

154.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 16 al 20 de junio del 2014

Punto 7.6 del orden del día provisional

CE154/INF/6
7 de mayo del 2014
Original: inglés/español*

INFORMES DE PROGRESO SOBRE ASUNTOS TÉCNICOS

CONTENIDO

A.	Estrategia y plan de acción sobre el cambio climático	2
B.	Plan de acción para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas	6
C.	Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave.....	12
D.	Implementación del Reglamento Sanitario Internacional.....	19
E.	Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza	25
F.	Plan de acción de hospitales seguros	32
G.	Situación de los centros panamericanos	35

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

A. ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN SOBRE EL CAMBIO CLIMÁTICO

Antecedentes

1. En el presente informe se presentan los avances logrados durante los dos primeros años de ejecución de la *Estrategia y plan de acción sobre el cambio climático (1)*. El informe se centra en el progreso en torno a los cuatro objetivos generales: datos probatorios, concientización y educación, alianzas, y adaptación. El informe se basa en los resultados de dos importantes talleres en los que se abordó la ejecución de la estrategia y el plan de acción a fines del 2013: uno se celebró en México para todos los países de la Región de las Américas y contó con 24 países participantes, y el otro se celebró en Barbados para los países del Caribe y contó con 14 países participantes. En el informe se incluye además información proveniente de un cuestionario que se envió a los países sobre las medidas adoptadas (se han recibido 18 respuestas hasta la fecha).

Actualización sobre los avances

2. En la estrategia se presenta un conjunto acordado de actividades comunes necesarias para impulsar el trabajo sobre el cambio climático. La estrategia ha servido de estímulo para algunos países en los que no se realizaba ninguna actividad en torno a este tema o era muy poco lo que se hacía. En el cuadro 1 se indican los factores que facilitan la ejecución del plan de trabajo, los que obstaculizan el progreso y los que son necesarios para superar las dificultades, según lo que cada país ha señalado (no todos los factores se aplican a todos los países).

3. *Datos probatorios (promover y brindar apoyo a la generación y difusión del conocimiento para facilitar las actividades basadas en datos probatorios a fin de reducir los riesgos para la salud asociados con el cambio climático)*: se han preparado guías sobre la evaluación de la vulnerabilidad y la adaptación que se encuentran en inglés, español y portugués, y a las que se les ha dado amplia divulgación. En el 2012-2013, diez países de la Región presentaron informes nacionales a la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, que incluían en todos los casos información sobre la salud, algunos con análisis detallados (2). Aunque el avance ha sido escaso en cuanto a la evaluación de las emisiones de gases que causan el efecto invernadero en el sector de la salud, cabe destacar que la iniciativa de establecimientos de salud “inteligentes” incluye la reducción de las emisiones de carbono como parte de los establecimientos seguros y ecológicos.

4. *Concientización y educación (concientizar y aumentar los conocimientos acerca de los efectos del cambio climático sobre la salud a fin de facilitar las actividades para las intervenciones de salud pública)*: se prestó apoyo a varios cursos y actividades de concientización, como un curso para los países de MERCOSUR que tuvo lugar en Uruguay, otro curso para los países andinos que tuvo lugar en Ecuador, un módulo dentro del Programa de Líderes en Salud Internacional Edmundo Granda Ugalde de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y varios cursos en el ámbito nacional; además varios países han ideado campañas de concientización dirigidas a la población en

general. Los talleres celebrados en México y Barbados fueron útiles para concientizar y educar a algunos participantes clave de los ministerios de salud.

5. *Alianzas (promover políticas e intervenciones en los países y entre ellos en coordinación con otros organismos y sectores)*: la OPS colaboró eficazmente con otros asociados de las Naciones Unidas, incluido el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, en un taller llevado a cabo en México. Se organizaron y realizaron actividades con organismos nacionales (por ejemplo, un taller de capacitación multinacional que tuvo lugar en Ecuador), centros colaboradores (por ejemplo, con el Instituto Nacional de Ciencias de la Salud Ambiental en un evento paralelo en ocasión de la Conferencia de las Partes en la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático del 2013), con la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (por ejemplo, un taller de esa organización sobre el cambio climático y la salud, que tuvo lugar en Manaus) y con el Convenio sobre la Diversidad Biológica sobre las relaciones entre el cambio climático, la diversidad biológica y la salud (por ejemplo, dos talleres regionales, uno para la Región de las Américas y otro en colaboración con AFRO). La OPS también contribuyó con los informes que la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó a la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático. El trabajo con los asociados continúa en torno a la creación de instrumentos para compilar y difundir información, y de redes para el intercambio de esta información.

6. *Adaptación (brindar apoyo a la evaluación de la vulnerabilidad de la población al cambio climático y determinar las intervenciones de adaptación)*: la OPS brindó apoyo a los países al realizar su propia evaluación de la vulnerabilidad, por medio de distintos proyectos y junto con algunos asociados. Varios países han incorporado el tema de la salud en sus planes nacionales de adaptación y algunos han comenzado a elaborar planes de adaptación específicos para el sector de la salud o ya los han elaborado por completo.

Medidas necesarias para mejorar la situación

7. Sobre la base de las consultas, durante el próximo bienio en particular la OPS seguirá trabajando a fin de determinar los factores de éxito y las mejores prácticas de acuerdo con lo que se destaca en el cuadro 1. Esta labor se centrará en la ejecución de las acciones factibles que son necesarias para lograr el éxito en el marco de los cuatro objetivos: *a)* datos probatorios, al formular indicadores de la vulnerabilidad y evaluarla; *b)* concientización y educación, al impulsar las iniciativas nacionales y regionales de aumento de la capacidad; *c)* alianzas, al fortalecer las redes recién establecidas, y *d)* adaptación, al continuar con el apoyo a los planes nacionales de adaptación.

Intervención del Comité Ejecutivo

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

Cuadro 1. Resumen de los factores que influyen en la ejecución de la estrategia y el plan de acción en la Región

	Factores que facilitan la ejecución	Factores que obstaculizan la ejecución	Factores necesarios para el éxito
Datos probatorios	<p>Aumento de las pruebas científicas sobre el cambio climático y su relación con la salud.</p> <p>Mayor comprensión de los determinantes sociales y ambientales.</p>	<p>Datos probatorios escasos a nivel de país.</p> <p>Datos probatorios que el sector de la salud no utiliza plenamente.</p> <p>Poca participación de las entidades gubernamentales.</p>	<p>Indicadores de vulnerabilidad en el ámbito de salud y evaluación de la vulnerabilidad a fin de orientar las medidas.</p> <p>Fortalecimiento de las normas a fin de reducir la vulnerabilidad y los riesgos.</p> <p>Criterios basados en la salud pública para guiar la inversión.</p>
Concientización y educación	<p>Aumento de la voluntad política.</p> <p>Mayor información y productos informativos por parte de los grupos científicos.</p> <p>Medidas dirigidas por los organismos internacionales, incluido un componente de financiamiento limitado aunque focalizado.</p>	<p>Recursos humanos insuficientes y rotación frecuente del personal.</p> <p>Divulgación inadecuada de la información pertinente.</p> <p>Escasa participación de los jóvenes y poco uso de las redes sociales.</p> <p>Pocas instituciones líderes en el tema.</p>	<p>Desarrollo de recursos humanos a nivel regional.</p> <p>Programas educativos adaptados a los niños, la comunidad en general y los encargados de adoptar las decisiones.</p> <p>Seminarios regionales sobre el tema.</p> <p>Sector de la salud facultado para ser más inclusivo y proactivo.</p>
Alianzas	<p>Aumento de las actividades interinstitucionales en el ámbito nacional.</p> <p>Aumento de las actividades de las alianzas internacionales vigentes.</p>	<p>Población que no participa en estos temas.</p> <p>Retrasos en la ejecución de las políticas.</p> <p>Presión política por parte de los emisores de gases que causan el efecto invernadero.</p>	<p>Salud en todas las políticas.</p> <p>Mejora de la participación intersectorial.</p> <p>Compromiso del gobierno local, con participación de la comunidad.</p> <p>Redes para facilitar las medidas.</p>
Adaptación	<p>Aumento de los planes nacionales de adaptación que incluyen aspectos relativos a la salud.</p> <p>Planes de acción específicos para el sector de la salud elaborados por algunos países.</p>	<p>Algunos países priorizan la mitigación sobre la adaptación.</p> <p>Falta de financiamiento de los planes.</p> <p>Falta de un enfoque sectorial.</p> <p>Presupuesto escaso para la salud.</p>	<p>Hincapié en las medidas preventivas.</p> <p>Inclusión de temas de salud en las políticas sobre el cambio climático.</p> <p>Elaboración de planes de acción basados en los ejemplos exitosos.</p>

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre el cambio climático [Internet]. 51.º Consejo Directivo de la OPS, 63.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2011; Washington, D.C., Estados Unidos (documento CD51/6, Rev. 1) [consultado el 14 de abril del 2014]. Se puede encontrar en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14482&Itemid.
2. United Nations Framework Convention on Climate Change. Non-Annex 1 national communications [Internet]. Bonn (Alemania): UNFCCC; 2014 [consultado el 14 de abril del 2014]. Se puede encontrar en:
https://unfccc.int/national_reports/non-annex_1_natcom/items/2979.php.

B. PLAN DE ACCIÓN PARA MANTENER LA ELIMINACIÓN DEL SARAMPIÓN, LA RUBÉOLA Y EL SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Introducción

1. En este informe se presentan a los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) las evidencias que indican que se ha logrado la interrupción de la circulación endémica de los virus del sarampión y la rubéola en los países de las Américas. Asimismo, se informa sobre los progresos en la ejecución del plan de acción para mantener la eliminación en sus países y territorios.

Antecedentes

2. La 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana del 2007 aprobó la resolución CSP27.R2, en la cual se instaba a los Estados Miembros a que establecieran en cada país comisiones nacionales para documentar y verificar la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC). También se solicitaba la conformación de un Comité Internacional de Expertos (CIE) para documentar y verificar la eliminación regional.

3. Asimismo, para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC la 28.^a Conferencia Panamericana del 2012 aprobó la resolución CSP28.R14 para la ejecución de un plan de acción de emergencia para los próximos dos años.

Análisis de la situación

4. La eliminación del sarampión y la rubéola es la interrupción de la transmisión endémica de estos virus durante un período de por lo menos 12 meses, bajo una vigilancia de alta calidad, según la definición de eliminación adoptada por la OPS/OMS. Para verificar la eliminación de estas enfermedades, los países tenían que documentar dicha interrupción por un período de tres años como mínimo, a partir de la fecha del último caso endémico. Con la finalidad de poner en práctica el proceso de documentación, se creó el Comité Internacional de Expertos y se establecieron 23 comisiones nacionales, una de ellas para los Departamentos Franceses de Ultramar en las Américas, además de una Comisión subregional para los países y territorios de habla inglesa y de habla holandesa del Caribe, que incluye a Suriname.

5. Las comisiones nacionales enviaron al CIE, a través de la OPS/OMS, sus informes sobre la eliminación avalados por su país. Estos informes fueron analizados cuidadosamente por el CIE. Los comentarios formulados por el CIE sobre esos informes se canalizaron a través de la OPS/OMS, para mejorarlos y enviar luego una versión final.

6. Los miembros del CIE visitaron ocho países a fin de analizar los progresos alcanzados e identificar los desafíos para mantener la eliminación. Se hizo un seguimiento especial, que exigió más de una visita y sesiones virtuales con las autoridades nacionales, en los países que presentaron brotes sostenidos de sarampión en el período 2011-2013, o que identificaron casos de rubéola esporádicos durante búsquedas retrospectivas.

7. Se organizaron no menos de cinco reuniones entre el CIE y todas las comisiones nacionales destinadas a analizar las tendencias en la epidemiología del sarampión y la rubéola, además de monitorear los progresos hacia la verificación de la eliminación. Estas reuniones también sirvieron para continuar abogando por mantener la eliminación y garantizar el compromiso político y financiero de los países.

8. Las comisiones nacionales y la comisión subregional presentaron evidencias en sus informes de eliminación, que indican la interrupción de la transmisión endémica de los virus del sarampión y la rubeola en sus países y territorios. Las pruebas, que fueron analizadas por el CIE en su quinta reunión realizada en abril del 2014, son las siguientes:

- a) Los Estados Miembros documentaron el último caso de transmisión endémica de sarampión y de rubéola en sus países y territorios. Los casos notificados posteriormente estuvieron relacionados con importaciones, según los datos epidemiológicos y los de epidemiología molecular. Los últimos casos endémicos de sarampión y rubéola en la Región ocurrieron el 16 de noviembre del 2002 y el 3 de febrero del 2009, respectivamente. El último caso endémico de SRC, fue en un niño nacido el 26 de agosto del 2009.
- b) Entre el 2003 y el 2010 se notificaron cifras históricamente bajas de casos de sarampión (asociados a la importación) en las Américas, con un promedio anual de 156 casos y un total de 1.249 casos para dicho periodo. En el 2011, se notificaron 1.369 casos de sarampión, cifra casi nueve veces superior al promedio anual reportado entre 2003-2010. En el 2012, el número de casos decreció a 143, y en 2013 se notificaron 473 casos¹. Estos picos en la notificación de casos de sarampión coinciden con brotes extensos de sarampión en Europa y África.
- c) Los casos de rubéola asociados con la importación han sido pocos, con un total de 68 casos notificados en siete países para el período 2009-2013, con un promedio anual de 13 casos. Para el SRC, en el 2012 se notificaron tres casos asociados a la importación en Estados Unidos.
- d) En el período 2009-2013, en promedio, la Región cumplió con cuatro de los cinco indicadores de vigilancia epidemiológica² (>80%) de manera sostenida (entre

¹ Datos al 5 de mayo del 2014 correspondientes al 2013.

² Los indicadores son los siguientes: % de sitios notificando semanalmente, % de casos con investigación

83% y 91%). El indicador de investigación adecuada apenas pudo alcanzarse en el 2011, debido a dificultades de varios países para realizar la visita domiciliaria en las 48 horas siguientes a la notificación del caso sospechoso.

- e) Debido a la heterogeneidad entre los países y en el interior de ellos para el cumplimiento sostenido de los indicadores de vigilancia, en el período 2010-2013, 16 de 23 países con comisiones nacionales hicieron búsquedas activas institucionales y comunitarias para documentar la ausencia de casos de sarampión y rubéola en su territorio. Los países establecieron criterios para identificar las zonas donde se llevarían a cabo las búsquedas activas, tales como municipios que no están notificando casos sospechosos, áreas de alto flujo turístico, migratorio o desplazamiento poblacional, zonas fronterizas, con bajas coberturas de vacunación, presencia de grupos étnicos en riesgo, entre otros.
- f) Para el mismo período y con la finalidad de documentar la ausencia de casos de SRC, 16 de 23 países que tienen Comisiones nacionales llevaron a cabo búsquedas retrospectivas de casos sospechosos, por medio de varias fuentes de información. Los criterios para seleccionar las instituciones donde se harían las búsquedas incluyeron el nivel de atención y los servicios prestados, así como su ubicación en zonas con debilidades en la notificación regular de casos sospechosos de SRC. Cada país conformó una unidad de análisis con las autoridades sanitarias nacionales y de sociedades científicas, además de expertos de organismos internacionales como la OPS, para la revisión y clasificación final de los casos compatibles encontrados. No se confirmó ningún caso de SRC.
- g) Dado que la presencia de casos de dengue en varios países podría haber enmascarado casos de sarampión y rubéola, 15 de 23 países con Comisiones nacionales y la Comisión Subregional del Caribe procesaron, para sarampión y rubéola, un porcentaje de muestras de pacientes con exantema procedentes de zonas donde circulaba el virus del dengue. Lo mismo se hizo con las muestras que dieron resultados negativos para el dengue de zonas donde se habían notificado casos sospechosos de sarampión. Ninguna de las muestras procesadas dio resultados positivos para sarampión ni rubéola.
- h) El genotipo D9 fue aislado en el último brote endémico de sarampión notificado en Colombia y Venezuela en el 2002. A partir del 2003, los países han documentado la importación de los casos de sarampión, mediante la identificación de genotipos virales. Para el período 2009-2013, los virus de los genotipos B3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, G3, H1 y H2 fueron identificados en el 90% de los casos. Los genotipos D4 y D8, que circulan predominantemente en Europa, se han encontrados en 88% de los brotes; en tanto que el genotipo B3, que circula

adecuada (indicador compuesto por % de casos con visita domiciliaria antes de las 48 horas de haber sido reportado el caso y % de casos con los siguientes 8 datos completos), % de casos con muestra de sangre adecuada, % de muestras de sangre que llegan al laboratorio en ≤ 5 días y % de resultados de laboratorio reportados en < 4 días.

- preferentemente en África, fue identificado en el brote de mayor duración (Ecuador 2011-2012).
- i) El genotipo 1C ha sido identificado como endémico para la rubéola en las Américas, puesto que no se ha encontrado en otras regiones del mundo. El último caso de transmisión del 1C ocurrió en el 2005. Entre el 2006 y el 2009 se aisló el genotipo 2B en los brotes notificados en tres países, considerándose el 2B también como endémico en la Región. Para el período 2009-2013, los genotipos 1E, 1G, 1J y 2B notificados se han vinculado a casos importados.
 - j) Los países presentaron un análisis para demostrar que todas las cohortes ≤ 40 años de edad estaban vacunadas contra el sarampión y la rubéola. Entre 1994-2013 cerca de 500 millones de personas fueron vacunadas en las campañas de puesta al día (< 15 años), seguimiento (en general, para niños de 1 a 4 años) y aceleración (en general para personas de 20 a 39 años). Para complementar el análisis de cohortes, 18 de 23 países con Comisiones estimaron el acúmulo de susceptibles, como paso previo para definir la población meta de las campañas de seguimiento y de aceleración. Los países de América Latina han efectuado por lo menos una campaña de seguimiento en los últimos 5 años.

9. Durante la quinta reunión del CIE, Brasil presentó la situación epidemiológica actual del brote sostenido de sarampión que afecta a los estados de Ceara y Pernambuco, donde se han confirmado 379 casos para el periodo 2013-2014³. La fecha de inicio de erupción del primer caso fue el 19 de marzo del 2013 y la del último caso fue el 22 de abril de 2014. Los casos están distribuidos en 24 de los 185 municipios en Pernambuco y 12 de los 184 municipios en Ceara. El grupo de edad más afectado en este brote son los menores de 1 año (42%). El genotipo identificado es el D8. El país ha implementado una campaña de vacunación dirigida a los menores de 5 años en los estados afectados y ha redoblado la vigilancia epidemiológica, como parte de las acciones para interrumpir este brote.

10. Tras revisar los datos presentados en los informes de eliminación, incluidos los datos del brote de Brasil, el CIE concluyó durante su quinta reunión que se esperará contar con evidencias sólidas que demuestren la interrupción del virus del sarampión en Brasil, para poder declarar la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC de las Américas.

Sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y SRC

11. En cumplimiento de la resolución CSP28.R14 (2012), 20 Comisiones nacionales presentaron un plan de sostenibilidad de la eliminación para el periodo 2013-2015, con acciones concretas para abordar los desafíos identificados en sus sistemas de vigilancia epidemiológica y programas de vacunación de rutina.

³ Datos hasta la semana epidemiológica 18, 2014

12. Para mantener la eliminación se necesitan coberturas de $\geq 95\%$ con dos dosis de SRP o SR⁴ a nivel municipal. La segunda dosis de SR o SRP evita que la acumulación de niños susceptibles alcance niveles peligrosos. En el 2012, el promedio regional de cobertura con la primera dosis (SRP1) fue de 94%, mientras que para la segunda dosis (SRP2) solo llegó a 77%. Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras y República Dominicana no han introducido la SRP2 en su esquema regular, pero sí dan una segunda dosis por medio de campañas de seguimiento periódicas (cada 4 o 5 años). Con la meta de lograr la más alta cobertura posible con SRP2, en el 2013, el Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la OPS/OMS recomendó administrar la SRP2 a los 15-18 meses de edad, simultáneamente con otras vacunas del programa regular, como el primer refuerzo de la vacuna contra la difteria, tétanos y pertusis (DTP).

13. Cinco países organizaron campañas de seguimiento entre el 2012 y el 2013, en tanto que ocho países harán lo mismo entre el 2014 y el 2015. Para asegurar una cobertura homogénea $\geq 95\%$ en todos los municipios, todos los países que han efectuado campañas han puesto en práctica los monitoreos rápidos de vacunados. Esta metodología la seguirán aplicando los países que intensificarán la vacunación en sus zonas de alto riesgo. Se trata de una metodología que permite identificar bolsones de no vacunados, que de otra manera podrían enmascarse en las coberturas promedio notificadas por los municipios.

14. Los Estados Miembros de la OPS/OMS han fortalecido sus sistemas de vigilancia para detectar cada caso de sarampión o rubéola que se presente. Se han emitido alertas epidemiológicas ante la presencia de eventos masivos internacionales (por ejemplo, la Copa Mundial de Fútbol 2014 en Brasil, la Copa Mundial Sub 20 en Colombia). Se ha estrechado la coordinación con el sector privado, incluso con los laboratorios, puesto que muchos casos asociados a la importación de sarampión y rubéola se han detectado en el sector privado. Por otro lado, se ha fortalecido el trabajo intersectorial con instituciones vinculadas al turismo, para que sus trabajadores estén debidamente vacunados. Al menos cuatro países, por recomendación de sus Comisiones nacionales, han evaluado sus sistemas de vigilancia epidemiológica, con especial énfasis en áreas silenciosas, utilizando la guía de evaluación de la OPS/OMS.

15. Para fortalecer las capacidades nacionales de investigación y control oportuno de brotes, la OPS/OMS elaboró y validó una guía que recoge las lecciones aprendidas en el control de brotes en la etapa pos eliminación. Además, continúa asistiendo técnicamente para la réplica de la capacitación a los niveles subnacionales y para la conformación e institucionalización de equipos de la respuesta rápida ante brotes.

⁴ SRP: vacuna contra el sarampión, la rubéola y parotiditis.
SR: vacuna contra el sarampión y la rubéola.

Llamado a la acción (próximos pasos)

16. El presidente del CIE presentará las evidencias que indican que se ha logrado la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC en las Américas, siempre y cuando se dispongan de las evidencias por parte de Brasil. Por otra parte, hará un llamado a los Estados Miembros y los socios estratégicos para que continúen su compromiso sostenido con el mantenimiento de la eliminación. Para ello los países deben:

- a) Poner en práctica acciones para mantener la eliminación e integrarlas progresivamente en sus planes anuales de inmunización, a fin de mantener un apoyo político continuo y la asignación de recursos financieros.
- b) Continuar con la ejecución de las estrategias de vacunación (programa de rutina, campañas de seguimiento), para garantizar niveles altos y homogéneos de inmunidad poblacional.
- c) Mantener un sistema de vigilancia epidemiológica de alta calidad que abarque la detección oportuna de casos y la implementación de una respuesta rápida ante la ocurrencia de importaciones de sarampión o de rubéola.
- d) Difundir las lecciones aprendidas del proceso de documentación y verificación de la eliminación, incluidas las acciones para el sostenimiento de dicha eliminación.

Intervención del Comité Ejecutivo

17. Se invita al Comité Ejecutivo a que tome nota del presente informe del CIE, y que haga las recomendaciones que considere pertinentes para mantener la eliminación del sarampión y la rubeola en la Región de las Américas.

C. PLAN DE ACCIÓN PARA ACELERAR LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y LA MORBILIDAD MATERNA GRAVE

Antecedentes

1. En el 2011, el 51.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud aprobó la resolución CD51.R12 “Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave”, que se designará en este documento como “el plan”. Este plan se proponía apoyar a los Estados Miembros para conseguir tres objetivos principales: *a*) contribuir a acelerar la reducción de la mortalidad materna, *b*) prevenir la morbilidad materna grave, y *c*) fortalecer la vigilancia de la morbilidad y la mortalidad maternas (1).
2. El monitoreo y la evaluación permitirán identificar las necesidades de medidas correctivas a fin de lograr los resultados esperados; asimismo, constituirá un insumo relevante para otras estrategias mundiales y regionales, como el seguimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 y los aspectos considerados por la Comisión de Información y Rendición de Cuentas sobre Salud de la Mujeres y los Niños 2011 (1, 2).

Informe de progreso

3. El presente informe de progreso presenta la evolución regional de tres indicadores de impacto y de 19 indicadores de proceso o resultado, en los Estados Miembros (27 países) que presentan un mínimo de 7000 nacimientos anuales (1–4).
4. Los datos para la elaboración de la línea de base y del estado de progreso fueron recabados en los períodos de enero a diciembre del 2012 (para la construcción de la línea de base) y de diciembre del 2013 a marzo del 2014, como una forma de medir la evolución de dichos indicadores.
5. Se obtuvo información de 26/27 países, pero para medir la evolución de la razón de mortalidad materna (RMM) solo se dispuso de información de 22 países (anexo A).
6. Entre la fecha de aprobación del plan y este informe, los indicadores de impacto mostraron lo siguiente:
 - a) La RMM regional (datos de 22 países) se situaba en 69,1 por 100.000 nacidos vivos y actualmente en 54,3 lo que muestra una reducción del 21,4%. Un país presentó datos de instituciones centinelas en lugar de datos nacionales.
 - b) A fin de identificar inequidades en el interior de los países, el 50% de los países (11 de 23) notificaron cifras iguales o superiores a 125 por 100.000 nacidos vivos en diferentes circunscripciones subnacionales; por otro lado, siete países informan tener una mortalidad en poblaciones étnicas mayor que lo indicado, 12 señalan

que la mortalidad es menor que el valor de referencia, mientras que siete carecen de esta información.

- c) El otro indicador de impacto se refiere a la morbilidad materna grave (MMG); en la línea de base eran 10 los países que notificaron hacer seguimiento a la MMG. Hoy, 14 países tienen un dato nacional. Sin embargo, en nueve de ellos los datos parecen no ser coherentes, de acuerdo a la frecuencia esperada de este evento en relación con la mortalidad materna (5) (anexo B).

7. Con relación a la información sobre los 19 indicadores de proceso y resultados, la totalidad de los países no está en condiciones de notificarlos completamente, al comienzo del plan y hasta el momento solo cuatro de 24 países respondieron acerca del 80% o más de los indicadores solicitados (anexo C). Los indicadores con menor disponibilidad de datos corresponden en este orden a: *i*) aplicación de sulfato de magnesio en casos de preeclampsia grave (12%), *ii*) tamizaje para violencia intrafamiliar en los partos institucionales (23%), *iii*) proporción de partos con manejo activo del tercer período con oxitócicos (35%), y *iv*) atención del puerperio, 44%. De los puntos mencionados, son sumamente importantes *i* y *iii*, por guardar relación con las dos primeras causas de mortalidad materna (trastornos hipertensivos del embarazo y hemorragias). Se hizo el monitoreo de la tasa de uso de métodos anticonceptivos modernos en solo 52% de los países; muchos países extraen esta información de encuestas demográficas y de salud que por su frecuencia no se han actualizado desde el inicio del plan. De estos indicadores se cuenta apenas con información nacional, desglosada algunas veces por grupos de edad y otras por aspectos étnicos o de residencia (3, 4).

Medidas recomendadas para mejorar la situación

8. Empezar acciones para mejorar el acceso y la calidad de la atención en los sistemas de salud de las poblaciones con condiciones de vulnerabilidad. Contar con información, desglosada tal como lo establece el plan, permitirá evaluar la evolución y efectuar ajustes en las acciones, si son necesarios.

9. El fortalecimiento del análisis de la morbilidad materna grave en forma sistemática es indispensable para lograr la mejora de la calidad de la atención de salud materna. Esta vigilancia permite conocer el número de mujeres que han estado a punto de morir y ejecutar las mejoras necesarias.

10. El monitoreo de los indicadores de proceso permitirá a los Estados Miembros evaluar dentro de sus instituciones de salud el acceso universal a intervenciones de eficacia comprobada que salvan vidas y vigilar su cumplimiento.

11. Los países deberían considerar recabar en forma rutinaria datos sobre los indicadores de proceso que miden inequidades en la prestación de servicios con calidad, para medir el grado de avance de manera uniforme y facilitar la comparabilidad entre los países y en el interior de ellos.

Intervención del Comité Ejecutivo

12. Se solicita al Comité Ejecutivo que tome nota del presente informe de progreso y que tenga a bien formular las recomendaciones que considere pertinentes.


Anexos

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave [Internet]. 51.º Consejo Directivo de la OPS, 63.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2011; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2011 (resolución CD51.R12) [consultado el 13 de febrero del 2014]. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15034&Itemid=
2. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: estrategia de monitoreo y evaluación [Internet]. Montevideo: CLAP/SMR; 2012 (CLAP/SMR. Publicación Científica 1593) [consultado el 13 de febrero del 2014]. Disponible en:
http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=173:estrategia-de-monitoreo-y-evaluacion-plan-reduccion-morbimortalidad-materna-grave&catid=667:publicaciones&Itemid=234
3. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: línea de base del plan en países con más de 7000 nacimientos anuales. Montevideo: CLAP/SMR; 2012 (material no publicado, disponible previa solicitud).
4. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: datos en países con más de 7000 nacimientos anuales a dos años de lanzado el plan. Montevideo: CLAP/SMR, 2014. (Material no publicado disponible previa solicitud).
5. Tunçalp O, Hindin MJ, Souza JP, Chou D, Say L., The prevalence of maternal near miss: a systematic review. *BJOG* 2012 May;119(6):653-661.

Anexo A

Razones de mortalidad notificadas en los informes de línea de base y seguimiento por país, año y fuente

PAÍS	Razón de mortalidad materna (100.000)	Año	Razón de mortalidad materna (100.000)	Año
Argentina	39,8	2011	34,9	2012
Belice	41,8	2012	0,0	2013
Bolivia	229,0	2003		
Brasil	64,7	2011		
Canadá	7,6	2009		
Colombia	71,6	2010	53,6	2013
Costa Rica	30,0	2012	15,6	2013
Cuba	33,4	2012	38,9	2013
Chile	17,9	2012	22,6	2013
Ecuador	58,5	2012	40,0	2013
El Salvador	50,8	2011	38,0	2013
Estados Unidos de América	16,9	2010		
Guatemala	123,5	2012	118,5	2013
Guyana	143,9	2012	111,1	2013
Haití §	1084,4	2012	211,8	2013
Honduras	82,3	2011	66,1	2013
Jamaica	95,7	2011	91,1	2013
México	43,0	2011	39,9	2013
Nicaragua	61,9	2011	51,0	2013
Panamá	80,5	2011	64,9	2012
Paraguay	88,7	2011	95,3	2013
Perú	93,4	2011	63,4	2013
República Dominicana	106,3	2011	113,0	2012
Suriname	82,4	2011	39,2	2013
Uruguay	6,4	2011	16,4	2013
Venezuela	65,9	2011	66,1	2013
§ Notifica solo instituciones seleccionadas, no corresponde a datos poblacionales  Países que han incrementado su RMM Países que han disminuido su RMM Sin datos				

Anexo B

Disponibilidad de indicadores de impacto, informe de monitoreo y seguimiento del Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave

País	RMM	MM por causas	MM por edad	Morbilidad Materna Grave (MMG)	MMG por causas	MMG por edad	RMM por nivel subnacional	RMM por urbano / rural	RMM por pertenencia de étnica	Porcentaje notificación
Argentina	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	67%
Belice	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	67%
Bolivia	NO	SÍ †	SÍ ‡	SÍ *	SÍ **	NO	NO	NO	NO	44%
Brasil	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	NO	SÍ	NO	SÍ	56%
Canadá	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ *	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	89%
Colombia	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	100%
Costa Rica	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	100%
Cuba	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	78%
Chile	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ *	SÍ **	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	100%
Ecuador	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	44%
El Salvador	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	67%
Estados Unidos de América	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	33%
Guatemala	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ *	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	89%
Guyana	NO	SÍ	SÍ	SÍ *	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	67%
Haití	SÍ §	NO	NO	SÍ	SÍ **	NO	SÍ	SÍ	SÍ	67%
Honduras	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ *	SÍ **	SÍ	SÍ	NO	NO	78%
Jamaica	SÍ	SÍ †	SÍ	SÍ	SÍ **	NO	SÍ	SÍ	SÍ	89%
México	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	67%
Nicaragua	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	67%
Panamá	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	NO	SÍ	NO	SÍ	56%
Paraguay	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	67%
Perú	SÍ	SÍ †	SÍ ‡	NO	SÍ **	NO	NO	NO	NO	44%
República Dominicana	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	44%
Suriname	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	NO	67%
Uruguay	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ **	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	100%
Venezuela	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ *	SÍ **	NO	SÍ	NO	SÍ	78%
Porcentaje de notificación	88%	92%	92%	54%	50%	31%	88%	62%	73%	
Número de países	23	24	24	14	13	8	23	16	19	

MM= Mortalidad Materna, RMM= Razón de Mortalidad Materna, MMG= Morbilidad Materna Grave

§ notifica solo instituciones seleccionadas, no corresponde a datos poblacionales

† Se notifican causas de MM pero hay diferencias con la clasificación solicitada

‡ Se notifica MM por edades pero hay diferencias con la clasificación solicitada

* Se notifica un dato de MMG pero su frecuencia es superior o inferior al intervalo esperado (1)

** Se notifican causas de MMG pero hay diferencias con la clasificación solicitada

(1) Tunçalp O, Hindin MJ, Souza JP, Chou D, Say L., The prevalence of maternal near miss: a systematic review. BJOG. 2012 May;119(6):653-61.

Anexo C

Disponibilidad de indicadores de proceso, informe de seguimiento y monitoreo del Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave

País	Tasa de uso de métodos anticonceptivos	Consejería y suministro de anticonceptivos posparto y/o posaborto por los servicios de salud	Porcentaje de muertes maternas debidas al aborto	Cobertura prenatal con cuatro o más controles	Cobertura institucional del parto	Control del puerperio a los 7 días del parto	Ocitócicos en los nacimientos institucionales durante el tercer período del parto	Sulfato de magnesio, en los casos de preclampsia grave/eclampsia atendidos en establecimientos de salud	Sangre segura en los establecimientos que suministran cuidados de urgencia en el parto	Tamizaje para violencia intrafamiliar durante el embarazo en los partos institucionales
Argentina	X	X	X	X	X	-	X	X	X	X
Bolivia	-	X	X	X	X	X	-	-	-	-
Brasil	X	-	-	X	-	X	X	-	X	X
Chile	X	X	X	-	X	X	-	-	-	-
Colombia	-	-	X	X	X	-	-	-	-	-
Costa Rica	X	-	X	X	X	X	X	-	X	-
Estados Unidos de América	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-
Suriname	-	X	X	X	X	-	-	-	X	-
Cuba	-	X	X	X	X	X	-	-	X	-
Guatemala	X	-	X	X	X	-	-	-	-	-
República Dominicana	-	X	X	-	X	X	-	-	-	-
Ecuador	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-
El Salvador	-	X	X	-	X	X	X	-	X	-
Guyana	X	-	-	X	-	-	-	-	X	-
Haití	X	-	-	X	X	X	-	-	X	-
Jamaica	X	X	X	X	X	-	X	-	X	-
Honduras	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-
México	-	-	X	X	X	-	-	-	X	-
Paraguay	-	X	X	-	X	-	-	-	-	X
Canadá	-	-	X	-	X	-	X	X	-	X
Nicaragua	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-
Belize	X	X	X	-	X	-	X	-	X	-
Uruguay	-	X	X	X	X	-	X	-	X	X
Venezuela	X	-	X	-	X	X	-	-	X	-
Perú	X	-	X	X	X	X	-	-	X	X
Número de países que presentan informes	13	13	21	17	22	12	9	3	17	6
%	52%	52%	84%	68%	88%	48%	36%	12%	68%	24%

Anexo C (cont.)

País	Tasa de cesárea	Muertes maternas debidas a trabajo de parto obstruido	Coberturas de la atención del parto por personal calificado, de acuerdo con la definición de la OMS	Tasas de cobertura de la atención del puerperio por personal calificado, de acuerdo con la definición de la OMS	Instituciones de atención obstétrica de urgencia que llevan a cabo auditorías de todas las muertes maternas	Informes públicos sobre salud materna que incluyen estadísticas de mortalidad materna y la RMM a nivel nacional	Sistema de salud tiene un sistema de información perinatal funcionando	Sistema de salud lleva un registro de la morbilidad materna grave	Cobertura de muertes maternas en los sistemas de registros vitales es de 90% o más	Número de indicadores por país	% total por país
Argentina	X	X	X	X	X	X	X	X	X	18	95%
Bolivia	X	X	X	-	-	X	X	X	-	11	58%
Brasil	X	X	X	-	X	X	X	X	X	14	74%
Chile	X	X	-	-	-	X	X	X	X	11	58%
Colombia	X	X	X	-	-	X	X	X	X	10	53%
Costa Rica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	16	84%
Estados Unidos de América	X	-	X	-	-	X	X	X	X	8	42%
Suriname	X	X	X	-	X	X	X	X	X	13	68%
Cuba	X	X	X	X	X	X	X	X	X	15	79%
Guatemala	X	X	X	-	-	-	-	X	-	8	42%
República Dominicana	X	X	X	-	X	X	X	X	X	12	63%
Ecuador	X	X	X	-	-	X	X	X	X	9	47%
El Salvador	X	X	X	X	X	X	X	X	X	15	79%
Guyana	X	X	X	X	X	X	X	X	X	12	63%
Haití	X	-	-	-	-	X	X	X	-	9	47%
Jamaica	X	X	-	-	X	X	X	X	X	14	74%
Honduras	X	-	X	X	X	X	X	X	X	15	79%
México	X	X	-	-	X	X	X	X	X	11	58%
Paraguay	X	X	X	-	-	X	X	X	X	11	58%
Canadá	X	X	X	-	-	X	X	X	X	12	63%
Nicaragua	X	X	X	X	X	X	X	X	X	18	95%
Belize	X	X	X	X	X	X	X	X	X	15	79%
Uruguay	X	X	X	X	X	X	X	X	X	16	84%
Venezuela	-	X	X	X	X	X	X	X	X	13	68%
Perú	X	-	X	-	-	X	X	X	-	12	63%
Número de países que presentan informes	24	21	21	10	15	24	24	25	21		
%	96%	84%	84%	40%	60%	96%	96%	100%	84%		

D. IMPLEMENTACIÓN DEL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL

1. La finalidad del presente informe es proporcionar una actualización sobre el estado de la implementación del Reglamento Sanitario Internacional (en adelante el RSI o el Reglamento). En él se actualiza el último informe presentado en el 2013 al Comité Ejecutivo en su 152.^a sesión (1) y se destacan algunos temas que merecen una acción concertada por parte de los Estados Partes de la Región de las Américas para la implementación futura del Reglamento.

2. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) actúa como punto de contacto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el RSI para la Región de las Américas y facilita el manejo de los eventos de salud pública por conducto de los canales de comunicación establecidos con los centros nacionales de enlace para el RSI (CNE). En el 2013, los 35 Estados Partes de la Región presentaron una confirmación o actualización anual de los datos para establecer contacto con su CNE. Algunas pruebas de conectividad de rutina realizadas en el 2013 entre el punto de contacto de la OMS para el RSI y los CNE de la Región dieron resultados satisfactorios en 33 de los 35 Estados Partes (94%), en el caso del correo electrónico, y en 32 de los 35 Estados Partes (91%) en el caso del teléfono.

3. En el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2013 se detectaron y evaluaron un total de 82 eventos de salud pública en la Región con posibles implicaciones internacionales. En 54 de los 82 eventos (66%), las autoridades sanitarias nacionales, por conducto del CNE en 40 ocasiones, fueron la fuente inicial de información. Se solicitó y obtuvo verificación para 13 eventos detectados mediante fuentes informales u oficiosas. De los 82 casos considerados, 40 (49%) constituyeron un evento de salud pública de importancia internacional comprobada y afectaron a 20 Estados Partes de la Región. La mayoría de estos 40 eventos se atribuyeron a los riesgos infecciosos (20 eventos o 50%), y las causas registradas con mayor frecuencia fueron el virus del dengue (tres eventos) y el virus chikungunya (tres eventos). Los restantes 20 eventos de salud pública de importancia internacional comprobada se atribuyeron a los siguientes riesgos: inocuidad de los alimentos (7), relativos a los productos (5), de origen indeterminado (4), relativos a las zoonosis (2), químicos (1) y relativos a la radiación (1).

4. A continuación se destacan los principales eventos de salud pública que, en el 2014 (del 1 de enero al 6 de mayo del 2014), afectaron a los Estados Partes de la Región de las Américas o tuvieron consecuencias para la salud pública:

- a) El virus chikungunya se detectó en la subregión del Caribe en diciembre del 2013. Al 6 de mayo del 2014 el virus se había propagado a siete Estados Partes y nueve territorios de esa subregión; se ha documentado la transmisión autóctona en 14 de estos 16 Estados Partes y territorios.
- b) El primer caso importado de síndrome respiratorio de Oriente Medio por coronavirus (MERS-CoV) en la Región se detectó en los Estados Unidos en mayo del 2014. En respuesta a la propagación del MERS-CoV, que comenzó en el 2012 y actualmente aún sobreviene principalmente en la Región del Mediterráneo Oriental, la Directora

General de la OMS convocó el Comité de Emergencias del RSI en relación con el síndrome respiratorio de Oriente Medio por coronavirus, que se reunió cuatro veces entre julio y diciembre del 2013, y cuyo asesoramiento no dio lugar a que la Directora General declarara una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII).

- c) Actualmente, tres Estados Partes (Camerún, Pakistán y Siria) exportan poliovirus salvaje y en siete (Afganistán, Guinea Ecuatorial, Etiopía, Iraq, Israel, Nigeria y Somalia) está presente pero no hay exportación. Habida cuenta de la gravedad de la situación, la Directora General convocó el Comité de Emergencias del RSI para examinar la propagación internacional de poliovirus. Después de la primera reunión de este Comité, celebrada el 28 y 29 de abril del 2014, la Directora General determinó que la propagación internacional de poliovirus salvaje era una ESPII y se formularon recomendaciones temporales a tal efecto. La OPS recomendó a los Estados Partes de la Región de las Américas que siguieran aplicando las recomendaciones del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación para mantener a la Región libre de poliovirus salvaje.

5. De conformidad con los artículos 5 y 13 del RSI y con posteridad a la solicitud de prórroga y la presentación del correspondiente plan de acción nacional 2012-2014, en junio del 2012, 29 de los 35 Estados Partes de la Región de las Américas (83%) recibieron una prórroga hasta el 15 de junio del 2014 con el objeto de que dispusieran de más tiempo para establecer las capacidades básicas descritas en el anexo 1 del Reglamento. Las fechas límite relacionadas con las capacidades básicas estipuladas en el Reglamento deben considerarse más bien como hitos en un proceso en curso de preparación en materia de salud pública y como un incentivo para que las autoridades nacionales garanticen los recursos para mantener las capacidades básicas; sin embargo, los plazos previstos son difíciles de cumplir.

6. Por consiguiente, en cumplimiento de las disposiciones del RSI mencionadas que permiten prorrogar la fecha prevista al 15 de junio del 2016 y tras la aprobación del Consejo Ejecutivo de la OMS, en su 134.^a reunión, de los criterios relacionados con la posible solicitud de prórroga adicional, se pidió a los 35 Estados Partes de la Región que comunicaran formalmente su postura frente a la posible prórroga a más tardar el 15 de abril del 2014. Mediante reuniones virtuales y presenciales, la OPS acompañó a los Estados Partes en su proceso decisorio sobre la posibilidad de prórroga adicional para el 2014-2016.

7. Al 6 de mayo del 2014, 29 de los 35 Estados Partes de la Región (83%) habían comunicado formalmente a la OPS y la OMS su postura frente a la posibilidad de prórroga adicional para el 2014-2016. De estos, 21 solicitaron la prórroga y todos menos dos de los 21 presentaron el plan nacional de acción correspondiente; seis de los Estados Partes que recibieron la prórroga para el 2012-2014 determinaron que las capacidades básicas estaban presentes y podrían mantenerse. Dos Estados Partes que en el 2012 habían determinado que las capacidades básicas estaban presentes reiteraron su capacidad para mantenerlas. Actualmente, la OPS y la OMS están llevando a cabo el examen técnico de los planes nacionales de acción 2014-2016 presentados.

8. Las solicitudes de prórroga y los planes nacionales de acción correspondientes serán examinados por un Comité de Examen del RSI que se convocará para asesorar a la Directora General de la OMS sobre el proceso de concesión de prórrogas, cuya conclusión está prevista para el 15 de junio del 2014. En el cuadro que figura en el anexo se presenta un resumen de las solicitudes de prórroga adicional para el 2014-2016 presentadas por los Estados Partes.

9. Los informes anuales de los Estados Partes presentados a la Asamblea Mundial de la Salud entre el 2011 y el 2014 indicaron mejoras constantes a escala regional en relación con la mayoría de las capacidades básicas. Sin embargo, el estado de las capacidades básicas en las subregiones sigue siendo heterogéneo, como se destaca en los informes anuales presentados por los Estados Partes. Al 6 de mayo del 2014, 33 de los 35 Estados Partes de la Región de las Américas (94%) habían presentado su informe a la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud.

10. Al compararse los últimos informes con los informes anuales presentados a la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud, los datos indican que los Estados Partes están logrando avances en varias capacidades básicas. Las principales áreas de progreso, en orden decreciente de importancia, son las siguientes: legislación, política y financiamiento (+14%); preparación (+13%); eventos relativos a la radiación (+12%); comunicación de riesgos (+12%); recursos humanos (+11%); coordinación y comunicación con los CNE (+9%); eventos zoonóticos (+8%); y eventos relativos a los riesgos químicos (+7%). No se observan cambios importantes en las cinco capacidades restantes. En el anexo figura un resumen de los informes anuales presentados por los Estados Partes de la Región de las Américas a la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud.

11. A pesar de los progresos realizados, los puntos débiles más importantes observados en la Región —con puntuaciones por debajo del 60%— todavía se relacionan con las capacidades para prepararse y responder frente a eventos relativos a los riesgos químicos (55%) y a la radiación (53%). La OPS continúa redoblando sus esfuerzos en conjunto con otros organismos especializados internacionales (por ejemplo, el Organismo Internacional de Energía Atómica) y los asociados con pericia pertinente en la Región (por ejemplo, el Centros Colaborador de la OMS en prevención, preparación y respuesta a las situaciones de emergencia causadas por productos químicos en la Compañía Ambiental del Estado de São Paulo, Brasil, y el Organismo de Salud Pública del Canadá) para apoyar los esfuerzos de los Estados Partes de la Región que les permitan establecer estas capacidades.

12. Las capacidades básicas en los puntos de entrada designados y el cumplimiento de otras disposiciones pertinentes del RSI se han fortalecido mediante la colaboración con la Organización de Aviación Civil Internacional; también se han visto favorecidas en el marco del Arreglo de Cooperación para la Prevención y Gestión de Eventos de Salud Pública en la Aviación Civil (CAPSCA). La Quinta Reunión del Proyecto CAPSCA-Américas se celebró en Barbados del 2 al 6 de septiembre del 2013. Las primeras interacciones con la Comisión Interamericana de Puertos de la Organización de los Estados Americanos también son prometedoras en cuanto a su empeño para apoyar a las autoridades nacionales en sus esfuerzos por establecer un abordaje intersectorial eficaz de salud pública en los puertos.

13. Al 6 de mayo del 2014 había 484 puertos en 27 Estados Partes de la Región de las Américas autorizados para expedir certificados de sanidad a bordo (2). Por medio de los CNE se pidió a los Estados Partes que formularan observaciones acerca de los procedimientos propuestos por la sede de la OMS para la certificación voluntaria de los aeropuertos y los puertos designados.

14. Veintinueve de los 35 Estados Partes de la Región colaboraron en la actualización del 2014 de la publicación de la OMS *Viajes internacionales y salud* (3) en un proceso que tuvo amplia participación. Se celebraron varias reuniones virtuales entre la OPS y las autoridades nacionales de algunos países para examinar el mapeo del riesgo de transmisión de la fiebre amarilla, así como los requisitos y las recomendaciones de vacunación contra esa enfermedad para los viajeros.

15. En el 2013, el Grupo de Expertos de la OMS en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización recomendó que una dosis única de la vacuna antiamarílica es suficiente para conferir inmunidad sostenida y proteger de por vida contra la fiebre amarilla, y que no es necesaria una dosis de refuerzo de la vacuna. Esta recomendación dio lugar a que el Consejo Ejecutivo de la OMS aprobara en su 134.^a reunión la resolución EB134.R10, *Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)*, relativa a la enmienda del anexo 7 del RSI, y recomendará su aprobación a la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud (4).

16. Al 6 de mayo del 2014, en la Lista de Expertos del RSI figuraban 407 profesionales, 111 de los cuales pertenecen a la Región de las Américas, incluidos ocho designados por los Estados Partes respectivos.

17. Un importante logro reciente relacionado con el RSI en la Región fue la adopción unánime de la decisión CD52(D5), *Implementación del Reglamento Sanitario Internacional*, por el 52.^o Consejo Directivo de la OPS, 65.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (5). Este logro señaló un aumento considerable del sentido de propiedad, el compromiso y el liderazgo de los Estados Partes de la Región, que deben fomentarse para mantener el RSI como un marco pertinente para la seguridad sanitaria mundial después del 2016.

18. En atención a la solicitud planteada por los Estados Partes mediante la decisión CD52(D5), la OPS organizó la Reunión Regional de las Américas sobre la Implementación del Reglamento Sanitario Internacional, que tuvo lugar en Buenos Aires el 29 y 30 de abril del 2014 y se centró en el monitoreo y presentación de informes sobre el estado de la implementación del RSI después del 2016. La reunión condujo al acuerdo, en principio, sobre una hoja de ruta para la Región de las Américas que permita examinar los mecanismos de monitoreo de la implementación del RSI a escala mundial por medio los cuerpos directivos de la OPS y de la OMS.

19. Un desafío considerable para la implementación del RSI en el futuro cercano se relaciona con la falta de métodos de medición satisfactorios para demostrar los beneficios reales de su implementación, así como los progresos alcanzados en su implementación sostenible.

Intervención del Comité Ejecutivo

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

Anexo

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Implementación del Reglamento Sanitario Internacional [Internet]. 152.^a sesión del Comité Ejecutivo; del 17 al 21 de junio del 2013, Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2013 (documento CE152/INF/7-H, Rev.1) [consultado el 6 de mayo del 2014]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=21649&Itemid=270&lang=es
2. World Health Organization. IHR list of authorized ports [to issue Ship Sanitation Certificates] [Internet]. Ginebra: OMS; 2014 [consultado el 6 de mayo del 2014]. Disponible en: http://who.int/ihr/ports_airports/ihr_authorized_ports_list.pdf?ua=
3. Organización Mundial de la Salud. Viajes internacionales y salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2014 [consultado el 6 de mayo del 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/ith/es/>
4. Organización Mundial de la Salud. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) [Internet]. 134.^a reunión del Consejo Ejecutivo; del 20 al 25 de enero del 2014, Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; 2014 (resolución EB134.R10) [consultado el 6 de mayo del 2014]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_R10-sp.pdf
5. Organización Panamericana de la Salud. Implementación del Reglamento Sanitario Internacional [Internet]. En: Informe final, 52.^o Consejo Directivo de la OPS, 65.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013, Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2013. pp. 100-102 (decisión CD52[D5]) [consultado el 6 de mayo del 2014]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=24486&Itemid=270&lang=es

Anexo

Cuadro resumido: Informes anuales de los Estados Partes presentados a la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud y estado de las solicitudes de prórroga adicional (2014-2016) para establecer las capacidades básicas relacionadas con el RSI

Estado Parte	Solicitó y obtuvo prórroga 2012-2014	Comunicó oficialmente su postura frente a la prórroga 2014-2016	Solicitó prórroga 2014-2016	Informe anual de Estado Parte presentado a la 67. ^a Asamblea Mundial de la Salud	Ley de legislación, política y financiamiento	Coordinación y comunicación con los CNE	Vigilancia	Respuesta	Preparación	Comunicación de riesgos	Recursos humanos	Laboratorio	Puntos de entrada	Eventos zoonóticos	Eventos relativos a la inocuidad de los alimentos	Eventos relativos a los productores químicos	Emergencias radiológicas
Antigua y Barbuda	Si	Si	Si	Si	100	66	95	65	50	57	100	45	86	100	80	85	23
Argentina	Si	Si	No	Si	50	73	80	83	100	86	100	90	27	100	60	69	62
Bahamas	Si	Si	Si	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Barbados	Si	Si	Si	Si	100	53	100	89	90	86	60	96	100	100	73	54	15
Belice	Si	Si	Si	Si	25	56	85	82	26	57	40	73	12	67	27	15	0
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Si	Si	Si	Si	100	87	85	65	41	71	40	96	21	89	53	15	69
Brasil	No	No	-	Si	100	90	90	100	90	100	80	96	80	89	93	62	92
Canadá	No	No	-	Si	100	83	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Chile	No	No	-	Si	75	100	90	89	100	43	20	86	46	89	93	31	92
Colombia	No	Si	No	Si	100	63	50	76	33	100	80	76	83	89	67	77	69
Costa Rica	No	Si	No	Si	100	100	95	100	71	100	80	76	97	100	100	77	62
Cuba	Si	No	-	Si	100	100	95	100	100	100	100	100	100	100	100	92	100
Dominica	Si	Si	Si	Si	75	100	72	83	62	100	25	37	75	100	86	46	31
República Dominicana	Si	Si	Si	Si	75	90	75	76	81	100	100	90	64	56	27	31	69
Ecuador	Si	Si	Si	Si	25	56	60	23	18	14	40	41	59	78	53	15	92
El Salvador	Si	Si	No	Si	100	100	100	100	90	100	100	100	90	100	67	54	69
Granada	Si	Si	Si	Si	75	83	85	64	16	57	60	45	50	100	67	46	0
Guatemala	Si	Si	No	Si	50	100	100	94	100	100	100	75	54	100	100	100	67
Guyana	Si	Si	Si	Si	100	83	80	100	90	86	100	100	38	100	67	62	0
Haití	Si	Si	Si	Si	25	46	95	76	20	100	60	60	21	67	20	0	0
Honduras	Si	Si	Si	Si	75	56	90	64	43	0	75	66	9	100	40	31	23
Jamaica	Si	Si	Si	Si	100	66	70	87	71	57	20	47	62	67	67	62	23
México	Si	Si	No	Si	100	70	95	89	90	71	100	100	89	100	93	69	92
Nicaragua	Si	Si	No	Si	100	83	100	82	90	100	60	86	68	100	80	92	100
Panamá	Si	Si	Si	Si	75	83	95	83	70	71	40	96	71	89	87	23	38
Paraguay	Si	Si	Si	Si	100	90	70	83	53	100	60	100	34	67	73	69	77
Perú	Si	Si	Si	Si*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint Kitts y Nevis	Si	Si	Si	Si	50	83	80	89	36	57	60	81	45	100	67	8	0
Santa Lucía	Si	No	-	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	Si	Si	Si	Si	50	83	80	89	36	57	60	81	45	100	67	8	0
Suriname	Si	Si	Si	Si	50	83	85	89	48	43	0	100	84	67	87	62	0
Trinidad y Tabago	Si	Si	Si	Si	50	40	95	76	71	71	20	81	77	89	87	54	77
Estados Unidos de América	No	No	-	Si	100	100	100	94	100	100	100	50	100	100	100	100	100
Uruguay	Si	Si	No	Si	100	83	100	94	81	100	100	71	91	100	100	69	62
Venezuela (República Bolivariana de)	Si	Si	Si	Si	50	90	90	94	80	71	100	86	59	100	87	92	92
Caribe (n=13)**					69	72	86	84	55	71	54	73	61	89	69	46	21
Centroamérica (n=7)***					82	87	94	86	78	82	79	84	65	92	72	58	61
América del Sur (n=9)****					78	81	79	79	66	76	69	82	56	89	75	55	79
América del Norte (n=3)*****					100	84	98	94	97	90	100	83	96	100	98	90	97
Región de las Américas (n=32)					77	79	87	84	67	77	68	79	64	91	74	55	53

* Debido a que los datos del Perú se presentaron con retraso, no se incluyeron en el análisis realizado el 6 de mayo del 2014.

**Caribe: Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Cuba, Dominica, Granada, Guyana, Haití, Jamaica, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname y Trinidad y Tabago

***Centroamérica: Costa Rica, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá

****América del Sur: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela

*****América del Norte: Canadá, México y Estados Unidos

E. ELIMINACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DESATENDIDAS Y OTRAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA POBREZA

Antecedentes

1. Desde la aprobación en el 2009 de la resolución CD49.R19 de la OPS sobre la eliminación de las enfermedades desatendidas y otras enfermedades relacionadas con la pobreza, ha habido un compromiso mundial y regional *cada vez mayor* para controlar y eliminar muchas enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza (denominadas en el presente informe “enfermedades infecciosas desatendidas” o EID). Se han formado alianzas nuevas, como la Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Maternoinfantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe (2009), de la OPS y el UNICEF; y la Declaración de Londres sobre las Enfermedades Tropicales Desatendidas (2012), que apoya la eliminación a escala mundial de 10 de estas enfermedades para el 2020. En el 2010, el Consejo Directivo de la OPS aprobó la resolución CD50.R17, *Estrategia y plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas*, que ofrece un marco para prevenir la transmisión, mejorar la atención y alcanzar la meta de eliminación; y ese mismo año también aprobó la resolución CD50.R12 (*Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita*), con el objetivo de reducir la incidencia de la sífilis congénita a menos de 0,5 casos por 1.000 nacidos vivos para el 2015.
2. En el 2011 se aprobó la *Estrategia y plan de acción sobre la malaria* mediante la resolución CD51.R9. Entretanto, las iniciativas para reducir la carga de la malaria y promover su eliminación en algunas zonas de la Región han sido financiadas principalmente por los gobiernos nacionales, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, con el apoyo de los países donde la enfermedad es endémica. Además, la OPS elaboró el *Plan de acción para la eliminación de la rabia humana transmitida por perros 2014-2018 (1)*, que ha sido respaldado por la 14.^a Reunión de Directores de Programas Nacionales de Control de la Rabia en América Latina (REDIPRA-14) de los ministerios de salud y de agricultura y ganadería de la Región de las Américas (Lima, del 20 al 22 de agosto del 2013).
3. El compromiso político para eliminar las EID también ha aumentado en la Región de las Américas y otras regiones de la OMS, acompañado de la reasignación o el compromiso de asignación de nuevos recursos para aumentar el control, la eliminación y el monitoreo de los efectos. La creación y disponibilidad de herramientas y métodos nuevos para combatir y monitorear las EID, el mejoramiento de la infraestructura de los servicios de salud y la aplicación de estrategias de atención primaria han permitido mejorar la vigilancia, el tratamiento, la prevención y el control de estas enfermedades, y algunas se han convertido en metas incluso para la eliminación.

Actualización sobre los progresos logrados

Progresos

4. En la Región de las Américas, la OMS verificó la eliminación de la oncocercosis en Colombia en el 2013 y se prevé que en el 2014 haga lo mismo en Ecuador. El número de personas que necesitan tratamiento para esta enfermedad en la Región disminuyó de más de 336.000 en el 2009 a poco más de 20.000 en el 2013. El número de focos de oncocercosis con transmisión activa disminuyó de 7 a 2 en el mismo período (datos del programa de EID de la OPS hasta el 2014, CHA/VT/NID). México tiene previsto solicitar la verificación de la eliminación del tracoma causante de ceguera en un futuro próximo, mientras que Colombia confirmó hace poco la endemidad de esta enfermedad y actualmente proporciona tratamiento. Desde el 2009 tres países (Costa Rica, Suriname y Trinidad y Tabago) han sido sustraídos del mapa de la OMS de los países donde la filariasis linfática es endémica y otros tres (Brasil, Haití y República Dominicana) han reducido considerablemente las zonas de transmisión de esta enfermedad, lo que los ha acercado a la meta de eliminación. Varios países de América Central y del Sur han eliminado la transmisión de la enfermedad de Chagas a través del principal vector doméstico, y en 20 de los 21 países donde la enfermedad es endémica el tamizaje de los bancos de sangre alcanza el 100% (datos hasta el 2014 del programa de EID de la OPS, CHA/VT/NID).

5. El tamaño de las zonas de transmisión de la malaria se redujo en varios países y los casos notificados de esta enfermedad en el 2012 disminuyeron 58% en comparación con el 2000. Siete⁵ de los 21 países donde la enfermedad es endémica se clasifican en la fase de preeliminación de la OMS (datos hasta el 2014 del programa regional de la OPS contra la malaria, CHA/VT/MAL); de esos siete países, cuatro están en América Central y del Norte, y el resto en América del Sur. Como consecuencia de ello, en el 2013 se anunció públicamente una iniciativa para eliminar la malaria en Mesoamérica y en la isla La Española para el 2020. Además, el mecanismo de coordinación regional para la infección por el VIH/sida se amplió a fin de incluir la malaria y la tuberculosis en la elaboración de una propuesta del Fondo Mundial para la eliminación de la malaria en Centroamérica y La Española.

6. Aunque aún hay variaciones de un año a otro, los informes sobre el número de niños en riesgo que reciben tratamiento para el control de las geohelmintiasis han aumentado en varios países y cerca de 26,9 millones de niños recibieron tratamiento en el 2012 (3).

7. Diecisiete países han preparado planes de acción integrados para el control y la eliminación de muchas EID (datos hasta el 2014 del programa de EID de la OPS, CHA/VT/NID). También se han elaborado planes específicos para eliminar determinadas EID en algunas subregiones plurinacionales (por ejemplo, la malaria en Mesoamérica y la filariasis linfática y la malaria en La Española).

⁵ Argentina, Belice, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México y Paraguay.

8. Los casos de rabia transmitida por perros se limitan a un número reducido de zonas geográficas bien definidas en unos cuantos países. Desde 1982, cuando se inició el Programa Regional de Eliminación de la Rabia Humana, los casos notificados de rabia transmitida por perros disminuyeron cerca del 95% (de 355 en 1982 a 10 en el 2012) (1). Aunque solo seis países notificaron casos entre el 2009 y el 2012 y el número de personas que mueren por año sigue siendo bajo (1), aún hay focos persistentes de transmisión que generan un riesgo constante de infección para los habitantes de la Región. En América Latina, la prevención de la transmisión casa por casa y la prevención de las defunciones humanas por peste se han fortalecido en los cuatro países con casos humanos y focos naturales; entre el 2010 y el 2012 solo Perú notificó casos confirmados de peste humana (24 casos con algunas muertes). Bolivia notificó unos pocos casos sospechosos (4) y Estados Unidos informó algunos casos esporádicos durante el 2013.

9. Con respecto a las enfermedades infecciosas de la pobreza que afectan a los recién nacidos, dos están cerca de ser eliminadas. Al 2013, 14 países habían informado que habían alcanzado la meta de eliminación de la sífilis congénita (5). Los casos notificados de tétanos neonatal disminuyeron de 22 en el 2011 a 11 en el 2012 (6).

10. La sede de la OMS y otras de sus oficinas regionales están adoptando como modelos de aprendizaje los logros alcanzados en la Región de las Américas, como la eliminación de la oncocercosis, siguiendo el ejemplo del éxito de haber eliminado la viruela, la poliomielitis, el sarampión y la rubéola en la Región. Los desafíos que persisten en la Región son comunes a otras regiones de la OMS.

Enseñanzas extraídas

11. Entre las principales enseñanzas extraídas figuran las siguientes:

- a) El apoyo político y gubernamental, que se refleja en aumentos del presupuesto nacional para el sector de la salud, destinados a aumentar el control y la eliminación de las EID, es el factor individual más importante para alcanzar los objetivos de salud pública.
- b) La promoción de la causa y la cooperación técnica realizadas por la OPS han sido importantes para ayudar a los países a priorizar las EID en las agendas nacionales de la salud. La movilización de capital inicial ha sido fundamental para apoyar el aumento o la ampliación del control y la eliminación de las EID (por ejemplo, las encuestas nacionales, el diseño y la ejecución de planes de acción, los expedientes para la verificación de la eliminación, la promoción de la meta entre los donantes y la capacitación del personal del sector de la salud).
- c) La formulación de directrices regionales para el control y la eliminación integrados de las EID, incluida la malaria, junto con la capacitación del personal de salud, han permitido una ejecución integrada de las actividades para reducir la carga de estas enfermedades.

- d) Las herramientas existentes y nuevas para el monitoreo y la evaluación, así como la determinación de las brechas financieras de los programas nacionales de lucha contra las EID, han facilitado la capacidad de los países para planificar y mejorar sus esfuerzos de control y eliminación.
- e) Las nuevas resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y de la Organización de los Estados Americanos sobre las EID, aunadas al mayor compromiso de numerosos asociados en las comunidades de donantes y empresas farmacéuticas, han facilitado los esfuerzos de promoción de la causa entre los encargados de tomar las decisiones y fortalecido las actividades nacionales de control y eliminación.
- f) Las encuestas en las que se abarcan múltiples enfermedades han facilitado la elaboración de planes de acción integrados para la lucha contra las EID; por ejemplo, las encuestas sobre el terreno para las geohelmintiasis combinadas con la malaria, la esquistosomiasis o la filariasis linfática, o el tratamiento colectivo de niños en edad escolar combinado con la detección masiva de la lepra y el tracoma causante de ceguera.
- g) El mejor medio para prevenir los casos nuevos de rabia humana transmitida por perros es aumentar la tasa de vacunación de los perros, de modo que se alcancen las metas de cobertura elevada necesarias en todas las comunidades de alto riesgo.
- h) La eliminación de la sífilis congénita depende del fortalecimiento de la promoción de la salud; la detección temprana en las embarazadas, sus parejas y niños, en particular en los grupos de población clave; un mayor tamizaje con pruebas rápidas disponibles en los servicios de atención primaria de salud; una mayor disponibilidad de los suministros y medicamentos (pruebas de sífilis y penicilina) y del tratamiento oportuno; la intensificación de la vigilancia de casos; y la reducción de la carga elevada de la sífilis en general.
- i) En cuanto a las enfermedades infecciosas de la pobreza prevenibles mediante vacunación, la eliminación del tétanos neonatal depende principalmente de la vacunación (con el toxoide tetánico) de las mujeres en edad fértil.

Medidas necesarias para mejorar la situación

12. Los países deben dar el impulso final para eliminar las EID como problema de salud pública en la Región de las Américas, mediante la adopción de las últimas medidas para alcanzar la meta final de eliminación, lo cual permitirá proteger la salud de los grupos de población más vulnerables, entre ellos las comunidades indígenas y de ascendencia africana. Es importante que se sigan ampliando las actividades para eliminar y controlar las EID en los países seleccionados mediante la formulación de planes de acción integrados para el sector de la salud que utilicen un enfoque que abarque varias enfermedades, y para fortalecer el compromiso político de aumentar el acceso al tratamiento y el control de la morbilidad a fin de alcanzar la meta final. Se lograrán avances cuando las autoridades formulen y ejecuten programas, políticas y planes intersectoriales integrados para las EID en el nivel local y nacional de cada país o zona

donde estas enfermedades son endémicas, y mediante la colaboración y creación de acuerdos con los interesados directos y asociados clave.

13. Las autoridades deberán facilitar la donación, la importación y el acceso (distribución) a los medicamentos, y mejorar el manejo de los casos de las EID basándose en los mejores conocimientos científicos disponibles. En los países con poblaciones de trabajadores migrantes, se precisa una mayor colaboración transfronteriza (binacional) para las actividades de vigilancia y eliminación del tracoma causante de ceguera, la filariasis linfática, la oncocercosis y la malaria, con un enfoque intercultural y de género. En las zonas de riesgo para las EID, las autoridades competentes deberán abordar los determinantes sociales y ambientales de la salud en la medida en que se relacionen con estas enfermedades, entre ellos, el agua potable y el saneamiento básico, el drenaje, la educación sanitaria, la vivienda y el control integrado de los vectores. La sostenibilidad de los recursos y del personal es necesaria para lograr las metas de reducción y llevar adelante los esfuerzos de eliminación, y evitar la reintroducción en las zonas libres de malaria y otras EID.

14. Para eliminar el tétanos neonatal es necesario ofrecer una cobertura total de los servicios de atención prenatal temprana, una cobertura elevada de vacunación de las madres y los recién nacidos, y prácticas de parto seguras mediante el acceso a servicios comunitarios de salud y reproductivos integrados. En los países donde la cobertura de la prueba de la sífilis en las embarazadas es inferior al 70% es necesario redoblar los esfuerzos. Además, es necesario que todos los países hagan hincapié de manera continua en utilizar un enfoque de sistemas de salud que incluya la integración de las medidas de prevención y control para la eliminación de la sífilis congénita con intervenciones de salud sexual y reproductiva.

15. A fin de prevenir los casos nuevos de rabia humana transmitida por perros, la vacunación anual de estos animales debe alcanzar las metas de cobertura de vacunación necesarias en todas las comunidades en riesgo. Además, la profilaxis posexposición debe estar a disposición de la población, sobre todo en las zonas de alto riesgo, y acompañarse de vigilancia intensificada y capacitación, junto con una mejor comunicación y medidas rápidas en todos los niveles del sistema de salud y con el sector de la salud animal, lo cual fomentará un enfoque intersectorial. La prevención de las defunciones por peste humana depende de la detección rápida de casos en las comunidades, de la capacidad local del personal de atención de salud de diagnosticar la enfermedad y de que los hospitales tengan procedimientos adecuados para el manejo de casos, incluido el uso de equipo de protección personal por parte del personal sanitario.

16. Alcanzar las metas de la Región para el control y la eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza seguirá siendo una prioridad para la Organización y los países con endemidad durante el 2015 y los años posteriores. Junto con los logros alcanzados por los países desde el 2009 y a medida que la atención universal de salud se amplíe en la Región, más personas tendrán acceso a los servicios de prevención y tratamiento para estas enfermedades. Mediante el trabajo

interprogramático dentro de los ministerios de salud y junto con los interesados directos y asociados clave, al igual que con el financiamiento adecuado, la Región continuará avanzando en el control y la eliminación de estas enfermedades, que afectan a millones de familias pobres y subatendidas.

Intervención del Comité Ejecutivo

17. Se solicita al Comité Ejecutivo que tome nota de este informe de progreso y haga las observaciones que considere pertinentes.

Referencias

1. Clavijo A, Del Rio Vilas VJ, Mayen FL, Yadon ZE, Beloto AJ, Natal Vigilato MA, et al. Gains and future road map for the elimination of dog-transmitted rabies in the Americas (Perspective Piece) [Internet]. *Am J Trop Med Hyg* 2013;89(6):1040-1042 [consultado el 23 de abril del 2014]. Puede encontrarse un fragmento del artículo en: <http://www.ajtmh.org/content/89/6/1040.extract>.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el paludismo 2012 [Internet]. Ginebra: OMS; 2012 [consultado el 23 de abril del 2014]. Puede encontrarse resumido en español en (versión completa disponible solo en inglés): http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2012/en/.
3. World Health Organization. Soil-transmitted helminthiasis: number of children treated in 2012 [Internet]. *WHO Weekly Epidemiological Record No. 13* 2014; 89:133-140 [consultado el 23 de abril del 2014]. Puede encontrarse en: <http://www.who.int/wer/2014/wer8913.pdf?ua=1>.
4. Schneider MC, Najera P, Aldighieri S, Galan DI, Bertherat E, Ruiz A, et al. Where does human plague still persist in Latin America? [Internet]. *PLoS Negl Trop Dis* 2014;8(2):1-14. [consultado el 23 de abril del 2014]. Puede encontrarse en: <http://www.plosntds.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pntd.0002680>.
5. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita: evaluación de mitad de período [Internet]. 52.º Consejo Directivo de la OPS, 65.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013; Washington (D.C.), EUA. Washington (D.C.): OPS; 2013 (documento CD52/INF/4-B) [consultado el 28 de abril del 2014]. Puede encontrarse en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22576&Itemid=270&lang=en.
6. Organización Panamericana de la Salud. Casos notificados de tos ferina, tétanos, tétanos neonatal (TNN) y parotiditis, 2011-2012; [Internet]. En: *Boletín de*

Inmunización 2013;35(2):7. Washington (D.C.): OPS; 2013. [consultado el 23 de abril del 2014]. Puede encontrarse en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3130&Itemid=3504&lang=es .

F. PLAN DE ACCIÓN DE HOSPITALES SEGUROS

Antecedentes

1. El presente documento tiene como propósito informar a los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) acerca del progreso logrado en cuanto a la aplicación de la resolución CD50.R15, *Plan de acción de hospitales seguros*, aprobada en octubre del 2010. En ese plan de acción se procura facilitar la adopción por parte de los Estados Miembros de la iniciativa “Hospitales seguros frente a los desastres” como una política nacional de reducción de riesgos y se los insta a trabajar en pos de la meta de que todos los hospitales nuevos que se construyan tengan un nivel de protección que brinde una garantía mayor de que seguirán funcionando en situaciones de desastre. También se insta a que se adopten las medidas preventivas apropiadas en los establecimientos de salud existentes.

2. En la resolución CD50.R15 se solicitó además a la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) que presente informes periódicos a los Cuerpos Directivos sobre el estado del avance de la ejecución del plan de acción, que tiene seis objetivos, cada uno con su correspondiente meta.

Actualización sobre el progreso logrado

Progreso hacia las metas

<i>Objetivo</i>	<i>Metas</i>	<i>Estado</i>
1	Al 2011, el 80% de los países han establecido un programa nacional de hospitales seguros.	26 países (74%) incluyen la reducción de riesgos de desastres en el sector de la salud, 20 países (51%) tienen una política nacional sobre hospitales seguros y 17 países (49%) tienen un programa formal sobre hospitales seguros.
2	Al 2013, el 90% de los países cuentan con un sistema de información sobre la construcción de nuevos hospitales o el mejoramiento de los existentes.	31 países (89%) aplican el índice de seguridad hospitalaria para evaluar la seguridad de los hospitales ante los desastres. Al menos 10 países (29%) tienen un sistema en línea para la gestión integrada de la información sobre los establecimientos de salud.
3	Al 2013, al menos el 80% de los países de la Región han establecido mecanismos de supervisión de las obras de construcción de hospitales y otras	12 países (34%) han establecido formalmente mecanismos independientes de supervisión para la construcción de

<i>Objetivo</i>	<i>Metas</i>	<i>Estado</i>
	inversiones en establecimientos de salud.	hospitales.
4	Al 2015, todos los países han incorporado medidas que aseguran el funcionamiento de los establecimientos de salud en casos de desastre en todos los nuevos proyectos de inversión en salud.	9 países con proyectos nuevos de inversión en el ámbito de la salud han incluido conceptos relativos a los hospitales seguros en ellos.
5	Al 2015, el 90% de los países cuentan con normas actualizadas de diseño, construcción y operación de nuevos establecimientos de salud seguros.	17 países (49%) cuentan con normas actualizadas para el diseño de establecimientos de salud seguros.
6	Al 2015, al menos el 90% de los países habrán mejorado la seguridad de los establecimientos de salud existentes frente a los desastres.	34 países (97%) están mejorando la seguridad de sus establecimientos de salud al ejecutar intervenciones de reducción de los efectos de los desastres.

Retos y enseñanzas

- a) La elaboración y el uso del índice de seguridad hospitalaria ha permitido a los países hacer la transición de un sistema netamente cualitativo a un sistema estandarizado de calificación. Este instrumento proporciona a las autoridades nacionales información integral sobre el nivel de seguridad de sus servicios de salud para que puedan priorizar las intervenciones y ejecutarlas.
- b) Aunque muchos países están asignando fondos sustanciales para la ejecución de medidas correctivas a fin de mejorar la seguridad de los establecimientos de salud, todavía resulta un reto transmitir estas prioridades al sector financiero y a los niveles superiores políticos y de toma de decisiones.
- c) A pesar del progreso logrado, sigue siendo un reto asegurar que todos los establecimientos de salud nuevos sean seguros frente a los desastres y mejorar la seguridad de los establecimientos existentes.
- d) Es fundamental fortalecer la participación multisectorial de los diversos interesados directos tanto dentro como fuera del sector de la salud para lograr el éxito. Por ejemplo, los países con mejores resultados al ejecutar la iniciativa sobre hospitales seguros⁶ son aquellos en los que la organización nacional de gestión de desastres desempeñó una función activa junto con el sector de la salud.

⁶ Resolución CSP27.R14, *Hospitales seguros: iniciativa regional sobre los establecimientos sanitarios capaces de resistir los efectos de los desastres* (2007).

Medidas necesarias para mejorar la situación

- a) Fomentar y garantizar la inclusión de los preceptos de la iniciativa y el plan de acción sobre los hospitales seguros en las políticas gubernamentales.
- b) Promover el fortalecimiento de la red de servicios de salud y la elaboración de planes de respuesta ante los desastres para los hospitales y el sector de la salud.
- c) Fortalecer las capacidades y la certificación de los equipos de evaluación de la seguridad de los hospitales.
- d) Aumentar la conciencia dentro de la sociedad civil sobre la importancia de tener hospitales y centros de salud que sigan funcionando a su máxima capacidad durante las emergencias y los desastres.

Intervención del Comité Ejecutivo

3. Se invita al Comité Ejecutivo a que tome nota de este informe de progreso y formule las recomendaciones que considere necesarias.

G. SITUACIÓN DE LOS CENTROS PANAMERICANOS

Introducción

1. Este documento fue elaborado en respuesta al mandato de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de efectuar evaluaciones y exámenes periódicos de los Centros Panamericanos.

Antecedentes

2. Los Centros Panamericanos han sido una modalidad importante de cooperación técnica de la OPS durante casi 60 años. En ese período, la OPS ha creado o administrado 13 centros,⁷ ha suprimido nueve y ha transferido la administración de uno de ellos a sus propios órganos directivos. En este documento se presenta información actualizada sobre el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA); el Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME); y el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano/Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR).

Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA)

3. Para abordar la convergencia de la salud humana y la sanidad animal y ambiental, la OPS ha ejercido el liderazgo continental en el campo de las zoonosis, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria. Las directivas políticas y estratégicas para la cooperación técnica de la Organización en materia de salud pública veterinaria fueron definidas por la 16.^a Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSA 16), celebrada en Chile en julio del 2012 con el lema “*Agricultura-salud-medio ambiente: sumando esfuerzos por el bienestar de las Américas*”. RIMSA 16 aprobó el “*Consenso de Santiago de Chile*” que, entre otras recomendaciones, instó a los países a establecer mecanismos y plataformas permanentes de coordinación y comunicación intersectoriales como parte de sus esfuerzos en la gestión de los riesgos para la salud pública generados en la interfaz población humana-animal-medio ambiente dentro del marco del Reglamento Sanitario Internacional y las normas de la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE, ya que conserva las siglas de su nombre anterior, Organización Internacional de Epizootias). Otras metas importantes incluyeron la eliminación de la rabia humana transmitida por los perros y la erradicación de la fiebre aftosa en las Américas para el 2020, en el marco del Plan Hemisférico de Erradicación de la Fiebre Aftosa (PHEFA). RIMSA 16 también ha llamado a los países a redoblar y aunar esfuerzos con el fin de garantizar la producción de alimentos seguros y saludables —algo esencial para la prevención y el control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles— mediante el establecimiento de alianzas entre los sectores público y privado. Se subrayó la importancia de las iniciativas de cooperación técnica para el fortalecimiento de la capacidad nacional y se instó a que se aplicaran esas iniciativas con

⁷ CLATES, ECO, PASCAP, CEPANZO, INPPAZ. INCAP, CEPIS, Programa regional de bioética en Chile, CAREC, CFNI, CLAP, PANAFTOSA y BIREME.

la máxima cooperación interinstitucional y con la cobertura y la continuidad requeridas para alcanzar sus objetivos, metas y resultados.⁸

Progreso reciente

4. La cooperación técnica de PANAFTOSA se lleva a cabo como parte del trabajo del Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud, por un equipo técnico con sede en Duque de Caxias, Rio de Janeiro, y por tres asesores de salud pública veterinaria en las subregiones andina, centroamericana y del Caribe. Ha habido logros importantes en este bienio en relación con la inocuidad de los alimentos, la fiebre aftosa y otras zoonosis.

5. Con respecto a la inocuidad de los alimentos, un mayor número de instituciones de esta Región contribuyen ahora con las redes intersectoriales regionales sobre inocuidad de los alimentos para la prevención de enfermedades de transmisión alimentaria (a saber, la Red Interamericana de Laboratorios de Análisis de Alimentos (RILAA), la Red Mundial sobre Infecciones Transmitidas por los Alimentos (GFN, por sus siglas en inglés) y la red PulseNet de América Latina y el Caribe). Se abordan en particular las repercusiones de la resistencia a los antimicrobianos y se promueve un enfoque integrado con la participación de diferentes actores y sectores, como los de la medicina y la veterinaria, la agricultura, el medio ambiente y los consumidores. PulseNet de América Latina y el Caribe recibió el premio IHRC⁹ de innovaciones en PulseNet en el 2013 “en reconocimiento por [el] uso innovador de tecnología para la enseñanza, con el potencial de mejorar significativamente la funcionalidad de PulseNet en las investigaciones de brotes epidémicos”. El reto estriba ahora en mantener la excelencia y la pertinencia de la OPS en el contexto de las reducciones presupuestarias en esta área, y en seguir innovando y movilizándolo nuevos recursos. Además, PANAFTOSA ha venido ejerciendo un efecto multiplicador de su excepcional capacidad técnica dentro de la OPS para fortalecer la colaboración entre la OMS, la FAO y la OIE con el fin de combatir la resistencia a los antimicrobianos, en el espíritu del enfoque de “Una sola salud”.

6. Con respecto a las zoonosis, el Centro trabajó con expertos de nuestros Estados Miembros a fin de establecer un Plan de Acción para la eliminación de la rabia transmitida por el perro en las Américas (Clavijo et al., 2013). Este plan fue respaldado por los directores de programas contra la rabia durante la 14.^a Reunión de Directores de Programas Nacionales de Control de la Rabia en América Latina (REDIPRA 14), celebrada en Lima, Perú, en agosto del 2013. El seguimiento de las recomendaciones de REDIPRA 14 abarca, entre otras medidas, un ejercicio de la pericia de los laboratorios, incluidos los laboratorios nacionales de referencia, junto con el agregado de la vacuna antirrábica para perros al fondo rotatorio de la OPS. El Centro, en colaboración con

⁸ Centro Panamericano de Fiebre Aftosa de la Organización Panamericana de la Salud. Consenso de Santiago de Chile [Internet]. 16.^a Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura, del 26 al 27 de julio del 2012; Santiago, Chile. Rio de Janeiro (Brasil): OPS/PANAFTOSA; 2012 [consultado el 14 de febrero del 2014]. Se puede consultar en:

[http://ww2.panaftosa.org.br/rimsa16/dmdocuments/RIMSA16\(INF5\)%20Consensus%20esp.pdf](http://ww2.panaftosa.org.br/rimsa16/dmdocuments/RIMSA16(INF5)%20Consensus%20esp.pdf)

⁹ International Health Resources Consulting, Inc.

departamento de Gestión de Compras y Suministros, está ahora recopilando información sobre la demanda futura de vacunas. En cuanto a otras zoonosis, el Centro brindó cooperación técnica y contribuyó al fortalecimiento de la capacidad en relación con la leptospirosis, la leishmaniasis, la rabia silvestre y la vigilancia de los reservorios de vectores de la fiebre amarilla. El Centro también realiza actividades de cooperación técnica en la vigilancia y control de la hidatidosis en seis países.

7. Con respecto a la fiebre aftosa, por primera vez desde el establecimiento del Centro en 1951 han pasado 25 meses sin ningún caso notificado de fiebre aftosa. Esto es un logro histórico para los países de todo el continente y para PANAFTOSA y la OPS/OMS. Los retos ahora enfrentados estriban en: mantener ese logro al avanzar hacia el continente libre de aftosa sin vacunación; seguir apoyando a los países, en particular al introducir nuevas herramientas de vigilancia y respuesta a las emergencias y mecanismos para enfrentar la creciente sensibilidad de la población al virus de la fiebre aftosa; y fortalecer la política, la estrategia y el plan nacionales de erradicación de la fiebre aftosa de Venezuela.

Acuerdos de cooperación y movilización de recursos

8. El Centro ha podido movilizar las contribuciones voluntarias provenientes de fuentes interesadas específicamente en la erradicación de la fiebre aftosa en América del Sur, que están brindando apoyo a la cooperación técnica del Centro en relación con la coordinación regional del PHEFA. Un ejemplo es la Asociación Coordinadora Nacional de Salud Animal (ACONASA) de Paraguay, que ha renovado su apoyo financiero al fondo fiduciario establecido para facilitar las contribuciones financieras. Además, se están negociando otros acuerdos de cooperación con organismos públicos de otros Estados Miembros (por ejemplo, Ecuador) en las zonas de actividad de PANAFTOSA. En consecuencia, los recursos financieros ordinarios proporcionados por la Organización al Centro se han canalizado hacia la cooperación técnica en las áreas de las zoonosis y la inocuidad de los alimentos. La contribución generosa del Ministerio de Agricultura, Ganadería y Abastecimiento de Alimentos de Brasil (MAPA, por sus siglas en portugués) sigue apoyando plenamente los costos de mantenimiento del Centro. Esa contribución ha aumentado considerablemente en los últimos cinco años para adaptarla a la ejecución del proceso de desarrollo institucional del Centro comenzado en el 2010, que incluyó una reducción de la contribución de la Organización.

9. La OPS, por conducto de PANAFTOSA, y la Secretaría para la Vigilancia Sanitaria del Ministerio de Salud de Brasil, firmaron un anexo al Acuerdo de Cooperación Técnica en el 2012, a fin de contribuir con la cantidad de US\$1.618.914¹⁰ para el fortalecimiento del Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria y de la capacidad de gestión del Sistema Unificado de Salud de Brasil. El propósito es el reducir la carga de zoonosis y las enfermedades transmitidas por vectores, por el agua y por los alimentos en la población humana. El acuerdo de cooperación técnica se renovó en el 2013 y se agregó

¹⁰ A menos que se indique otra cosa, todas las cifras monetarias de este informe se expresan en dólares de los Estados Unidos.

la cantidad de \$4.918.409, que representa un aumento al triple de lo asignado en el 2012. Se han establecido otros acuerdos financieros y de cooperación técnica con: el Wellcome Trust (Instituto Sanger) para fortalecer la capacidad profesional del personal de salud, el profesorado y los estudiantes de las profesiones relacionadas con la salud (como la medicina, la microbiología, la medicina veterinaria y la enfermería); el Instituto Conjunto de Inocuidad de los Alimentos y Nutrición Aplicada (JIFSAN, por sus siglas en inglés) para la cooperación en la inocuidad de los alimentos; y la Asociación de Escuelas de Medicina Veterinaria Estadounidenses (AAVMC, por sus siglas en inglés) para fortalecer la capacidad profesional del profesorado y los estudiantes de las profesiones relacionadas con la salud (como la medicina, la medicina veterinaria y la enfermería). Un proyecto de tres años para establecer el liderazgo de Una sola salud y promover la capacidad de los laboratorios de análisis clínicos veterinarios del Caribe, financiado por la Unión Europea, se está ejecutando conjuntamente con la Universidad de las Indias Occidentales, Trinidad y Tabago y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Se ha fortalecido la colaboración con el grupo de trabajo sobre salud pública veterinaria de la Red del Caribe de Sanidad Animal (CaribVET) para la vigilancia, la prevención y el control de la rabia, la leptospirosis y la salmonelosis en el Caribe, usando el enfoque de Una sola salud.

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

10. BIREME es un centro especializado de la OPS fundado en 1967, a fin de canalizar la cooperación técnica que presta la Organización a los países de la Región en cuanto a la información científica y técnica en salud.

11. La institucionalidad de BIREME se caracteriza actualmente por la coexistencia del marco institucional previo (Convenio de Mantenimiento y Desarrollo del Centro, vigente hasta el 31 de diciembre del 2014) y del nuevo (Estatuto de BIREME, aprobado por el 49º. Consejo Directivo, vigente desde el 1 de enero del 2010).

12. El Estatuto de BIREME determina el establecimiento de un Acuerdo de Sede de BIREME, a ser suscrito con el Gobierno de Brasil, y un Acuerdo sobre las Instalaciones y Funcionamiento de BIREME, a ser suscrito con la Universidad Federal de São Paulo (Unifesp), los cuales continúan en proceso de negociación.

13. Las estructuras de gobernanza de BIREME incluyen actualmente al Comité Asesor y al Comité Científico (marco nuevo), además del Comité Asesor Nacional (marco anterior).

14. La OPS y Brasil son miembros permanentes del Comité Asesor de BIREME, que además está compuesto por otros cinco miembros no permanentes. La 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana eligió a Cuba, Ecuador y Puerto Rico para integrar el Comité Asesor de BIREME por un mandato de tres años (2013-2015), en reemplazo de Argentina, Chile y la República Dominicana, cuyos mandatos llegaron a su fin en el 2012. El 51º. Consejo Directivo eligió a Bolivia y Suriname (2012-2014) en reemplazo

de México y Jamaica, cuyos mandatos llegaron a su fin en el 2011. Los miembros del Comité Asesor han efectuado cuatro sesiones de trabajo desde su establecimiento.

15. El Comité Científico fue instalado en julio del 2013, y está integrado por cinco expertos en el área de información sobre salud provenientes de cinco países: Brasil, Canadá, Estados Unidos, Honduras y Trinidad y Tabago. Los miembros del Comité Científico han llevado a cabo una sesión de trabajo desde su establecimiento. Además, en el contexto de los objetivos y resultados esperados del Comité, hubo una reunión virtual para estrechar la comunicación entre los miembros.

Avances recientes

16. La sesión para la instalación del Comité Científico de BIREME se celebró el 25 de julio del 2013, en la ciudad de São Paulo, Brasil, con la presencia de representantes de los miembros Brasil, Honduras y Trinidad y Tabago; Canadá y los Estados Unidos de América participaron por vía remota.

17. La cuarta sesión del Comité Asesor de BIREME se llevó a cabo el 26 de noviembre del 2013 en las instalaciones de BIREME. Los miembros del Comité Asesor reafirmaron su apoyo continuo al desarrollo institucional del Centro, lo que incluye la ejecución del nuevo marco institucional, el establecimiento y firma del Acuerdo de Sede y el financiamiento de sus planes de trabajo, además de la integración del Comité Científico instalado. Asimismo, se recalcaron la realización y los resultados del IX Congreso Regional de Información en Ciencias de la Salud (CRICS9), y la celebración de la VI Reunión de Coordinación Regional de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS6) en la Sede de la OPS/OMS, en Washington, D.C., del 20 al 24 de octubre del 2012.

18. En el contexto de las líneas de acción para finalizar la implementación del nuevo marco institucional de BIREME, se destacan los siguientes aspectos:

- a) Acuerdo de Sede para BIREME: la OPS y el Ministerio de Salud de Brasil continuaron las negociaciones sobre la nueva propuesta de Acuerdo de Sede presentada por la Secretaría Ejecutiva del Ministerio de Salud, hasta lograr una versión consensuada con la Consultoría Jurídica (CONJUR) del Ministerio de Salud de Brasil en reunión del 22 de enero de 2014. Los próximos pasos para su firma incluyen el envío de esta versión para el trámite de visto bueno del Ministerio de Relaciones Exteriores de Brasil y la aprobación final por el Congreso Nacional de Brasil.
- b) Acuerdo de instalaciones y funcionamiento de BIREME en el recinto de la Universidad Federal de São Paulo (Unifesp): se celebraron varias reuniones con la rectora y autoridades designadas de la Universidad, que versaron sobre la relación institucional de BIREME con la Unifesp y los términos del Acuerdo. Están previstas reuniones en el 2014 para el seguimiento de este proceso, incluso a pedido de la rectora, con enfoque en la revisión detallada de las responsabilidades

mutuas de BIREME y de la Unifesp. Sin embargo, la suscripción de este Acuerdo continúa supeditada a que se suscriba el Acuerdo de Sede con el Gobierno de Brasil, citado en el párrafo anterior.

- c) Definición del mecanismo de financiamiento para BIREME a partir de las contribuciones de la OPS y del Gobierno de Brasil, estipulado en el artículo 6 del Estatuto: los aportes regulares se definirán de común acuerdo para respaldar los planes de trabajo bienales aprobados, de conformidad con lo establecido en el Estatuto. En la segunda reunión del Comité Asesor Nacional (CAN) sobre el Convenio de Mantenimiento y Desarrollo de BIREME, realizada el 23 de enero del 2014 en la OPS/OMS Brasil, fueron presentados los resultados alcanzados por el Centro en los últimos 18 meses. El informe respectivo fue aprobado por los representantes del Ministerio de Salud de Brasil, *Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo* (SES-SP) y *Universidade Federal de São Paulo* (Unifesp). Se estima que la contribución del Ministerio para el mantenimiento y financiamiento del plan de trabajo de BIREME durante el año 2015 será por el mismo monto que en el 2014, o sea, \$3,8 millones de reales (aproximadamente \$1,5 millones). Esta suma será transferida a la OPS a través de un *Termo Aditivo* específico al Convenio de Mantenimiento y Desarrollo de BIREME, que está en proceso de autorización.
- d) El plan bienal de trabajo (2014-2015) de BIREME, que está integrado al del Departamento de Gestión del Conocimiento y Comunicaciones, recién configurado como Gestión del Conocimiento Bioética e Investigación de la OPS, se elaboró de forma concertada con el Departamento, con el que se continúa coordinando su perfeccionamiento y articulación.

Desafíos

19. Los próximos desafíos para este período incluyen:
 - a) implementar completamente en el año 2014 el nuevo marco institucional de BIREME, incluyendo la suscripción de los dos principales Acuerdos que lo constituyen: *i*) el Acuerdo de Sede con Brasil; y *ii*) el Acuerdo de Instalaciones y Funcionamiento con la UNIFESP;
 - b) ampliar el Convenio de mantenimiento y desarrollo de BIREME, en caso de que el nuevo marco institucional no se implemente totalmente en el 2014; y
 - c) sostener negociaciones para la pronta suscripción de los convenios para la transferencia de las contribuciones respectivas al mantenimiento de BIREME en el 2014, en particular, la contribución del Ministerio de Salud de Brasil.

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

20. El Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) fue creado en 1970, mediante un acuerdo entre el Gobierno de la República Oriental del Uruguay, la

Universidad de la República del Uruguay y la OPS, que se renueva periódicamente y cuya última prórroga está vigente hasta el 28 de febrero del 2016. En el año 2005, se produjo la fusión entre el Centro y la Unidad de Salud de la Mujer, en un proceso de descentralización, tornándose en el Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR), y pasando a funcionar también como una unidad descentralizada ligada al área de Familia, Género y Curso de Vida (FGL). El objetivo general del CLAP/SMR es promover, fortalecer y mejorar las capacidades de los países de la Región de las Américas en materia de atención de salud para la mujer, la madre y el recién nacido.

Avances recientes

21. El 10 de enero del 2014 asumió sus funciones la nueva Directora/Jefa de Unidad del CLAP/SMR. A partir de la nueva gestión, se analizaron los recursos disponibles y se implementaron cambios orientados a reducir costos y favorecer un uso más eficiente de los recursos. Asimismo, se iniciaron gestiones que permitieron generar recursos adicionales con fondos extrapresupuestarios.

22. Desde el punto de vista de las líneas de trabajo, se mantienen las actividades vinculadas a las áreas técnicas específicas de las que CLAP/SMR es responsable. El Plan para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave está en proceso de evaluación de medio término, habiéndose elaborado la línea de base y evaluado el estado de los indicadores a dos años de aprobado el plan. Se ha validado el formulario complementario de la Historia Clínica Perinatal del SIP (Sistema Informático Perinatal) para el registro de los eventos de morbilidad materna extremadamente graves, en conjunto con la OMS y expertos de la Región en 23 Instituciones de 12 países de la Región. Se ha brindado continuo apoyo a la Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FLASOG), promoviendo la capacitación de sus recursos humanos en emergencias obstétricas, asimismo en colaboración con la Confederación Internacional de Matronas (ICM), se ha dado apoyo a la capacitación de docentes en partería en todo el Caribe.

23. CLAP/SMR ha participado en conferencias regionales para examinar los progresos realizados en la consecución de los objetivos de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, que tuvo lugar en Montevideo en agosto del 2013. Como parte del apoyo técnico a los países sobre la aplicación de la estrategia de salud reproductiva, CLAP/SMR organizó con UNFPA una reunión regional con 15 países en El Salvador, en octubre del 2013, “Reposicionamiento de la planificación familiar en el contexto del acceso universal a la salud sexual y reproductiva, ODM 5b.” Como producto, los dos organismos ejecutarán un plan de trabajo en los países participantes.

24. La publicación de la OMS "Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud" fue traducida al español¹¹ y al portugués¹² y difundida entre los países de la Región (20.000 copias).

25. En el marco de la estrategia de Eliminación de la transmisión vertical de la sífilis materna y el VIH, se está formulando un proyecto de cooperación técnica entre países en Centroamérica (El Salvador, Honduras, Nicaragua, Panamá) incorporando a Belice, Costa Rica, y República Dominicana para el monitoreo de los indicadores globales de la sífilis congénita con bases de datos del Sistema Informático Perinatal (SIP).

26. A partir de los insumos surgidos de la evaluación de medio término del Plan Regional de Salud del Recién Nacido, se avanzó en la elaboración de instrumentos y lineamientos técnicos para el mejoramiento de la calidad de la atención neonatal vinculada a las principales causas de mortalidad. Asimismo, se inició un proceso de generación de información que permita visualizar en la agenda política la carga de la prematuridad, así como la elaboración del mapa de la situación regional sobre legislación y programas de tamizaje neonatal. Finalmente, se elaboró un instrumento para la evaluación de la implementación de intervenciones basadas en datos probatorios que permitirá a los países valorar mejoras en las prácticas vinculadas al cuidado neonatal.

27. Con respecto a la iniciativa de fusionar las instalaciones del Centro con la oficina de la Representación en Uruguay, se está estudiando el alquiler de un piso en el edificio de las Naciones Unidas, donde funcionarían las dos unidades. Hay acuerdos sobre la fusión administrativa en curso y se están llevando a cabo estudios sobre los costos financieros de la fusión.

Intervención del Comité Ejecutivo

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

- - -

¹¹ http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP-Trad04.pdf

¹² http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP-Trad04pt.pdf