecho a la salud, la cobertura universal de salud y los determinantes sociales involucrados en garantizar el acceso a medicamentos seguros y eficaces.

42. Con el apoyo de la OPS, el Consejo para el Desarrollo Humano y Social (COHSOD) aprobó la política farmacéutica del Caribe en el 2012 y, en el mismo año, Barbados aprobó su política farmacéutica nacional. La OPS también ayudó a El Salvador en la elaboración y la aprobación de su política farmacéutica nacional en el 2012 y en la creación de una institución nacional reguladora de medicamentos. Con medidas normativas, El Salvador logró una reducción de 35% en los precios de los medicamentos.

43. La OPS ayudó a fortalecer la capacidad de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) de México, que fue reconocida por la OPS como una autoridad reguladora de referencia en noviembre del 2012.

44. La OPS ayudó a fortalecer el control de la calidad de los medicamentos para la tuberculosis en los laboratorios de control de medicamentos de la CARICOM en Guyana, Jamaica, Suriname y Trinidad y Tabago, con fondos del Ministerio de Relaciones Exteriores de Argentina por conducto del Fondo Argentino de Cooperación Sur-Sur y Triangular (FO.AR). La décima fase del programa de control externo de la calidad de los laboratorios de 23 países empezó a finales del 2012, con el apoyo de la Convención de la Farmacopea de los Estados Unidos. La OPS también brindó ayuda a una iniciativa de cooperación Sur-Sur en la cual Cuba trabajó con países miembros de la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (ALBA) en el área de la reglamentación farmacéutica.

45. Con el apoyo del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, la OPS colaboró con Guatemala, Honduras y la República Dominicana en la prevención del desabastecimiento de medicamentos antirretrovirales al mejorar la proyección de la demanda y otros aspectos de la gestión de la cadena de suministro. Este trabajo incluyó la incorporación de una herramienta especial de farmacovigilancia en la Plataforma Regional sobre Acceso e Innovación para Tecnologías Sanitarias (PRAIS).

Fondo Estratégico de la OPS

El Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública, conocido como el Fondo Estratégico de la OPS, siguió desempeñando un papel importante al promover el acceso a suministros esenciales de salud pública de alta calidad para los Estados Miembros. Desde junio del 2012 hasta junio del 2013, 18 países de la Región usaron el Fondo para adquirir medicamentos y otros suministros esenciales de salud pública por unos US\$ 34 millones; siete países usaron la cuenta de capital del fondo para evitar el riesgo de una escasez de medicamentos. Durante el período que nos ocupa, la OPS actualizó la lista de medicamentos del Fondo e incluyó otros 16 medicamentos para tratar las enfermedades no transmisibles (ENT).

46. Como parte de la PRAIS, un observatorio nuevo sobre tecnologías sanitarias, acceso e innovación finalizó su primer año de actividades en mayo del 2013. Además, en 19 países se validaron los indicadores para el sector de tecnologías sanitarias. A mediados del 2013, la PRAIS tenía unos 1.000 usuarios y más de 20 comunidades de práctica activas que intercambian información para mejorar la gobernanza y la regulación de las tecnologías sanitarias.

47. La OPS también prestó apoyo a iniciativas para asegurar la disponibilidad de sangre y componentes sanguíneos seguros en la Región. Se prepararon análisis técnicos y jurídicos y planes subregionales encaminados a garantizar la seguridad de la sangre y la detección del VIH en el período 2013-2017 en la zona andina y en Centroamérica y la República Dominicana. Un proyecto de cooperación técnica que incluyó a la OPS y el laboratorio de hemoderivados de la Universidad Nacional de Córdoba (Argentina) permitió que Brasil lograra importantes adelantos con respecto a la seguridad de los productos sanguíneos y fortaleciera la producción de hemoderivados.

48. Conjuntamente con el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA), la OPS colaboró en la formulación del nuevo plan estratégico (2016-2021) del organismo y ha desempeñado un papel importante en cuanto a la seguridad y las buenas condiciones de funcionamiento de los equipos de radioterapia en la Región. Durante el período 2012-2013, se inspeccionaron más de 150 unidades de equipo de radioterapia y se usó el servicio del OIEA de auditoría por correo con dosímetros luminiscentes para certificar la calibración de los equipos. En un proyecto conjunto con la Asociación Rotaria Internacional se instalaron y calibraron 30 unidades de equipo básico de radiografía

digital en instituciones de atención de primer nivel de Guatemala. La OPS también trabajó con RAD-AID —una organización sin fines de lucro dedicada a incrementar y optimizar los servicios de radiología en el mundo en desarrollo— para proporcionar educación y capacitación, evaluaciones y planificación de equipos en Haití. Trinidad y Tabago recibió apoyo para el control de la sobreexposición a la radiación.

49. A nivel regional, en septiembre del 2012 la 28ª Conferencia Sanitaria Panamericana respaldó oficialmente las nuevas normas de *Protección radiológica y seguridad de las fuentes de radiación: normas básicas internacionales de seguridad*, aprobadas por el OIEA, que detallan los requisitos para proteger a las personas y el medio ambiente de los efectos perjudiciales de la radiación ionizante y garantizan la seguridad de las fuentes de radiación.

50. Los Estados Miembros de la OPS aprobaron en el 2012 una resolución sobre *Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud* (resolución CSP28.R9), en la que se insta a fortalecer y ampliar el uso de procesos de evaluación para fundamentar la toma de decisiones. La Red de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de las Américas (REDE TSA), coordinada por la OPS, aumentó la participación a 25 miembros.

51. En el período 2012-2013, la OPS también trabajó para fortalecer los procesos de selección de medicamentos por medio del Campus Virtual de Salud Pública y el apoyo directo a la elaboración o actualización de listas de medicamentos esenciales en Barbados, Chile, Guatemala, Guyana y Paraguay. Esta colaboración contribuyó a un ahorro colectivo para los países de unos US\$ 15 millones en el 2012.

52. El nuevo Grupo de Farmacovigilancia de la Red Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica (Red PARF) comenzó sus actividades en diciembre del 2012, en estrecha relación con la Red de Centros de Información de Medicamentos de Latinoamérica y el Caribe (Red CIMLAC). Las autoridades reguladoras han estado colaborando en el ámbito de la farmacovigilancia por medio de este mecanismo.

Enfermedades transmisibles

53. La cooperación técnica de la OPS apoyó los esfuerzos de los Estados Miembros para reducir la carga de las enfermedades transmisibles y avanzar hacia la eliminación de las enfermedades que se consideran eliminables. Esta labor se concentró en fortalecer la capacidad de prevención y control de las enfermedades, los preparativos, la vigilancia, la detección, la reducción de riesgos y la respuesta a riesgos para la salud humana, incluidos los eventos que se puedan considerar de importancia internacional, como se los define en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI).

La infección por el VIH, la tuberculosis, la hepatitis y las infecciones de transmisión sexual

54. En el 2012, el programa de la OPS sobre la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS) realizó una evaluación de mitad de período del *Plan regional de VIH/ITS para el sector salud 2006-2015*. La incidencia calculada de la infección por el VIH en América Latina y el Caribe había descendido de 21,1 por 100.000 habitantes en el 2005 a 19,1 por 100.000 en el 2011. Los casos pediátricos disminuyeron considerablemente durante el período 2001-2011: 60% en el Caribe y 38% en América Latina. El mayor acceso al tratamiento antirretroviral había contribuido a una reducción de 36% de las defunciones relacionadas con el VIH en América Latina y a una disminución de 50% en el Caribe durante el período 2001-2010. Como resultado de la evaluación de mitad de período, la OPS volvió a concentrar su cooperación técnica sobre la infección por el VIH y las ITS en cuatro prioridades: la optimización del tratamiento, la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis congénita, la prevención y la atención para grupos clave de población, y la información estratégica.

55. Con ese fin, la OPS organizó sesiones subregionales de orientación para los países de América Latina y el Caribe sobre la implementación de la plataforma Tratamiento 2.0, que busca potenciar al máximo la eficacia y efectividad del tratamiento de la infección por el VIH. La Organización celebró dos reuniones subregionales sobre el marco del Tratamiento 2.0. La OPS envió misiones de optimización a seis países: Bolivia, Ecuador, El Salvador, Honduras, República Dominicana y Venezuela. Estos países comenzaron a aplicar medidas prioritarias, como el traspaso voluntario de los pacientes a los regímenes terapéuticos preferidos, las mejoras en la proyección y la gestión de la cadena de suministro (apoyadas por el Fondo Estratégico de la OPS), el fortalecimiento de la participación comunitaria, la descentralización de los servicios, y la ampliación del acceso a las pruebas de detección del VIH y la orientación.

56. Junto con el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, la OPS ayudó a los países a fortalecer su capacidad de gestión de las compras y de la cadena de suministro a fin de reducir el desabastecimiento de medicamentos antirretrovirales y otros productos para la salud conexos. Se creó una nueva plataforma regional para dar seguimiento a los medicamentos antirretrovirales con el apoyo del Fondo Mundial, la cual está siendo administrada por el Fondo Estratégico de la OPS.

57. La Organización elaboró una metodología para validar el logro de la meta de eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis congénita, que se aplicó en proyectos piloto en Chile y Santa Lucía. En el 2012, un informe sobre los progresos realizados basados en esta metodología indicó que la cobertura regional de las pruebas de detección del VIH en embarazadas había aumentado de 29% en el 2008 a aproximadamente 66% en el 2011, la cobertura con el tratamiento antirretroviral estimada para las embarazadas infectadas con el VIH había aumentado de 55% en el 2008 a

70% en el 2011, y los casos nuevos de infección por el VIH en niños habían descendido 24% en América Latina y 32% en el Caribe entre el 2009 y el 2011. En el 2011, seis países —Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay y República Dominicana— tenían una cobertura inferior a 50% con las pruebas de detección del VIH o la sífilis en las embarazadas. La OPS se asoció con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos a fin de ayudar a países como Bolivia y Trinidad y Tabago a examinar y revisar los algoritmos para las pruebas de detección de la sífilis e introducir las pruebas en el lugar de atención.

58. La OPS encabezó el desarrollo de herramientas para prestar atención integral a las personas transgénero y sus comunidades. Sobre la base de la pericia adquirida en esta esfera, la Organización contribuyó a un diálogo técnico para redefinir el transgenerismo en la nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). También facilitó la capacitación en Brasil y países del Cono Sur en la atención para los miembros de grupos clave de población y, en colaboración con ONU-Mujeres, elaboró un módulo de capacitación para prestadores de asistencia sanitaria sobre integración de género y derechos humanos en los servicios para la infección por el VIH y de salud sexual y reproductiva. También durante el período que abarca este informe, la Asamblea Nacional de Nicaragua aprobó una nueva ley que garantiza los derechos de las personas infectadas por el VIH, que la OPS apoyó al colaborar con la Comisión de Salud de la Asamblea y aportar conocimientos especializados para la consulta nacional.

59. Al 2012-013, la Región de las Américas ya había alcanzado y sobrepasado las metas mundiales de la alianza Alto a la Tuberculosis de reducir en 50% los casos de tuberculosis y las defunciones por esa enfermedad para el año 2015. Según el informe mundial de la OMS sobre la tuberculosis del 2012, la Región presentaba la tasa anual más elevada de disminución (4%) de la incidencia de la tuberculosis, en comparación con las otras regiones. No obstante, la tuberculosis multirresistente y la coinfección por el bacilo de la tuberculosis y el VIH siguen siendo retos importantes para la Región.

60. En el período 2012-2013, 21 países estaban poniendo en marcha a nivel nacional programas para el tratamiento de casos recomendado por la OPS de la tuberculosis multirresistente, 20 países habían introducido nuevas tecnologías para el diagnóstico de la tuberculosis (prueba de Gene Xpert y análisis con sondas en línea) y 13 países habían adoptado enfoques especiales de control de la tuberculosis en las poblaciones indígenas.

61. Conjuntamente con la USAID, la OPS brindó apoyo a la aplicación en grandes ciudades de un marco especial para el control de la tuberculosis en tres ciudades piloto: Bogotá (Colombia), Guarulhos (Brasil) y Lima (Perú). Suriname adoptó un nuevo plan estratégico nacional para el control de la tuberculosis, y en El Salvador se estableció un nuevo Centro de Excelencia Regional de Tuberculosis para capacitar a miembros nuevos del personal de los programas antituberculosos en cuanto a la ejecución de la estrategia Alto a la Tuberculosis.

62. La OPS elaboró una estrategia regional integral sobre la hepatitis vírica para la Región de las Américas. Diecisiete países apoyaron la estrategia y Argentina, Brasil, Colombia, Jamaica y Perú han empezado a realizar actividades específicas en consonancia con ella.

Enfermedades desatendidas, tropicales y transmitidas por vectores

63. Durante el período que abarca este informe, la malaria siguió siendo endémica en 21 países miembros de la OPS, aunque en 12 países ya se había logrado la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para la malaria, con una reducción de los casos de más de 75% desde el 2000. Varios países estaban pasando del control a la eliminación de esta enfermedad. En el 2012-2013, Costa Rica y Ecuador se unieron a Argentina, El Salvador, México y Paraguay en la fase previa a la eliminación al reducir los casos a menos de 5 por 1.000 habitantes y pusieron en marcha planes nacionales de eliminación. Guatemala y Nicaragua permanecieron en la fase de control, pero reorientaron sus programas nacionales contra la malaria hacia medidas previas a la eliminación. Guyana y Haití actualizaron sus planes estratégicos contra la malaria y Guyana también dio pasos para fortalecer su sistema de vigilancia de la enfermedad y mejorar su capacidad de respuesta rápida. Los países del Escudo Guayanés —Brasil, Guayana Francesa, Guyana y Suriname— fortalecieron la coordinación transfronteriza de sus esfuerzos de control de la malaria.

64. Las mejoras continuas en la farmacovigilancia de la malaria ayudaron a los países a monitorear mejor el desarrollo de la resistencia a los antimaláricos. La vigilancia antimalárica ordinaria en Suriname detectó una potencial pérdida de sensibilidad a los medicamentos antimaláricos de primera línea. Otros logros en el período 2012-2013 incluyeron la puesta en marcha de una nueva agenda regional de investigaciones sobre la malaria y la compra en 12 países de medicamentos y suministros para combatir la malaria por intermedio del Fondo Estratégico de la OPS. Además, la OPS reconoció y promovió las “mejores prácticas” antimaláricas de Brasil, Ecuador y Paraguay mediante su concurso de Campeones contra la Malaria, y en el 2012 honró a los ganadores en el Día del Paludismo en las Américas.

65. Durante el 2012-2013, Aruba, Bonaire, Curaçao, Jamaica, San Eustaquio y San Martín elaboraron nuevas estrategias para la gestión integrada de la prevención y el control del dengue. El Salvador aumentó los fondos para la ejecución de su estrategia existente, que hace hincapié en una amplia acción intersectorial, y Bolivia y Chile lograron mejoras en el desempeño de sus programas de lucha contra el dengue. La introducción progresiva de la nueva clasificación de la OMS del dengue en siete países —Bolivia, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay y República Dominicana— permitió mejorar la atención de los pacientes gracias a una mayor detección de casos potencialmente graves.

66. Los países continuaron sus esfuerzos para combatir las enfermedades infecciosas desatendidas y se marcaron varios hitos importantes durante el período que abarca este informe. En noviembre del 2012, se certificó que en Belice se había interrumpido la transmisión de la enfermedad de Chagas por su principal vector, *Triatominae dimidiata*. También se certificó que en Bolivia se había interrumpido la transmisión de la enfermedad de Chagas por *Triatoma infestans*, el principal vector, en los 21 municipios del departamento de La Paz. Argentina eliminó su principal vector en varias zonas endémicas y Paraguay lo hizo en el departamento de Alto Paraguay.

Colombia se convierte en el primer país que elimina la oncocercosis

En el 2013, la OMS certificó oficialmente a Colombia como país libre de la transmisión de la oncocercosis o “ceguera de los ríos”, con lo cual se convirtió en la primera nación del mundo que eliminó la enfermedad. Este logro se consiguió después de 16 años de esfuerzos del país para controlar la oncocercosis en una remota comunidad del sudoeste que se encuentra sobre el Pacífico, mediante el uso de un medicamento antiparasitario (la ivermectina), la vigilancia epidemiológica y la educación de la comunidad. Las actividades fueron dirigidas por el Instituto Nacional de Salud de Colombia y contaron con el apoyo del Ministerio de Salud y Protección Social, la OPS, el Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas (OEPA) auspiciado por el Centro Carter, y el Programa de Donación de Mectizán de los Laboratorios Merck.

67. Además del logro de Colombia, el trabajo para la eliminar la oncocercosis ha progresado en 13 áreas en otros cinco países: Brasil, Ecuador, Guatemala, México y Venezuela. En Ecuador, la eliminación está en el proceso de verificación; en Guatemala y México, podrían terminar la verificación de la eliminación en el 2015. Venezuela ha interrumpido la transmisión en dos de sus zonas focales, aunque en dos zonas restantes en la región habitada por los indígenas yanomami (que abarca también parte del territorio de Brasil) las actividades han resultado más difíciles debido a la lejanía y la gran movilidad de sus residentes, principalmente nómadas.

68. Siete países pusieron en marcha nuevos planes nacionales de acción para el control y la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas: Brasil, Colombia, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras y Suriname. Dieciocho países elaboraron planes de acción para el control de los geohelminos, mientras que Honduras y Paraguay iniciaron campañas antihelmínticas masivas. Brasil realizó una campaña de tratamiento de los geohelminos y de detección temprana y tratamiento de la lepra, dirigida a 7 millones de niños en edad escolar, con una iniciativa especial orientada a la detección del tracoma en grupos de niños expuestos a un alto riesgo. Haití aplicó el tratamiento de la filariasis linfática a casi 8 millones de personas durante el 2012, cifra que representaba aproximadamente 60% de la población total en riesgo de sufrir esta enfermedad en la Región de las Américas.

Reglamento Sanitario Internacional, alerta y respuesta ante epidemias, y enfermedades transmitidas por el agua

69. En su calidad de Punto de Contacto de la OMS para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) en la Región de las Américas, desde mediados del 2012 hasta mediados del 2013 la OPS contribuyó a la detección y gestión de más de 100 eventos que potencialmente podían ser de importancia internacional para la salud pública. Como parte del proceso de gestión de riesgos, la verificación de estos eventos (cuando correspondía) se obtuvo dentro de la ventana de 48 horas estipulada por el RSI y se evaluaron todos los eventos conjuntamente con los Estados Partes. Por medio de 22 alertas epidemiológicas y 67 informes se difundió información y orientación relativas a estos eventos de salud pública. Además, la OPS prestó apoyo a la respuesta a los brotes, que incluyó el despliegue de expertos internacionales en Bahamas, Barbados, Belice y Perú para combatir brotes de dengue y de infecciones por las bacterias productoras de carbapenemasa *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii* y *Enterobacter cloacae*. La OPS también ayudó a Chile a responder a un aumento inusual de casos de enfermedad meningocócica causada por *N. meningitidis* W 135.

70. Seis de los 35 Estados Partes del Reglamento Sanitario Internacional en la Región de las Américas —Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica y Estados Unidos— determinaron que, para la fecha límite de junio del 2012 establecida por el RSI, ya contaban con capacidades básicas de vigilancia y respuesta, incluidos los puntos de entrada designados. Los restantes 29 Estados Partes obtuvieron una prórroga de dos años, hasta junio del 2014. La OPS prestó apoyo a los esfuerzos de estos países para mejorar sus capacidades básicas mediante la ejecución a nivel nacional de planes de acción de prórroga del RSI en el período 2012-2014.

71. Los informes anuales de los Estados Partes del RSI presentados a la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud revelaron una considerable heterogeneidad en el estado de las capacidades básicas en los países de la Región de las Américas. En comparación con el año anterior, se observó un avance en las capacidades relacionadas con los puntos de entrada designados, los laboratorios, la gestión de eventos relacionados con riesgos zoonóticos y la inocuidad de los alimentos y la vigilancia. Los puntos débiles más importantes se relacionaban con la capacidad de gestión de eventos asociados con peligros químicos y de irradiación. Con el propósito de acelerar el aumento de la capacidad, la OPS se asoció con el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA) a fin de organizar dos talleres para los países de la Comunidad del Caribe (CARICOM) en el 2012 y un taller para los países del Sistema de Integración Centroamericana (SICA) en el 2013.

72. Aunque se ha desacelerado la propagación del cólera en La Española en comparación con las fases iniciales de la epidemia, Haití y la República Dominicana siguieron combatiendo la enfermedad en el período 2012-2013. Entre mediados del 2012

y mediados del 2013,¹ Haití notificó 103.046 casos nuevos de cólera y 850 defunciones por la enfermedad, mientras que la República Dominicana notificó 5.220 casos nuevos y 52 defunciones.

Coalición Regional para Eliminar el Cólera en La Española

Un acontecimiento importante fue la creación en junio del 2012 de la Coalición Regional sobre Agua y Saneamiento para Eliminar la Transmisión del Cólera en La Española, auspiciada por la OPS conjuntamente con el UNICEF, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria (AIDIS). Iniciada en ocasión del 33.º Congreso de la AIDIS en Salvador, estado de Bahía (Brasil), la coalición fue una respuesta a un “llamamiento a la acción” efectuado en enero del 2012 por los gobiernos de Haití y la República Dominicana a la comunidad internacional para que se movilizaran recursos y se apoyaran nuevas inversiones importantes en el agua y el saneamiento con el fin de eliminar el cólera.

Con el apoyo técnico de la Coalición Regional, a fines del 2012 Haití y la República Dominicana elaboraron detallados planes nacionales de acción encaminados a eliminar el cólera para el 2022. El plan de Haití requiere inversiones por US\$ 2.200 millones en un lapso de 10 años, que incluyen US\$ 443,7 millones en los dos primeros años. El plan de la República Dominicana requiere inversiones por US\$ 77 millones en 10 años, incluidos \$33 millones en los dos primeros años.

Para mediados del 2013, la Coalición Regional había crecido a 20 miembros, había recibido promesas de contribuciones por más de US\$ 200 millones (incluidos US\$ 29,1 millones en fondos nuevos) y estaba trabajando para ayudar a movilizar los recursos adicionales necesarios para financiar plenamente los planes de eliminación del cólera.

73. La vigilancia de la gripe siguió mejorando en los países de la Región de las Américas durante el período 2012-2013. Con la puesta en práctica del sistema de vigilancia de infecciones respiratorias agudas graves, 62 hospitales de 13 países en junio del 2013 ya notificaban semanalmente datos usando indicadores aceptados a nivel internacional.

74. Además, 27 centros nacionales de gripe en toda la Región reunían, analizaban y difundían datos virológicos semanales para vigilar los virus de la gripe estacionales y los virus con potencial pandémico, y para contribuir a la selección de las cepas de vacunas mundiales. Con el fin de integrar los datos de laboratorio y epidemiológicos en los países, la OPS elaboró un sistema de información, PAHOFlu, instalado en 14 hospitales y 9

¹ Desde la semana epidemiológica 23 en el 2012 hasta la semana 23 en el 2013.

laboratorios de Bolivia y Chile, con planes para ampliar el sistema a otros países de la Región.

75. A mediados del 2013, 20 países de la Región participaban en un sistema de vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos basado en los datos de rutina de los laboratorios microbiológicos. Cinco países —Barbados, Ecuador, Guatemala, Panamá y Paraguay— fortalecieron su capacidad de identificar, investigar y responder a los brotes vinculados con la atención de salud.

76. La difusión de normas de microbiología contribuyó a la normalización y el acuerdo sobre los procedimientos para la red de vigilancia regional de la resistencia a los antimicrobianos. Entre los agentes patógenos nuevos vigilados por los laboratorios nacionales de salud pública estaba *Neisseria gonorrhoeae*, que ha desarrollado resistencia a las cefalosporinas de tercera generación.

77. Como parte de su trabajo para fortalecer la capacidad en materia de laboratorios, la OPS ayudó a 18 centros de información y laboratorios nacionales a mejorar su capacidad de realizar pruebas de la reacción en cadena de la polimerasa y de inmunofluorescencia en tiempo real para el diagnóstico de la gripe y otras infecciones respiratorias víricas, y proporcionó los suministros esenciales para el diagnóstico en laboratorio de la meningitis bacteriana y la neumonía en 14 países y en el Centro de Epidemiología del Caribe.

78. La Organización facilitó la inspección de laboratorios en Brasil (Instituto Nacional de Control de Calidad en Salud), Colombia (Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos) y México (Comisión de Control Analítico y Ampliación de Cobertura). En septiembre del 2012, se llevó a cabo la décima fase del programa de control externo de calidad de laboratorios oficiales de control de calidad de medicamentos en 23 países, haciendo hincapié en los comprimidos de pirazinamida para el tratamiento de la tuberculosis.

79. La OPS elaboró una guía basada en el proceso de mejoramiento en etapas para fortalecer los sistemas de gestión de la calidad de los laboratorios en el Caribe, en consulta con expertos en salud de 22 países y territorios. Profesionales de 31 países se capacitaron en la gestión de biorriesgos y obtuvieron certificación con respecto al transporte seguro de muestras infecciosas.

Salud pública veterinaria e inocuidad de los alimentos

80. Por medio de su Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA), la OPS prestó cooperación técnica sobre salud pública veterinaria e inocuidad de los alimentos; se concentró en la eliminación de la fiebre aftosa y la rabia humana, y también contribuyó

a fortalecer las capacidades nacionales de reducir los riesgos de zoonosis y enfermedades transmitidas por los alimentos.

81. Durante el período en cuestión, la Región de las Américas no sufrió ningún brote de fiebre aftosa y cumplió con los compromisos del Programa Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa. A nivel de país, Perú fue declarado libre de la fiebre aftosa en mayo del 2012, Ecuador permaneció libre de brotes durante por segundo año consecutivo y Bolivia amplió la zona libre de la enfermedad a 40% de su territorio. Entretanto, Paraguay estaba en el proceso de ser certificado como libre de la fiebre aftosa mediante la vacunación.

82. Siete países —Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Haití, Perú y República Dominicana— fortalecieron sus laboratorios para diagnosticar la rabia mediante la capacitación y el establecimiento de una nueva red de América Latina y el Caribe de laboratorios de diagnóstico de la rabia. Haití y la República Dominicana actualizaron sus programas para controlar la rabia transmitida por los perros.

83. Una nueva estrategia regional de inocuidad de los alimentos para el 2013-2017 fue aprobada en la sexta reunión de la Comisión Panamericana de Inocuidad de los Alimentos (COPAIA 6) y por 15 países en la Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura del 2012 (RIMS A 16). Cinco países —Bolivia, Panamá, Perú, Uruguay y Venezuela— fortalecieron su capacidad en materia de laboratorios para el análisis de los agentes patógenos transmitidos por los alimentos. Además, se ampliaron un proyecto de cooperación Sur-Sur entre Brasil, Colombia y Cabo Verde, y una iniciativa Norte-Sur entre Canadá y países del Caribe para incluir el fortalecimiento de la inocuidad de los alimentos junto con el aumento de la capacidad de evaluación de los riesgos microbiológicos y químicos.

Información y análisis de salud

84. La OPS publicó la edición más reciente de su emblemática publicación, *Salud en las Américas, Edición 2012*, durante el período que abarca este informe. Este informe quinquenal integral proporciona datos y análisis de la salud a nivel regional y de país que son esenciales y accesibles para las autoridades sanitarias, los encargados de formular políticas, los académicos y estudiantes, otros analistas y el público en general.

85. A nivel de país, en el período 2012-2013, Antigua y Barbuda, Bahamas, Haití, y Jamaica formularon nuevas políticas y planes de acción para sus sistemas de información sanitaria con el fin de mejorar la calidad de los datos de vigilancia. Ecuador, El Salvador y la República Dominicana empezaron a usar el sistema de vigilancia epidemiológica ViEpi situado en la web y Jamaica instaló un sistema integrado de vigilancia para las enfermedades prevenibles mediante vacunación. Además, 13 países fortalecieron su

capacidad de guiar el establecimiento de prioridades y la adopción de decisiones en el sector de la salud al elaborar folletos nacionales de “Indicadores Básicos”.

86. En el 2012, 17 de 25 países alcanzaron la meta acordada de informar sobre las estadísticas nacionales de nacimientos. Además, 11 de 25 países alcanzaron la meta de informar sobre las estadísticas nacionales de defunciones.²

87. Veinticinco facilitadores de Bolivia, Ecuador, Paraguay y Perú, y 100 codificadores de El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua recibieron capacitación sobre la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10^a. edición (CIE-10). Bolivia y Ecuador proporcionaron capacitación sobre la CIE-10 a unos 200 técnicos de salud mediante cursos subnacionales. Ocho países —Argentina, Chile, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Paraguay, Uruguay y Venezuela— comenzaron a usar un sistema electrónico para codificar la mortalidad según la CIE-10, proporcionado por México.

Familia, género y curso de vida

88. La OPS reconoce la función esencial de la familia y la comunidad en la promoción y protección de la salud como un valor social y un derecho humano, y emplea un enfoque de la totalidad del ciclo de vida al abordar las necesidades específicas de cada grupo de población. La cooperación técnica en esta área procura promover la salud, la nutrición y el desarrollo integral del niño desde la lactancia hasta terminar la adolescencia, proteger los logros en cuanto a la inmunización y ampliar el acceso a sus beneficios. Una prioridad central de este trabajo durante el período que abarca este informe fue acelerar la reducción de la mortalidad materna y neonatal.

Inmunización

89. Los países de la Región de las Américas mantuvieron el liderazgo en cuanto a la introducción de vacunas nuevas respaldadas por los datos probatorios apropiados. En junio del 2013, 17 países y territorios habían introducido la vacuna antirrotavírica en sus programas nacionales de vacunación y protegían así a 86% de los menores de 1 año en la Región. Veintiún países y cinco territorios incluían la vacuna antineumocócica en sus calendarios normales, lo que representaba un cobertura de 81% de los menores de 1 año. Además, siete países habían introducido la vacuna contra los virus del papiloma humano (VPH), con una cobertura de 51% de las niñas de 10 a 14 años de edad de la Región.

² Metas para el período 2005-2013: los países con una cobertura >90% deben por lo menos mantenerla; los países con una cobertura de 80% a 90% deben llegar al menos a 90%; los países con una cobertura de 61% a 79% deben aumentarla al menos un 10%; y los países con una cobertura ≤60% deben aumentarla al menos un 20%. (*Plan de acción regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud*, documento CD48/9 [2008])

90. Otras vacunas nuevas introducidas durante el 2012 y el 2013 incluyeron la vacuna pentavalente en Haití; la vacuna antineumocócica conjugada en Argentina, Bahamas, Guatemala, Paraguay y Trinidad y Tabago; la vacuna antipoliomielítica inactiva en el Brasil; la vacuna contra la gripe estacional en Dominica, y las vacunas contra la varicela y contra la hepatitis A en Paraguay. Varios países también lograron avances en la ampliación de la cobertura de la inmunización durante el período 2012-2013.

91. La cooperación técnica de la OPS a fin de apoyar estos logros se concentró en el aumento de la capacidad de monitoreo rápido de la cobertura de vacunación, y la vigilancia y el análisis de los datos sobre las enfermedades prevenibles mediante vacunación. Además, la Iniciativa ProVac de la OPS ayudó a los países a aumentar su capacidad de tomar decisiones basadas en evidencia sobre la introducción de vacunas nuevas.

El Fondo Rotatorio de la OPS

El Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas contribuyó a los logros alcanzados con respecto a la inmunización durante el período abarcado por este informe al proporcionar líneas de crédito y hacer compras en grandes cantidades en nombre de los países miembros para garantizar el suministro continuo de vacunas y jeringas de alta calidad a los programas nacionales de vacunación. A mediados del 2013, 39 países y territorios participaban en el Fondo Rotatorio y en el 2012 se adquirieron vacunas para la Región por un valor de más de US\$ 518 millones, cifra 6,5 veces mayor que la correspondiente al 2000.

92. La OPS prestó una importante ayuda para mantener la eliminación de la poliomielitis, el sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, incluida la formulación de un plan regional de acción para fortalecer la capacidad de respuesta rápida en los países. Como parte de estos esfuerzos, cinco países —Argentina, Bolivia, Colombia, Ecuador y Haití— recibieron el apoyo de la OPS para el fortalecimiento de la vigilancia y la respuesta a los brotes.

93. En abril del 2013, la OPS celebró la 11^a. Semana de Vacunación en las Américas, un acontecimiento anual que constituye la mayor iniciativa regional de salud de la Región. Participaron cuarenta y cuatro países y territorios, por lo que se llegó a más de 44 millones de personas. Todas las regiones de la OMS participaron además en la segunda Semana Mundial de la Inmunización.

Salud de la madre, el niño y el adolescente

94. A lo largo del período 2012-2013, la OPS apoyó los esfuerzos de los países para reducir la mortalidad materna e infantil mediante la ampliación de la cobertura de los servicios de atención prenatal y de parto con asistencia capacitada, el acceso a

anticonceptivos y su empleo, y pautas y capacitación para mejorar la atención obstétrica y pediátrica. Estas y otras intervenciones estuvieron en consonancia con el *Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave* (documento CD51/12 [2011]) y la *Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño* (documento CD48/7 [2008]), para la cual se realizó una evaluación de mitad de período.

95. Algunos países como Argentina, Colombia, Dominica, Haití, Paraguay y República Dominicana pusieron en marcha o avanzaron en la ejecución de programas nacionales para reducir la mortalidad neonatal y mejorar la salud materna, con el apoyo de la OPS. Guyana puso en marcha un programa de atención neonatal en su principal hospital, lo que disminuyó considerablemente la mortalidad neonatal en ese establecimiento. Guatemala adaptó y aplicó la estrategia Código Rojo para el tratamiento de la hemorragia obstétrica, y Brasil puso en marcha una nueva red llamada Rede Cigonha [red cigüeña], que utiliza comités de expertos y la movilización social para reducir la mortalidad materna y neonatal.

96. En una iniciativa conjunta con el Hospital de Niños de Texas, que es un centro colaborador de la OPS/OMS, se contribuyó a que el Hospital San Juan de Dios en el departamento de San Miguel (El Salvador) y el Hospital de Niños de Panamá se convirtieran en centros de excelencia para la capacitación sobre la clasificación, la evaluación y el tratamiento de emergencias pediátricas.

97. En el período 2012-2013, el Sistema de Información Perinatal (SIP) del Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR) ya se usaba como patrón nacional en nueve países y se estaba empezando a usar como patrón nacional en otros seis: Bahamas, Belice, Colombia, Costa Rica, Guyana y México. En un proyecto de cooperación técnica entre países, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Panamá fortalecieron su empleo del SIP a fin de producir información mejor y más completa, en particular en el área de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis. Además, se elaboró una metodología para validar el logro de las metas de eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita, y se realizaron pruebas piloto en Chile y Santa Lucía.

98. Con el apoyo de la OPS y el Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo-América Latina y el Caribe (GNUM-ALC), seis países —Bolivia, Brasil, Guatemala, Honduras, México y Perú— elaboraron una hoja de ruta encaminada a aplicar el marco de información y rendición de cuentas sobre la salud de las mujeres y los niños para la notificación, la supervisión y la rendición de cuentas sobre la salud de la mujer y el niño. Estas hojas de ruta se presentarán a la OMS para el financiamiento de las actividades de ejecución prioritaria y se espera que contribuyan a guiar la asignación de recursos futuros provenientes de otras fuentes.

99. La OPS apoyó los esfuerzos de los países miembros para abordar los múltiples desafíos para la salud que enfrentan los adolescentes y los jóvenes en la Región de las Américas. Estos desafíos incluyen las tasas de fecundidad elevadas, el consumo de sustancias psicoactivas, la violencia y la creciente tendencia a la inactividad física, el sobrepeso y la obesidad. Los jóvenes de minorías étnicas, de grupos de ingresos bajos y zonas transfronterizas se ven afectados desproporcionadamente por muchos de estos problemas, y la OPS ha concentrado la investigación y las intervenciones en estos grupos. La Organización también apoyó a los países miembros en las áreas de la prevención de riesgos y la promoción de comportamientos saludables a nivel individual, familiar y de la comunidad.

100. Para el 2013, 28 países habían establecido programas nacionales de salud de los adolescentes y estaban avanzando en su ejecución en las distintas zonas y departamentos. El apoyo de la OPS a estos esfuerzos hizo hincapié en un marco que abarca la totalidad del ciclo de vida, las cuestiones de género y los derechos humanos, y pone énfasis en las poblaciones vulnerables y expuestas a riesgos. Las áreas clave de trabajo incluyeron la prevención de la violencia de género, los servicios integrales de salud sexual y reproductiva, y la prevención de embarazos y la infección por el VIH/sida en los adolescentes.

101. La OPS colaboró en una iniciativa apoyada por el gobierno de Noruega encaminada a mejorar la salud de los adolescentes en algunos países como El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana. Seis de estos países formularon estrategias durante el 2012-2013 para adaptar las políticas sanitarias a las necesidades de salud y desarrollo de los adolescentes y basarlas en las intervenciones y los servicios recomendados por la estrategia de integración del manejo del adolescente y sus necesidades (IMAN). Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú aplicaron el Programa de Fortalecimiento de las Familias, apoyado por la Unión Europea y la OPS, y el Programa Antidrogas Ilícitas en la Comunidad Andina (PRADICAN) con el fin de reducir los comportamientos peligrosos en los adolescentes y fortalecer la comunicación entre los padres y sus hijos adolescentes.

102. Con la colaboración técnica y financiera de la OPS y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, los países del Caribe oriental llevaron a cabo la Encuesta de Salud del Caribe, cuyos resultados mostraron que el uso de drogas ilícitas, la violencia, el embarazo en adolescentes, la obesidad y la falta de actividad física eran los principales problemas de salud que enfrentaban los adolescentes de esta subregión. Basados en los resultados de la encuesta, Barbados, Saint Kitts y Nevis, y San Vicente y las Granadinas elaboraron políticas de salud de los adolescentes de acuerdo con la *Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes* (documento CD48/8 [2008]).

Nutrición

103. La OPS brindó apoyo a la formulación y la ejecución de planes estratégicos nacionales sobre la nutrición en algunos países de la Región. En relación con la nutrición del lactante y el niño pequeño, la Organización ayudó a los países a aplicar, reglamentar y dar seguimiento al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Este trabajo contribuyó a la legislación aprobada por el Congreso de El Salvador, una política sobre lactancia materna decretada por el Secretario de Salud de México y una reglamentación para aplicar la legislación concerniente al código sobre la leche materna firmada por el Presidente de Panamá. La OPS apoyó el envío de equipos de Chile y México a Brasil para observar su exitoso programa de lactancia materna y de bancos de leche materna. Se terminó de elaborar y se distribuyó ampliamente mediante reuniones presenciales y seminarios por internet una herramienta para promover la programación con respecto a la lactancia materna y la alimentación complementaria, llamada ProPAN (Proceso para la Promoción de la Alimentación del Niño).

104. En Centroamérica, Paraguay y la República Dominicana, la OPS apoyó iniciativas para prevenir la desnutrición crónica, y redactar normas y reglamentos para los suplementos de micronutrientes y la fortificación de los alimentos. La Organización también colaboró con los países para formular pautas sobre la comercialización de los alimentos para los niños.

Salud bucodental

105. La cooperación en materia de salud bucodental prestada por la OPS durante el período abarcado incluyó el apoyo a un estudio del estado de salud bucodental de los niños en edad escolar en Barbados, en el que se aplicó el protocolo de la OMS de 1987 y el componente de salud bucodental de la encuesta de medición de salud de los canadienses del organismo Salud Canadá. El estudio descubrió caries dentales en 55% de los barbadenses de 6 años de edad, 43% en los de 12 años de edad y 58% en los de 15 años de edad. Los resultados fueron desfavorables en comparación con las cifras del 2001: 37%, 37% y 45%, respectivamente.

106. La OPS también brindó apoyo a la puesta en práctica de un plan estratégico de salud bucodental para el período 2013-2022 en Haití, la aplicación sistemática de una política nacional de salud bucodental en Paraguay, y la ampliación de la cobertura con agua fluorada y la ejecución de la estrategia Comunidades Libres de Caries en Panamá.

107. En el 2013, la OPS y la empresa Colgate-Palmolive renovaron un acuerdo de cooperación que tiene por objeto mejorar la salud bucodental de niños y adolescentes que viven en comunidades de zonas remotas de Colombia, Guatemala, Honduras, México y Perú. La colaboración se centrará en la capacitación y la concientización acerca de los factores de riesgo asociados con las enfermedades bucodentales.

Envejecimiento

108. La OPS continuó apoyando los esfuerzos de los países miembros para adaptar sus políticas y sistemas de salud a fin de abordar las necesidades cambiantes de una población que envejece con rapidez y promover la prevención a fin de mantener a las personas de edad saludables y activas. En el 2013, 18 países ya habían elaborado políticas, marcos jurídicos o planes nacionales sobre el envejecimiento y la salud, y por lo menos otros cinco países habían iniciado el proceso para elaborarlos.

109. Más de 200 gerentes del sector de la salud de 18 países latinoamericanos y 11 países del Caribe se capacitaron en un programa de 10 meses de especialización en salud pública y envejecimiento, creado por la OPS y sus asociados con el propósito de mejorar la atención primaria de salud que se presta a las personas de edad. Además, la OPS facilitó un acuerdo con el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social y más de 15 universidades de América Latina y el Caribe para establecer un Consorcio Universitario de Salud Pública y Envejecimiento que abogue por el envejecimiento saludable como una prioridad de salud pública. Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos y México están actualmente representados en el Consorcio.

Enfermedades no transmisibles y salud mental

110. En septiembre del 2012, la 28ª Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó la *Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, 2012-2025* (documento CSP28/9, Rev.1). La estrategia concuerda con la estrategia y plan de acción mundiales de la OMS sobre las enfermedades no transmisibles (ENT) y establece cuatro líneas principales de acción: las políticas y alianzas, los factores de riesgo y de protección, la respuesta de los sistemas de salud, y la vigilancia e investigación. En ella se destacan las cuatro ENT que registran la carga de morbilidad más alta en la Región —las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas— y sus cuatro factores principales de riesgo: el consumo de tabaco, el régimen alimentario poco saludable, la inactividad física y el consumo nocivo de alcohol. La estrategia procura aumentar la importancia que se otorga a las ENT en las agendas de la economía y el desarrollo de los países y promueve un enfoque de “toda la sociedad”, que incluya al gobierno, el sector privado, la comunidad académica y la sociedad civil. De acuerdo con la nueva estrategia regional, 10 países — Antigua y Barbuda, Belice, Costa Rica, Dominica, Guyana, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Saint Kitts y Nevis, y Suriname— establecieron o revisaron sus políticas, estrategias o planes nacionales multisectoriales sobre las ENT durante el 2012 y el 2013.

111. A nivel regional, la OPS convocó al nuevo consorcio SaltSmart, que reúne a expertos en salud y nutrición de los gobiernos, la sociedad civil y las universidades con representantes de la industria. En el 2013, el consorcio respaldó un plan plurianual para

reducir a la mitad el consumo de sal alimentaria en la Región de las Américas para el año 2020. En el plan se propone una serie de compromisos y acciones, incluidas campañas para aumentar la concientización del público acerca de la importancia de reducir el consumo de sal y medidas para reducir el contenido de sal en los alimentos procesados en la industria.

Iniciativa del cáncer en la mujer

En febrero del 2013, la OPS puso en marcha la Iniciativa del Cáncer en la Mujer, una alianza de organizaciones públicas y privadas comprometidas con la reducción del cáncer de mama y cervicouterino, los principales tipos de cáncer que afectan a las mujeres de América Latina y el Caribe. La iniciativa emprenderá esfuerzos conjuntos en áreas como la concientización y la comunicación; el aumento de la capacidad de detección, diagnóstico, tratamiento y atención; mejor acceso a los servicios y el tratamiento; mayor cobertura de la vacunación contra los virus de los papilomas humanos (VPH); y el incremento de las investigaciones. Junto con el consorcio SaltSmart, la Iniciativa del Cáncer en la Mujer fue puesta en marcha en el marco del Foro Panamericano de Acción sobre las Enfermedades no Transmisibles (PAFNCD, por sus siglas en inglés).

112. Varios países aplicaron programas nuevos o mejorados para la atención de las ENT en sus servicios de salud. Dominica, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, y Suriname iniciaron programas para el tratamiento integrado de enfermedades crónicas centrados en la atención primaria, mientras que Colombia, Ecuador, Jamaica, México y Perú elaboraron nuevos programas específicamente para la prevención y el control del cáncer. Con el propósito de apoyar estos y otros programas similares, la OPS definió un conjunto de medicamentos esenciales asequibles para el tratamiento de las ENT que los países miembros podrán comprar por conducto del Fondo Estratégico de la OPS.

113. Argentina, Bolivia, El Salvador, Guatemala, Honduras y Jamaica fortalecieron sus programas nacionales de detección del cáncer cervicouterino mediante la capacitación de los prestadores de asistencia sanitaria, una mejor calidad de las pruebas, la mayor cobertura del tamizaje, y el diagnóstico y el tratamiento asegurados para las mujeres con resultados anormales en las pruebas. Al menos una docena más de países perfeccionaron sus sistemas y procedimientos de registro del cáncer.

114. Dieciséis países implantaron el pasaporte de cuidados crónicos, una tarjeta que conserva el paciente elaborada mediante la cooperación técnica de la OPS, que fomenta el cumplimiento terapéutico, promueve el autocuidado y la prevención, y facilita la recopilación de datos sobre las ENT. Más de 1.500 profesionales de la salud y 500 pacientes de toda la Región se inscribieron para tomar un curso en línea sobre el autotratamiento de la diabetes ofrecido por el Campus Virtual de Salud Pública.

Legislación y reglamentos para abordar los factores de riesgo de ENT

La OPS apoyó los esfuerzos de varios países para abordar las enfermedades no transmisibles (ENT) y sus factores de riesgo mediante iniciativas legislativas y reguladoras. Chile y Bolivia se encontraban entre los países que promulgaron nuevas leyes a fin de cumplir con el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT), mientras que Bolivia estableció una comisión intersectorial para la ejecución del CMCT. A mediados del 2013, Antigua y Barbuda, Bolivia, Dominica, Granada, Guyana, Perú, Santa Lucía, Saint Kitts y Nevis, y San Vicente y las Granadinas estaban elaborando propuestas legislativas para la ejecución del CMCT.

Con el fin de afrontar el problema creciente del sobrepeso y la obesidad tanto en los niños como en los adultos, países como Brasil, Chile, Ecuador y Perú aprobaron leyes para reglamentar la publicidad, la promoción y el etiquetado de los alimentos industrialmente procesados, incluyendo restricciones a la comercialización dirigida a los niños. Chile, Costa Rica, Ecuador, México, Perú y Uruguay adoptaron o instauraron normas o directrices nuevas que promueven comidas saludables en las escuelas, y Brasil firmó un convenio con su federación nacional de escuelas privadas con esa finalidad. En México, la OPS ayudó a abogar por nuevos impuestos a las bebidas endulzadas con azúcar.

También durante el período que abarca este informe, Paraguay aprobó nuevas normas para reducir el contenido de sal en el pan de producción industrial.

115. En el área de las discapacidades y la rehabilitación, la Organización ayudó a los países andinos a elaborar una política común sobre la atención para las personas con discapacidades. Se inició la aplicación de la política en Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, en las áreas de desarrollo y fortalecimiento de las redes de servicios integrales de rehabilitación, la utilización de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud establecida por la OMS, y las intervenciones para la protección social de las personas con discapacidades.

116. Siete países —Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Paraguay y Venezuela— comenzaron a aplicar la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad de la OPS y se actualizó la información de referencia sobre la situación de las personas con discapacidades en nueve países: Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, México, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

Salud mental

117. Países de toda la Región avanzaron en la ejecución del Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP, por sus siglas en inglés) establecido por la OMS. Este programa promueve la expansión de los servicios de atención de trastornos mentales, neurológicos y debidos al consumo de sustancias psicoactivas. Durante el

período que abarca este informe, 18 países y territorios de la Región estaban usando el programa con el fin de integrar la salud mental en los servicios de atención primaria de salud o de elaborar planes con esta finalidad.

118. Durante el 2012 y el 2013, varios países y territorios terminaron de elaborar o avanzaron en la formulación de políticas y legislación sobre la salud mental. Anguila, Antigua y Barbuda, Barbados, Islas Vírgenes Británicas, Costa Rica, Panamá, Suriname y Venezuela implantaron políticas y planes nacionales nuevos de salud mental o actualizaron los ya existentes. Argentina aprobó la reglamentación de su Ley de Salud Mental, que protege los derechos de las personas que sufren trastornos mentales, mientras que Jamaica y las Islas Vírgenes Británicas llevaron a cabo revisiones de la legislación sobre salud mental.

119. Algunos profesionales de Anguila, Antigua y Barbuda y Jamaica recibieron capacitación en primeros auxilios psicológicos en casos de desastres y emergencias, y elaboraron componentes psicosociales y de salud mental para sus planes nacionales sobre desastres y salud. Bahamas, Suriname y Trinidad y Tabago también impartieron capacitación sobre la salud mental en los desastres y primeros auxilios psicológicos.

120. La OPS publicó el *Informe regional sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe*, que abarca la evaluación de 34 países y territorios. En el informe se proporciona un punto de partida para la evaluación futura del progreso en la reforma de los servicios de salud mental.

121. El consumo nocivo de bebidas alcohólicas es un factor fundamental de riesgo de sufrir trastornos mentales y otras enfermedades no transmisibles, así como traumatismos y problemas de la reproducción. Con el fin de combatir ese consumo nocivo, la OPS apoyó una reunión de la Red Panamericana sobre Alcohol y Salud Pública efectuada en el 2012, en la cual los representantes de 30 países formularon recomendaciones encaminadas a ejecutar el *Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol*, aprobado en el 2011. En el 2013, la OPS puso en marcha varios cursos virtuales en esta área, entre ellos un curso sobre el tamizaje del consumo de alcohol e intervenciones breves para el personal de salud, y cursos sobre salud pública y alcohol y políticas sobre el consumo de drogas para los responsables de las políticas de salud. La Organización también trabajó a lo largo del 2012 y el 2013 a fin de fortalecer la ejecución en los países del *Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública*, también aprobado en el 2011, y prestó cooperación técnica a ministerios de salud en coordinación con otros sectores.

Desarrollo sostenible y salud medioambiental

122. La OPS colaboró con el fortalecimiento de la capacidad de los países miembros de abordar los problemas de salud medioambiental y los determinantes sociales de la

salud mediante el trabajo intersectorial y la promoción de la incorporación de “la salud en todas las políticas”. La OPS participó en procesos mundiales y regionales como la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Rio+20), el Congreso de la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria (AIDIS) y otras consultas para abordar estos temas.

123. Con el apoyo de la OPS, los países de América Latina y el Caribe abogaron con éxito por la solución de problemas de salud en la Conferencia Rio+20 efectuada en junio del 2012. El conjunto de herramientas “Rio+20” y una serie de seminarios de la OPS suministraron información y espacio para el debate sobre estos temas a los interesados directos en el sector de la salud. En febrero del 2013, la OPS y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) organizaron una consulta sobre la salud en la agenda para el desarrollo después del 2015 en Antigua (Guatemala), con representantes de la sociedad civil y los alcaldes de municipios vulnerables de 15 países. Además, la OPS apoyó a Santa Lucía en la preparación de una consulta nacional patrocinada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) sobre la agenda para el desarrollo después del 2015, una de las 50 consultas de ese tipo celebradas en todo el mundo. La OPS también facilitó los preparativos para la 8.^a Conferencia Mundial de Promoción de la Salud celebrada en Helsinki en junio del 2013, mediante el desarrollo y la difusión de un conjunto de herramientas sobre la “salud en todas las políticas”.

124. En seguimiento de las recomendaciones de la Declaración de Río sobre los determinantes sociales de la salud, Belice, la República Dominicana y Trinidad y Tabago establecieron comités intersectoriales en el período que abarca este informe. Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba, El Salvador, México y Perú fortalecieron sus comités ya existentes. En México, con el apoyo de Canadá y de la OMS, se realizó, documentó y finalizó un análisis que resumía el fundamento económico para que otros sectores abordaran los determinantes de la salud. La OPS ayudó a Honduras y Perú a fortalecer su capacidad de medir y vigilar las disparidades en materia de salud en el marco de los determinantes sociales de la salud.

125. La OPS colaboró con los países para generar capacidad de llevar a cabo trabajo intersectorial, promover la incorporación de la salud en todas las políticas e impulsar la equidad en el ámbito de la salud. La Organización creó una herramienta a fin de ayudar a los países a documentar y sistematizar ejemplos del trabajo intersectorial a nivel nacional, subnacional y local, que ilustren el enfoque de “la salud en todas las políticas”. Dieciséis países usaron la herramienta para elaborar sus propios estudios de casos. Además, Brasil, Chile, El Salvador y México reunieron pruebas de que un enfoque que incorpore la salud en todas las políticas tiene efectos importantes sobre la equidad en materia de salud.

126. La Organización facilitó la presentación de varios estudios regionales de casos en la 8.^a Conferencia Mundial de Promoción de la Salud celebrada en Helsinki en junio del

2013. Esos estudios de casos incluyeron las iniciativas Bolsa Familia y Brasil sin Miseria en Brasil, la experiencia en Canadá con la “equidad en salud en todas las políticas”, la iniciativa Elige Vivir Sano en Chile, el Plan Nacional para el Buen Vivir en Ecuador, la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD) en El Salvador y, en México, el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria: Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad.

127. Como parte de su labor de promoción de los entornos saludables, la OPS ayudó a desarrollar nuevas plataformas digitales que integran los sitios web y los canales de los medios sociales de la Red de Escuelas Saludables, la Red Internacional de Ecoclubes y la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud, con planes para establecer plataformas similares para la Red de Municipios y Comunidades Saludables. Ecuador se convirtió en el primer país en formular normas nacionales para la acreditación de mercados saludables usando conceptos propuestos por la OPS.

128. También durante este período, el movimiento de ciclovías creció hasta incluir 354 pueblos, ciudades y vecindarios participantes en la Región de las Américas. Algunos de los 240 programas más nuevos se encuentran en Perú y son el resultado de nuevos incentivos para los municipios proporcionados por el Ministerio de Economía y Finanzas.

Violencia y seguridad humana

129. En colaboración con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, la OPS publicó en el 2013 un resumen del informe *Violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países*. Este es el primer informe comparativo con datos representativos a nivel nacional sobre la violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe. Con el propósito de facilitar análisis comparativos futuros, la OPS apoyó una iniciativa de la Comunidad Andina de Naciones para normalizar los indicadores relacionados con la violencia de género.

130. Conjuntamente con centros colaboradores de la OPS/OMS, la OPS contribuyó a los esfuerzos encaminados a elaborar planes nacionales para la prevención de la violencia y los traumatismos en Trinidad y Tabago y la violencia de género en Guyana, y ayudó a fortalecer la capacidad de prevención primaria de la violencia contra las mujeres en Bolivia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Paraguay y Perú. En Guatemala, este trabajo abarcó la formulación de planes locales para la prevención de la violencia y la criminalidad, incluida la violencia de género, como parte del programa conjunto de las Naciones Unidas sobre prevención de conflictos y consolidación de la paz, patrocinado por el Fondo para el Logro de los ODM.

131. La Oficina de la OPS en la frontera entre México y los Estados Unidos ayudó a ejecutar un programa financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) en Ciudad Juárez, el Proyecto de Prevención de Violencia y

Lesiones, que se ha convertido en un modelo para otras ciudades y municipios de México. Como parte de este programa, la Organización contribuyó a fortalecer el Observatorio de Seguridad y Convivencia Ciudadanas del Municipio de Juárez, en la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez; aumentar la capacidad de los prestadores de servicios de atención primaria y de servicios sociales, los equipos de respuesta inicial y las organizaciones comunitarias, y mejorar las aptitudes para la gestión de los conocimientos y las comunicaciones de los medios de difusión y la comunidad.

132. La OPS impartió capacitación sobre recopilación y análisis de datos sobre la prevención de la violencia y, para mediados del 2013, 24 países habían designado a un punto focal para proporcionar datos al *Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia*, que elabora la OMS. Con el apoyo del Centro Nacional de Prevención y Control de Traumatismos (parte de los CDC de los Estados Unidos), un centro colaborador de la OPS/OMS, la OPS contribuyó a evaluar y fortalecer los sistemas de vigilancia de la violencia y los traumatismos en algunos países como Belice, Haití y Trinidad y Tabago.

133. La OPS brindó apoyo a la elaboración y la aplicación de componentes de salud en proyectos para mejorar la seguridad humana en Brasil, Colombia y Guatemala, financiados por el Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad de los Seres Humanos. En el 2012, la Organización publicó un documento técnico de referencia, *Seguridad humana: implicaciones para la salud pública*, en el cual se describe un enfoque colaborativo de la seguridad humana que reúne a las diversas organizaciones y políticas para abordar las causas fundamentales de la vulnerabilidad de las personas. Durante el período que abarca este informe, se finalizaron estudios de casos de proyectos que usaron este enfoque en Brasil, Colombia, Guatemala, México, Perú y República Dominicana.

Seguridad química

134. Catorce países de la Región de las Américas participaron en la tercera reunión de la Conferencia Internacional sobre la Gestión de Productos Químicos, celebrada en Nairobi (Kenya), en septiembre del 2012. Como resultado de esta participación, varios países presentaron solicitudes de recursos a fin de aplicar el *Enfoque estratégico para la gestión de productos químicos a nivel internacional* (SAICM, por su sigla en inglés), un marco de políticas para promover la seguridad química en todo el mundo.

135. Los Estados Miembros también asumieron un papel activo en el comité de negociación intergubernamental que redactó el Convenio de Minamata sobre el Mercurio, un tratado mundial jurídicamente vinculante para prevenir las emisiones y liberaciones de químicos. Como resultado de las negociaciones, se incluyó un artículo sobre aspectos relacionados con la salud en el texto final del tratado, que estará abierto para la firma en una reunión especial que se celebrará en Japón en octubre del 2013. En una labor

relacionada, la OPS tradujo al español una guía técnica de la OMS bajo el título *Reemplazo de los termómetros y de los tensiómetros de mercurio en la atención de salud* y lo difundió en la Región de las Américas.

Salud de los trabajadores y los consumidores

136. En diciembre del 2012, un llamamiento a la acción en pro de la salud y la seguridad de los trabajadores en el Caribe fue aprobado y respaldado por los representantes de ocho países y territorios del Caribe: Bahamas, Barbados, Belice, Granada, Jamaica, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, y las Islas Turcas y Caicos. En el documento se requiere la creación de un plan de acción del Caribe sobre salud y seguridad de los trabajadores y se insta a adoptar un enfoque intersectorial. La iniciativa fue encabezada por la OPS en colaboración con autoridades sanitarias y del trabajo nacionales y la Universidad St. George de Granada (un centro colaborador de la OPS/OMS), con el apoyo del Departamento de Relaciones Exteriores, Comercio y Desarrollo de Canadá y el Consejo del Seguro Nacional de las Bahamas, entre otros organismos.

137. Conjuntamente con CAREX Canada (el organismo canadiense de vigilancia de la exposición ambiental y ocupacional a agentes carcinógenos) y centros colaboradores de la OPS/OMS, la OPS brindó apoyo a la capacitación sobre el cáncer ocupacional y a la determinación de la exposición laboral a agentes carcinógenos como parte de los esfuerzos para instaurar un CAREX regional, un sistema de información con datos sobre la exposición de los trabajadores a los agentes carcinógenos. Cinco países —Canadá, Colombia, Costa Rica, Nicaragua y Panamá— participaron en la elaboración de matrices de la exposición laboral que se usaron para concientizar y facultar a 28 higienistas industriales de América Latina para que usen la metodología.

138. Durante el período que abarca este informe, se movilizaron expertos en vigilancia de la salud pública de 15 países para participar en la Red de Consumo Seguro y Salud (RCSS), coordinada por la OPS y la Organización de los Estados Americanos (OEA). Estos expertos recibieron capacitación sobre la gestión de sistemas de vigilancia de la seguridad de los productos del mercado, ofrecida conjuntamente con la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona.

Seguridad vial

139. En el contexto del Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011-2020 establecido por las Naciones Unidas, varios países de la Región de las Américas elaboraron, aprobaron o aplicaron nuevos planes y leyes encaminados a reducir las muertes causadas por el tránsito. Entre ellos estaba Ecuador, que mejoró su legislación sobre factores de riesgo y de protección de traumatismos causados por el tránsito (la OPS ayudó a formular normas técnicas sobre el uso de cascos protectores por los

motociclistas), así como Dominica, Guyana y Uruguay. El Salvador ratificó una nueva ley sobre el Fondo Nacional de Atención a las Víctimas de Accidentes de Tránsito (FONAT), que prioriza el problema de los accidentes y las muertes causadas por el tránsito en la agenda pública. Además, México progresó en su puesta en práctica de la Iniciativa Mexicana de Seguridad Vial (IMESEVI) en los 31 estados. A fines del 2012, Brasil incorporó todas las capitales estatales y el Distrito Federal en su proyecto “Vida en el Tránsito”, que se centra en la gestión de la velocidad y la reducción de la conducción bajo los efectos del alcohol.

140. El Programa Mesoamericano de Seguridad Vial, elaborado con asistencia de la OPS y la OMS, fue aprobado por unanimidad por los ministros de salud, infraestructura y transporte de 10 países: Belice, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá y República Dominicana. Basado en un modelo mundial elaborado por el Grupo de Colaboración de las Naciones Unidas para la Seguridad Vial, el programa proporciona una base para la acción que se puede contextualizar en diferentes culturas y puede ser llevado a cabo por diferentes gobiernos, empresas e instituciones.

Agua y saneamiento

141. La OPS colaboró con los países para elaborar y aplicar estrategias y planes de abastecimiento de agua y saneamiento. Los países involucrados incluyeron a Ecuador, El Salvador y Honduras, así como Nicaragua, que aplicó un programa centrado en eliminar el arsénico de los sistemas de abastecimiento de agua en las comunidades rurales. Granada elaboró un plan de seguridad del agua basado en la metodología establecida por la OMS y la Asociación Internacional del Agua, mientras que Colombia, Costa Rica y Paraguay aplicaron la metodología a nivel ministerial y local con asociados locales.

142. Además, la OPS brindó apoyo a una evaluación del agua, el saneamiento y la higiene en las Bahamas y contribuyó a la instauración de parámetros para la vigilancia de la calidad del agua en Antigua y Barbuda. En colaboración con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la OPS facilitó la transferencia de tecnologías de Haití a la República Dominicana y Colombia para la vigilancia y el seguimiento de la calidad del agua usando un servicio de mensajes breves o el envío de mensajes de texto. La iniciativa proporcionará la base para la elaboración de una guía regional sobre este tema.

143. En colaboración con el Instituto Internacional del Manejo del Agua y el Instituto de Salud Pública y Tropical de Suiza, la OPS contribuyó a la identificación de cinco sitios de recuperación y reutilización de recursos en Lima (Perú) para dos proyectos piloto que generarán datos sobre la ejecución de los planes de seguridad del saneamiento para el próximo manual de la OMS sobre este tema.

144. La OPS creó nuevas herramientas regionales de coordinación para la gestión de riesgos relacionados con el agua, el saneamiento y la higiene durante las emergencias. Esas herramientas incluyen una “lista de verificación de la coordinación” y una “guía rápida” para establecer diferentes responsabilidades entre el grupo de acción de las Naciones Unidas y una nueva plataforma de coordinación virtual. Nueve países —Belice, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay— incorporaron estas herramientas en sus mecanismos de coordinación del abastecimiento de agua y el saneamiento con el apoyo de la OPS. Una publicación nueva del Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX), *Agua y saneamiento: en la búsqueda de nuevos paradigmas para las Américas*, fue presentada en Belo Horizonte durante la reunión de AIDIS.

145. La OPS también promovió la participación de los países en la realización y el seguimiento de la revisión anual mundial del saneamiento y el agua potable (conocida como GLAAS por su sigla en inglés) efectuada en el 2012 y los Estados Miembros aportaron contribuciones y retroalimentación sobre las metas propuestas para el agua y el saneamiento en la agenda para el desarrollo después del 2015.

Preparativos y respuesta en casos de desastre

146. Después de amplias consultas con los países y otros interesados directos, el programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre de la OPS revisó en el período 2012-2013 su enfoque estratégico a fin de abarcar tres líneas principales de trabajo: mejorar la capacidad de los Estados Miembros de proporcionar una respuesta oportuna y apropiada a los desastres, las emergencias complejas y otras crisis; aumentar la capacidad de los sistemas nacionales de salud de hacer preparativos para situaciones de emergencia y reducir los riesgos de desastre; e incrementar la eficacia de la OPS y el Grupo de Acción Sanitaria de las Naciones Unidas al responder a los desastres. La cooperación técnica comprendió desde el liderazgo y la promoción de la causa hasta la capacitación, la orientación técnica, y el suministro de software, manuales, herramientas y equipo. Además, la OPS coordinó el despliegue de expertos para ayudar a la respuesta del sector de la salud de los países durante las emergencias.

147. Durante el período que abarca este informe, se recibieron 21 subvenciones nuevas para la reducción de riesgos y la respuesta a desastres, por un total de unos US\$ 10 millones. Estos fondos sirvieron de apoyo a la respuesta a desastres en nueve países: Colombia (personas desplazadas dentro del país), Cuba y República Dominicana (huracán Sandy), El Salvador (depresión tropical 12), Guatemala (terremoto de San Marcos), Haití (huracán Sandy y brote de cólera), Panamá (personas desplazadas dentro del país), Paraguay (inundaciones) y Perú (dengue e inundaciones). Los fondos también permitieron brindar apoyo a la reducción de riesgos y los preparativos para desastres en

Granada, Guyana, Haití, Jamaica, República Dominicana, Santa Lucía, Suriname, y Trinidad y Tabago, y en la Región en su totalidad.

148. En junio del 2012, la OPS inauguró su nuevo Centro de Operaciones de Emergencia (COE) en Washington, D.C., y adoptó una nueva política y procedimientos para mejorar su prestación de cooperación durante operaciones de respuesta a emergencias. El COE sigue un modelo del sistema de gestión de incidentes con tres niveles de activación: nivel 1, en caso de eventos con repercusiones menores en los cuales la representación de la OPS en el país puede prestar el apoyo necesario y el nivel 2 o 3 en caso de desastres con repercusiones importantes que requieren la movilización de diversos grados de apoyo internacional.

149. La OPS también aumentó su capacidad de respuesta frente a un gran aumento de la demanda de ayuda en caso de emergencias mediante la capacitación de los miembros existentes y nuevos del Equipo Regional de Respuesta a Desastres. El equipo incluye a expertos en vigilancia epidemiológica, alerta y respuesta, logística para emergencias, agua y saneamiento, salud mental y comunicación de riesgos, entre otros campos. Los miembros del equipo provienen del propio personal de la OPS y de organizaciones asociadas, como ministerios de salud y universidades.

150. Durante el período que abarca este informe, se movilizó a los miembros del Equipo Regional de Respuesta a Desastres para apoyar a siete Estados Miembros de la OPS durante desastres: Haití (huracán Isaac), Jamaica (huracán Sandy), Ecuador (inundaciones en las regiones Costa y Sierra), Costa Rica (terremoto en Nicoya), Guatemala (terremoto en San Marcos), Perú (brote de dengue) y República Dominicana (brote de cólera en la prisión de Higüey).

151. A nivel de país, Argentina, Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay y Perú establecieron equipos de respuesta a los desastres nacionales para coordinar las actividades de refuerzo en casos de desastre en el sector de la salud, con el apoyo de la OPS. También se pueden desplegar equipos a países vecinos durante emergencias, ya sea como parte de la cooperación Sur-Sur o como parte del Equipo Regional de Respuesta a Desastres de la OPS.

152. Varios países fortalecieron su capacidad de respuesta sanitaria en las emergencias. Siete países —Anguila, Chile, Dominica, Jamaica, Perú, San Vicente y las Granadinas y Trinidad y Tabago— elaboraron o actualizaron sus planes sanitarios para desastres durante el período que abarca este informe. Dominica y Jamaica capacitaron a equipos de respuesta inicial en la atención y el tratamiento de urgencia, mientras que Anguila, Antigua, Bahamas y Jamaica capacitaron a los equipos de respuesta inicial en salud mental y apoyo psicosocial. Haití y la República Dominicana ampliaron sus sistemas de alerta temprana y respuesta rápida frente a las epidemias para abarcar todos los riesgos, incluidas las amenazas medioambientales para la salud. Granada elaboró procedimientos

normalizados de trabajo para un nuevo centro de operaciones de emergencia sanitaria, encontró una ubicación apropiada y preparó una lista del equipo básico necesario para dicho centro.

153. El Sistema de Apoyo Logístico y de Gestión de Suministros (LSS/SUMA, por su sigla en inglés), desarrollado por la OPS/OMS para administrar los suministros sanitarios de ayuda humanitaria durante las emergencias, fue adoptado oficialmente por Ecuador y Perú, mientras que la República Dominicana adoptó el sistema en un depósito nacional y ocho depósitos regionales de suministros.

Hospitales seguros

La OPS continuó promoviendo la reducción de riesgos en el sector de la salud mediante la Iniciativa Hospitales Seguros y su índice de seguridad hospitalaria (ISH), una herramienta para evaluar la probabilidad de que un establecimiento de salud siga funcionando en situaciones de emergencia. A mediados del 2013, se había aplicado el ISH en más de 2.900 hospitales y otros establecimientos de salud de 32 países y territorios de la Región de las Américas. Durante el período abarcado en este informe, 20 países usaron el ISH e instauraron políticas y estrategias para mejorar la seguridad de los hospitales existentes. La OPS también actualizó el índice de seguridad hospitalaria para hospitales medianos y pequeños, e inició un curso nuevo de autoaprendizaje sobre cómo usar el ISH. Al menos 10 países instalaron y usaron la base de datos en línea sobre hospitales seguros, establecida por la OPS con el fin de vigilar el progreso de la Iniciativa Hospitales Seguros y definir las medidas necesarias para proteger la operación continua de los establecimientos de salud durante los desastres.

La Iniciativa Hospitales Seguros fue incluida en los planes estratégicos de la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA), el Organismo Andino de Salud/Convenio Hipólito Unanue y el Comité Andino para la Prevención y Atención de Desastres (CAPRADE). Durante el período 2012-2013, Colombia, Guatemala, México, Perú y la República Dominicana lograron un avance considerable en la actualización de sus respectivos códigos de construcción para asegurar que todos los hospitales recién construidos puedan seguir operando en caso de desastres.

154. Conjuntamente con el Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido (UKAid por su sigla en inglés), la OPS inició la ejecución de la iniciativa hospitales inteligentes en el Caribe para reducir la huella de carbono de los establecimientos de salud y mejorar su capacidad de recuperación ante desastres.

155. La OPS apoyó los esfuerzos subregionales para mejorar los preparativos y la respuesta para casos de desastre, incluido el nuevo *Plan estratégico andino para la gestión de riesgos de desastres 2013-2017*, aprobado por los ministros de salud de la zona andina. Los ministros también nombraron una Comisión Técnica para Emergencias y Desastres, y nombraron directores de oficinas para desastres en los ministerios de salud

con el fin de ejecutar el plan estratégico. La OPS también ayudó a actualizar una guía para la cooperación entre los países andinos, que fue aprobada por CAPRADE y sirvió de referencia técnica para la preparación de una guía similar para los países del MERCOSUR.

156. Conjuntamente con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, la OPS brindó apoyo a la creación de la Comisión Técnica de Gestión de Riesgo en Salud de Centroamérica y República Dominicana (CTGERS), un órgano consultivo del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA), que vigilará los preparativos para casos de desastre, la respuesta y la cooperación. Se elaboró el *Plan centroamericano de gestión integral de riesgos de desastres y emergencias de salud pública 2013-2018*, que contó con el apoyo de la OPS y fue aprobado por COMISCA. Este plan guiará el trabajo en el área de desastres y salud y permitirá a los Estados Miembros del Sistema de Integración Centroamericana (SICA) integrar los mecanismos de cooperación y fortalecer las unidades sanitarias de respuesta a desastres.

Gestión del conocimiento y comunicaciones

157. En el 2012, la 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó la primera estrategia y plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones para la Región. Procura promover el desarrollo y la difusión de información sanitaria y conocimientos basados en datos científicos; facilitar la colaboración horizontal por medio de alianzas y redes; y promover estrategias para el empleo de los conocimientos con el fin de impulsar cambios individuales, sociales y de políticas que mejoren y protejan la salud.

158. Durante el 2012 y el 2013, Bolivia, El Salvador, Honduras, Panamá, República Dominicana y Venezuela establecieron o ampliaron la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) con el apoyo del Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME), en São Paulo (Brasil). Nueve instituciones nuevas en el estado de Sonora (México), junto con la Universidad Estatal de Arizona, se incorporaron a la Biblioteca Virtual Fronteriza en Salud (BVFS), para la cual la Oficina de la OPS en la frontera entre México y los Estados Unidos sirve como secretaría. México instauró una nueva red de centros colaboradores de la OPS/OMS a fin de facilitar el intercambio de conocimientos, experiencias y mejores prácticas entre los diferentes centros.

Centros colaboradores de la OPS/OMS

Entre mediados del 2012 y mediados del 2013, se designaron nueve centros colaboradores de la OPS/OMS nuevos en la Región de las Américas, con lo cual el número total de centros colaboradores activos en la Región llegó a 185, entre los más de 800 centros a nivel mundial. Los centros colaboradores incluyen institutos de investigación, departamentos y centros universitarios de investigación y otras organizaciones que llevan a cabo actividades en apoyo de los programas de la OPS/OMS en una amplia gama de esferas, desde los recursos humanos para la salud hasta las enfermedades transmisibles y no transmisibles, la nutrición, la salud mental, las tecnologías sanitarias y muchas otras.

159. Seis países —Aruba, Brasil, Chile, Costa Rica, Guatemala y Perú— recibieron el apoyo de la OPS para elaborar o ejecutar nuevos planes y estrategias para promover la *eSalud*, que usa nuevas tecnologías de la información y de la comunicación a fin de mejorar la atención de salud. El futuro de las iniciativas de *eSalud* fue también un tema principal en el noveno Congreso Regional de Información en Ciencias de la Salud (CRICS9), celebrado en la sede de la OPS en octubre del 2012, que atrajo a más de 400 participantes de 30 países.

160. Entre junio del 2012 y junio del 2013, la OPS publicó más de 250 publicaciones científicas y técnicas. La Revista Panamericana de Salud Pública, la publicación científica arbitrada de la OPS, publicó 13 números durante el período, incluidos los números especiales sobre la prevención de enfermedades cardiovasculares y la reducción de la sal en los alimentos (en octubre del 2012) y la equidad en los sistemas de salud (en febrero del 2013).

161. Argentina, Cuba, Honduras y México participaron en la iniciativa “Bibliotecas azules” de la OPS, un esfuerzo para democratizar el acceso a la información sanitaria enviando recopilaciones de publicaciones médicas actualizadas a las comunidades remotas usando cajas metálicas azules. Brasil también participó mediante un esfuerzo de cooperación Sur-Sur, que proporcionó publicaciones a los países de habla portuguesa.

162. Durante el período que abarca este informe, 20 países obtuvieron acceso a la plataforma de la Iniciativa InterRed Salud de Acceso a la Investigación (HINARI por su sigla en inglés) de la OMS, que proporciona acceso en línea gratuito o a costos muy bajos a las principales revistas biomédicas y de ciencias sociales relacionadas a instituciones de salud de más de 100 países. Las plataformas de ciberaprendizaje ayudaron a la Organización a suministrar herramientas, conceptos y conocimientos nuevos a más de 3.000 profesionales de la Región.

Gestión y gobernanza

163. La OPS continuó la aplicación de normas y prácticas encaminadas a mejorar la gestión y la eficiencia, la transparencia, la rendición de cuentas y la ética y el tratamiento justo en el lugar de trabajo. Estos esfuerzos fueron iniciados por la administración saliente y recibieron un nuevo impulso con la elección del nuevo Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

164. La Organización siguió aplicando un marco de gestión basada en los resultados durante el período que abarca este informe y se lograron avances importantes alcanzados conjuntamente con la formulación del Plan Estratégico 2014-2019. Esos avances incluyeron una cadena perfeccionada de resultados que refleja mejor los logros y la rendición de cuentas conjuntos de la Oficina y los ministerios de salud, y mejores descripciones de los resultados e indicadores para los resultados inmediatos, los resultados intermedios y el impacto. Los nuevos indicadores se incorporarán en el proceso de seguimiento y evaluación del desempeño durante la ejecución del nuevo Plan Estratégico. Además, el ejercicio de seguimiento y evaluación del desempeño —un componente clave de un enfoque orientado a la consecución de resultados— mejora la función gerencial al seguir de cerca el progreso de la presentación de informes por los departamentos y las oficinas en los países, con miras a mejorar la rendición de cuentas de la gestión.

165. En el 2012, la 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó una nueva *Política del presupuesto de la OPS*, encaminada a guiar la asignación de recursos para las operaciones a nivel regional, subregional y de país. En esta política se incorporan las recomendaciones formuladas por la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación (IES), basadas en su evaluación de la anterior política presupuestaria, así como ajustes en respuesta a las enseñanzas extraídas por la Organización. Los cambios incluyen nuevas pautas con respecto a la presencia en el país a fin de asegurar la disponibilidad de fondos suficientes para mantener el compromiso firme con los Estados Miembros, la incorporación de la desigualdad de ingresos (el coeficiente de Gini) en una evaluación ampliada de los países basada en las necesidades, un componente orientado a la consecución de resultados diseñado para acelerar el logro de metas programáticas en los países, y una mejor elaboración de modelos y técnicas estadísticas para obtener resultados más realistas y operables en la distribución de los recursos.

166. Como parte de la evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 (documento SPBA7/4 [2013]), IES examinó la ejecución de la agenda por parte de la Oficina. La evaluación confirmó que el Plan Estratégico 2008-2013 de la OPS se había alineado estrechamente con la Agenda de Salud para las Américas y que sus objetivos estratégicos habían servido para armonizar la agenda con

los objetivos estratégicos de la OMS y con el trabajo de otras organizaciones internacionales en la Región.

167. Durante el 2012 y el 2013, IES realizó auditorías en varias oficinas en los países y evaluó el cumplimiento de la gestión basada en los resultados, entre otros aspectos. IES también inició una actividad de recopilación y organización de la gran cantidad de información disponible, proveniente de evaluaciones anteriores. Este proceso produjo la primera lista de la Organización de todas las evaluaciones realizadas tanto internamente como por interesados directos externos, un primer paso fundamental para determinar y comprender las enseñanzas extraídas de estas actividades.

168. Durante el período que abarca este informe, se llevaron a cabo varias iniciativas, herramientas y políticas nuevas concebidas para simplificar y mejorar las operaciones de cooperación técnica de la Organización. En agosto del 2012, la Oficina aprobó una estrategia nueva de tecnología de la información y se introdujo un nuevo proceso de tecnología de la información en la gobernanza para coordinar la ejecución de todos los gastos en proyectos de tecnología en la sede de la OPS, en las oficinas en los países y en los centros colaboradores. Además, los dominios de internet de las representaciones de la OPS y los centros panamericanos se fusionaron en un único dominio de la OPS, y se estandarizaron los programas de computación a fin de reducir la complejidad, aumentar la seguridad, simplificar el soporte y facilitar la ejecución de iniciativas futuras de tecnología de la información y gestión del conocimiento. También se llevaron a cabo las fases iniciales de una nueva iniciativa de la “OPS en la nube”, que permite al personal de la Sede tener acceso a sus entornos de escritorio dondequiera que estén y por medio de cualquier dispositivo, y tener acceso a herramientas, servicios y repositorios compartidos de datos de la OPS desde lugares remotos.

169. La OPS siguió aplicando su programa de gestión de riesgos corporativos con el fin de detectar, dar seguimiento, evaluar y controlar los riesgos continuos inherentes a las operaciones institucionales y las actividades de cooperación técnica de la OPS. Durante el 2012 y el 2013, se aprobó una nueva política de gestión de riesgos corporativos de la OPS, que se publicó en el manual electrónico de la OPS/OMS, y se publicó un nuevo *Manual de gestión de riesgos corporativos* (vinculado al *E-Manual de operaciones para la gestión integral de las representaciones y los centros especializados*). Se realizaron evaluaciones de riesgos para el Fondo Rotatorio de la OPS, para las oficinas administrativas de toda la Organización, para BIREME y las representaciones en Chile y México, y para otras nueve representaciones que participaban en un proyecto financiado por la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional sobre las mujeres, los niños y poblaciones excluidas. Además, se capacitó sobre evaluación de riesgos a 49 puntos focales de gestión de riesgos en la sede de la OPS y en Barbados, Brasil y Panamá.

170. A fines del 2012, la Organización elaboró un “caso de negocios” sobre el empleo de un sistema de planificación empresarial dentro del proyecto del Sistema de Información Gerencial de la OSP (PMIS). Finalizado en enero del 2013, incluyó un análisis de costos y beneficios del proyecto y recomendaciones sobre la selección del software apropiado. Después de un proceso oficial de solicitud de propuestas que concluyó a mediados del 2013, la Organización determinó el software específico que se usará y la empresa de integración de sistemas que lo implementará.

171. Las mejoras en la compra de bienes y servicios por la Organización incluyeron la capacitación del personal realizada en la Sede y en las representaciones, la puesta en marcha de un proyecto piloto para implantar un sistema electrónico de licitación en la Representación en Guatemala, y herramientas electrónicas que permiten a los programas técnicos registrar, hacer el seguimiento y revisar sus compras de bienes y servicios, y efectuar el seguimiento de la delegación de autoridad en materia de compras. Las actividades de compras en nombre de los Estados Miembros incluyeron acuerdos a largo plazo para la compra de vacunas y jeringas para los programas nacionales de vacunación ordinaria de los países, así como medicamentos antirretrovirales. La OPS también negoció la compra de vacunas nuevas y estratégicas, como las vacunas contra la fiebre amarilla y el VPH, y se incluyeron 16 elementos nuevos en la lista de productos básicos del Fondo Estratégico.

Organismo de Salud Pública del Caribe (CARPHA)

Después de más de 30 años de ser administrados por la OPS, el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) y el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) fueron transferidos durante el período 2012-2013 al Organismo de Salud Pública del Caribe (CARPHA por su sigla en inglés), que comenzó a funcionar plenamente en enero del 2013. Además de brindar apoyo al desarrollo de este nuevo organismo, la OPS prestó un amplio apoyo de recursos humanos para la incorporación del CAREC y el CFNI. Con sede en Trinidad y Tabago, el Organismo de Salud Pública del Caribe proporcionará una respuesta colectiva a los retos de salud pública que afrontan quienes viven en el Caribe o lo visitan.

172. La OPS siguió brindando amplias oportunidades a su personal para desarrollar nuevas aptitudes y adquirir conocimientos durante el período que abarca este informe. Las iniciativas incluyeron un nuevo portal de aprendizaje y planes de aprendizaje individual para diferentes unidades y departamentos. Un nuevo portal en línea de desarrollo profesional, establecido a fines del 2012, proporciona herramientas al personal para seguir creciendo profesionalmente, incluida una hoja de ruta para el desarrollo profesional, herramientas de evaluación de la carrera profesional y autodescubrimiento, cursos de ciberaprendizaje y otros tipos de información acerca de opciones, oportunidades y recursos de desarrollo profesional.

173. Además de IES, varias oficinas y entidades especiales condujeron los esfuerzos de la Organización para promover la transparencia, la ética y la justicia en el lugar de trabajo. Esas entidades incluyen la Oficina de Ética y la Oficina del Mediador, que junto con la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación (IES), la Oficina del Asesor Jurídico (LEG), el departamento de Gestión de Recursos Humanos (HRM), la Junta de Apelación, y la Oficina de Seguridad de la Información (ISO), forman parte del Sistema de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos de la OPS. Además, la Asociación del Personal de la OPS siguió colaborando activamente con el personal y la nueva administración para garantizar la justicia y la equidad.

174. En el 2012, la Oficina de Ética de la OPS respondió 84 consultas del personal y examinó 43 denuncias de posibles violaciones éticas, 32 de las cuales se presentaron por medio del servicio gratuito y confidencial de ayuda sobre cuestiones éticas, y 29 de las cuales eran anónimas. La Oficina de Ética también impartió capacitación sobre el Código de Principios Éticos y Conducta de la OPS, publicó un folleto sobre la tolerancia cero al fraude y la corrupción, y emitió pautas específicas para el personal sobre cómo mantener la neutralidad y la objetividad durante el proceso de elección del nuevo Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

175. Como entidad coordinadora del Sistema de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos de la OPS, la Oficina de Ética encabezó una revisión de la política de la Organización sobre prevención y solución de casos de acoso en el lugar de trabajo. La nueva política, establecida en septiembre del 2012, amplió la gama de comportamientos que constituyen acoso y elaboró un formulario especial nuevo para facilitar la denuncia de imputaciones formales.

176. La Oficina del Mediador de la OPS recibió en el 2012 a 104 visitantes de la sede de la Organización, las representaciones y los centros, que expresaron inquietudes, frustraciones o problemas vinculados con el lugar de trabajo. Los temas principales fueron la eficacia de la supervisión, el clima de trabajo, el respeto y el tratamiento en el departamento, el progreso y el desarrollo profesionales, el estrés relacionado con el trabajo y el equilibrio entre la vida personal y el trabajo, las decisiones administrativas y la aplicación de las normas. La Oficina del Mediador hizo varias recomendaciones en su informe anual del 2012, como el restablecimiento de un programa de orientación “en persona” para los nuevos funcionarios, la revisión de las disposiciones del contrato de los consultores nacionales e internacionales de la OPS con miras a fortalecer el cumplimiento de su letra y espíritu, y una mayor justicia y equidad para los trabajadores de la OPS contratados por intermedio de agencias de empleo.

Capítulo III. Aprender del pasado y avanzar hacia el futuro

177. La cooperación técnica de la OPS contribuyó a lograr muchos éxitos en los países y a nivel regional y subregional durante el período de este informe. Sin embargo, todavía quedan muchos retos por delante. Al avanzar con una nueva conducción, una nueva estructura y un compromiso renovado, la Organización debe afrontar esos retos aprovechando sus logros y aprendiendo de la experiencia. A continuación se ponen de relieve algunas de las principales enseñanzas extraídas de los programas de cooperación técnica de la OPS durante el 2012 y el 2013 con miras a mejorar la eficacia de la Organización en los próximos años.

178. La inequidad en materia de salud sigue siendo uno de los retos de salud pública más importantes en la Región de las Américas que, en términos económicos, es una de las regiones más desiguales del mundo. La cooperación técnica de la OPS procura reducir las inequidades en torno a la salud mediante esfuerzos para ampliar el acceso a los servicios de salud, avanzar hacia la cobertura universal de salud y abordar los determinantes sociales de la salud. Se han extraído varias enseñanzas de la labor que se llevó a cabo en el último año.

179. La mayor parte de los países de la Región reconocen que la salud es un derecho básico y aun aquellos que no han incorporado este derecho en su constitución actúan conforme a tratados o acuerdos internacionales que incluyen el concepto de la atención de la salud como un derecho. No obstante, garantizar la atención de salud como un derecho también requiere la creación de marcos jurídicos y normativos que permitan la formulación de políticas de salud orientadas a la protección social y al logro de la cobertura universal de salud. La OPS desempeña un papel fundamental en la búsqueda y la promoción del consenso sobre estos importantes temas y en la colaboración para abordar los retos más técnicos.

180. Es importante reconocer que no hay una vía única para impulsar la cobertura universal; los países deben avanzar hacia esta meta a su propio ritmo y según sus necesidades individuales. Sin embargo, en casi todos los casos, los esfuerzos para avanzar hacia la cobertura universal de salud tienen mayores repercusiones y sostenibilidad cuando se incluye a la sociedad civil y al sector privado en todo el proceso.

181. Las instituciones de seguridad social son importantes aliados en potencia para alcanzar la meta de la cobertura universal de salud. En su calidad de principales prestadores de asistencia sanitaria en muchos países, tienen apreciaciones valiosas con respecto al desarrollo de los servicios y los modelos de atención. La OPS puede promover la coordinación eficaz y el diálogo productivo entre estos y otros posibles aliados bajo el liderazgo de las autoridades de salud de cada país.

182. Es también esencial incluir a las comunidades y las autoridades municipales de las zonas subatendidas o en riesgo en los esfuerzos para impulsar la cobertura universal de salud así como en otras iniciativas de salud. La colaboración entre las autoridades de salud y los actores locales a menudo revela los retos y los costos de la inequidad en materia de salud que, de otro modo, permanecerían ocultos.

183. Los esfuerzos encaminados a aumentar la acción intersectorial son fundamentales para abordar los determinantes sociales de la salud y reducir las inequidades en torno a la salud. Esto requiere la participación y coordinación de sectores ajenos al de la salud y la firme promoción de la inclusión de la salud en todas las políticas. Igualmente importante es una sólida capacidad institucional de reunir evidencia sobre las desigualdades en materia de salud, las repercusiones de las políticas y los programas sobre la equidad en salud y el logro progresivo de la cobertura universal de salud. Invariablemente, será esencial que los datos —especialmente los relacionados con los determinantes sociales de la salud— se desglosen al nivel local para determinar mejor las carencias sanitarias de las poblaciones vulnerables y para elaborar intervenciones apropiadas.

184. Las alianzas estratégicas con otros actores son cada vez más importantes para el trabajo de la OPS y para mejorar la salud en la Región. La Organización tiene una larga trayectoria de asociaciones exitosas con otros sectores gubernamentales —incluidos los de agricultura y ganadería, y de educación— así como con organizaciones no gubernamentales y religiosas, universidades, fundaciones, otros organismos dedicados al desarrollo y las comunidades. La OPS también ha sido un facilitador clave de la cooperación horizontal, especialmente la cooperación Sur-Sur, y triangular para intercambiar conocimientos especializados y tecnologías, y para promover, documentar e intercambiar las mejores prácticas y las enseñanzas. Al avanzar, se debe fortalecer y ampliar esta labor como una prioridad máxima en el trabajo de cooperación técnica de la OPS.

185. La estrategia de la OPS con respecto a la cooperación centrada en los países subraya la necesidad de definir y atender las necesidades y prioridades específicas de cada país, de coordinar la cooperación con otros actores presentes en el país y de promover la sostenibilidad mediante el aumento de la capacidad y el liderazgo de los países. Es vital que el país sienta esta estrategia como propia no solo para el éxito de la cooperación técnica sino también para la sostenibilidad de los logros. Esto requiere la armonización de los programas de cooperación técnica con las políticas y las prioridades nacionales establecidas. Los interesados directos clave deben participar en el proceso de consulta y en la ejecución, así como en el seguimiento y la recopilación de datos. Esto no solo garantiza un mayor compromiso y aprobación, también fortalece la capacidad de liderazgo de los países.

Enseñanzas de la Agenda de Salud para las Américas

En el 2012, se llevó a cabo una evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y, tras la presentación de un informe preliminar a la 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana (documento CSP28/6), a principios del 2013 se preparó el informe final (documento SPBA7/4). La evaluación fue un proceso dirigido por los países que incluyó a los 35 Estados Miembros de la OPS, cinco entidades de integración subregional y 19 organismos de las Naciones Unidas y otros organismos de cooperación.

En el informe final se llegó a la conclusión de que, en sus primeros cinco años, la Agenda de Salud para las Américas se había usado en la preparación de numerosos planes, políticas y estrategias de salud a nivel nacional y en un “grado razonable” a nivel subregional, pero que solo había sido utilizada en un grado limitado por otras organizaciones internacionales. En el informe se encontró un progreso importante en todas las ocho áreas de acción,* pero se expresó inquietud con respecto a las tendencias de los indicadores de la mortalidad materna, el dengue, la tuberculosis, la infección por el VIH, la obesidad y el gasto público destinado a la salud en contraste con los costos de los servicios de salud para los pacientes.

En el informe se hicieron algunas recomendaciones para la aplicación de la agenda durante los próximos cinco años, que incluyen:

- Una difusión más enérgica de la agenda y la promoción de su aplicación a nivel subnacional, nacional y regional, y en otros sectores y en las organizaciones internacionales.
- La intensificación de los esfuerzos de los países en las áreas que han tenido un progreso mínimo, como la mortalidad materna, el dengue, la tuberculosis, la obesidad, las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo, los sistemas de protección social y el incremento del gasto público nacional en materia de salud.
- Una mejor recopilación de datos a fin de facilitar la vigilancia del progreso en la aplicación de la agenda.
- Más investigaciones sobre aspectos como los determinantes sociales de la salud, las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo, las repercusiones de la atención calificada del parto sobre la mortalidad materna e infantil, y las desigualdades en materia de salud.
- La promoción más enérgica de la agenda dentro de la Oficina Sanitaria Panamericana y externamente con los asociados de la OPS en el ámbito del financiamiento, y en los acuerdos de colaboración.

* Fortalecer la autoridad sanitaria nacional; abordar los determinantes de la salud; aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad; disminuir las desigualdades en materia de salud entre los países y las inequidades dentro de ellos; reducir los riesgos y la carga de enfermedad; fortalecer la gestión y el desarrollo de los trabajadores de la salud; utilizar los conocimientos, la ciencia y la tecnología; y fortalecer la seguridad sanitaria.

186. La capacidad de los recursos humanos debe ser una consideración predominante en toda la cooperación técnica, ya que puede facilitar u obstaculizar su éxito. En el área

de las enfermedades no transmisibles, por ejemplo, un mayor compromiso político no se ha traducido automáticamente en recursos humanos adecuados para la gestión de los programas nacionales contra las ENT, la aplicación de estrategias o una mayor calidad a nivel de la atención prestada al paciente. La programación de la cooperación técnica debe procurar que los países tengan planes estratégicos sobre recursos humanos que estén bien alineados con los proyectos y los programas.

187. Las alianzas con las organizaciones internacionales y las asociaciones profesionales pertinentes pueden contribuir a ejercer un efecto multiplicador de la asistencia técnica y potenciar al máximo el uso de los recursos (“hacer más con menos”), algo que es especialmente importante a la luz de las dificultades económicas mundiales. El mejoramiento de la coordinación entre los asociados también puede conducir a mejores resultados; sin embargo, en muchos casos la función y las responsabilidades de la OPS y otros aliados deben ser redefinidas o ajustadas para abordar mejor las necesidades del proyecto. Los esfuerzos conjuntos de comunicación y la coordinación de los problemas prioritarios de salud han conducido a una mayor participación y compromiso de diversos interesados directos y comunidades.

188. La necesidad de una coordinación más eficaz es particularmente imperiosa en el caso de emergencias y desastres. Aunque la mayoría de los países de la Región ahora tienen capacidad para responder a emergencias menores o moderadas sin apoyo internacional, responder a desastres importantes y coordinar la asistencia internacional masiva sigue siendo un reto considerable. Los ministerios de salud deben asumir el liderazgo en el establecimiento de mecanismos de coordinación en el sector de la salud para recibir y prestar ayuda humanitaria internacional. También es necesario contar con mejores mecanismos para coordinar la participación de los distintos actores en el Grupo de Acción Sanitaria y asegurar su adaptabilidad a los contextos nacionales, idealmente mediante la participación de menos actores que sean más especializados. Esto ayudaría a crear sinergias entre los organismos.

189. Otra enseñanza importante es la necesidad fundamental de fortalecer el trabajo interprogramático. Los programas regionales para el control integrado de las enfermedades infecciosas desatendidas son un ejemplo, puesto que han sido ejecutados conjuntamente por los programas de inmunización, de nutrición, de atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), y de lucha contra la tuberculosis y la malaria. Una mayor coordinación interprogramática en cuanto a la salud ocupacional y medioambiental podría ayudar a reducir una carga considerable de enfermedades transmisibles y no transmisibles.

190. El énfasis continuo en las redes integradas de servicios de salud basados en estrategias de atención primaria de salud es esencial para superar la segmentación y la fragmentación continua de los sistemas de salud de muchos países. Junto con el

fortalecimiento y la descentralización de los sistemas de salud, la integración debe seguir siendo una prioridad transversal para el logro y la sostenibilidad de la cobertura universal de salud.

191. Una parte esencial de estos esfuerzos es la integración de la atención de la salud mental en los servicios de atención primaria. Esto es fundamental para reducir la gran brecha en cuanto al tratamiento para las personas con trastornos mentales: más de dos tercios de esos pacientes no reciben ningún tipo de atención para su trastorno. Al mismo tiempo, queda por delante mucho trabajo para reformar los servicios psiquiátricos y transformar radicalmente el antiguo modelo del “asilo” en la atención psiquiátrica hospitalaria en un modelo de atención basado en la comunidad.

192. El acceso a información basada en la evidencia para brindar apoyo a la toma de decisiones sigue siendo un reto en muchas áreas de la cooperación técnica. Por ejemplo, en el campo de la reducción de los riesgos de los desastres, los datos sobre los costos de la inversión en la seguridad hospitalaria frente a los costos de los establecimientos dañados y los servicios de salud perdidos son fundamentales para influir en los gobiernos, la opinión pública y los donantes. Promover la investigación dirigida a la salud en otras áreas también sigue siendo esencial para establecer una base de datos para la formulación de políticas, la asignación de recursos y la selección de intervenciones.

193. Igualmente importante es la elaboración de herramientas y procesos para la evaluación y la sistematización de las experiencias de la cooperación técnica a fin de que sirvan de base para la programación y formulación de políticas. Esto es especialmente pertinente en algunas áreas emergentes de acción, que pueden requerir formas nuevas de cooperación, a menudo con la participación de diferentes disciplinas y sectores. Por ejemplo, están ahora en marcha en la Región varias iniciativas que abordan las inequidades en materia de salud con medidas concernientes a los determinantes sociales de la salud, que no han sido documentadas ni sistematizadas adecuadamente. La OPS puede impulsar este trabajo al ayudar a determinar las repercusiones de las políticas, los programas y las intervenciones de salud sobre la distribución equitativa de los logros en materia de salud en diferentes grupos poblacionales. Los datos probatorios resultantes se pueden usar para definir estrategias, políticas y programas nuevos o para adaptar los ya existentes con el fin de abordar más eficazmente estas cuestiones.

194. Las nuevas tecnologías de la comunicación ya están cambiando la forma en que la OPS presta cooperación técnica y tienen un gran potencial de generar una reducción de los costos y ampliar el ámbito y el alcance de la colaboración. Tres portales clave de la OPS —la Plataforma Regional sobre Acceso e Innovación para Tecnologías Sanitarias, el Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud y la Red Colaborativa en Atención Primaria de Salud— proporcionan canales para la comunicación y sirven como repositorios de información estructurada y contextualizada. Las reuniones virtuales

pueden, a un costo bajo, complementar eficazmente o sustituir las reuniones presenciales con mayor eficiencia. Sin embargo, este cambio puede requerir un considerable cambio cultural.

195. El mayor acceso a internet y la creciente prevalencia de los dispositivos móviles están ampliando el público para iniciativas de *eSalud* y exigen la innovación continua en esta área. Aprovechar al máximo del potencial que ofrecen las nuevas tecnologías de la comunicación en el ámbito de la salud requerirá además un aumento de la capacidad — tanto a nivel regional como de país— en el manejo de nuevas herramientas de comunicación, nuevas fuentes de información y nuevas maneras de recopilar e intercambiar datos.

196. Las restricciones financieras siguen planteando retos para la Oficina y los Estados Miembros. Esto es más evidente en la búsqueda de la cobertura universal de salud. La mayoría de los países de la Región reconocen el acceso a la atención de salud como un derecho fundamental, pero todos luchan para reunir los recursos necesarios para garantizar este derecho. La cooperación técnica orientada a aumentar la eficiencia en los sistemas de salud e incrementar la capacidad de financiamiento de los sistemas de salud es tan importante como los esfuerzos para hacer más accesible la atención de salud de buena calidad.

197. La movilización de los recursos financieros es también fundamental para los preparativos y la prevención. Muchos países han incluido la reducción de riesgos de desastres entre las prioridades para el sector de la salud, pero carecen de recursos para hacer las inversiones necesarias en infraestructura sanitaria, servicios esenciales, equipo y capacitación. Es fundamental obtener la participación del sector financiero a fin de fortalecer los preparativos y la prevención, tanto para los desastres como para actividades de salud pública más generales. Es también importante incluir los preparativos y la prevención en la agenda de desarrollo de los países.

198. En un contexto de recursos limitados, la concientización, la comunicación y la colaboración intersectorial son especialmente importantes para influir en la opinión pública y movilizar el apoyo político hacia la salud. Por ejemplo, la promoción por parte de la OPS de la necesidad de tomar medidas en relación con las enfermedades infecciosas desatendidas llevó a que varios países las incluyeran en sus agendas nacionales de acción sanitaria y varios donantes han mostrado un interés cada vez mayor en apoyar el trabajo encaminado a eliminar esas enfermedades. La Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles efectuada en el 2011, junto con las resoluciones mundiales y regionales en torno a este tema, han contribuido a movilizar el interés y promover los cambios técnicos necesarios para mejorar la calidad y la eficacia de los programas contra las ENT. De manera análoga, el apoyo de la nueva Directora de la Oficina ha sido fundamental para la

adopción de un enfoque que incluya a toda la sociedad en la eliminación de la transmisión del cólera en La Española.

199. En este entorno de recursos limitados, es esencial forjar alianzas estratégicas con otros organismos, como la Organización de los Estados Americanos, el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo. Una alianza estratégica con la Conferencia Interamericana de Ministros del Trabajo de la Organización de los Estados Americanos, ha ayudado a aumentar la importancia de la salud de los trabajadores en la agenda política regional. Además, la Declaración de San Salvador sobre la enfermedad renal crónica de causas no tradicionales en abril del 2013 hizo hincapié en esta enfermedad, que está devastando comunidades agrícolas de la costa del Pacífico en Centroamérica. Lograr una solución al problema requerirá de la labor conjunta de los científicos, las comunidades agrícolas y las autoridades que se ocupan del medioambiente, el trabajo y la agricultura.

200. La acción multisectorial seguirá siendo particularmente importante para la cooperación técnica y la promoción de la lucha contra las ENT. La participación de otros sectores, incluidas las organizaciones de la sociedad civil, es fundamental para la reducción de los factores de riesgo de las ENT. Sin embargo, si bien hay ejemplos convincentes de colaboraciones con otros sectores, no todos los proyectos de este tipo han resultado sostenibles. Los esfuerzos para movilizar alianzas en torno a la salud con otros sectores podrían fortalecerse al encontrarse intereses mutuos que puedan servir no solo para las metas de salud sino también para otras metas de políticas públicas.

201. En el área de la salud veterinaria, las actividades encaminadas a promover la inocuidad de los alimentos han incluido la sólida colaboración entre la industria, la comunidad académica y los sectores de la salud, la agricultura y la ganadería, el medioambiente y los consumidores. El apoyo del sector privado al Programa Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa ha incluido el financiamiento esencial y la participación en decisiones políticas y estratégicas que han sido fundamentales para la sostenibilidad de los programas nacionales.

202. El trabajo con el sector privado, que si bien es deseable y esencial, requiere reglas claras y eficaces en torno a la participación a fin de anticipar posibles conflictos de intereses, tanto reales como percibidos. La consulta interdisciplinaria y el aporte de información —de las áreas de cooperación técnica así como de expertos legales— son una parte esencial del proceso de elaboración de reglas para la participación y de determinación de las posibles dificultades.

203. Puede ser difícil lograr la aplicación plena de las estrategias y las políticas de salud cuando estas tienen repercusiones en el sector privado. Los intereses industriales han organizado una fuerte oposición a las medidas encaminadas a brindar apoyo a la lactancia materna, reglamentar la comercialización y la publicidad de los alimentos

procesados, y aplicar las disposiciones del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Para contrarrestar esa oposición, el apoyo de la OPS debe incluir la promoción de la causa así como la asistencia técnica para elaborar la legislación.

204. La colaboración Norte-Sur y Sur-Sur sigue siendo una forma valiosa de promover y adaptar las experiencias exitosas de salud pública en diferentes países de la Región de las Américas y en otros lugares. Los buenos ejemplos incluyen los convenios entre Brasil y Salud Canadá para fortalecer los sistemas que velan por la inocuidad de los alimentos y, entre los países del MERCOSUR, los convenios para combatir la infección por el VIH en zonas fronterizas; la colaboración entre Argentina, el Organismo de Salud Pública del Caribe y la OPS para intercambiar experiencias y fortalecer la cooperación en áreas como las enfermedades no transmisibles, la infección por el VIH, los medicamentos, los trasplantes y los determinantes sociales de la salud; y la creación de Centros de Excelencia de la OPS en los países para promover la formulación de políticas basadas en la evidencia sobre la introducción de vacunas nuevas.

205. Un valor agregado importante del trabajo de la OPS es la repercusión que tienen muchas de sus estrategias e iniciativas más allá de la Región de las Américas. La Semana Mundial de la Inmunización, que se llevó a cabo por segunda vez en el 2013, es un esfuerzo mundial inspirado por la Semana de Vacunación en las Américas a nivel regional, que celebró su decimoprimer aniversario en el 2013. Otros ejemplos incluyen la promoción de la OPS del acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias de buena calidad, y la adopción de los materiales técnicos de la OPS sobre temas fundamentales en relación con los desastres en los Estados Miembros y en otras regiones del mundo. La adopción amplia del índice de seguridad hospitalaria, por ejemplo, demuestra que herramientas sencillas y de bajo costo, cuando son prácticas y aplicables en una variedad de entornos, pueden mejorar la participación y estimular la acción y la inversión para salvar vidas en todo el mundo.

206. Al avanzar hacia el futuro, la OPS tiene un papel esencial que desempeñar en velar por que las autoridades sanitarias y otros defensores de la salud pública de la Región de las Américas contribuyan eficazmente a la agenda de desarrollo internacional después del 2015. Los espacios para el diálogo y las iniciativas que cuentan con el apoyo de la OPS como Rio+20, la “salud en todas las políticas” y la agenda para el desarrollo después del 2015 pueden ser útiles para promover y orientar la participación de los países en estos procesos.

207. Los resultados de las consultas regionales y mundiales sobre la salud en la agenda para el desarrollo después del 2015 son también clave para el propio avance de la OPS. Estas consultas han logrado un acuerdo general sobre los siguientes puntos:

- a) La salud debe estar en el centro del desarrollo sostenible; no solo contribuye al desarrollo sino que es un resultado y un indicador clave de un desarrollo

- inclusivo, equitativo, centrado en las personas y basado en los derechos humanos. La agenda para el desarrollo después del 2015 requerirá un marco riguroso — diferente de los modelos existentes de desarrollo— que defina claramente la función de la salud así como una acción intersectorial que apoye la “salud en todas las políticas”.
- b) Los países deben intensificar los esfuerzos para conseguir que se alcancen los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Sin embargo, al avanzar se deben reformular y analizar las metas para reflejar los logros y las deficiencias subnacionales, y para estimular métodos más sinérgicos con el fin de mejorar las condiciones de los grupos más vulnerables.
 - c) Se deben agregar a los ODM nuevas prioridades de salud que aborden los principales factores que contribuyen a la carga mundial y regional de morbilidad, en particular las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo y la salud mental.
 - d) Una meta fundamental que debe incluirse en la nueva agenda es la cobertura universal de salud, entendida como el acceso a servicios de salud de buena calidad para todos, que aborden los determinantes sociales así como las necesidades de salud de las personas en un marco de derechos humanos. La cobertura universal debe abarcar el acceso a todas las intervenciones clave, incluidas la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la protección social para todos. Para alcanzar esta meta centrada en las personas, se necesitan sistemas nacionales de salud vigorosos y equitativos que puedan prestar servicios de alta calidad.
 - e) La visión general de la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015 se debe centrar en el bienestar humano y en “vivir bien”, e incluir como una meta potenciar al máximo la salud en todos los estadios de la vida de cada hombre, cada mujer y cada niño.
 - f) Al hacer realidad todas estas cuestiones se debe reconocer la necesidad de continuar los esfuerzos para prevenir y controlar las enfermedades infecciosas como la infección por el VIH, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades prevenibles mediante vacunación.

208. El reto será mantener estos conceptos y temas —especialmente la cobertura universal de salud y la reducción de las inequidades en materia de salud— entre los primeros objetivos de la agenda de desarrollo. Esto requerirá una participación activa y sostenida en los foros internacionales futuros por parte de los países de la Región de las Américas, con el pleno apoyo de la OPS.

Siglas y abreviaturas	
AIDIS	Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria
BIREME	Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud
CAPRADE	Comité Andino para la Prevención y Atención de Desastres
CAREC	Centro de Epidemiología del Caribe
CARICOM	Comunidad del Caribe
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Estados Unidos)
CFNI	Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva
CMCT	Convenio Marco para el Control del Tabaco
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana
COPAIA	Comisión Panamericana de Inocuidad de los Alimentos
COS	Jefa de Gabinete
CRICS	Congreso Regional de Información en Ciencias de la Salud
CTGERS	Comisión Técnica de Gestión de Riesgo en Salud de Centroamérica y República Dominicana
CTP	cooperación técnica entre países
CHA	Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud
DPDI	Departamento para el Desarrollo Internacional (Reino Unido)
ECP	Estrategia de cooperación en los países
ENT	enfermedades no transmisibles
EPG	Relaciones Externas, Alianzas y Cuerpos Directivos
FGL	Familia, Género y Curso de Vida
FMI	Fondo Monetario Internacional
FRM	Gestión de Recursos Financieros
GSO	Operaciones de Servicios Generales
HRM	Gestión de Recursos Humanos
HSS	Sistemas y Servicios de Salud
IES	Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación
ISH	índice de seguridad hospitalaria
ISO	Oficina de Seguridad de la Información
ITS	infecciones de transmisión sexual
ITS	Servicios de Tecnología de la Información
KMC	Gestión del Conocimiento y Comunicaciones
LEG	Oficina del Asesor Jurídico

Siglas y abreviaturas (cont.)	
MERCOSUR	Mercado Común del Sur
OEA	Organización de los Estados Americanos
OIEA	Organismo Internacional de Energía Atómica
OMB	Oficina del Mediador
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORAS/CONHU	Organismo Andino de Salud/Convenio Hipólito Unanue
OSP, la Oficina	Oficina Sanitaria Panamericana
PALTEX	Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción
PANAFTOSA	Centro Panamericano de Fiebre Aftosa
PBU	Planificación y Presupuesto
PED	Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre
PRAIS	Plataforma Regional de Acceso e Innovación para Tecnologías Sanitarias
PRO	Gestión de Compras y Suministros
Rio+20	Conferencia de las Naciones Unidas sobre Desarrollo Sostenible
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
SDE	Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud
SICA	Sistema de Integración Centroamericana
SIP	Sistema de Información Perinatal
VPH	virus de los papilomas humanos