



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

53.º CONSEJO DIRECTIVO

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

Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014

Punto 3.2 del orden del día provisional

CD53/3
18 de agosto del 2014
Original: inglés

INFORME ANUAL DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Innovar en pro de la salud

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Prefacio	4
Introducción	5
Capítulo I. Las enfermedades transmisibles	6
Capítulo II. Las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo	14
Capítulo III. Los determinantes de la salud y la promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida	22
Capítulo IV. Los sistemas de salud	27
Capítulo V. La preparación, vigilancia y respuesta	32
Capítulo VI. Los servicios corporativos y las funciones habilitadoras	36
Conclusiones	41
Siglas y abreviaturas	42

A los Estados Miembros:

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, tengo el agrado de presentar el informe anual correspondiente al período 2013-2014 relativo a la labor de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. En este informe se ponen de relieve los principales logros de la Oficina en la prestación de la cooperación técnica en el marco de los Planes Estratégicos de la Organización Panamericana de la Salud correspondientes a los períodos 2008-2013 y 2014-2019, y establecidos por sus Cuerpos Directivos.

Dra. Carissa F. Etienne
Directora

Prefacio

El presente informe anual abarca el primer año desde que los Estados Miembros me encomendaron la tarea de conducir la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y dirigir su secretaría, la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina u OSP). En este informe se destacan los importantes logros de la Organización en el último año, en el que hemos procurado continuar con la sólida trayectoria de la OPS al proporcionar soluciones innovadoras, y al mismo tiempo prácticas, a los retos de salud pública que enfrenta nuestra Región. Es desde esta perspectiva que el tema elegido para este informe ha sido *Innovar en pro de la salud*, a fin de poner de manifiesto la labor de la OPS como intermediaria del conocimiento y fuerza catalítica para el cambio positivo.

He dedicado una parte importante de mi primer año a escucharlos a ustedes, los Estados Miembros de la OPS, los asociados y los interesados directos. Este fecundo diálogo ha ayudado a que fundamentase mejor y perfeccionase mi visión de la manera en que debe posicionarse esta gran Organización de cara al futuro.

En mi discurso al asumir este cargo contraí el compromiso de abogar por la meta de la cobertura universal de salud y, en consecuencia, he aprovechado cada oportunidad, incluidas las visitas oficiales a once Estados Miembros, de abogar firmemente y en las esferas gubernamentales más altas para que se dirija la voluntad política y la atención prioritaria a este tema de salud pública de suma importancia. Además he sido una vigorosa partidaria del cambio y las mejoras en la salud materno-infantil, las enfermedades crónicas, los objetivos después del 2015 y los objetivos de desarrollo sostenible, al igual que de los recursos humanos para la salud.

En lo que atañe a la gestión, este último año ha sido a la vez exigente y gratificante. Hemos reestructurado la Oficina para mejorar la prestación de servicios a nuestros Estados Miembros. Elaboramos y comenzamos a poner en marcha el nuevo Plan Estratégico 2014-2019. Hemos dado la bienvenida a nuestro equipo de la Gerencia Ejecutiva a dos nuevos funcionarios, el Subdirector y el Director de Administración.

A pesar de que este es el “Informe Anual del Director”, se trata en realidad de un informe sobre la labor que todos nosotros hacemos para mejorar la salud en la Región de las Américas. Los logros aquí documentados son resultado de los esfuerzos conjuntos con las autoridades nacionales de salud y una miríada de asociados. Por consiguiente, aprovecho esta oportunidad para dar mis más sinceras gracias a los Estados Miembros y a todos los asociados por su compromiso con la Organización, al igual que al personal por su inquebrantable dedicación y arduo trabajo. Espero con interés colaborar con todos ustedes en el próximo año, abogando por la salud para promover el desarrollo sostenible y la equidad en toda nuestra Región.

Carissa F. Etienne
Directora
Oficina Sanitaria Panamericana

Introducción

En las siguientes páginas se describen algunos aspectos destacados sobre las innovaciones estratégicas clave que han tenido lugar en las iniciativas de cooperación técnica y de gestión de la Oficina, entre mediados del 2013 y mediados del 2014, a fin de mejorar la eficacia de la Organización y lograr avances en torno a la salud pública en los Estados Miembros de la OPS. Estos aspectos destacados se presentan agrupados en torno a cada una de las seis categorías del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019: 1) las enfermedades transmisibles; 2) las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo; 3) los determinantes de la salud y la promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida; 4) los sistemas de salud; 5) la preparación, vigilancia y respuesta; y 6) los servicios corporativos y las funciones habilitadoras. En el informe además se abordan algunos de los importantes desafíos que la Oficina y los Estados Miembros deben afrontar para garantizar el avance constante de la salud pública en la Región, así como la sostenibilidad y éxito futuro de la OPS como organización.

Se puede encontrar información detallada sobre los programas de cooperación técnica más amplios de la Organización y sus resultados en el *Informe final sobre el Plan Estratégico de la OPS 2008-2013 y evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2012-2013 (Documento Oficial 348)*.

Capítulo I. Las enfermedades transmisibles

Puesta en marcha de la iniciativa “Tratamiento 2.0” para la infección por el VIH

1. En el 2013-2014, la Oficina avanzó en la puesta en marcha del Tratamiento 2.0 contra la infección por el VIH en América Latina y el Caribe, en estrecha colaboración con los gobiernos, los donantes, la sociedad civil y otros asociados, a fin de definir una nueva generación de programas de tratamiento de la infección por el VIH en los que se aplique una perspectiva de salud pública.

2. El propósito de este nuevo marco del Tratamiento 2.0 es optimizar el uso de los medicamentos antirretrovirales, mejorar al acceso a los medios de diagnóstico en el punto de atención, adaptar los modelos de prestación de servicios, y movilizar la participación comunitaria para mejorar la eficiencia y eficacia del tratamiento y la atención de la infección por el VIH. En apoyo de la aplicación de este marco, la Oficina organizó una serie de misiones sobre el Tratamiento 2.0 en las que, mediante un diálogo estructurado, se reunió a representantes de las perspectivas técnicas, programáticas y financieras a fin de determinar y abordar las barreras que obstaculizan la expansión y sostenibilidad de los programas de tratamiento antirretroviral.

3. Durante el período de este informe, seis países (Argentina, Guatemala, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Uruguay) realizaron misiones sobre el Tratamiento 2.0, por lo que hasta la fecha han sido en total 12 misiones, con otras tres planificadas para el 2014. Dirigidas por los programas nacionales de lucha contra el sida, han incluido a representantes de los programas de prevención y control de la tuberculosis, de las áreas de compras, planificación y finanzas, y de las autoridades reguladores nacionales, la sociedad civil y la comunidad científica. También participaron los expertos de la Oficina en la infección por el VIH, la tuberculosis, los medicamentos y tecnologías, y el Fondo Estratégico de la OPS, junto con algunos asociados multilaterales como el ONUSIDA y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

4. Algunos de los resultados tangibles de estas misiones han sido las directrices actualizadas para el tratamiento en consonancia con las recomendaciones de Organización Mundial de la Salud (OMS), la optimización del uso del tratamiento antirretroviral, algunos planes para reducir el número de regímenes, la compra de medicamentos antirretrovirales y otros productos básicos por intermedio del Fondo Estratégico de la OPS, y una mejor colaboración con la sociedad civil y las asociaciones de pacientes. Este método innovador de colaboración y participación con un grupo más amplio de interesados directos provenientes de múltiples sectores ha aumentado el liderazgo y la visibilidad de la Oficina, de manera que, a modo de ejemplo, la Organización es ahora reconocida como un asociado clave para la cooperación técnica, cuyas misiones sobre el Tratamiento 2.0 aseguran que los países estén al día en su enfoque frente a la infección por el VIH cuando preparan nuevas propuestas para el Fondo Mundial.

5. Los datos disponibles indican que, para el 2013, 17 de 25 países habían adoptado el esquema de primera línea recomendado por la OMS como tratamiento de elección. Las cifras preliminares indican un aumento constante del número de personas que reciben el tratamiento de elección. Según algunos cálculos estimativos, el 48% de las personas con infección por el VIH que reúnen los criterios para el tratamiento antirretroviral lo estaban recibiendo (sobre la base de las nuevas directrices de la OMS del 2013).

Control de la tuberculosis en las grandes ciudades

6. La tuberculosis sigue siendo una de los problemas de salud pública más importantes en América Latina y el Caribe, que afecta principalmente a los grupos poblacionales más pobres. Los datos nacionales de varios países muestran una concentración de los casos de tuberculosis en las grandes ciudades, donde la urbanización acelerada ha llevado a la creación de barrios urbanos pobres cuyos residentes son sumamente vulnerables a la enfermedad.

7. En respuesta a este reto, la Organización elaboró un innovador marco para el control de la tuberculosis en grandes ciudades, en el que se procura incluir a las autoridades nacionales y locales en la lucha contra tuberculosis, y se incorporan los enfoques intersectoriales, la atención a los determinantes sociales de la salud y la protección social para los pacientes con tuberculosis y sus familias. La iniciativa se está poniendo a prueba inicialmente en tres ciudades: Bogotá (Colombia), Guarulhos (Brasil) y Lima (Perú). Las intervenciones en curso contemplan:

- la participación de múltiples prestadores de servicios de salud en las actividades de control de la tuberculosis, tanto públicos como privados, así como de farmacias, profesionales de la medicina tradicional y el sistema penal;
- la incorporación de otros actores sociales en las actividades de control como la capacitación para los agentes sanitarios de la comunidad, las mesas redonda de debate y el apoyo social para las familias; y
- los enfoques integrados al nivel primario de la atención con programas como aquellos dirigidos a la diabetes, la salud mental, la infección por el VIH/sida, el género, la diversidad cultural y otros temas.

8. La aplicación del marco ha generado un compromiso político firme y la participación activa de las autoridades de diferentes sectores, incluidas las instancias normativas nacionales y locales, los alcaldes de las ciudades, la sociedad civil y el sector privado. La tuberculosis representa ahora una prioridad en la planificación del gobierno en los municipios de Guarulhos en el Estado de São Paulo, Agostino y San Juan de Lurigancho en Lima, y Uribe en Bogotá. Este compromiso se ha traducido, por primera vez, en asignaciones presupuestarias de fondos municipales al control de la tuberculosis, lo que representa un paso alentador. En los próximos meses, se prevé que habrá datos sobre el número adicional de casos detectados y curados, así como sobre la repercusión

en cuanto a la mortalidad y los determinantes de la salud. En la actualidad se está planificando ampliar a otras ciudades de la Región este nuevo enfoque de cooperación técnica para la prevención y el control de la tuberculosis.

Intervención integrada para las helmintiasis transmitidas por contacto con el suelo

9. La Oficina combinó sus conocimientos técnicos especializados sobre las enfermedades tropicales desatendidas y las enfermedades prevenibles mediante la vacunación en apoyo de los esfuerzos de integración de la desparasitación para eliminar las helmintiasis transmitidas por contacto con el suelo con las actividades de vacunación emprendidas durante la Semana de la Vacunación en las Américas correspondiente al 2014. Se proporcionó capital inicial y orientación técnica a fin de ayudar a los países a poner en marcha campañas integradas que incluyan los componentes de seguimiento y evaluación. Como resultado de estos esfuerzos, Honduras llevó a delante su primera campaña nacional para desparasitar y vacunar a la población infantil, que llegó a unos 800.000 menores de 5 años, y Nicaragua integró un nuevo componente para la vigilancia rápida de la cobertura en su campaña nacional en curso para la desparasitación y la vacunación, dirigida a 345.000 menores de 5 años.

10. El número de países que integraron la desparasitación con las actividades de la Semana de Vacunación ha aumentado de tres países (Haití, México y Nicaragua), que desparasitaron a 4,6 millones de niños en edad preescolar en el 2010, a seis países (Belice, Haití, Honduras, México, Nicaragua y la República Dominicana,), que desparasitaron a 6,3 millones de niños en el 2013. Se planifica una mayor expansión de esta innovadora intervención.

Novedades con respecto a la oncocercosis, el tracoma y la enfermedad de Chagas

11. Con la cooperación técnica de la Oficina, en el 2013 Colombia se convirtió en el primer país del mundo que ha sido certificado por la OMS como libre de oncocercosis. Colombia también puso en marcha una nueva campaña con el propósito de realizar intervenciones quirúrgicas para corregir la triquiasis tracomatosa (crecimiento de la pestaña hacia adentro a raíz de un tracoma), como una medida de prevención de la ceguera a fin de acelerar la eliminación del tracoma. Además, durante el período de este informe, Ecuador solicitó a la OMS y la OPS comenzar el proceso de verificación a fin de que se certifique al país como libre de oncocercosis. A este respecto, un equipo internacional de verificación visitó el país y recomendó a la Directora General de la OMS que Ecuador puede ser certificado como libre de oncocercosis.

12. En la lucha contra la enfermedad de Chagas, la Oficina dirigió iniciativas de cooperación subregional Sur-Sur¹ en las que se promovieron medidas de control de

¹ La Iniciativa Subregional Cono Sur de Eliminación de *Triatoma infestans* y la Interrupción de la Tripanosomiasis Americana Transfusional (INCOSUR/Chagas), Iniciativa de los Países de Centroamérica y México para la Interrupción de la Transmisión Vectorial, Transfusional y Atención Médica de la Enfermedad de Chagas (IPCAM), la Iniciativa Andina de Control de la Transmisión

vectores, el tamizaje universal de donantes en los bancos de sangre, y una mejor calidad y cobertura de la atención médica. Estos esfuerzos llevaron en último término a que 17 países certificaran la interrupción de la transmisión del Chagas por el principal vector en todo el territorio o en algunas zonas geográficas específicas en el 2013, alcanzándose así una meta regional establecida anteriormente.

Promoción del avance contra la malaria

13. Los datos preliminares de los 21 países con endemidad de la Región indican que durante el 2013 se notificaron 427.035 casos de malaria, lo que representa una reducción del 64% con respecto a los casos notificados en el 2000. Trece de esos países informaron disminuciones de más del 75%, lo que significa que se logrará el Objetivo de Desarrollo del Milenio relativo a la malaria para el 2015. Sin embargo, en Guyana, Venezuela y Haití se informó un aumento de los casos. Siete países de la Región (Argentina, Belice, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México y Paraguay) han entrado en la fase previa a la eliminación. Además, en el 2013 los países de toda Centroamérica y de la isla La Española se comprometieron a eliminar la malaria de su territorio para el 2020. La Oficina brindó apoyo a la elaboración conceptual de la Iniciativa para la Eliminación de la Malaria en Mesoamérica y La Española, según la cual nueve países (Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá y la República Dominicana) recibirán el financiamiento inicial para acelerar la eliminación de la malaria. La Oficina desempeñó una función crucial al coordinar a los diversos interesados directos y garantizar la validez técnica de la propuesta final.

14. Brasil, Guayana Francesa, Guyana, Suriname y Venezuela comparten el macizo o escudo guayanés, una formación geológica en la costa del norte de América del Sur. En esta zona, conocida por sus reservas de oro, la minería es la principal fuente de empleo, con un movimiento transfronterizo concomitante entre zonas en las que prevalece la transmisión de la malaria, pero donde es limitado el acceso a los servicios de salud. Como consecuencia del aumento de la incidencia de la malaria en Guyana y Venezuela, la OPS ha reforzado su cooperación técnica en el macizo y está colaborando estrechamente con el Instituto Pasteur en la Guayana Francesa, que ha sido designado como centro colaborador de la OMS para la malaria. Además, como en Guyana y Suriname se ha informado una presunta eficacia menor de la artemisina, se han puesto en marcha algunos ensayos de eficacia, y se está elaborando una estrategia y plan para la prevención, contención y eliminación de la posible aparición de resistencia.

15. En el Día del Paludismo en las Américas (6 de noviembre del 2013), la Organización premió a tres Campeones contra el Paludismo en las Américas por sus innovadores esfuerzos que han contribuido considerablemente a superar los retos que presenta la malaria a nivel de país. El Proyecto Malaria Colombia recibió la distinción por mejorar la salud en una zona netamente indígena y crear capacidad local sostenible

Vectorial y Transfusional, y la Atención Médica de la Enfermedad de Chagas (IPA), y la Iniciativa Intergubernamental de Vigilancia y Prevención de la Enfermedad de Chagas en la Amazonia (AMCHA).

para la prevención y el control de la malaria mediante la capacitación del personal local de salud. El Centro Nacional para el Control de las Enfermedades Tropicales de la República Dominicana recibió el reconocimiento, entre otras cosas, por su uso innovador de la tecnología para tratar los casos individuales de malaria, por su estrecha colaboración con los interesados directos tanto del sector de la salud como de otros sectores (como el turismo, la agricultura y la construcción), y por el manejo integrado de vectores que también contribuye al control del dengue y la eliminación de la filariasis linfática. A la Secretaría de Salud del Estado de Acre (Brasil) se le entregó el reconocimiento por su liderazgo en la reducción de la malaria y sus esfuerzos innovadores para abordar otros problemas de salud, como la filariasis linfática y la enfermedad de Chagas. El concurso de los Campeones contra el Paludismo en las Américas es una iniciativa de la Oficina en coordinación con la Fundación de la OPS, la Universidad George Washington y la Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins.

Promoción de la eliminación del cólera en La Española

16. La Oficina ha prestado apoyo al control y la eliminación del cólera en Haití y la República Dominicana desde que comenzó la epidemia en el 2010. Durante el período de este informe, ese apoyo incluyó la cooperación técnica directa por intermedio de la representaciones de la OPS/OMS en los dos países, y la movilización de recursos y asistencia técnica adicional por intermedio de la Coalición Regional sobre Agua y Saneamiento para Eliminar la Transmisión del Cólera en La Española, de la cual la Oficina actúa como secretaria.

17. Las iniciativas para la eliminación de la epidemia de cólera en Haití y la República Dominicana están produciendo resultados positivos. El número de casos de cólera notificados en Haití ha disminuido de 352.033 en el 2011 a 58.809 en el 2013, lo que representa una reducción del 83%. Las tendencias de morbilidad indican que la disminución continúa en el 2014, dado que solo se notificaron 6.513 casos en los seis primeros meses del año. Debido a las iniciativas para mejorar la detección y el tratamiento rápido, la letalidad del cólera se ha reducido del 16,7% en el 2011 a menos del 1% en el 2013. Además, en la República Dominicana la epidemia del cólera ha disminuido considerablemente, de 20.840 casos notificados en el 2013 a solo 178 casos en los seis primeros meses del 2014.

18. En el 2014, la Organización siguió demostrando su firme compromiso con la prestación de apoyo técnico de la mejor calidad a Haití y la República Dominicana. Se prestó cooperación técnica a una campaña de vacunación contra el cólera en seis comunas haitianas consideradas de alto riesgo para el cólera y a una campaña de saneamiento total puesta en marcha en varias comunas por el gobierno haitiano y el Secretario General de las Naciones Unidas, Ban Ki Moon. Se calcula que se vacunará contra el cólera a alrededor de 200.000 personas, mientras que la campaña de saneamiento llegará a por lo menos 700.000 viviendas. En abril, la Organización se asoció con el UNICEF para convocar una reunión entre expertos mundiales sobre el cólera y funcionarios del Ministerio de Salud Pública y Población y de la Dirección

Nacional de Saneamiento y Agua (DINEPA) de Haití. En las deliberaciones técnicas se llegó a la conclusión de que la eliminación del cólera se logrará probablemente en 10 años y de que era crucial que aumentaran las inversiones para ampliar la cobertura del agua potable y el saneamiento en las zonas urbanas y rurales.

Tecnología móvil para vigilar la calidad del agua

19. La Organización facilitó la transferencia tecnológica de un innovador sistema de vigilancia de la calidad del agua llamado SIS-KLOR (sistema de vigilancia del cloro residual) de Haití a la República Dominicana. El sistema utiliza los mensajes de texto (SMS) para transmitir información en tiempo real recopilada por medio de los equipos a cargo de obtener y evaluar muestras de agua. La Representación de la OPS/OMS en la República Dominicana colaboró con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Instituto Nacional de Aguas Potables y Alcantarillados para adaptar el sistema a las necesidades de ese país de información oportuna sobre el estado de la desinfección del agua en las zonas urbanas y rurales. SIS-KLOR, una tecnología móvil de bajo costo que puede usarse en zonas remotas y de acceso difícil, fue una de las innovaciones que surgieron de la respuesta al terremoto de Haití del 2010, mediante alianzas entre la Oficina y DINEPA, el Ministerio de Educación Nacional y Formación Profesional, el UNICEF y organizaciones no gubernamentales.

Vigilancia basada en el riesgo para la fiebre aftosa

20. La ausencia de casos clínicos de fiebre aftosa en los dos últimos años es testimonio del éxito del Plan Hemisférico de Erradicación de la Fiebre Aftosa (PHEFA) en la Región de las Américas. Sin embargo, la aparición en el 2011 de un importante brote en Paraguay mostró el riesgo continuo de circulación viral en la Región y la necesidad fundamental de fortalecer los programas nacionales para garantizar la detección oportuna de cualquier circulación del virus.

21. El Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA), en Rio de Janeiro (Brasil), está afrontando este reto al elaborar, probar sobre el terreno y promover estrategias de vigilancia basadas en el riesgo encaminadas a aumentar el umbral de detección de la fiebre aftosa, al mismo tiempo que se vela por el uso eficaz de recursos. Las estrategias innovadoras basadas en el riesgo, que también se dirigen a la gripe, se han convertido en importantes instrumentos que apoyan la adopción de decisiones por parte de los países con respecto a la gestión de riesgos para la salud pública que surgen en el punto de contacto humano, animal y ambiental. Al fortalecer la capacidad del país de detectar rápidamente los riesgos para la salud pública e informar sobre ellos, estos nuevos instrumentos también contribuyen a fortalecer las capacidades básicas para la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005).

22. A fin de garantizar el apoyo continuo a las iniciativas de erradicación de la fiebre aftosa, incluida la coordinación del Plan de Acción 2011-2020 de PHEFA, la

Organización ha establecido un fondo fiduciario como otro mecanismo de financiamiento.

Nuevas herramientas para determinar los costos de la vacunación

23. El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) es uno de éxitos panamericanos de salud pública más importantes de la Región. De proporcionar en sus primeros años las vacunas contra seis enfermedades de la niñez, hoy en día el programa ha ampliado su cartera hasta incluir 14 vacunas. Sin embargo, los mayores costos asociados con la introducción de nuevas vacunas más costosas y el aumento de la población destinataria requieren de una consideración más cuidadosa de la eficiencia operativa cuando se elaboran planes de acción anuales. En vista de ello, en el 2013 la Organización llevó a cabo una revisión de la plantilla del plan de acción del PAI, introducida en los años setenta, con el objeto de asegurar la congruencia en cuanto a la presentación de informes y de elaborar un método más sólido para definir presupuestos mediante ejercicios periódicos de determinación de costos de los programas ordinarios de suministro. Los Estados Miembros habían determinado que este tema era prioritario dadas las inquietudes en relación con la sostenibilidad programática y la necesidad de demostrar el uso eficaz de los recursos para mejorar aún más la movilización de recursos. En consecuencia, la Organización instrumentó una nueva herramienta para acompañar la plantilla del plan de acción del PAI llamada COSTVAC, que sirve de apoyo a los equipos del PAI en la recopilación de datos sobre los costos de vacunación en todos los niveles de los programas y permite calcular los costos totales de administrar la vacunación en un año determinado a fin de elaborar presupuestos más exactos.

24. Se han realizado pruebas a nivel de país tanto con COSTVAC como con la plantilla revisada del plan de acción del PAI y se han empezado a usar estos instrumentos, con comentarios positivos. Todos los países recibieron la plantilla actualizada para facilitar la planificación en el 2014. Honduras fue uno de los primeros países del mundo en realizar un análisis integral de los costos de la vacunación ordinaria utilizando COSTVAC y los resultados de su análisis han sido fundamentales para elaborar planes de sostenibilidad antes de que el país pueda graduarse del programa de financiamiento de la Alianza GAVI. Brasil está actualmente implementando COSTVAC y otros países, como Guyana y Perú, han solicitado apoyo para la introducción de estas nuevas herramientas actualizadas.

Uso de las tecnologías de la información y la comunicación en los programas de vacunación

25. Garantizar la costoeficacia de los programas de vacunación requiere contar con información oportuna y de calidad, al igual que con análisis sistemáticos de los datos, para que la adopción de decisiones se pueda fundamentar en la evidencia. La cooperación técnica que la Oficina proporciona a los Estados Miembros en esta área incluye orientación sobre la utilización de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación. Los Estados Miembros están empezando a ejecutar innovaciones como los

tableros de control y los registros de vacunación electrónicos, que permitirán mejorar el seguimiento de la cobertura de la vacunación. A fin de simplificar y mejorar el uso de estos registros, será importante procurar que estos registros se elaboren en el contexto de las estrategias nacionales de *eSalud* y que sean compatibles con otros sistemas de información de salud, como los registro de nacimientos, y que se ejecuten, evalúen y financien adecuadamente.

Capítulo II. Las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo

Enfoques integrados contra las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo

26. Las enfermedades no transmisibles (ENT) constituyen la principal causa de enfermedad y muerte en la Región de las Américas, y representan tres de cada cuatro muertes, más de un tercio en las personas de 30 a 69 años. Con la cooperación técnica de la Oficina, los países de la Región están elaborando y ejecutando políticas y programas en los que se aplican los enfoques amplios e integrados de la prevención y el control de las ENT y sus factores de riesgo. Tras la aprobación en el 2013 del *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020* de la OMS, la OPS puso en marcha su propio *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles* para el período 2013-2019, adaptado a las necesidades de la Región, en el que se brinda orientación para la cooperación técnica sobre las ENT a mediano plazo.

27. Sobre la base del marco mundial y el regional, varios países han examinado recientemente sus planes nacionales contra las ENT con el apoyo de la Oficina. En el 2013, Belice, Costa Rica, Ecuador y Paraguay examinaron sus planes nacionales y mantuvieron un diálogo con las organizaciones no gubernamentales y el sector privado para establecer metas nacionales. En Costa Rica, donde en el 2011 se había informado que el 50% de la población no realizaba actividad física, el 36% registraba sobrepeso y el 26% presentaba obesidad, el Ministerio de Salud elaboró una estrategia nacional para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo para el período 2013-2021, y un plan de acción nacional conexo. La Oficina está también proporcionando orientación técnica y legal para ayudar al país a definir su marco normativo y crear condiciones favorables para la ejecución del plan. Esto incluye establecer el compromiso entre diferentes instituciones y sectores, en particular entre el sector de la educación y el sector privado, e incluirlos en las iniciativas para promover modos de vida saludables, mejorar la atención de las ENT y reglamentar la comercialización de alimentos.

28. En un intento por reducir la epidemia de la obesidad en la niñez y adultez, los países también han ampliado sus esfuerzos al poner en marcha legislación o reglamentación en torno a la alimentación sana. A este respecto, se introdujo legislación en Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica y Perú concebida para reducir el consumo en la niñez de alimentos procesados.

Proyecto mundial de tratamiento estandarizado de la hipertensión

29. La Oficina y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, en colaboración con otros interesados directos, encabezaron el proyecto mundial para estandarizar el tratamiento de la hipertensión, una iniciativa innovadora que tiene como propósito elaborar y poner en marcha un marco para el

tratamiento estandarizado de la hipertensión. La iniciativa se apoya en tres pilares principales: *a)* determinación de un grupo básico de medicamentos esenciales para tratar la hipertensión, *b)* aumento de la disponibilidad de estos medicamentos, y *c)* mejoramiento de la atención de la hipertensión. La Oficina contribuyó al diseño del proyecto, y ha forjado alianzas con los interesados directos y los ministerios de salud a fin de promover su aplicación. Además, los medicamentos seleccionados se agregaron a la lista de los insumos disponibles para la compra mediante el Fondo Estratégico de la OPS. Las enseñanzas de la aplicación del marco en la Región de las Américas ayudarán a facilitar su ejecución a escala mundial.

Envejecimiento y enfermedades crónicas

30. Se prevé que el número de adultos de más de 60 años en la Región de las Américas se duplicará y pasará de 100 millones en el 2006 a 200 millones en el 2020. El aumento conexo en las enfermedades crónicas no transmisibles y las necesidades de atención constituirá un reto tanto para los sistemas de salud como para las familias. A fin de afrontarlo, la OPS ha estado colaborando con los asociados para que los Estados Miembros pongan en marcha el programa de autocuidado de las enfermedades crónicas. Este programa consiste en talleres basados en la comunidad y a cargo de personas de la misma edad en los que se enseña a los adultos mayores a tratar sus afecciones crónicas, en coordinación con los equipos de atención de salud, y se fomenta que sigan siendo miembros activos de la sociedad. Los datos procedentes de los países piloto indican que los participantes en estos programas mejoran su estado de salud, su comportamiento con respecto a la salud y su autocuidado, y recurren menos a las salas de urgencias. Argentina, Chile, Paraguay y la República Dominicana están usando actualmente el modelo de atención de las enfermedades crónicas a escala nacional a fin de mejorar la calidad de la atención de las afecciones crónicas, además de que se brindó capacitación nacional a profesionales de la salud en el manejo de las enfermedades crónicas en Argentina, Brasil, Chile y Colombia. La Organización se propone aumentar progresivamente la ejecución del programa, comenzando por 600 talleres a nivel comunitario en siete países a lo largo de un período de 18 meses.

Innovaciones en la tecnología para el tamizaje del cáncer cervicouterino

31. El cáncer cervicouterino sigue siendo uno de los tipos principales de cáncer en la mujer en América Latina y el Caribe, aunque es sumamente prevenible. La Oficina ha estado impulsando la aplicación de una nueva tecnología, la prueba de ADN del virus de los papilomas humanos (VPH), para mejorar la eficacia de los programas de tamizaje.

32. A fines del 2013, la OPS y la OMS emitieron nuevas directrices basadas en la evidencia sobre la detección del cáncer cervicouterino, en las que se incluyó el uso de la prueba de ADN del VPH como una importante herramienta de tamizaje. La Oficina luego organizó una serie de diálogos de política con múltiples interesados directos en Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala y Nicaragua para difundir la nueva evidencia y analizar los cambios en las políticas. Esto llevó a la elaboración y puesta en marcha, con

el apoyo de la Oficina, de nuevas políticas y planes nacionales de tamizaje en los que se apoyaban los programas de tamizaje basados en la prueba de ADN del VPH. La Oficina está además dirigiendo un proyecto experimental sobre la prueba de ADN del VPH en San Vicente y las Granadinas y Saint Kitts y Nevis, y está preparando una guía programática sobre la planificación, la ejecución y la evaluación de los programas basados en la nueva tecnología, haciendo hincapié en las experiencias en entornos de ingresos bajos y medianos.

33. La Oficina también facilitó una serie de eventos para intercambiar la información científica y las experiencias de los países, incluida una reunión regional con interesados directos de 20 países y seis organizaciones internacionales, y un diálogo del sector público y privado con fabricantes de la prueba de ADN del VPH sobre cómo hacer las pruebas más asequibles y accesibles. Como resultado de ese diálogo, la Oficina está trabajando para establecer criterios y normas a fin de incluir las pruebas del VPH en el Fondo Estratégico de la OPS, lo que permitiría a los Estados Miembros adquirir estas pruebas a precios asequibles.

34. El cambio hacia una tecnología más nueva presentará diversos retos, como la modificación de las prácticas de los prestadores de servicios de salud que deberán pasar de una modalidad de tamizaje bien establecida a un nuevo régimen diferente, en el cual las mujeres se someten al tamizaje a una edad mayor, con menor frecuencia y con un método distinto. El proceso también incluirá cambios en el papel y las funciones de los citólogos y los auxiliares de laboratorio de citología, cuyas carreras y capacitación se han basado en los enfoques tradicionales de tamizaje utilizando el frotis de Papanicolaou. La incorporación de nuevas tecnologías representará nuevos costos, aunque una vez que estén establecidas, las pruebas del VPH serán más costoeficaces que el tamizaje tradicional. A medida que los países avancen con las pruebas del VPH, la Oficina tendrá que promover el uso de la evidencia en la toma de decisiones, ayudar a adaptar las prácticas de los prestadores y encontrar maneras de reducir los costos.

Reducción de los factores de riesgo de las ENT

35. La Oficina apoyó las medidas tomadas por los Estados Miembros para reducir el costo de las ENT en el marco de la *Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, 2012-2025* en la que se establecen cuatro objetivos estratégicos, a saber, las políticas y alianzas; los factores de riesgo y factores protectores; la respuesta del sistema de salud; y la vigilancia e investigación. Gran parte de esta labor se ha centrado en reducir los cuatro factores principales de riesgo de las ENT: el consumo de tabaco, el régimen alimentario poco saludable, la inactividad física y el consumo nocivo de alcohol. Durante el período de este informe, la Organización patrocinó algunos proyectos como los que se detallan a continuación.

36. En el 2013, México, que registra el consumo de refrescos por habitante más alto del mundo y una de las tasas más elevadas de defunción por diabetes, aprobó una nueva ley mediante la cual se establecieron impuestos sobre las bebidas azucaradas como una

medida de salud pública para reducir la demanda. En esta ley se establece un impuesto de 1 peso por litro a las bebidas azucaradas, tanto en forma líquida como en polvo, así como un impuesto del 8% sobre los alimentos hiperprocesados e hipercalóricos (“comida chatarra”). En la ley también se contemplan nuevas restricciones a la publicidad de productos alimenticios insalubres dirigida a los niños y nuevos requisitos para el etiquetado de los alimentos. Los ingresos generados por los nuevos impuestos se usarán para proporcionar agua segura en escuelas de todo México.

37. Este logro histórico fue resultado de los esfuerzos conjuntos por parte de los grupos de sociedad civil, incluida la Alianza por la Salud Alimentaria y el Poder del Consumidor, el Instituto Nacional de Salud Pública de México, las autoridades sanitarias y los legisladores. La Oficina brindó apoyo a la promoción a favor de la legislación al organizar tres foros especiales: un “foro económico”, un “foro legislativo” y un “foro de los medios”, con la participación de expertos y formuladores de políticas del ámbito internacional. Además, la Oficina compiló las pruebas científicas, elaboró notas descriptivas sobre el uso de las políticas fiscales para modificar las pautas de consumo a favor de opciones más saludables, y facilitó el diálogo entre el gobierno y la sociedad civil. En el futuro, México deberá afrontar el reto de que sus nuevos requisitos de etiquetado se ajusten a las nuevas directrices de la OMS sobre el consumo de azúcar, actualmente en elaboración.

38. En Panamá, la Oficina empezó a colaborar en el 2012 con el Ministerio de Salud a fin de fortalecer los mecanismos nacionales y regionales para controlar el comercio ilícito de productos de tabaco. A mediados del 2013, estos esfuerzos se ampliaron para incluir la colaboración en la creación de intervenciones que permitiesen abordar los efectos nocivos para la salud del consumo de tabaco. El país está usando los impuestos al tabaco para financiar un nuevo plan de trabajo que será ejecutado por el Ministerio de Salud con la asistencia técnica, logística y de compras de la Oficina. Además, Panamá ha usado los impuestos al tabaco para financiar actividades tanto nacionales como regionales en torno a la reglamentación, la vigilancia y el control del tabaco, así como sobre las enfermedades crónicas asociadas con el consumo y la exposición al humo ajeno del tabaco.

39. Las actividades de Panamá cumplen las disposiciones clave del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT OMS) y también contribuyen al logro de los mandatos del Consejo Directivo de la OPS con respecto a la ejecución del CMCT OMS en la Región de las Américas. Panamá fue reconocido por su sólido liderazgo en el control del tabaco en mayo del 2014, cuando la Directora General de la OMS, la doctora Margaret Chan, entregó al Ministerio de Salud de Panamá el premio especial del Director General de la OMS en el marco del Día Mundial Sin Tabaco.

40. En Perú, una asociación entre el gobierno y la sociedad civil encabezada por el Ministerio de Salud y la Comisión Nacional Permanente de Lucha Antitabáquica (COLAT Perú) colaboró para la aprobación de las enmiendas a la Ley General para la Prevención y el Control de los Riesgos del Consumo del Tabaco, lo que aseguró que la

ley estuviera en consonancia con el CMCT OMS. La nueva legislación hizo que Perú estuviera totalmente libre del humo de tabaco en los lugares públicos cerrados, aumentó el tamaño de las advertencias de salud en los productos de tabaco y prohibió la venta de paquetes con menos de diez cigarrillos. La asociación recibió el apoyo de la organización Campaign for Tobacco-Free Kids, la Unión Internacional Contra la Tuberculosis y las Enfermedades Respiratorias, y la OPS/OMS.

41. Diecisiete países han adoptado ahora legislación que prohíbe fumar en todos los lugares públicos y todos los lugares de trabajo (tanto públicos como privados), en consonancia con el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Nueve países han puesto en marcha políticas nacionales para promover un régimen alimentario saludable y la actividad física de conformidad con las directrices de la OPS/OMS: Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Perú y Uruguay.

Novedades en los servicios de apoyo a la salud mental

42. La cooperación técnica de la Oficina para aumentar el acceso al tratamiento de los trastornos de salud mental y mejorar la calidad de los servicios conexos involucra a los usuarios de los servicios de salud mental y sus familias como participantes activos en el proceso de atención. En colaboración con el Ministerio de Salud de Brasil, la Oficina organizó una reunión regional con representantes de las organizaciones de usuarios y familiares para intercambiar experiencias personales e institucionales sobre los derechos humanos, la autonomía y el empoderamiento de los usuarios y sus familias, y para promover su participación en las decisiones relacionadas con la atención de la salud mental. Unos 100 representantes de 18 países² participaron en esta reunión, primera en su tipo, en octubre del 2013.

43. En el Consenso de Brasilia, que surgió de esta reunión, se insta a que los países emprendan medidas concretas a fin de aplicar los principios internacionales sobre la salud mental y los derechos humanos, de establecer y fortalecer las asociaciones de usuarios y sus familias, y de crear una red regional de estas asociaciones. Sobre la base de esta experiencia, la Oficina y la OMS están examinando la posibilidad de organizar una reunión similar a nivel mundial.

Prevención de los traumatismos relacionados con el alcohol en la Región de las Américas

44. La Organización coordinó una investigación colaborativa sobre el papel del consumo del alcohol en los traumatismos no mortales tratados en las salas de urgencias. Diez países³ aplicaron el mismo protocolo para investigar el riesgo relativo de padecer un traumatismo relacionado con el alcohol en los hombres y las mujeres de más de 18 años

² Argentina, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Suriname .

³ Argentina, Brasil, Canadá, Estados Unidos, Guatemala, Guyana, México, Nicaragua, Panamá y la República Dominicana.

de edad. Los datos se analizaron por intermedio de una asociación con dos centros colaboradores de la OPS/OMS en México y Estados Unidos. Los resultados se resumieron y se publicaron, junto con las recomendaciones basadas en la evidencia, en diciembre del 2013 en el libro *Prevención de los traumatismos relacionados con el alcohol en las Américas: de los datos probatorios a la acción política*. En esta publicación se documenta la importante carga que representa el consumo de alcohol para los sistemas de salud y las sociedades en su conjunto, y se describen distintas maneras de reducir los traumatismos relacionados con el alcohol, como la aplicación de políticas costoeficaces a fin de reducir el consumo perjudicial de alcohol tanto a nivel poblacional como individual.

45. La Oficina también elaboró un conjunto de seis cursos en línea en los que se brinda apoyo a la formulación y aplicación de la política en materia de consumo de alcohol, de manera de ayudar a formar la capacidad de los profesionales de salud de detectar y tratar el consumo excesivo de alcohol, especialmente en entornos de atención primaria de salud. Los cursos gratuitos abarcan las políticas en materia de alcohol y drogas, la detección de problemas de consumo de alcohol y drogas, y el uso de “intervenciones breves”. México, Guatemala y Uruguay han puesto en marcha estos cursos y los están complementando con sesiones presenciales de capacitación y seminarios por internet dictados en asociación con importantes universidades, expertos locales, los consejos nacionales contra el consumo de drogas y los centros colaboradores de la OPS/OMS.

Observatorio sobre el suicidio para Centroamérica y la República Dominicana

46. Cada año, más de 800.000 personas se suicidan en todo el mundo y el 76% de estas defunciones ocurren en países de ingresos bajos y medianos. El suicidio es la segunda causa principal de muerte en las personas de 15 a 29 años y es una causa significativa de muerte a lo largo de la vida en personas de todas las edades. La prevalencia y las características del comportamiento suicida y los métodos de suicidio varían mucho entre las distintas comunidades y grupos demográficos. Esto hace que sea esencial contar con información actualizada sobre el suicidio para que se puedan elaborar procedimientos preventivos eficaces.

47. En Centroamérica, los datos sobre el suicidio presentan problemas a raíz de la subnotificación y la considerable heterogeneidad de los métodos de recopilación, lo que obstaculiza la evaluación fiable del tema. Para abordar estos problemas, la Oficina se asoció con el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y la República Dominicana (COMISCA) con el propósito de crear un observatorio sobre el suicidio. Puesto en marcha en diciembre del 2013, este nuevo observatorio proporciona una plataforma virtual para recabar información oportuna sobre el comportamiento suicida a fin de brindar apoyo a la planificación basada en la evidencia y de permitir a los países abordar los factores de riesgo con mayor eficacia.

48. Hasta la fecha, seis países⁴ han empezado a introducir en la plataforma los datos desde el 2010 hasta el presente, usando un conjunto común de variables. La Oficina está prestando apoyo técnico y de fortalecimiento de la capacidad para este proceso, y luego continuará con la parte de seguimiento y evaluación. Además, la Oficina se propone ampliar esta red, primera en su tipo en la Región, a otros países a fin de ayudar a mejorar la calidad de los datos de registro civil sobre el suicidio.

Evaluación de la funcionalidad de las personas con discapacidades

49. Con el objeto de mejorar la recopilación de datos sobre las discapacidades, el Ministerio de Salud de Chile, con la asistencia técnica de la Oficina, creó un instrumento para evaluar el desempeño de las actividades cotidianas por parte de las personas con alguna discapacidad. Este instrumento, conocido como IVADEC-CIF, se basa en el marco de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), y puede usarse para evaluar el grado de discapacidad así como los efectos de las intervenciones.

50. IVADEC-CIF ha sido concebido para ser aplicado en los entornos comunitarios y ser usado como autoevaluación por parte de las personas con alguna discapacidad o por los informantes importantes. La información cualitativa suministrada por la persona se analiza y se convierte en indicadores cuantitativos, que incluyen los índices de discapacidad y de desempeño, y las razones de dependencia y movilidad, entre otros.

51. IVADEC-CIF contribuye de diversas maneras a mejorar la atención de las personas con alguna discapacidad. A nivel clínico, sirve de apoyo a la transición hacia un enfoque biopsicosocial al permitir un análisis del desempeño en el contexto comunitario. También proporciona una manera de medir los efectos de las tecnologías de apoyo y los medicamentos. A nivel de los sistemas de información y gestión, facilita la armonización de los sistemas nacionales para la calificación y la certificación de las discapacidades con evaluaciones de las repercusiones de las políticas sobre las discapacidades y la rehabilitación. Además, la evaluación puede facilitar la inclusión o la reformulación de las preguntas sobre discapacidad en las encuestas poblacionales. Por último, contribuye al diagnóstico y el análisis de la situación a fin de elaborar perfiles locales sobre la discapacidad. La adaptación, el uso y la aplicación de este instrumento en otros Estados Miembros serán abordados por la Oficina.

Acción interprogramática sobre la enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica

52. En los últimos años, la enfermedad renal crónica no relacionada con los riesgos tradicionales como la diabetes y la hipertensión ha surgido como una importante causa de discapacidad y muerte prematura en algunas comunidades agrícolas de Centroamérica. Esta enfermedad renal crónica de causa desconocida afecta principalmente a los hombres

⁴ Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y la República Dominicana.

adultos jóvenes en comunidades agrícolas que ya padecen desventajas socioeconómicas. A fin de impulsar las intervenciones basadas en la evidencia para abordar esta epidemia, la Oficina ha llevado adelante una iniciativa de cooperación técnica interprogramática que ha permitido reunir recursos e iniciar el diálogo entre los equipos de investigación, los responsables de las políticas y los grupos con intereses especiales.

53. En respuesta a una propuesta de El Salvador, la Oficina elaboró un documento conceptual en el que se describen las repercusiones y los retos de la enfermedad renal crónica en Centroamérica, y se hace un llamamiento a la actuación internacional urgente. Este pronunciamiento, que reafirmó la Declaración de El Salvador firmada por los países centroamericanos en abril del 2013, fue adoptado formalmente por el 52.º Consejo Directivo de la OPS en octubre del 2013. Un número cada vez mayor de grupos de investigación, incluidos los centros colaboradores de la OPS/OMS, ha comenzado a investigar sobre el terreno. La Oficina está brindando apoyo a la elaboración de un temario integral de investigación para aumentar los conocimientos acerca de la historia natural de la enfermedad y sus posibles causas, que se someterá a la aprobación de los países afectados.

54. Además de aumentar los conocimientos sobre esta epidemia mediante la investigación, también es esencial fortalecer los sistemas de vigilancia de los riesgos ambientales y ocupacionales, examinar los marcos jurídicos sobre las enfermedades ocupacionales y la higiene, y poner en marcha políticas y medidas sólidas de salud pública, que beneficiarán a toda la población de los países afectados. Estas políticas deben incluir medidas para detener la exposición innecesaria a los posibles agentes nefrotóxicos y para mejorar las condiciones deficientes de trabajo y de vida que podrían causar nefropatías o aumentar el daño a los riñones ya sensibles. Además es igualmente importante tener en cuenta el reto de proporcionar el acceso universal a la atención de salud, incluido el diagnóstico y el tratamiento tempranos, y el tratamiento adecuado de sustitución de la función renal en la etapa final de las nefropatías.

Capítulo III. Los determinantes de la salud y la promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida

Documentación de los casos de “cuasieventos” para evitar las muertes maternas

55. Cada año unos 10 millones de mujeres en todo el mundo quedan con secuelas o discapacidades graves debido a complicaciones relacionadas con el embarazo. Estos casos de morbilidad materna grave a menudo se denominan “cuasieventos” o “cuasidefunciones”, dado que son potencialmente mortales sin no se recibe un tratamiento oportuno y apropiado. Aunque se desconoce el número exacto de este tipo de casos en la Región de las Américas, la OPS calcula que por cada muerte materna, otras 20 mujeres, alrededor de 1,2 millones al año, padecen una complicación grave, casi mortal.

56. El Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR) de la OPS diseñó un nuevo modelo de registro basado en las variables definidas por la OMS para ayudar a los profesionales de la salud a prever y evitar complicaciones graves en la atención de las embarazadas. Esta herramienta proporciona instrucciones sobre cómo medir la magnitud y la gravedad de las complicaciones en cada caso, y cómo concientizar sobre estos casos al personal de salud, la comunidad científica y las universidades, así como a las embarazadas y sus familias. La herramienta se ha probado en 23 establecimientos de salud en 12 países de América Latina y el Caribe,⁵ con resultados positivos.

57. Este registro clínico se ha incorporado en el Sistema de Información Perinatal (SIP) y las variables incluidas en él se perfeccionarán y probarán en una investigación en múltiples países en el 2014. Además, en estos momentos se están desarrollando versiones del software del SIP para tecnología móvil y basadas en la web, lo que permitirá a los usuarios cumplir con todas las funciones del SIP desde una variedad de dispositivos, incluidas las PC de escritorio, las tabletas y los teléfonos celulares.

Uso de las tecnologías de la información y de la comunicación para mejorar la salud materna

58. Las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) brindan oportunidades innovadoras de mejorar la atención de salud, incluida la atención de las embarazadas para mejorar los resultados en cuanto a la salud materna. En seguimiento a una actividad paralela sobre las TIC y la salud de la mujer organizada por la Oficina y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en ocasión de la 12.^a Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, que tuvo lugar en octubre del 2013, la Organización está patrocinando un proyecto en la República Dominicana en el que se utilizan las TIC para aumentar la asistencia a las citas médicas en las etapas

⁵ Argentina, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay.

tempranas del embarazo, haciendo hincapié en las mujeres que viven en un entorno urbano en condiciones socioeconómicas difíciles.

59. La Oficina, con el financiamiento de la OMS, está colaborando con los ministerios nacionales responsables de la salud, la mujer y las tecnologías a fin de proporcionar dispositivos móviles de mano, crear el sistema de mensajes de texto para promover la salud, capacitar al personal de salud, establecer grupos de apoyo de la mujer, y hacer el seguimiento de la mayor asistencia a los consultorios y los resultados en cuanto a la salud materna. El proyecto ofrece múltiples beneficios, incluido el refuerzo de los conocimientos de los prestadores de asistencia sanitaria sobre el uso de las TIC, la igualdad de género, los derechos humanos y el empoderamiento de la mujer para que se convierta en una participante activa en la determinación de su propia salud.

60. Como parte de este proyecto intersectorial, que ha obtenido el apoyo de una empresa privada de tecnología, algunas organizaciones no gubernamentales prestarán servicios de extensión a las madres. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana prevé repetir el modelo en otras zonas sanitarias del país. Se está haciendo el seguimiento y la evaluación de manera activa, con miras a brindar apoyo a la introducción de proyectos similares en otros Estados Miembros.

Retos para reducir la mortalidad materna

61. Los datos del Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Materna muestran una reducción del 40% de la mortalidad materna en la Región de las Américas entre 1990 y el 2013. Si bien se trata de una reducción notable, que muestra que se está salvando la vida de más de 2.000 mujeres al año, dista mucho de cumplir con la reducción del 75% de la mortalidad materna establecida en el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM).

62. Aunque el acceso a la atención de salud ha estado aumentando en forma sostenida en la Región, la prevalencia de los partos domiciliarios desatendidos sigue siendo un importante reto para reducir la mortalidad materna. La falta de asistentes de partería capacitados pone a las mujeres y a sus bebés en grave riesgo, y contribuye a la carga alta de la mortalidad materna.

63. En un estudio reciente, *Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis* [causas generales de las defunciones maternas: análisis sistemático de la OMS], se llegó a la conclusión de que más de 1 cada 4 defunciones maternas son causadas por trastornos preexistentes como la diabetes, la infección por el VIH, la malaria y la obesidad, cuyos efectos para la salud pueden verse agravados por el embarazo.

64. Pese a los avances de los 20 últimos años, se debe intensificar la labor para prevenir los embarazos de adolescentes, los abortos, las defunciones maternas, las infecciones de transmisión sexual y el VIH, y reducir las importantes brechas en cuanto a

la disponibilidad y la calidad de la educación y los servicios de salud sexual para la población joven, al igual que el acceso a ellos, en especial en los países de ingresos bajos.

Retos para reducir la mortalidad neonatal

65. En la Región de las Américas, la tasa estimada de mortalidad neonatal se redujo un 56% y pasó de 18 a 8 muertes por 1.000 nacidos vivos entre 1990 y el 2010. Sin embargo, aumentó su contribución relativa con respecto a la mortalidad infantil, y la mortalidad neonatal actualmente representa el 57% de las defunciones en menores de 1 año y el 44% de las defunciones en menores de 5 años. Además, las causas de la mortalidad neonatal no han cambiado dado que más del 85% de las defunciones de recién nacidos se deben a la prematuridad, los defectos congénitos, la asfixia y las enfermedades infecciosas como la septicemia, la meningitis y el tétanos. Aunque existen intervenciones eficaces y de bajo costo para abordar la mayor parte de estas causas, la atención perinatal está atrasada en muchos casos. A fin de ayudar a los países a que mejoren la atención, la Oficina ha compilado, actualizado y difundido los datos probatorios sobre las intervenciones perinatales dentro del proceso continuo de la atención (preconcepción, prenatal, parto y posnatal). Con el propósito de evaluar la ejecución de esas intervenciones, CLAP/SMR ha diseñado una herramienta que se está probando en Colombia y Honduras antes de aplicarla a mayor escala. Las evaluaciones resultantes permitirán fundamentar la adopción de decisiones para mejorar la calidad de atención, en particular en las zonas y los grupos de población más vulnerables.

Convenio de Minamata sobre el Mercurio

66. El Convenio de Minamata sobre el Mercurio, un tratado internacional que fue abierto a la firma en octubre del 2013, tiene por objeto proteger la salud humana y el medioambiente de las emisiones y liberaciones antropogénicas de mercurio y compuestos de mercurio. La Oficina y la OMS apoyaron los esfuerzos para fortalecer la protección de la salud en el convenio al proporcionar análisis y participar en el Comité Intergubernamental de Negociación y las reuniones del Grupo de Países de América Latina y el Caribe (GRULAC).

67. En el Convenio de Minamata se asignan funciones importantes a la OMS (y, por consiguiente, a la OPS) y a los ministerios de salud. Se insta a la OMS y la OPS a que elaboren y ejecuten estrategias y programas para identificar y proteger a las poblaciones en riesgo de exposición al mercurio, y para promover la reducción progresiva del mercurio en los dispositivos y los productos médicos, como los antisépticos y los cosméticos para aclarar la piel.

68. La Oficina ya está promoviendo el reemplazo de los termómetros y los esfigmomanómetros con mercurio en los hospitales públicos como parte de sus actividades de cooperación técnica para proteger al personal de salud, conjuntamente con iniciativas de colaboración como la coalición Salud sin Daño y la red de centros colaboradores de la OMS sobre la salud ocupacional. En consonancia con el convenio, la

Oficina y la OMS están brindando apoyo a la elaboración de una estrategia de salud para los planes nacionales de acción a fin de eliminar o reducir el uso de mercurio en la extracción de oro a pequeña escala. La Oficina también ayudará a difundir las directrices de la OMS sobre los niveles de exposición al mercurio y a promover el intercambio de información en la Región, como se dispone en el convenio.

69. En mayo del 2014, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución WHA67.11, *Repercusiones de la exposición al mercurio y a los compuestos mercuriales en la salud pública: la función de la OMS y de los ministerios de salud pública en la aplicación del Convenio de Minamata*. Esta resolución guiará y facilitará la labor de la Oficina y de la OMS con los Estados Miembros, el Comité Intergubernamental de Negociación, la Conferencia de las Partes, el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo para el Medio Ambiente Mundial (FMAM) y otras organizaciones internacionales a fin de promover las disposiciones del convenio en los Estados Miembros.

Seguimiento de la exposición a los carcinógenos por medio de CAREX

70. La Organización ha estado trabajando con los Estados Miembros para crear y ampliar la base de datos regional de CAREX (EXposición a los CARcinógenos), en la que se registra quiénes están expuestos a carcinógenos en el lugar de trabajo, además de dónde y cómo están expuestos. CAREX suministra información importante para la formulación de políticas y recomendaciones de salud pública sobre la prevención de los cánceres ocupacionales y las herramientas para el control de la exposición. Originalmente creada por el Instituto Finlandés de Salud Ocupacional y el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC), CAREX fue adaptada para América Latina y el Caribe por el Instituto Regional de Estudios en Sustancias Tóxicas (IRET), un centro colaborador de la OPS/OMS en la Universidad Nacional de Costa Rica.

71. La Oficina ha encabezado varias actividades para ayudar a los Estados Miembros a crear sus propias bases de datos de CAREX, como cursos en línea, seminarios por internet y campañas promocionales. En mayo del 2014, la Oficina organizó un taller regional sobre CAREX en Colombia dirigido a participantes de 13 países, en colaboración con CAREX de Canadá, el Instituto Nacional del Cáncer de Colombia y centros colaboradores de la OPS/OMS en Brasil, Chile, Colombia y Costa Rica.

72. Hasta la fecha, CAREX se ha puesto en marcha en Canadá, Colombia, Costa Rica, Guatemala, Nicaragua y Panamá. Se prevé que otros diez países y territorios⁶ de la Región pongan en marcha bases de datos de CAREX para el 2015. Además de apoyar estos esfuerzos, la Oficina seguirá colaborando con los Estados Miembros, otros organismos de Naciones Unidas y la Organización de los Estados Americanos (OEA), los

⁶ Bahamas, Bonaire, Chile, Curaçao, El Salvador, México, Perú, San Eustaquio, Trinidad y Tabago y Venezuela.

interesados directos y las redes para formar la capacidad de vigilar, documentar y abordar los cánceres ocupacionales y otros trastornos y tendencias que afectan la salud de los trabajadores.

Capítulo IV. Los sistemas de salud

Hoja de ruta regional para lograr el progreso hacia la cobertura universal de salud

73. Los países de la Región de las Américas tienen una tradición de larga data de metas compartidas en la esfera de la salud pública, lo que refleja un compromiso panamericano colectivo destinado a hacer avanzar la salud para todos en la Región. No obstante, la meta más reciente, y una de las más ambiciosas adoptada hasta ahora por los Estados Miembros de la OPS, es la de lograr la cobertura universal de salud.

74. La cobertura universal de salud significa que todas las personas y comunidades tienen acceso equitativo a los servicios de salud integrales,⁷ de buena calidad y centrados en la persona que se necesitan a lo largo del ciclo de vida, sin dificultades financieras. Los países de la Región reafirmaron su compromiso con esta meta en el 52.º Consejo Directivo de la OPS en el 2013 y solicitaron que se presentara una estrategia regional hacia su logro para la aprobación del 53.º Consejo Directivo en el 2014.

75. El proceso de elaborar esta estrategia ha sido intersectorial e inclusivo, y ha contado con la participación de expertos mundiales y regionales, la sociedad civil y otros interesados directos clave mediante consultas nacionales y debates en foros subregionales y regionales. Este proceso consultivo ha movilizado la voluntad política y el compromiso de los Estados Miembros, y ha ampliado la labor de la Oficina en la definición de las políticas y las directrices para las actividades a nivel nacional.

76. En la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* se definen las condiciones que permitirán a los países de la Región de las Américas orientar sus políticas y medir el progreso hacia el logro del acceso universal a los servicios y la cobertura universal de salud. En la estrategia se establecen cuatro líneas clave de acción, a saber: *a)* ampliación del acceso equitativo a servicios de salud integrales, de buena calidad y centrados en las personas y las comunidades; *b)* fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza; *c)* aumento y mejora del financiamiento, con equidad y eficiencia, y avance hacia la eliminación del pago directo en el punto del servicio que se convierte en una barrera para el acceso; y *d)* fortalecimiento de la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud.

77. La estrategia es también una guía para que los países hagan el seguimiento y la evaluación de su progreso hacia la cobertura universal, de acuerdo con el diálogo en evolución sobre las metas de salud en la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015.

⁷ Esto comprende los servicios e intervenciones para promover la salud, prevenir la enfermedad, brindar atención a las enfermedades (diagnóstico, tratamiento y rehabilitación), y proporcionar los cuidados necesarios a corto, mediano y largo plazo.

Perfil regulatorio básico de la Plataforma Regional sobre Acceso e Innovación para Tecnologías Sanitarias (PRAIS)

78. Aunque el valor de aprovechar el intercambio de información en la esfera de la salud pública está bien establecido, la complejidad de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación, así como de las tecnologías sanitarias emergentes, representan nuevos retos para el intercambio eficaz de conocimientos entre los interesados directos. El nuevo perfil regulatorio básico que se presenta en la Plataforma Regional sobre Acceso e Innovación para Tecnologías Sanitarias de la OPS (PRAIS) facilita la sistematización y el análisis de datos reglamentarios básicos para ayudar a definir las prioridades de cooperación técnica y determinar las lagunas en el conocimiento, mientras que al mismo tiempo se aumenta la transparencia entre los interesados directos. Actualmente, todos los Estados Miembros de la OPS participan en la plataforma, que tiene 1.038 miembros y 268 instituciones en su registro.

79. El perfil regulatorio básico para la Región de las Américas se elaboró utilizando metadatos de 25 países y un conjunto de indicadores básicos para una variedad de capacidades, desde la regulación hasta la evaluación de la evidencia acerca de la eficacia y la seguridad de los medicamentos, lo que facilitará la evaluación comparativa y el seguimiento de las iniciativas para fortalecer estas capacidades. La primera publicación de los perfiles básicos reglamentarios para los países, en abril del 2014 en el Boletín del Observatorio-PRAIS, tenía por objeto ayudar a impulsar los procesos regulatorios regionales para asegurar la disponibilidad de tecnologías sanitarias de buena calidad, garantizadas, seguras y eficaces, además del acceso a ellas. En la actualidad, veintisiete Estados Miembros participan en el Observatorio y aportan información sobre sus capacidades de regulación.

80. A medida que los Estados Miembros mejoran sus capacidades de regulación, la Oficina también se beneficia de autoridades reguladoras nacionales más fuertes y de la utilización de la información acerca de sus autorizaciones de comercialización a fin de ampliar los criterios de selección de las ofertas presentadas al Fondo Estratégico de la OPS y aumentar su base de proveedores calificados. La sistematización de las capacidades de regulación también ha ayudado a determinar y abordar las lagunas en el conocimiento que exigen colaboración a través de distintos sectores, por ejemplo, con respecto a los medicamentos para tratar las enfermedades no transmisibles y el uso de inmunosupresores en los trasplantes. Además, la Oficina ha agrupado a las autoridades reguladoras y a los integrantes de la Red de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de las Américas (RedETSA) para facilitar el establecimiento de una base de conocimientos más sólida destinada a administrar las tecnologías sanitarias.

81. Un importante reto para el fortalecimiento de la capacidad de regulación reside en la amplia variación de la capacidad existente en los Estados Miembros y los requisitos especiales de los diferentes sistemas nacionales de salud. En el continente americano, algunos países son reconocidos como líderes en el ámbito de la regulación relacionada con la salud, mientras que otros están trabajando para mejorar sus políticas y sus recursos

básicos a fin de proteger eficazmente a sus poblaciones. En vista de los recursos limitados en estos últimos países, es importante para la Oficina colaborar estrechamente con ellos a fin de identificar y fortalecer las funciones esenciales de regulación. Para afrontar estos desafíos, la Oficina está colaborando con los asociados en la elaboración de modelos reguladores alternativos basados en las mejores prácticas y mandatos internacionales, y está facilitando la cooperación bilateral y multilateral entre países.

Sistematización del trabajo de los comités de ética de la investigación

82. La plataforma ProEthos es una iniciativa conjunta de la Oficina Sanitaria Panamericana, la Universidad Católica Pontificia de Chile y el Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME). Con la plataforma se busca sistematizar los procedimientos de los comités de ética encargados de la evaluación de la investigación con sujetos humanos, con el objeto de mejorar la calidad, la transparencia y la eficiencia de su trabajo. En marzo del 2013 se inició un proyecto piloto con varios comités de investigación en cuatro Estados Miembros de la OPS. En el período que corresponde a la presentación de este informe, se mejoró aun más la plataforma con miras a hacerla sostenible, gratuita y de código abierto para uso por los comités de ética de la investigación. La plataforma representa un modelo sostenible para la cooperación técnica en la esfera de la bioética, y se actualizará y mejorará mediante la interacción con los Estados Miembros y la colaboración de una red de instituciones de investigación.

***Mais Médicos*: cooperación técnica para ampliar el acceso a la atención de salud**

83. La Oficina Sanitaria Panamericana ha desempeñado una función importante al facilitar las iniciativas emprendidas en Brasil para ampliar acceso a la atención de salud mediante el programa *Mais Médicos* [más médicos]. Este innovador programa se estableció luego de un estudio efectuado por el Instituto Brasileño de Investigación Económica Aplicada (IPEA, 2011) en el que se mostró que el 58% de los brasileños consideraban la escasez de médicos como el problema más grande en el Sistema Único de Salud (SUS) del país. En ese momento, Brasil informaba que la proporción entre el número de médicos y la población era de 1,8 médicos por 1.000 habitantes, lo que representaba una escasez de aproximadamente 168.424 médicos en todo el país. Esta escasez era especialmente notable en la Amazonia y las zonas rurales.

84. El programa *Mais Médicos* procura remediar el problema de la insuficiencia de médicos y su distribución desigual, por medio de tres líneas principales de acción:

- suministro de médicos en caso de emergencia a zonas prioritarias del SUS a través de “llamados de interés” nacionales e internacionales y la cooperación internacional;
- reestructuración de las unidades de salud básicas del país; y

- aumento del número de médicos y residentes que siguen estudios de posgrado, haciendo hincapié en la capacitación en atención primaria de salud.

85. De conformidad con una serie de acuerdos, la Oficina, el Ministerio de Salud de Brasil y el Gobierno de Cuba han colaborado para llevar a la práctica las disposiciones de emergencia a corto plazo del programa, orientadas a aumentar la cobertura y el acceso a los servicios del SUS. Para mediados del 2014, los médicos cubanos representaban más del 80% de todos los médicos que participaban en el programa.

86. La Oficina está brindando apoyo activamente al seguimiento y la evaluación de los elementos de cooperación técnica del programa *Mais Médicos* de los cuales es responsable. También se propone documentar y publicar una serie de mejores prácticas y enseñanzas basadas en las experiencias recabadas de la aplicación de esta modalidad de cooperación técnica.

Formación de recursos humanos para la salud por medio de una Clínica Virtual Docente

87. Como parte de sus actividades para avanzar hacia la cobertura universal de salud, los países de la Región de las Américas deben superar tanto la escasez en el número de recursos humanos para la salud, como su distribución desigual. Algunos de estos desafíos se están afrontando mediante el uso de tecnologías de ciberaprendizaje y telemedicina para reducir el aislamiento profesional, a fin de brindar oportunidades de bajo costo para mantener y mejorar aun más la competencia clínica y velar por el mejoramiento de la calidad de la atención en las zonas rurales y de difícil acceso.

88. Por intermedio de la Clínica Virtual Docente, que forma parte del Campus Virtual de Salud Pública de la OPS, los profesionales y los técnicos de salud ahora pueden recibir capacitación en su lugar de trabajo mediante módulos de autoaprendizaje que incluyen sesiones de preguntas y respuestas con expertos, discusiones clínicas, galerías de fotos, estudios de casos, seminarios y conferencias, e información clínica actualizada.

89. En el 2013, la Clínica Virtual Docente empezó a funcionar de forma experimental en Argentina, Colombia y Panamá y, posteriormente, fue ampliada a Bolivia y Paraguay. En Panamá, más de 220 profesionales de la salud de zonas remotas tuvieron acceso a la Clínica Virtual Docente usando computadoras personales, computadoras portátiles y tabletas o teléfonos inteligentes. En total, más de 400 profesionales de la salud han participado en esta nueva iniciativa.

90. Los casos clínicos y muchas de las preguntas que surgen de la fase piloto se han publicado en línea y, hasta mediados del 2014, habían atraído a más de 4.200 visitantes. En términos generales, un total de 5.952 profesionales y técnicos de la salud terminaron los cursos autodidácticos y tutoriales a través del Campus Virtual de la OPS en el 2013. Se prevé que, en el futuro, se podrán correlacionar las mejoras en los recursos humanos

para la salud y la mayor utilización del ciberaprendizaje y las tecnologías de ciber salud con las mejoras en la calidad de la atención en nuestros Estados Miembros.

91. Los países que actualmente tienen un nodo en el Campus Virtual de Salud Pública de la OPS tienen también un portal en la web con funciones administrativas y de gestión del conocimiento, así como la capacidad de compartir recursos educativos mediante la Biblioteca Virtual de Salud. La incorporación de la nueva Clínica Virtual Docente en estos portales permitirá usar este modelo de capacitación y de consulta para fortalecer las competencias clínicas de los equipos de salud, por medio de tecnologías en internet y móviles. La Clínica Virtual Docente también ayudará a crear una comunidad de expertos y especialistas que pueden interactuar y ayudar a los profesionales que se encuentran en las zonas rurales y de difícil acceso. Sin embargo, para garantizar el uso pleno de estos y otros nuevos instrumentos de la tecnología de la información y las comunicaciones para la salud pública, es importante seguir mejorando la infraestructura tecnológica disponible en los establecimientos de salud. El acceso a internet es fundamental para asegurar que el personal de salud de las zonas remotas pueda tener acceso al Campus Virtual de la OPS y a otros servicios similares para reducir las lagunas en el acceso al conocimiento, mejorar la calidad de la atención y ayudar a que los países avancen hacia la cobertura universal de salud.

Capítulo V. La preparación, vigilancia y respuesta

Instalaciones de atención de salud inteligentes en el Caribe

92. Entre los efectos nocivos para la salud del cambio climático se encuentran las interrupciones en los servicios de salud causadas por los climas extremos y los desastres relacionados con el mal tiempo. En el Caribe, una zona expuesta a riesgos de desastres, el sector de la salud está sujeto a repercusiones directas e indirectas de estos eventos. Por ejemplo, una tormenta grave ocurrida en diciembre del 2013 en San Vicente y las Granadinas generó gastos para el sector de la salud estimados en US\$ 2,1 millones, ocasionó serios daños en el único hospital de referencia del país e inundó muchos de sus 39 dispensarios distritales.

93. La Oficina colaboró con los interesados directos de los países del Caribe para innovar mediante la aplicación de la nueva iniciativa de hospitales inteligentes. Al apoyarse en la Iniciativa Hospitales Seguros se promueve un distanciamiento del modelo tradicional de respuesta a los desastres a favor de uno que procura reducir al mínimo los efectos de los desastres sobre la salud, mediante adaptación al clima, medidas de mitigación y preparativos. También procura reducir el impacto ambiental del sector de la salud, uno de los mayores consumidores de energía.

94. Hasta la fecha, los resultados clave de la iniciativa han sido:

- una caja de herramientas para guiar la ejecución de las medidas de mitigación del cambio climático en las instalaciones de atención de salud existentes;
- el análisis de costos y beneficios de adaptar un hospital a los cambios climáticos mediante medidas respetuosas del medioambiente y que los preparen para resistir los efectos de los desastres; y
- ejecución de dos sitios de demostración de establecimientos de salud inteligentes, en el Hospital Georgetown en San Vicente y las Granadinas y el Pogson Hospital en Saint Kitts y Nevis.

95. La iniciativa ya ha reducido el uso y los costos de la energía en estos establecimientos de salud. Por ejemplo, el Hospital Georgetown en San Vicente y las Granadinas ha informado una reducción del 60% de su consumo energético. La iniciativa también está contribuyendo a reducir las emisiones de gases de efecto invernadero y el impacto ambiental general, así como a mejorar la seguridad y la accesibilidad, mejorar la calidad del aire en locales cerrados y aumentar los niveles de satisfacción del personal hospitalario, los pacientes y los visitantes. La OPS está alentando encarecidamente la aplicación de los principios y elementos clave de la iniciativa de hospitales inteligentes al diseño de establecimientos de salud nuevos como se está haciendo, por ejemplo, con el nuevo hospital de referencia que se construirá en Dominica.

96. La iniciativa de hospitales inteligentes también está ayudando a mejorar la toma de conciencia en los países acerca del cambio climático, la adaptación y la mitigación, así como de los problemas ambientales, y ha catalizado el interés y la participación más allá del sector de la salud. Varios países han venido promoviendo el concepto de “tornarlos inteligentes” para los proyectos de infraestructura con los asociados en el desarrollo y aplicándolo a las “comunidades inteligentes”, las “escuelas inteligentes” y los “hoteles inteligentes”.

Retos para los hospitales seguros frente a los desastres

97. La Iniciativa de Hospitales Seguros ha estimulado a algunos países, como Colombia, México y Perú, a que inviertan miles de millones de dólares para mejorar la seguridad de los establecimientos de salud, tanto nuevos como existentes. Sin embargo, en muchos países, sigue siendo un reto lograr que todos los establecimientos de salud nuevos sean seguros en caso de desastres y mejorar los establecimientos existentes, principalmente debido a las limitaciones financieras y las prioridades en pugna. Para impulsar el progreso en esta área, la Oficina Sanitaria Panamericana está elaborando un tablero de control en línea para hacer el seguimiento de los nuevos establecimientos de salud, planificados y previstos; además, está tratando de llegar a acuerdos con las instituciones financieras internacionales y los organismos de desarrollo para que se incluyan los criterios de hospitales seguros en los instrumentos de financiamiento.

Sala de situación sanitaria virtual en Chocó (Colombia)

98. Colombia es el tercer país más vulnerable del mundo a los desastres naturales, dado que la mayoría de sus habitantes viven en zonas expuestas a alto riesgo de terremotos, deslizamientos de tierra, tsunamis o erupciones volcánicas. El país también tiene el mayor número de personas desplazadas internamente, alrededor de 4,9 a 5,5 millones, muchas de las cuales viven en zonas propensas a inundaciones y deslizamientos de tierra que abarcan el 65% del territorio nacional.

99. Este perfil de amenazas tiene una repercusión considerable en el estado de salud, especialmente en las personas desplazadas internamente, quienes se enfrentan a limitaciones extremas en el acceso a los servicios que salvan vidas. El Departamento de Chocó es uno de los más desfavorecidos a este respecto, y sus tasas de mortalidad neonatal e infantil son dos veces más elevadas que los niveles nacionales. Por otro lado, el personal de salud y el que trabaja en cuestiones de desastres, tienen acceso limitado a las comunidades afectadas y a la información sanitaria de emergencia para la toma de decisiones.

100. Para abordar estos temas, la Oficina Sanitaria Panamericana y la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas (OCHA) se asociaron con las autoridades colombianas para fortalecer la sala virtual de situación sanitaria establecida con anterioridad. La iniciativa, basada en la web, facilita el seguimiento en tiempo real de las emergencias y los desastres que tengan posible repercusión en la salud

pública en el Departamento de Chocó. Los líderes comunitarios y el público en general pueden conectarse a la sala virtual como voluntarios, lo cual facilitará la participación de las comunidades remotas y ampliará la información y el conocimiento disponibles para apoyar la toma de decisiones y la respuesta eficaz.

Nuevas iniciativas para apoyar la respuesta a los desastres y la reducción de riesgos

101. Reconociendo que tanto la respuesta nacional como la cooperación internacional en materia de salud en caso de desastres podrían mejorarse considerablemente mediante el establecimiento de un mecanismo regional de registro con criterios comunes acerca de la composición, aptitudes y equipamiento esencial para los equipos de respuesta, así como procesos claramente definidos para su movilización, la Oficina ha diseñado y actualmente está llevando a cabo pruebas piloto para una nueva plataforma denominada Operaciones de Salud en Emergencias (HOPE, por su sigla en inglés), para facilitar el registro de los equipos de respuesta internacional. Además, se preparó una guía para un equipo de asistencia médica del Caribe, que está en proceso de arbitraje editorial. Además, en colaboración con la OMS se elaboraron normas para los equipos de respuesta formados por personal médico extranjero. Estas iniciativas se fortalecerán aun más dado que esta línea de trabajo está incluida en el plan de trabajo bienal de la Oficina Sanitaria Panamericana, 2014-2015.

Preparativos para eventos multitudinarios

102. En su calidad de anfitrión de la Copa Mundial de la FIFA del 2014, Brasil enfrentó el reto de preparar su sistema y sus servicios de salud pública para uno de los mayores eventos multitudinarios del mundo, que atrae a millones de espectadores, jugadores y funcionarios. El país emprendió una serie de actividades para prevenir, reducir al mínimo y responder a las posibles emergencias de salud pública. La Secretaría de Vigilancia Sanitaria, con el apoyo de la Oficina y la Universidad Internacional de Florida, elaboró un plan para la preparación y la respuesta a las emergencias de salud pública que utilizó el sistema de comando de incidentes como un mecanismo para movilizar y coordinar el Centro de Operaciones de Emergencia de la Secretaría de Vigilancia Sanitaria. Las autoridades también elaboraron planes de contingencia para las emergencias de salud pública, además de protocolos y procedimientos relacionados con las inundaciones, las sequías, el dengue y la leptospirosis.

103. Para formar capacidad humana, la Secretaría de Vigilancia Sanitaria, la Secretaría de Atención Sanitaria (SAS) y la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA), con el apoyo de la Oficina y la Compañía de Tecnología de Saneamiento Ambiental del Estado de São Paulo (CETESB, un centro colaborador de la OPS/OMS sobre emergencias químicas), elaboraron un curso de capacitación sobre la respuesta a eventos químicos, biológicos, radiológicos y nucleares. El curso se impartió en los 12 estados donde se celebrarían los partidos de la Copa Mundial para fortalecer las actividades relacionadas con la salud, entre otras, vigilancia epidemiológica, seguimiento ambiental, promoción de la salud, atención de salud y procedimientos de laboratorio.

104. Apoyándose en estas iniciativas, la Oficina y Brasil están elaborando una plataforma de educación a distancia para poner a disposición los cursos sobre emergencias y desastres en lugares remotos, en particular en la Amazonia.

Capítulo VI. Los servicios corporativos y las funciones habilitadoras

Fortalecimiento de la cooperación centrada en los países

105. En el período de junio a diciembre del 2013, se llevó a cabo una evaluación de la ejecución en la Región de las Américas de la política de la OMS sobre cooperación centrada en los países, de la que surgieron recomendaciones para fortalecer la cooperación centrada en los países que presta la Organización. Esta evaluación fue la segunda de su tipo para la Oficina. En el 2003 se había efectuado una evaluación anterior de la política cuando se estableció la unidad de Apoyo a la Atención Centrada en los Países. Esta evaluación más reciente impulsó importantes actividades de seguimiento.

106. En enero del 2014, de conformidad con las recomendaciones formuladas en el informe de evaluación, se cambió el nombre de la unidad de Apoyo a la Atención Centrada en los Países, que pasó a llamarse Coordinación de Países y Subregiones (CSC); además, se la reestructuró para reflejar de manera apropiada sus funciones más analíticas y estratégicas, y hacerla converger mejor con el plan de ejecución de alto nivel de la reforma de la OMS.

107. La Organización tiene una trayectoria larga y encomiable de contribuciones a la cooperación técnica entre países, en particular mediante su modelo de cooperación triangular. También ha promovido con éxito y ha brindado apoyo a la cooperación Sur-Sur. Consciente de que tanto la cooperación internacional en la esfera de la salud como el concepto de la cooperación técnica entre los países en desarrollo han evolucionado con el transcurso del tiempo hacia un concepto más amplio de la cooperación entre países y asociaciones horizontales, en octubre del 2013 los Estados Miembros de la OPS aprobaron una nueva política y una resolución sobre la cooperación para el desarrollo de la salud en la Región. La Oficina ya ha empezado a aplicar esta política con el establecimiento de un grupo de estudio sobre la cooperación entre los países para el desarrollo sanitario y también ha emprendido una evaluación de su cooperación técnica entre países en el período 2008-2013. Se formularon recomendaciones para que esta modalidad de cooperación técnica sea más estratégica y fomente mecanismos complementarios de desarrollo y de cooperación en la esfera de la salud, a fin de seguir avanzando en la agenda regional y mundial para la salud.

108. Esta modalidad más amplia mejorará la pericia en cuanto al desarrollo de la salud y generará nuevos modelos para las iniciativas futuras de colaboración, en particular para afrontar los desafíos asociados con la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015. La Oficina tiene características únicas para impulsar esta nueva modalidad de cooperación técnica dada su función de muchos años como entidad con capacidad de convocatoria de los principales interesados directos de la Región en la esfera de la salud pública.

Retos para la cooperación técnica subregional

109. Los procesos y las entidades de integración subregional en la Región de las Américas tienen una larga trayectoria, que se remonta a mediados del siglo XX. Estos procesos y entidades representan a agrupaciones políticas de los países mediante los cuales los Estados Miembros de la OPS abordan conjuntamente los problemas, intercambian experiencias y colaboran entre ellos. Dada la importancia de su poder político y de toma de decisiones y el hecho de que brindan una importante oportunidad de fortalecer la cooperación técnica, a lo largo de los años la Oficina ha analizado y adoptado diferentes mecanismos para interactuar y cooperar con estos procesos.

110. Un importante reto futuro reside en la simplificación de la cooperación técnica subregional de la Oficina para potenciar al máximo su repercusión y contribuir a procesos de integración más eficientes y eficaces, a medida que los Estados Miembros se organizan en grupos que atraviesan las subregiones geográficas tradicionales. La estrategia subregional de cooperación técnica de la OPS debe, por consiguiente, aprovechar las oportunidades de trabajar de manera estratégica con estos procesos de integración, al tiempo que evitan la duplicación de esfuerzos y garantizan un uso eficaz de los limitados recursos.

Cooperación técnica en torno a la legislación relacionada con la salud

111. La legislación relacionada con la salud es una herramienta que cobra cada vez mayor importancia para promover la equidad en materia de salud y el acceso a los bienes y servicios de salud, así como para proteger y promover el derecho a la salud. Los ámbitos específicos de particular interés para el trabajo de la Oficina son el control del tabaco, los alimentos saludables, los entornos saludables y seguros, la salud de los trabajadores y los derechos de los grupos vulnerables.

112. Durante el período abarcado por este informe, la Oficina organizó varias reuniones técnicas regionales y subregionales sobre la legislación relacionada con la salud en Centroamérica, América del Sur y el Caribe. Más de 150 participantes de ministerios de salud, organismos legislativos y judiciales, oficinas de derechos humanos, la comunidad académica, organismos internacionales y organizaciones de la sociedad civil abordaron la elaboración y la revisión de las leyes y los reglamentos relacionados con la salud, y formularon una serie de recomendaciones para esta esfera de trabajo. A título de seguimiento, la Oficina colaborará con los asociados y mediante la cooperación Sur-Sur a fin de brindar su apoyo a los esfuerzos de los países para:

- elaborar o modificar las leyes y los reglamentos nacionales relativos a la mercadotecnia y el consumo de productos nocivos y potencialmente nocivos, la creación de ambientes saludables y la promoción de la alimentación saludable;

- eliminar las barreras legales en el acceso a los servicios de salud relativas a la identidad de género, la etnicidad y los factores socioeconómicos determinantes de la salud;
- aplicar y reformar la legislación existente, según corresponda, de conformidad con los instrumentos internacionales aplicables a los Estados Miembros de la OPS, para proteger el derecho a la salud y los derechos humanos relacionados, además de promover la colaboración entre el sector de la salud y las autoridades tributarias, los legisladores y otros sectores;
- impartir capacitación y orientación para el personal de salud así como para los jueces y los legisladores sobre temas de salud y los aspectos de derechos humanos de la legislación; y
- fortalecer las iniciativas legislativas en colaboración con las organizaciones internacionales y regionales, las universidades, la sociedad civil y el sector privado, según corresponda.

113. A petición de los Estados Miembros y para fortalecer su cooperación técnica en esta área, la Oficina elaboró la *Estrategia sobre legislación relacionada con la salud* que se someterá a la consideración del 53.º Consejo Directivo de la OPS. En la estrategia se proponen, entre otras medidas, la recopilación de datos y la creación de nuevas bases de datos, programas de capacitación, manuales y otras herramientas para brindar apoyo a la reforma legislativa en los Estados Miembros.

Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana (PMIS)

114. Durante el período abarcado por este informe, la Oficina continuó con el desarrollo en su nuevo Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana (PMIS) con la finalidad de asegurar una infraestructura administrativa más ágil y eficiente en el futuro.

115. A finales del 2013, la Oficina firmó varios contratos con diversos proveedores de software en especialidades como recursos humanos y gestión financiera, planificación y presupuesto, y de servicios de gestión del cambio. La Oficina también contrató a directores del proyecto, tanto externos como internos, constituyó un equipo de implementación del PMIS y lo capacitó; además, formuló planes detallados para el trabajo, la capacitación y la gestión del cambio. La fase de ejecución, iniciada en enero del 2014, incluye una serie de sesiones de diseño dirigidas por un consultor externo con la participación de personal de recursos humanos, nómina de sueldos, equipo del PMIS y otros, como funcionarios técnicos y administradores de las representaciones en los países.

116. Se prevé que los primeros componentes del sistema, el de gestión de recursos humanos y el de nómina de sueldos, estén en pleno funcionamiento para fines del 2014. Se espera que el componente de gestión financiera esté funcionando para fines del 2015,

mientras que el módulo de planificación y presupuestación se implementará en el transcurso del 2014 y el 2015.

117. Cuando el PMIS esté totalmente implementado, garantizará la simplificación de los procesos y contribuirá a mejorar la eficiencia, la transparencia y la rendición de cuentas.

Promoción de la ética en la OPS

118. El valor y la importancia de la ética en la cultura institucional de la Oficina así como la función crucial y las responsabilidades del personal en este asunto han sido subrayados por la gerencia. Con la finalidad de apoyar este énfasis renovado, la Oficina de Ética emprendió dos nuevas iniciativas para aumentar la conciencia del personal sobre los aspectos éticos. Estas consisten en un nuevo programa de revelación de conflicto de intereses y la asignación de nuevos puntos focales de país para el Sistema de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos de la OPS (SGAIC).

119. La finalidad del nuevo programa de revelación de los conflictos de intereses es la de procurar que los intereses personales del personal no interfieran con sus responsabilidades oficiales ni socaven la integridad de la Organización. La Oficina de Ética ha elaborado un cuestionario de declaración de intereses que ofrecerá a ciertos funcionarios seleccionados, que tienen vínculos y actividades fuera de la OPS, la oportunidad de revelar anualmente toda la información pertinente que permita a la Oficina de Ética determinar posibles conflictos de intereses.

120. Por primera vez en la historia de la OPS, se establecieron nuevos puntos focales del SGAIC en las representaciones de la OPS y en los centros panamericanos. Cada punto focal sirve de fuente informal y confidencial de ayuda para el personal que afronta los desafíos de un lugar de trabajo difícil o cuestiones éticas, y deriva al personal a los recursos apropiados del SGAIC en la Sede para que reciba orientación y tome medidas, según sea necesario.

121. Además, se prepararon varios folletos informativos que abarcan algunos temas específicos como el conflicto de intereses, el empleo y las actividades externas, regalos y hospitalidad. Los folletos, que se distribuirán en breve, sirven para recordarle al personal las políticas de la Organización de manera clara y sucinta en áreas donde el personal suele enfrentar dilemas éticos.

Retos para la movilización futura de recursos

122. Los recursos destinados a la cooperación para el desarrollo se están volviendo cada vez más difíciles de movilizar, en especial para los países de ingresos medianos de América Latina y el Caribe y, en consecuencia, es indispensable que la OPS amplíe su base de apoyo más allá sus asociados tradicionales y establezca nuevos métodos de movilización de recursos. Esto exigirá que la Oficina exponga mejor la notable historia

de la OPS a los posibles asociados nuevos y mejore la capacidad del personal en toda la Organización de forjar relaciones más diversificadas con los inversionistas no tradicionales en cuestiones sociales y de salud. A este respecto, se ha definido una nueva estrategia de comunicaciones para la Organización con la intención de que la OPS sea conocida mejor y resulte más atractiva para los posibles asociados.

123. El entorno cambiante del financiamiento, junto con la variedad de actores influyentes que invierten en la salud y el desarrollo, exige ahora métodos de participación innovadores y diferentes. La antigua Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF) fue revitalizada y se le ha dado un nuevo nombre, Fundación de la OPS. Este cambio de nombre y la renovación de la identidad de marca reflejan la misión clara y la relación más sólida de la Fundación con la OPS como asociado filantrópico de la Organización. Para la Oficina se trata de una prioridad explícita a fin de movilizar los recursos requeridos para cerrar la brecha de financiamiento y alcanzar los objetivos del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, mediante la reestructuración y la reorganización de departamentos específicos, y la contratación de personal nuevo con el talento pertinente y las aptitudes y competencias profesionales que la Organización necesita actualmente.

Conclusiones

124. Los aspectos destacados presentados en este informe ilustran una amplia gama de ideas, enfoques y herramientas innovadores utilizados en la prestación de nuestra cooperación técnica durante el último año. En el informe también se dirige la atención hacia algunos de los retos que deberá enfrentar la Oficina y su trabajo con los Estados Miembros en el cercano y mediano plazo, que exigirán nuevos métodos de prestación de nuestra cooperación técnica. Podemos prever un ambiente cambiante en la cooperación técnica, a medida que los Estados Miembros siguen fortaleciendo su propia capacidad de liderazgo de salud pública, actores nuevos entran en el campo de la cooperación internacional de salud y los donantes modifican sus prioridades o sus propias condiciones financieras varían. El programa inconcluso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio nos exigirá que intensifiquemos nuestros esfuerzos para lograr las metas de los ODM que todavía no se han alcanzado a los niveles regional, nacional o subnacional, mientras que al mismo tiempo se garantiza que la salud siga siendo un tema fundamental de la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015. A esto se suman las transformaciones sociales, económicas, ambientales, geopolíticas, científicas y tecnológicas que están impulsando el cambio en maneras que repercutirán drásticamente sobre el trabajo de la Organización.

125. Todos estos retos ponen de relieve la necesidad fundamental de aplicar métodos innovadores de financiamiento y administración de las operaciones de la Oficina, y adaptación de sus programas a las necesidades de los Estados Miembros, tanto de manera individual como conjunta. De acuerdo con los enfoques de toda la sociedad y de todo el gobierno que son esenciales para afrontar los retos de salud, la Oficina también necesitará examinar nuevas asociaciones con otros sectores, con otros organismos bilaterales y multilaterales y con posibles asociados a los que aun no se ha recurrido dentro de la Región de las Américas y en otras regiones.

126. A medida que la Organización innova y se adapta al cambio, también debe aprovechar sus logros pasados y la tradición de solidaridad panamericana que ha hecho esto posible. La OPS ha desempeñado una función primordial en el continente americano en la erradicación y la eliminación de enfermedades y en la interrupción de la transmisión. La meta recién respaldada del logro de la cobertura universal de salud refleja el compromiso continuo de la Región de alcanzar resultados históricos en el ámbito de la salud pública aun cuando las probabilidades de tener éxito sean desalentadoras.

127. Mirando hacia adelante, el liderazgo y el personal de la Oficina continúan firmemente comprometidos con la excelencia técnica, la mejora de la eficiencia y la eficacia institucionales, y la movilización de los recursos necesarios para facilitar y apoyar sus programas de cooperación técnica. La Oficina seguirá trabajando en estrecha colaboración con los Estados Miembros de la OPS y bajo su orientación para proseguir las metas conjuntas de salud pública que protegerán y mejorarán la vida de las personas de toda América.

Siglas y abreviaturas

ANVISA	Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (Brasil)
BIREME	Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud
CAREX	base de datos sobre exposición a carcinógenos
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos
CETESB	Compañía de Tecnología de Saneamiento Ambiental del Estado de São Paulo
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CIF	Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud
CIIC	Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer
CLAP/SMR	Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva
CMCT	Convenio Marco para el Control del Tabaco
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana
CSC	Oficina de Coordinación de Países y Subregiones
DCI	Dependencia Común de Inspección del sistema de las Naciones Unidas
ENT	enfermedades no transmisibles
FMMM	Fondo para el Medio Ambiente Mundial
GCTH	Grupo de Colaboración Técnica Horizontal sobre el VIH/sida en América Latina y el Caribe
GRULAC	Grupo de Países de América Latina y el Caribe
IPEA	Instituto de Investigación Económica Aplicada (Brasil)
IVADEC-CIF	Instrumento de valoración del desempeño en la comunidad, basado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud
OCHA	Oficina de las Naciones Unidas de Coordinación de Asuntos Humanitarios
OEA	Organización de los Estados Americanos
Oficina u OSP	Oficina Sanitaria Panamericana
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunización

PANAFTOSA	Centro Panamericano de Fiebre Aftosa
PHEFA	Programa Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa
PMIS	Sistema de Información Gerencial de la OSP
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PNUMA	Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente
PRAIS	Plataforma Regional de Acceso e Innovación para Tecnologías Sanitarias
RedETSA	Red de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de las Américas
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
SAS	Secretaría de Atención Sanitaria (Brasil)
SGAIC	Sistema de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos
SIP	Sistema de información perinatal
SUS	Sistema Único de Salud (Brasil)
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana
VPH	virus de los papilomas humanos

Agradecimientos

La Oficina Sanitaria Panamericana desea expresar su agradecimiento por el generoso apoyo recibido de sus Estados Miembros y de organismos e instituciones individuales como las siguientes:

Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos
Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
Alianza GAVI
Banco de Japón para la Cooperación Internacional
Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo
Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos
Colgate Palmolive Company
Comunidad Económica Europea
Conselho Nacional Pecuario
Cooperación Sueca para el Desarrollo Internacional
Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad Humana
Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
Fundación Bill y Melinda Gates
Fundación de la OPS
Fundación de las Naciones Unidas
Fundación de los CDC
Fundación Mundial de la Diabetes
Instituto de Vacunas Sabin
Oficina de las Naciones Unidas de Coordinación de Asuntos Humanitarios
Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del de Desastres
Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente
RAD-AID Internacional
Sanofi Espoir Foundation

- - -