

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 8.6 del orden del día provisional

CD53/INF/6

18 de agosto del 2014

Original: inglés/español*

INFORMES DE PROGRESO SOBRE ASUNTOS TÉCNICOS

CONTENIDO

A.	Estrategia y plan de acción sobre el cambio climático	2
B.	Plan de acción para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas	6
C.	Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave	10
D.	Estado de los Objetivos de Desarrollo del Milenio	18
E.	Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza	25
F.	Plan de acción de hospitales seguros	32
G.	Situación de los centros panamericanos	35

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

A. ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN SOBRE EL CAMBIO CLIMÁTICO

Antecedentes

1. En el presente informe se presentan los avances logrados durante los dos primeros años de ejecución de la *Estrategia y plan de acción sobre el cambio climático (1)*. El informe se centra en el progreso en torno a los cuatro objetivos generales: datos probatorios, concientización y educación, alianzas, y adaptación. El informe se basa en los resultados de dos importantes talleres en los que se abordó la ejecución de la estrategia y el plan de acción a fines del 2013: uno se celebró en México para todos los países de la Región de las Américas y contó con 24 países participantes, y el otro se celebró en Barbados para los países del Caribe y contó con 14 países participantes. En el informe se incluye además información proveniente de un cuestionario que se envió a los países sobre las medidas adoptadas (se han recibido 18 respuestas hasta la fecha). Esto abarca, en conjunto, aportes recibidos de 33 países.

Actualización sobre los avances

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

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

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

nacional; además varios países han ideado campañas de concientización dirigidas a la población en general. Los talleres celebrados en México y Barbados fueron útiles para concientizar y educar a algunos participantes clave de los ministerios de salud. En alianza con el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente y el Instituto Nacional de Salud Pública de México se presentó una comunidad de práctica sobre salud y cambio climático que ha empezado a funcionar con ciberseminarios.

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

6. **Adaptación** (*brindar apoyo a la evaluación de la vulnerabilidad de la población al cambio climático y determinar las intervenciones de adaptación*): la OPS brindó apoyo a los países al realizar su propia evaluación de la vulnerabilidad, por medio de distintos proyectos y junto con otros asociados. Varios países han incorporado el tema de la salud en sus planes nacionales de adaptación y algunos han comenzado a elaborar planes de adaptación específicos para el sector de la salud o ya los han elaborado por completo. La OPS está contribuyendo con proyectos piloto regionales al trabajo de la recién creada oficina conjunta de la OMS y la Organización Mundial de la Meteorología para asuntos del clima y la salud.

Medidas necesarias para mejorar la situación

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

Intervención del Consejo Directivo

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

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

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

Referencias

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

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

Introducción

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

Antecedentes

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

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

Análisis de la situación

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

5. Cada comisión nacional examinó y aprobó los informes sobre la eliminación que fueron sometidos al CIE por conducto de la OPS/OMS. Estos informes fueron analizados por el CIE y los países recibieron comentarios para mejorar la versión final.

6. Los miembros del CIE visitaron ocho países a fin de evaluar los progresos alcanzados e identificar cualquier desafío al mantenimiento de la eliminación. Además, los países que presentaron brotes sostenidos de sarampión en el período 2011-2014, o que

identificaron casos de rubéola esporádicos durante búsquedas retrospectivas, fueron objeto de un seguimiento especial con las autoridades nacionales.

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

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

- a) Los Estados Miembros documentaron el último caso de transmisión endémica de sarampión y de rubéola en sus países y territorios. No se notificaron casos endémicos de sarampión entre el 2002 y el 2013 en países y territorios. Los últimos casos endémicos de rubéola y del SRC ocurrieron el 3 de febrero del 2009 y el 26 de agosto del 2009, respectivamente.
- b) Desde el 2003 hasta el 2013, se notificaron cifras bajas de casos de sarampión asociados a la importación en las Américas. Estos casos importados estaban asociados con brotes extensos de sarampión en Europa y África.
- c) En el período 2009-2013 se notificaron pocos casos de rubéola asociados con la importación. Para el SRC, en el 2012 se notificaron tres casos asociados con la importación.
- d) En el período 2009-2013, en promedio, la Región cumplió con las metas de cuatro de los cinco indicadores de vigilancia epidemiológica¹ (>80%) de manera sostenida (entre 83% y 91%).
- e) Debido a la heterogeneidad entre los países y en el interior de ellos para el cumplimiento sostenido de los indicadores de vigilancia, en el período 2010-2013, 16 de 23 países con comisiones nacionales hicieron búsquedas activas institucionales y comunitarias para documentar la ausencia de casos de sarampión y rubéola en su territorio. No se confirmó ningún caso de sarampión ni de rubéola.
- f) Para el mismo período y con la finalidad de documentar la ausencia de casos de SRC, 16 de 23 países que tienen comisiones nacionales llevaron a cabo búsquedas retrospectivas de casos sospechosos, por medio de varias fuentes de información. No se confirmó ningún caso de SRC.
- g) El genotipo D9 fue aislado en el último brote endémico de sarampión notificado en Colombia y Venezuela en el 2002. Para el período 2009-2013, los genotipos

¹ Los indicadores son los siguientes: % de sitios que notifican semanalmente, % de casos con investigación adecuada (indicador compuesto por % de casos con visita domiciliaria antes de las 48 horas de haber sido notificado el caso y % de casos con los siguientes 8 datos completos); % de casos con muestra de sangre adecuada; % de muestras de sangre que llegan al laboratorio en ≤ 5 días y % de resultados de laboratorio notificados en < 4 días.

- D4 y D8, que circulan predominantemente en Europa, se han encontrado en 88% de los brotes; en tanto que el genotipo B3, que circula preferentemente en África, fue identificado en el brote de mayor duración (Ecuador 2011-2012).
- h) El virus de la rubéola genotipo 2B fue identificado en los últimos brotes endémicos notificados en Chile y Argentina en el período 2008-2009. Para el período 2009-2013, los genotipos 1E, 1G, 1J y 2B notificados se han vinculado a casos importados.
- i) Los países presentaron un análisis para demostrar que todas las cohortes ≤ 40 años de edad estaban vacunadas contra el sarampión y la rubéola. Desde 1994 hasta el 2013 cerca de 500 millones de personas fueron vacunadas en las campañas de puesta al día (< 15 años), de seguimiento (en general, para niños de 1 a 4 años) y de aceleración (en general para personas de 20 a 39 años).

9. Los datos epidemiológicos más recientes indican la reintroducción del virus del sarampión en dos estados de Brasil, puesto que ha circulado por más de un año (2013-2014). **El CIE esperará hasta que se haya controlado este brote para declarar la eliminación del sarampión en las Américas.** La eliminación de la rubéola y el SRC ha sido sostenida en las Américas.

10. Brasil emprendió una campaña de vacunación dirigida a los menores de 5 años, intensificó las actividades de vacunación entre los grupos en situación de vulnerabilidad en los estados afectados y ha redoblado la vigilancia epidemiológica. Se han planificado otras actividades y la OPS brindará apoyo para interrumpir este brote.

Sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y SRC

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

12. Para mantener la eliminación se necesitan coberturas de $\geq 95\%$ con dos dosis de SRP o SR² a nivel municipal. Con la meta de lograr la más alta cobertura posible con SRP2, en el 2013, el **Grupo Técnico Asesor (GTA)** sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación recomendó administrar la SRP2 a los 15-18 meses de edad, simultáneamente con otras vacunas del programa regular. Las campañas de *seguimiento* solo deberán suspenderse en los casos en que se haya garantizado una cobertura de $\geq 95\%$ con cada una de las dos dosis de SRP en todos los municipios. Cinco países organizaron campañas de seguimiento entre el 2012 y el 2013, en tanto que ocho países harán lo mismo entre el 2014 y el 2015.

13. El CIE reconoce los esfuerzos de los Estados Miembros de la OPS/OMS para fortalecer sus sistemas de vigilancia a fin de reducir al mínimo la importación de los virus del sarampión y la rubéola, al tiempo que mantienen la situación de eliminación. Estos

² SRP: vacuna contra el sarampión, la rubéola y parotiditis.
SR: vacuna contra el sarampión y la rubéola.

esfuerzos quedaron demostrados por la ausencia de transmisión del sarampión luego de eventos masivos internacionales, como la Copa Mundial de Fútbol 2014 en Brasil y la Copa Mundial Sub 20 en Colombia.

Llamado a la acción (próximos pasos)

14. El CIE reconoce el éxito logrado en la eliminación del sarampión y la rubéola en las Américas y hace un llamado a los Estados Miembros y a los socios estratégicos para que continúen su compromiso sostenido con el mantenimiento de la eliminación. Con esta finalidad y en vista de los brotes ocurridos recientemente, se solicita a los Estados Miembros que:

- a) Asegurar la de implementación de medidas para mantener la eliminación e integrarlas progresivamente en sus planes anuales de inmunización.
- b) Seguir apoyando la ejecución de las estrategias de vacunación (programa de rutina, campañas de seguimiento, según corresponda) para garantizar niveles altos y homogéneos de inmunidad poblacional, de acuerdo a los establecido en los planes anuales.
- c) Mantener un sistema de vigilancia epidemiológica de alta calidad que incluya la detección temprana de casos, el análisis de los datos, monitoreo de la cobertura y una respuesta rápida ante las importaciones de sarampión o de rubéola.
- d) Fortalecer la capacidad epidemiológica y programática de los niveles locales.
- e) Mejorar las actividades de comunicación de riesgos a fin de promover los beneficios de la vacunación.

15. El CIE recomienda que las autoridades del Brasil adopten todas las medidas necesarias para detener de inmediato el brote actual de sarampión. El CIE y la OPS están a la disposición para ofrecer todo tipo de ayuda, si fuese necesario.

Intervención del Consejo Directivo

16. Se invita al Consejo Directivo a que tome nota del presente informe del CIE y apoye las recomendaciones aquí formuladas.

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

Antecedentes

1. En el 2011, el 51.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud aprobó la resolución CD51.R12 “Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave”, que se designará en este documento como “el plan”. Este plan se proponía apoyar a los Estados Miembros para conseguir tres objetivos principales: *a)* contribuir a acelerar la reducción de la mortalidad materna, *b)* prevenir la morbilidad materna grave, y *c)* fortalecer la vigilancia de la morbilidad y la mortalidad maternas (1).

2. El monitoreo y la evaluación permitirán identificar las necesidades de medidas correctivas a fin de lograr los resultados esperados; asimismo, constituirá un insumo relevante para otras estrategias mundiales y regionales, como el seguimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 y los aspectos considerados por la Comisión de Información y Rendición de Cuentas sobre Salud de la Mujeres y los Niños 2011 (1, 2).

Informe de progreso

3. El presente informe de progreso presenta la evolución regional de tres indicadores de impacto y de 19 indicadores de proceso o resultado, en los Estados Miembros (27 países) que presentan un mínimo de 7.000 nacimientos anuales (1–4).

4. Los datos para la elaboración de la línea de base y del estado de progreso fueron recabados en los períodos de enero a diciembre del 2012 (para la construcción de la línea de base) y de diciembre del 2013 a marzo del 2014, como una forma de medir la evolución de dichos indicadores.

5. Se obtuvo información de 26/27 países, pero para medir la evolución de la razón de mortalidad materna (RMM) solo se dispuso de información de 23 países (anexo A).

6. Entre la fecha de aprobación del plan y este informe, los indicadores de impacto mostraron lo siguiente:

- a) La RMM regional (datos de 23 países) se situaba en 67,9 por 100.000 nacidos vivos y actualmente en 56,6 lo que muestra una reducción del 21,4%. Un país presentó datos de instituciones centinelas en lugar de datos nacionales.
- b) A fin de identificar inequidades en el interior de los países, el 50% de los países (11 de 23) notificaron cifras iguales o superiores a 125 por 100.000 nacidos vivos en diferentes circunscripciones subnacionales; por otro lado, siete países informan tener una mortalidad en poblaciones étnicas mayor que lo indicado, 12 señalan que la mortalidad es menor que el valor de referencia, mientras que siete carecen de esta información.

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

7. Con relación a la información sobre los 19 indicadores de proceso y resultados, la totalidad de los países no está en condiciones de notificarlos completamente, al comienzo del plan y hasta el momento, solo cuatro de 24 países respondieron acerca del 80% o más de los indicadores solicitados (anexo C). Los indicadores con menor nivel de respuestas corresponden en este orden a: *i*) aplicación de sulfato de magnesio en casos de preeclampsia grave (12%), *ii*) tamizaje para violencia intrafamiliar en los partos institucionales (27%), *iii*) proporción de partos con manejo activo del tercer período con oxitócicos (35%), y *iv*) atención del puerperio (44%). De los puntos mencionados, son sumamente importantes *i* y *iii*, por guardar relación con las dos primeras causas de mortalidad materna (trastornos hipertensivos del embarazo y hemorragias). Para las tasas de uso de métodos anticonceptivos modernos, la disponibilidad en el seguimiento fue de 58%; muchos países extraen esta información de encuestas demográficas y de salud que por su frecuencia no se han actualizado desde el inicio del plan. De estos indicadores se cuenta apenas con información nacional, desglosada algunas veces por grupos de edad y otras por aspectos étnicos o de residencia (3, 4).

Medidas recomendadas para mejorar la situación

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

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

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

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

Intervención del Consejo Directivo

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

Anexos

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave [Internet]. 51.º Consejo Directivo de la OPS, 63.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2011; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2011 (resolución CD51.R12) [consultado el 13 de febrero del 2014]. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15034&Itemid=
2. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: estrategia de monitoreo y evaluación [Internet]. Montevideo: CLAP/SMR; 2010 (CLAP/SMR. Publicación Científica 1593) [consultado el 13 de febrero del 2014]. Disponible en:
http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=173:estrategia-de-monitoreo-y-evaluacion-plan-reduccion-morbimortalidad-materna-grave&catid=667:publicaciones&Itemid=234
3. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: línea de base del plan en países con más de 7000 nacimientos anuales. Montevideo: CLAP/SMR; 2012 (material no publicado, disponible previa solicitud).
4. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: datos en países con más de 7000 nacimientos anuales a dos años de lanzado el plan. Montevideo: CLAP/SMR, 2014. (Material no publicado disponible previa solicitud).
5. Tunçalp O, Hindin MJ, Souza JP, Chou D, Say L., The prevalence of maternal near miss: asystematic review. *BJOG* 2012 May;119(6):653-661.

Anexo A

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

Países	Razón de mortalidad materna (100.000)	N° absoluto muertes maternas	Año	Razón de mortalidad materna (100.000)	N° absoluto muertes maternas	Año
Argentina	39,8	302	2011	34,9	258	2013
Belice	41,8	3	2012	0,0	0	2013
Bolivia	229,0	627	2003			
Brasil	67,4	2025	2012	60,9	1850	2013
Canadá	4,8	18	2011			
Colombia	68,8	458	2011	53,6	348	2013
Costa Rica	29,9	22	2012	15,6	11	2013
Cuba	33,4	42	2012	38,9	49	2013
Chile	18,3	45	2012	22,6	57	2013
Ecuador**	60,2	205	2012	40,0	135	2013
El Salvador	50,8	53	2011	38,0	48	2013
Estados Unidos de América	16,9	677	2010			
Guatemala	123,5	449	2012	118,5	445	2013
Guyana	143,9	21	2012	111,1	18	2013
Haiti*	1084,4	751	2012	211,8	151	2013
Honduras	82,3	73	2010	66,1	146	2013
Jamaica	95,7	37	2011	91,1	36	2013
México	42,3	960	2012	39,9	910	2013
Nicaragua	61,9	84	2011	51,0	71	2013
Panamá	80,5	59	2011	64,9	49	2012
Paraguay	88,7	93	2011	95,3	101	2013
Perú	93,4	445	2011	63,4	379	2013
República Dominicana	106,3	231	2011	113,0	236	2012
Suriname	39,4	4	2012	39,2	128	2013
Uruguay	10,4	5	2012	16,4	8	2013
Venezuela	68,3	401	2012	66,1	387	2013

* Notifica solo algunas instituciones seleccionadas, no corresponde a datos poblacionales

** Año 2012 datos de MM notificados + búsqueda activa - año 2013 solo notificadas

	Países que no contaban con datos
	Países que incrementaron su RMM
	Países que redujeron su RMM

Anexo B

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

País	RMM	MM por causas	MM por edad	Morbilidad materna grave (MMG)	MMG por causas	MMG por edad	RMM por nivel subnacional	RMM por Urbano / Rural	RMM por pertenencia de étnica	Porcentaje de notificación
Argentina	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	Sí	67%
Belize	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	Sí	67%
Bolivia	No	Sí †	Sí ‡	Sí *	Sí **	No	No	No	No	44%
Brasil	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí	No	Sí	56%
Canadá	Sí	Sí	Sí	Sí *	Sí	Sí	Sí	Sí	No	89%
Colombia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	100%
Costa Rica	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	100%
Cuba	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí***	Sí***	Sí	Sí	Sí	100%
Chile	Sí	Sí	Sí	Sí *	Sí **	Sí	Sí	Sí	Sí	100%
Ecuador	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí	No	No	44%
El Salvador	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	Sí	67%
Estados Unidos de América	No	No	No	No	No	No	Sí	Sí	Sí	33%
Guatemala	Sí	Sí	Sí	Sí *	Sí	Sí	Sí	No	Sí	89%
Guyana	No	Sí	Sí	Sí *	No	No	Sí	Sí	Sí	67%
Haití	Sí §	No	No	Sí	Sí **	No	Sí	Sí	Sí	67%
Honduras	Sí	Sí	Sí	Sí *	Sí **	Sí	Sí	No	No	78%
Jamaica	Sí	Sí †	Sí	Sí	Sí **	No	Sí	Sí	Sí	89%
México	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	Sí	67%
Nicaragua	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	Sí	67%
Panamá	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí	No	Sí	56%
Paraguay	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	Sí	67%
Perú	Sí	Sí †	Sí ‡	No	Sí **	No	No	No	No	44%
República Dominicana	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí	No	No	44%
Suriname	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	67%
Uruguay	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí **	Sí	Sí	Sí	Sí	100%
Venezuela	Sí	Sí	Sí	Sí *	Sí **	No	Sí	No	Sí	78%
Porcentaje de notificación	88%	92%	92%	54%	54%	35%	88%	62%	73%	
Número de países	23	24	24	14	14	14	9	23	16	19

MM= Mortalidad materna, RMM= Razón de mortalidad materna, MMG= Morbilidad materna grave.

§ Notifica solo Instituciones seleccionadas, No corresponde a datos poblacionales.

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

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

* Se notifica un dato de MME, pero su frecuencia es superior o inferior al rango esperado (1).

** Se notifican causas de MME, pero hay diferencias con la clasificación solicitada.

*** Indica que cuenta con los indicadores, aunque no se han presentado datos.

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

Anexo C

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

Cuadro resumen

Cuadro para el área estratégica 1

PAIS	Número de indicadores reportados por país	País	Tasa de uso de métodos anticonceptivos	Consejería y suministro de anticonceptivos posparto y/o posaborto por los servicios de salud	Porcentaje de muertes maternas debidas al aborto	Cobertura prenatal con cuatro o más controles	Cobertura institucional del parto
Argentina	18	95%	X	X	X	X	X
Belize	15	79%	X	X	X	-	X
Bolivia	11	58%	-	X	X	X	X
Brasil	14	74%	X	-	-	X	-
Canadá	12	63%	-	-	X	-	X
Colombia	10	53%	-	-	X	X	X
Costa Rica	16	84%	X	-	X	X	X
Cuba	16	84%	X	X	X	X	X
Chile	11	58%	X	X	X	-	X
Ecuador	9	47%	-	-	X	-	X
El Salvador	15	79%	-	X	X	-	X
Estados Unidos de América	8	42%	-	-	-	X	-
Guatemala	8	42%	X	-	X	X	X
Guyana	12	63%	X	-	-	X	-
Haití	9	47%	X	-	-	X	X
Honduras	15	79%	X	X	X	X	X
Jamaica	14	74%	X	X	X	X	X
México	11	58%	-	-	X	X	X
Nicaragua	19	100%	X	X	X	X	X
Panamá	13	68%	X	X	X	X	X
Paraguay	11	58%	-	X	X	-	X
Perú	12	63%	X	-	X	X	X
República Dominicana	12	63%	-	X	X	-	X
Surinam	13	68%	-	X	X	X	X
Uruguay	16	84%	-	X	X	X	X
Venezuela	13	68%	X	-	X	-	X
No. de países que presentan informes			15	14	22	18	23
%			58%	54%	85%	69%	88%

Anexo C (cont.)

Cuadro para el área estratégica 2

País	Control del puerperio o a los 7 días del parto	Ocitócicos en los nacimientos institucionales durante el tercer período del parto	Sulfato de magnesio, en los casos de preclampsia grave/eclampsia atendidos en establecimientos de salud	Sangre segura en los establecimientos que suministran cuidados de urgencia en el parto	Tamizaje para violencia intrafamiliar durante el embarazo en los partos institucionales
Argentina	-	X	X	X	X
Belize	-	X	-	X	-
Bolivia	X	-	-	-	-
Brasil	X	X	-	X	X
Canadá	-	X	X	-	X
Colombia	-	-	-	-	-
Costa Rica	X	X	-	X	-
Cuba	X	-	-	X	-
Chile	X	-	-	-	-
Ecuador	-	-	-	-	-
El Salvador	X	X	-	X	-
Estados Unidos de América	-	-	-	X	-
Guatemala	-	-	-	-	-
Guyana	-	-	-	X	-
Haití	X	-	-	X	-
Honduras	X	-	-	X	-
Jamaica	-	X	-	X	-
México	-	-	-	X	-
Nicaragua	X	X	X	X	X
Panamá	-	-	-	-	-
Paraguay	-	-	-	-	X
Perú	X	-	-	X	X
República Dominicana	X	-	-	-	-
Suriname	-	-	-	X	-
Uruguay	-	X	-	X	X
Venezuela	X	-	-	X	-
No. de países que presentan informes	12	9	3	17	7
%	46%	35%	12%	65%	27%

Cuadro para el área estratégica 3

País	Tasa de cesárea	Muertes maternas debidas a trabajo de parto obstruido	Coberturas de la atención del parto por personal calificado, de acuerdo con la definición de la OMS	Tasas de cobertura de la atención del puerperio por personal calificado, de acuerdo con la definición de la OMS	Institución de atención obstétrica de urgencia llevan a cabo auditorías de todas las muertes maternas
Argentina	X	X	X	X	X
Belize	X	X	X	X	X
Bolivia	X	X	X	-	-
Brasil	X	X	X	-	X
Canadá	X	X	X	-	-
Colombia	X	X	X	-	-
Costa Rica	X	X	X	X	X
Cuba	X	X	X	X	X
Chile	X	X	-	-	-
Ecuador	X	X	X	-	-
El Salvador	X	X	X	X	X
Estados Unidos de América	X	-	X	-	-
Guatemala	X	X	X	-	-
Guyana	X	X	X	X	X
Haití	X	-	-	-	-
Honduras	X	-	X	X	X
Jamaica	X	X	-	-	X
México	X	X	-	-	X
Nicaragua	X	X	X	X	X
Panamá	X	X	X	X	X
Paraguay	X	X	X	-	-
Perú	X	-	X	-	-
República Dominicana	X	X	X	-	X
Suriname	X	X	X	-	X
Uruguay	X	X	X	X	X
Venezuela	-	X	X	X	X
No. de países que presentan informes	25	22	22	11	
%	96%	88%	88%	44%	
		Indicador disponible en menos de la mitad de los países			

Anexo C (cont.)

Cuadro para el área estratégica 4

Pais	Informes públicos sobre salud materna que incluyen estadísticas de mortalidad materna y la RMM a nivel nacional	Sistema de salud tiene un sistema de información perinatal funcionando	Sistema de salud lleva un registro de la morbilidad materna grave	Cobertura de muertes maternas en los sistemas de registros vitales es de 90% o más	Número de indicadores por país	%
Argentina	X	X	X	X	18	95%
Belize	X	X	X	X	15	79%
Bolivia	X	X	X	-	11	58%
Brasil	X	X	X	X	14	74%
Canadá	X	X	X	X	12	63%
Colombia	X	X	X	X	10	53%
Costa Rica	X	X	X	X	16	84%
Cuba	X	X	X	X	16	84%
Chile	X	X	X	X	11	58%
Ecuador	X	X	X	X	9	47%
El Salvador	X	X	X	X	15	79%
Estados Unidos de América	X	X	X	X	8	42%
Guatemala	-	-	X	-	8	42%
Guyana	X	X	X	X	12	63%
Haití	X	X	X	-	9	47%
Honduras	X	X	X	X	15	79%
Jamaica	X	X	X	X	14	74%
México	X	X	X	X	11	58%
Nicaragua	X	X	X	X	19	100%
Panamá	X	X	-	X	13	68%
Paraguay	X	X	X	X	11	58%
Perú	X	X	X	-	12	63%
República Dominicana	X	X	X	X	12	63%
Suriname	X	X	X	X	13	68%
Uruguay	X	X	X	X	16	84%
Venezuela	X	X	X	X	13	68%
No. de países que presentan informes	25	25	25	22		
%	100%	100%	100%	88%		

D. ESTADO DE LOS OBJETIVOS DE DEARROLLO DEL MILENIO

1. En el 2000, los 189 países miembros de las Naciones Unidas firmaron la Declaración del Milenio, en la cual se establecían ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Estos objetivos se reafirmaron en el 2010 en la Cumbre de las Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Los ODM están relacionados con la erradicación de la pobreza, la enseñanza primaria universal, la igualdad entre los sexos, la mortalidad infantil, la mortalidad materna, la lucha contra el VIH, el sida, la malaria y otras enfermedades, el medio ambiente y el fomento de una alianza mundial para el desarrollo.

2. Este informe abarca el progreso realizado en la consecución de los ODM relacionados con la salud y los últimos adelantos para cumplir los compromisos asumidos durante el 45.º Consejo Directivo en el 2004, en el cual se aprobaron la resolución [CD45.R3](#) sobre los ODM y las metas relacionadas con la salud (CD45/8), el informe de la Asamblea Mundial de la Salud ([A63/7](#) y [WHA63.15](#) [2010]) y la resolución de la Cumbre del Milenio ([A/65/L.1](#) [2010]) en lo que se refiere a la Región de las Américas.

3. En respuesta a las solicitudes hechas en las resoluciones, el progreso y los hitos alcanzados en el camino hacia la consecución de los ODM varían de un país a otro, dentro de cada país y de un objetivo a otro. El análisis de la situación mundial y regional se basa en los datos de los países con los que cuenta la OMS, complementados con modelos estadísticos para llenar las lagunas. Se necesita con urgencia fortalecer los sistemas de información sanitaria de los países para dar seguimiento con exactitud al progreso en la consecución de los objetivos a nivel mundial, nacional y subnacional.

Antecedentes

4. Si bien la Región de las Américas está bien encaminada para alcanzar los ODM relacionados con la salud, entre ellos el agua potable y el saneamiento como determinantes de la salud, estos avances se han dado a nivel nacional y no corresponden necesariamente a los avances logrados a nivel subnacional, ya que todavía hay zonas y municipios que han quedado completamente fuera de los logros de los ODM. La razón es que el promedio nacional tiende a ocultar grandes disparidades entre los países y en el interior de ellos y que los ritmos diferenciados para alcanzar los objetivos siguen siendo una característica de nuestra Región.

5. En el 2012, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) estimó en 167 millones el número de latinoamericanos que viven en condiciones de pobreza. De ese número, 66 millones de personas se encuentran en condiciones de extrema pobreza con ingresos insuficientes para tener una alimentación adecuada. Por lo tanto, la erradicación de la desnutrición crónica sigue siendo un objetivo sin alcanzar en algunos países. La desnutrición crónica tiende a concentrarse en municipios y zonas del interior de los países (1).

6. A partir de la resolución [CD45.R3](#) del 2004, los países han llevado a la práctica varias actividades con el apoyo de las diferentes áreas técnicas de la Organización, haciendo énfasis en la medición, la calidad y el seguimiento del progreso hacia el logro de los objetivos.

7. Este informe de progreso se basa en datos proporcionados por los Estados Miembros y publicados anualmente por la OPS en el marco de la *Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud y Perfiles de País* (CD40/19 [1997], [CD45/14](#) [2004] y [CD50/INF/6](#) [2010]).

Análisis de la situación actual

8. El análisis del estado actual de los ODM se basó en la mejor información oficial y en datos fidedignos de la Región de 1990 al 2013, que abarca 92% del período asignado para la consecución de los ODM.

9. En los casos en que no se habían recopilado datos sistemáticamente, hubo que usar estimaciones de los países y de organizaciones internacionales, que no siempre coinciden. Este informe de progreso se basa en los datos proporcionados por los Estados Miembros y publicados anualmente por la OPS en el marco de la *Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud y Perfiles de País* (CD40/19 [1997]) y grupos interinstitucionales como el Grupo Interinstitucional de Estimación de la Mortalidad Infantil (coordinado por el UNICEF), el Grupo Interinstitucional de Estimación de la Mortalidad Materna (coordinado por la OMS) y el Programa Conjunto de la OMS/UNICEF de Monitoreo para el Abastecimiento de Agua y Saneamiento, así como en estimaciones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL/CELADE).

10. La OPS está poniendo en práctica una estrategia para fortalecer las estadísticas vitales y de salud ([CD48/9](#) [2008]) que abarca tres componentes: *a*) el trabajo con los países para fortalecer y mejorar la producción de datos; *b*) la coordinación con organismos internacionales para evitar duplicaciones; y *c*) el uso de técnicas o hipótesis diferentes a la hora de calcular los indicadores.

11. En América Latina y el Caribe, la tasa de **mortalidad infantil** fue de 43 por 1.000 nacidos vivos en 1990 y de 16 por 1.000 en el 2012, lo cual representa una reducción de 63,0%. El análisis relativo al ODM 4 se circunscribe a la mortalidad de los menores de 1 año, que en la Región de las Américas representan más de 70% de la mortalidad de los menores de 5 años.

12. Según las estimaciones del grupo interinstitucional¹, la **tasa de mortalidad materna**, que era de 110 por 100.000 nacidos vivos en las Américas en 1990, bajó a 68 por 100.000 en el 2013, con una reducción general de 37% o un promedio anual de

¹ El análisis se basa en estadísticas contenidas en “Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group (MMEIG). Trends in maternal mortality 1990-2013”, publicado en el 2014 bajo la coordinación de la Organización Mundial de la Salud.

-2%. En América Latina, sin contar la subregión del Caribe, se observó una reducción de 40% en la tasa de mortalidad materna en el mismo período, mientras que la reducción en el Caribe fue de 36%. Los datos muestran que la mortalidad materna sigue bajando, pero la magnitud de los cambios en el último período de ocho años (2005-2013) no fue tan grande como en períodos anteriores. Si los países siguen acelerando sus esfuerzos al mismo ritmo, 17 de los 31 países de la Región están bien encaminados para cumplir el compromiso con la tasa de mortalidad materna para el 2015, 11 están avanzando, dos no han realizado avances suficientes y uno no ha avanzado. En el 2012 se aprobó un plan regional para acelerar la reducción de la mortalidad materna y se adoptó una estrategia para incorporar la vigilancia de la mortalidad materna grave.

13. La ampliación de la cobertura de atención prenatal, la atención en el parto por personal capacitado y el acceso y uso de anticonceptivos son estrategias que están contribuyendo a la disminución de la tasa de mortalidad materna. En los países donde se observan aumentos de la tasa de mortalidad, podrían deberse a la mejora de la vigilancia y la notificación de eventos y no necesariamente a un aumento real de la mortalidad. La OMS se encarga de dar seguimiento a este indicador (véase la nota al pie de la página).

14. Las estimaciones de los casos nuevos de **infección por el VIH** en los países de la Región reflejan una disminución de la morbilidad y la mortalidad en el último decenio. Para el 2012, cerca de 6% de las infecciones nuevas por el VIH a nivel mundial fueron notificadas en la Región (146.000 casos); de ellas, 86.000 correspondieron a América Latina, 48.000 a América del Norte y 12.000 al Caribe. El Caribe presenta uno de los mayores descensos (52%) en el número de infecciones nuevas con respecto al 2001. En América Latina, el número de infecciones nuevas bajó 11% en el mismo período, mientras que en América del Norte aumentó 4%.

15. Las infecciones nuevas en los niños presentan una de las mayores disminuciones, gracias al compromiso de los países con la Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Maternoinfantil del VIH y Sífilis Congénita. La cobertura de las embarazadas que reciben medicamentos antirretrovíricos para prevenir la transmisión maternoinfantil alcanzó 95% en el Caribe y América del Norte y 83% en América Latina en el 2012, lo cual llevó a una disminución del número de niños infectados por el VIH, el cual, entre el 2009 y el 2012, bajó 71% en el Caribe y 29% en América Latina. En América del Norte se mantuvieron niveles bajos estables.

16. La cobertura de América Latina y el Caribe con **tratamiento antirretrovírico** fue de 75% en el 2012. La meta es el acceso universal al tratamiento antirretrovírico (que se alcanza cuando 80% o más de las personas que necesitan tratamiento en realidad lo reciben). La cobertura de tratamiento para los menores de 15 años fue de 67% en el 2012. Sin embargo, de acuerdo con los criterios nuevos para determinar quiénes deben recibir tratamiento antirretrovírico, publicados por la OMS en el 2013, se recomienda comenzarlo antes, lo cual implica que un número mayor de personas con infección por el VIH necesitan tratamiento de inmediato. Es necesario ampliar el acceso al tratamiento antirretrovírico, ya que la tasa de cobertura baja a 48% con los nuevos criterios. Los

países de América Latina y el Caribe están adoptando medidas para intensificar la acción y extender los métodos que dan resultado, con énfasis en el proceso continuo de atención para la infección por el VIH. Se han establecido metas nuevas para el 2020, que preconizan un diagnóstico más temprano (90% de las personas con infección por el VIH han sido diagnosticadas), un tratamiento más temprano de la infección por el VIH (90% de las personas que reúnen las condiciones para recibir tratamiento antirretrovírico lo están recibiendo) y supresión eficaz del virus (se ha suprimido el virus en 90% de las personas que reciben tratamiento).

17. Entre el 2000 y el 2013, la Región notificó una reducción de 59% de la morbilidad por **malaria** y una reducción de 72% de la mortalidad relacionada con la malaria. De los 21 países donde la malaria es endémica, 18 notificaron una reducción para el 2013, de los cuales 13 presentaron una reducción de más de 75% y dos presentaron una reducción superior a 50%. Al 2011, dos países (Argentina y Paraguay) habían notificado que no tenían casos autóctonos de malaria. En el 2014, Argentina envió una solicitud a la Directora General de la Organización Mundial de la Salud para iniciar el proceso de certificación de la eliminación de la malaria en el país. Los países de Centroamérica y de la Isla La Española adoptaron una resolución para eliminar la malaria de sus territorios para el 2020. Este trabajo cuenta con el apoyo de un proyecto financiado por el Fondo Mundial. Al mismo tiempo, tres países de la Región (Guyana, Haití y Venezuela) notificaron aumentos del número de casos durante ese período.

18. Con respecto a la **tuberculosis**, de acuerdo con las estimaciones de la OMS para la Región de las Américas, en el 2012 los 35 Estados Miembros notificaron 79% de los casos estimados. No obstante, la multirresistencia farmacológica y la coinfección por la tuberculosis y el VIH siguen siendo un desafío, pese a los avances logrados en su control. Para la Región, la tasa de disminución de la incidencia de tuberculosis (de 1990 al 2012) fue de 52%, con una disminución de 3,6% entre el 2011 y el 2012. En los últimos años, la Región ha tenido dificultades para llegar a las poblaciones vulnerables a esta enfermedad en los barrios pobres y marginales de las grandes ciudades. En consecuencia, en el 2013 la OPS comenzó a utilizar un marco de trabajo para el control de la tuberculosis en ciudades grandes a fin de mejorar el acceso de estas poblaciones a una atención de buena calidad. La Región de las Américas ha alcanzado y sobrepasado las metas propuestas para el 2015 de una reducción de 50% en las tasas de prevalencia y de mortalidad por tuberculosis.

19. En cuanto al **acceso sostenible al agua segura** en la Región de las Américas, en el 2010 se informó que 96% de la población tenía acceso a fuentes de agua mejoradas (99% en zonas urbanas y 86% en zonas rurales). Sin embargo, cuando se considera solo la Región de América Latina y el Caribe, el acceso disminuye a 94% (98% en zonas urbanas y 81% en zonas rurales). Del 86% de los hogares que tienen acceso a agua corriente, no hay datos sistematizados acerca de la calidad del agua. A pesar de este porcentaje elevado de cobertura, persisten muchas disparidades, especialmente en las zonas rurales suburbanas y dispersas, así como en las poblaciones indígenas y afrodescendientes.

20. La tarea de medir estos dos indicadores está a cargo del grupo interinstitucional y recae en UNICEF y la OMS, los cuales, por medio del Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo para el Abastecimiento de Agua y Saneamiento, utilizan datos obtenidos por medio de encuestas de hogares y censos, con definiciones estandarizadas para asegurar la comparabilidad con el tiempo y entre países.

21. La meta mundial de los ODM para el **saneamiento** probablemente no se alcance en la Región, pese a los avances realizados por varios países. Para toda la Región de las Américas, la cobertura con saneamiento básico mejorado es de 88% (91% en zonas urbanas y 74% en zonas rurales), y para América Latina y el Caribe el porcentaje es 80% (84% en zonas urbanas y 60% en zonas rurales). Alrededor de 109 millones de personas en América Latina y el Caribe no tienen acceso a saneamiento mejorado, y de ellas 30,4 millones todavía no tienen acceso a un inodoro o letrina.

22. Muchas personas siguen enfrentándose con una escasez de **medicamentos** en el sector público, lo cual las obliga a recurrir al sector privado, donde los precios pueden ser mucho más altos. En la Región de las Américas, solo 22 países (71%) han adoptado una política farmacéutica, y los planes de ejecución están en marcha en 66% de ellos. Los países han hecho grandes avances en la mejora de los marcos normativos y el establecimiento de sistemas de reglamentación para velar por la calidad, la seguridad y la eficacia de los medicamentos y otras tecnologías de la salud. Los países están fortaleciendo los procesos nacionales para evaluar medicamentos y productos médicos y establecer mecanismos para la incorporación sistemática de tecnologías en los sistemas de salud, apoyando de esta forma el progreso hacia la cobertura universal de salud. El gasto en efectivo sigue siendo alto: 78% representa el gasto privado en efectivo, mientras que los fondos que gastan las instituciones públicas en productos farmacéuticos representan alrededor de 22% de esta categoría. El gasto anual per cápita en medicamentos en los países de la Región varía considerablemente, de alrededor de US\$ 7,50² en Bolivia a más de \$160 en Argentina. La falta de información fidedigna sobre el acceso eficaz a los medicamentos sigue siendo un reto porque es difícil de medir.

Avances en los compromisos contraídos

23. Se siguieron las líneas estratégicas establecidas en el 2011 para el logro de los ODM: *a)* revisión y consolidación de los sistemas de información, dedicándose especial atención a la mejora de la producción y recopilación de datos entre los países anglohablantes del Caribe; *b)* fortalecimiento de los sistemas basados en la atención primaria de salud, con énfasis en los municipios en condiciones de mayor vulnerabilidad con el marco renovado de la atención primaria de salud; *c)* reducción de la inequidad subnacional, asignando prioridad a los municipios más vulnerables y a los grupos de la población en condiciones de exclusión, en respuesta a los determinantes sociales de la

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

salud; y *d*) formulación de políticas públicas para asegurar la sostenibilidad de los logros y reafirmar la “salud en todas las políticas”.

24. Además, se ha continuado impulsando lo siguiente: *a*) el esfuerzo solidario de los países de la Región, considerando que algunos países deberán imprimir mayor celeridad a las actividades iniciadas, en particular con respecto a las metas más rezagadas, como la iniciativa de maternidad segura, y el avance para consagrar al agua como un derecho humano; *b*) el mantenimiento del liderazgo de la OPS en el seguimiento y la cooperación técnica para mejorar el desempeño de los sistemas de salud basados en la atención primaria e impulsar los sistemas de agua y saneamiento; y *c*) el fortalecimiento de los sistemas de información sobre salud para disponer de datos cada vez más válidos, confiables y oportunos provenientes de sus sistemas de rutina.

Intervención del Consejo Directivo

25. Se solicita al Consejo Directivo que tome nota de este informe de la situación presentado 15 meses antes del vencimiento del plazo para la consecución de los ODM y que formule observaciones y sugerencias para que el trabajo de la OPS en esta línea de cooperación técnica pueda proceder y continuar impulsando el logro de los ODM relacionados con la salud.

26. Se solicita a los Estados Miembros que intensifiquen y amplíen sus esfuerzos para reducir las brechas en el logro de los ODM mediante acciones puntuales y la intensificación de iniciativas nacionales y subnacionales para cumplir los planes de aceleración ya aprobados ([CD51.R12](#) [2011], [CD48.R10](#) [2009]).

27. Se exhorta a los ministerios de salud de la Región a que consoliden los sistemas de información por medio de la iniciativa de indicadores básicos de salud, haciendo hincapié en los datos a nivel subnacional y desde la perspectiva de los determinantes sociales. Al mismo tiempo, es importante centrarse en el seguimiento de los indicadores de la equidad a fin de comprender mejor y afrontar los desafíos de los ODM a nivel subnacional y avanzar con las estrategias encaminadas a lograr la cobertura universal de salud para garantizar el derecho a la salud.

28. Se recomienda presentar el informe final sobre el logro de los ODM en la Región en el 2015 y una estrategia de continuidad después del 2015 a nivel regional, nacional y subnacional a fin de seguir promoviendo los objetivos, las metas y los indicadores rezagados.

Referencias

1. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2010. El progreso de América Latina y el Caribe hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Desafíos para lograrlos con igualdad. Santiago de Chile: CEPAL; 2010 (informe

interinstitucional coordinado por la CEPAL) [consultado el 13 de diciembre del 2013]. Se encuentra en: <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/1/39991/P39991.xml&xsl=/tpl/p9f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xslt>.

2. Bautista Justo J. El derecho humano al agua y al saneamiento frente a los objetivos de desarrollo del milenio (ODM). Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2013 (CEPAL – Colección Documentos de proyectos) [consultado el 13 de diciembre del 2013]. Se encuentra en: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/8/49558/Elderechohumanoalagua.pdf>.
3. Comisión Económica para América Latina y el Caribe; Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo-América Latina y el Caribe. Desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe: seguimiento de la agenda de las Naciones Unidas para el desarrollo post-2015 y Río+20 [Internet]. Santiago de Chile: CEPAL; 2013 (informe interinstitucional coordinado por la CEPAL) [consultado el 13 de diciembre del 2013]. Se encuentra en: http://www.eclac.org/publicaciones/xml/6/50796/RIO_20-Rev2ing.pdf.

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

Antecedentes

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

Actualización sobre los progresos logrados

Progresos

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

5. El tamaño de las zonas de transmisión de la malaria se redujo en varios países y los casos notificados de esta enfermedad en el 2012 disminuyeron 58% en comparación con el 2000. Siete¹ de los 21 países donde la enfermedad es endémica se clasifican en la fase de preeliminación de la OMS (datos hasta el 2014 del programa regional de la OPS contra la malaria, CHA/VT/MAL); de esos siete países, cuatro están en América Central y del Norte, y el resto en América del Sur. Como consecuencia de ello, en el 2013 se anunció públicamente una iniciativa para eliminar la malaria en Mesoamérica y en la isla La Española para el 2020. El mecanismo de coordinación regional para la infección por el VIH/sida se amplió a fin de incluir la malaria y la tuberculosis en la elaboración de una propuesta del Fondo Mundial para la eliminación de la malaria en Centroamérica y La Española.

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

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

¹ Argentina, Belice, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México y Paraguay.

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

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

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

Enseñanzas extraídas

11. Entre las principales enseñanzas extraídas figuran las siguientes:

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

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

Medidas necesarias para mejorar la situación

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

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

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

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

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

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

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

Intervención del Consejo Directivo

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

Referencias

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

6. Organización Panamericana de la Salud. Casos notificados de tos ferina, tétanos, tétanos neonatal (TNN) y parotiditis, 2011-2012; [Internet]. En: *Boletín de Inmunización* 2013;35(2):7. Washington (D.C.): OPS; 2013. [consultado el 23 de abril del 2014]. Puede encontrarse en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3130&Itemid=3504&lang=es.

F. PLAN DE ACCIÓN DE HOSPITALES SEGUROS

Antecedentes

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

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

Actualización sobre el progreso logrado

Progreso hacia las metas

<i>Objetivo</i>	<i>Metas</i>	<i>Estado</i>
1	Al 2011, el 80% de los países han establecido un programa nacional de hospitales seguros.	24 países (69%) tienen un programa formal sobre hospitales seguros; 33 países (94%) incluyen la reducción de riesgos de desastres en el sector de la salud; 20 países (57%) tienen una política nacional sobre hospitales seguros.
2	Al 2013, el 90% de los países cuentan con un sistema de información sobre la construcción de nuevos hospitales o el mejoramiento de los existentes.	31 países (89%) tienen una base de datos de los hospitales evaluados utilizando el índice de seguridad hospitalaria.
3	Al 2013, al menos el 80% de los países de la Región han establecido mecanismos de supervisión de las obras de construcción de hospitales y otras inversiones en establecimientos de salud.	15 países (43%) han establecido formalmente mecanismos independientes de supervisión para la construcción de hospitales.
4	Al 2015, todos los países han incorporado medidas que aseguran el	18 países (51%) con proyectos nuevos de inversión en el ámbito

<i>Objetivo</i>	<i>Metas</i>	<i>Estado</i>
	funcionamiento de los establecimientos de salud en casos de desastre en todos los nuevos proyectos de inversión en salud.	de la salud han incluido conceptos relativos a los hospitales seguros en ellos.
5	Al 2015, el 90% de los países cuentan con normas actualizadas de diseño, construcción y operación de nuevos establecimientos de salud seguros.	18 países (51%) cuentan con normas actualizadas para el diseño de establecimientos de salud seguros.
6	Al 2015, al menos el 90% de los países habrán mejorado la seguridad de los establecimientos de salud existentes frente a los desastres.	34 países (97%) están mejorando la seguridad de sus establecimientos de salud al ejecutar intervenciones de reducción de los efectos de los desastres.

Retos y enseñanzas

- a) La elaboración y el uso del índice de seguridad hospitalaria ha permitido a los países hacer la transición de un sistema netamente cualitativo a un sistema estandarizado de calificación. Este instrumento proporciona a las autoridades nacionales información integral sobre el nivel de seguridad de sus servicios de salud para que puedan priorizar las intervenciones y ejecutarlas.
- b) Aunque muchos países están asignando fondos sustanciales para la ejecución de medidas correctivas a fin de mejorar la seguridad de los establecimientos de salud, todavía resulta un reto transmitir estas prioridades al sector financiero y a los niveles superiores políticos y de toma de decisiones.
- c) A pesar del progreso logrado, sigue siendo un reto asegurar que todos los establecimientos de salud nuevos sean seguros frente a los desastres y mejorar la seguridad de los establecimientos existentes.
- d) Es fundamental fortalecer la participación multisectorial de los diversos interesados directos tanto dentro como fuera del sector de la salud para lograr el éxito. Por ejemplo, los países con mejores resultados al ejecutar la iniciativa sobre hospitales seguros¹ son aquellos en los que la organización nacional de gestión de desastres desempeñó una función activa junto con el sector de la salud.

Medidas necesarias para mejorar la situación

- a) Fomentar y garantizar la inclusión de los preceptos de la iniciativa y el plan de acción sobre los hospitales seguros en las políticas gubernamentales.

¹ Resolución CSP27.R14, *Hospitales seguros: iniciativa regional sobre los establecimientos sanitarios capaces de resistir los efectos de los desastres* (2007).

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

Intervención del Consejo Directivo

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

G. SITUACIÓN DE LOS CENTROS PANAMERICANOS

Introducción

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

Antecedentes

2. Los Centros Panamericanos han sido una modalidad importante de cooperación técnica de la OPS durante casi 60 años. En ese período, la OPS ha creado o administrado 13 centros,¹ ha suprimido nueve y ha transferido la administración de uno de ellos a sus propios órganos directivos. En este documento se presenta información actualizada sobre el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA); el Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME); y el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano/Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR).

Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA)

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

¹ BIREME, CAREC, CEPANZO, CEPIS, CFNI, CLAP, CLATES, ECO, INCAP, INPPAZ, PANAFTOSA, PASCAP y el Programa Regional de Bioética en Chile.

la máxima cooperación interinstitucional y con la cobertura y la continuidad requeridas para alcanzar sus objetivos, metas y resultados.²

Progreso reciente

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

5. Con respecto a la inocuidad de los alimentos, un mayor número de instituciones de esta Región contribuyen ahora con las redes intersectoriales regionales sobre inocuidad de los alimentos para la prevención de enfermedades de transmisión alimentaria (a saber, la Red Interamericana de Laboratorios de Análisis de Alimentos (RILAA), la Red Mundial sobre Infecciones Transmitidas por los Alimentos (GFN, por sus siglas en inglés) y la red PulseNet de América Latina y el Caribe). Se abordan en particular las repercusiones de la resistencia a los antimicrobianos y se promueve un enfoque integrado con la participación de diferentes actores y sectores, como los de la medicina y la veterinaria, la agricultura, el medio ambiente y los consumidores. PulseNet de América Latina y el Caribe recibió el premio IHRC³ de innovaciones en PulseNet en el 2013 “en reconocimiento por [el] uso innovador de tecnología para la enseñanza, con el potencial de mejorar significativamente la funcionalidad de PulseNet en las investigaciones de brotes epidémicos”. El reto estriba ahora en mantener la excelencia y la pertinencia de la OPS en el contexto de las reducciones presupuestarias en esta área, y en seguir innovando y movilizándolo nuevos recursos. Además, PANAFTOSA ha venido ejerciendo un efecto multiplicador de su excepcional capacidad técnica dentro de la OPS para fortalecer la colaboración entre la OMS, la FAO y la OIE con el fin de combatir la resistencia a los antimicrobianos, en el espíritu del enfoque de “Una sola salud”.

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

² Centro Panamericano de Fiebre Aftosa de la Organización Panamericana de la Salud. Consenso de Santiago de Chile [Internet]. 16.^a Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura, del 26 al 27 de julio del 2012; Santiago, Chile. Rio de Janeiro (Brasil): OPS/PANAFTOSA; 2012 [consultado el 14 de febrero del 2014]. Se puede consultar en:

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

³ International Health Resources Consulting, Inc.

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

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

Acuerdos de cooperación y movilización de recursos

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

9. La OPS, por conducto de PANAFTOSA, y la Secretaría para la Vigilancia Sanitaria del Ministerio de Salud de Brasil, firmaron un anexo al Acuerdo de Cooperación Técnica en el 2012, a fin de contribuir con la cantidad de US\$ 1.618.914⁴ para el fortalecimiento del Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria y de la capacidad de gestión del Sistema Unificado de Salud de Brasil. El propósito es el reducir la carga de zoonosis y las enfermedades transmitidas por vectores, por el agua y por los alimentos en la población humana. El acuerdo de cooperación técnica se renovó en el 2013 y se agregó

⁴ A menos que se indique otra cosa, todas las cifras monetarias de este informe se expresan en dólares de los Estados Unidos.

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

Revisión de la gobernanza de PANAFTOSA

10. Durante la 154.^a sesión del Comité Ejecutivo, la delegación del Gobierno del Brasil sugirió que se estudiara la posibilidad de crear un mecanismo de gobernanza para PANAFTOSA que permitiera una mayor participación de los Estados Miembros, como por ejemplo la conformación de un cuerpo colegiado que incluya la representación igualitaria de las diferentes subregiones de la Organización, de manera similar a los mecanismos de gobernanza vigentes en BIREME. En seguimiento de esta solicitud, la OPS iniciará un proceso de consultas con Brasil y los demás Estados Miembros para analizar esta propuesta, e informará a los Cuerpos Directivos sobre los avances y resultados de este proceso.

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

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

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

13. El Estatuto de BIREME determina el establecimiento de un Acuerdo de Sede de BIREME, a ser suscrito con el Gobierno de Brasil, y un Acuerdo de Instalaciones y

Funcionamiento de BIREME, a ser suscrito con la *Universidade Federal de São Paulo* (Unifesp), los cuales continúan en proceso de negociación.

14. Las estructuras de gobernanza de BIREME incluyen actualmente al Comité Asesor y al Comité Científico (marco nuevo), además del Comité Asesor Nacional (marco anterior). Los tres Comités están funcionando de manera eficiente.

15. La OPS y Brasil son miembros permanentes del Comité Asesor de BIREME, que además está compuesto por otros cinco miembros no permanentes. La 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana eligió a Cuba, Ecuador y Puerto Rico para integrar el Comité Asesor de BIREME por un mandato de tres años (2013-2015), en reemplazo de Argentina, Chile y la República Dominicana, cuyos mandatos llegaron a su fin en el 2012. El 51.^o Consejo Directivo eligió a Bolivia y Suriname (2012-2014) en reemplazo de México y Jamaica, cuyos mandatos llegaron a su fin en el 2011. El 53.^o Consejo Directivo elegirá dos miembros para un mandato de dos años (2015-2016) a fin de reemplazar a Bolivia y Suriname. Los miembros del Comité Asesor han efectuado cuatro sesiones de trabajo desde su establecimiento. La quinta sesión está prevista para fines del segundo semestre del 2014.

16. El Comité Científico fue instalado en julio del 2013, y está integrado por cinco expertos en el área de información sobre salud provenientes de Brasil, Canadá, Honduras y Trinidad y Tabago, y un representante de la *National Library of Medicine* (NLM) de los Estados Unidos de América. Los miembros del Comité Científico han llevado a cabo dos sesiones de trabajo desde su establecimiento. Además, en el contexto de los objetivos y resultados esperados del Comité, hubo una reunión virtual para aumentar la comunicación entre los miembros. La segunda sesión del Comité se realizó el 14 de agosto del 2014.

Avances recientes

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

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

- a) Acuerdo de Sede para BIREME: la OPS y el Ministerio de Salud de Brasil continuaron las negociaciones sobre la nueva propuesta de Acuerdo de Sede

- presentada por la Secretaría Ejecutiva del Ministerio de Salud, hasta lograr una versión consensuada con la Consultoría Jurídica (CONJUR) del Ministerio de Salud de Brasil en la reunión del 22 de enero de 2014. Se acordó el envío de esta versión para el trámite de visto bueno del Ministerio de Relaciones Exteriores de Brasil y la aprobación final por el Congreso Nacional de Brasil.
- b) Acuerdo de instalaciones y funcionamiento de BIREME en el recinto de la Unifesp: continúan celebrándose reuniones con la rectora y las autoridades designadas de la Universidad, que inicialmente versaron sobre la relación institucional de BIREME con la Unifesp y los términos del Acuerdo; en el transcurso del 2014 las reuniones se enfocaron en la revisión detallada de las responsabilidades mutuas de BIREME y de la Unifesp.
 - c) Definición del mecanismo de financiamiento para BIREME a partir de las contribuciones de la OPS y del Gobierno de Brasil, estipulado en el artículo 6 del Estatuto: los aportes regulares se definirán de común acuerdo para respaldar los planes de trabajo bienales aprobados, de conformidad con lo establecido en el Estatuto. En la segunda reunión del Comité Asesor Nacional (CAN) sobre el Convenio de Mantenimiento y Desarrollo de BIREME, realizada el 23 de enero del 2014 en la OPS/OMS Brasil, fueron presentados los resultados alcanzados por el Centro en los últimos 18 meses. El informe respectivo fue aprobado por los representantes del Ministerio de Salud de Brasil, *Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo* (SES-SP) y Unifesp. La contribución del Ministerio para el mantenimiento y financiamiento del plan de trabajo de BIREME durante el año 2014 tendrá el mismo monto que en el 2013, es decir, \$3,8 millones de reales (aproximadamente \$1,7 millones – ref. dólar UN de julio del 2014). Esta suma ha sido transferida a la OPS a través del *Termo Aditivo* número 27 al Convenio de Mantenimiento y Desarrollo de BIREME, que ya fue firmado por las partes (la OPS y el Ministerio de Salud de Brasil).
 - d) El plan bienal de trabajo (2014-2015) de BIREME, que está integrado al del Departamento de Gestión del Conocimiento y Comunicaciones de la OPS, configurado en el 2014 como Gestión del Conocimiento, Bioética e Investigación, se elaboró de forma concertada con el Departamento, con el que se continúa coordinando su perfeccionamiento y articulación.
 - e) Con el objetivo de fortalecer la implementación del nuevo estatuto de BIREME, aprobado por los Estados Miembros, la OPS está llevando a cabo una evaluación externa del Centro en la que se presentarán recomendaciones a la Directora de la Oficina a finales del 2014.

Desafíos

- 19. Los próximos desafíos para este período incluyen:
 - a) Implementar completamente en el año 2014 el nuevo marco institucional de BIREME, incluyendo la suscripción de los dos principales Acuerdos que lo

- constituyen: *i)* el Acuerdo de Sede con Brasil; y *ii)* el Acuerdo de Instalaciones y Funcionamiento con la Unifesp.
- b) En caso de que el nuevo marco institucional no se implemente totalmente en el 2014, actualizar las cláusulas del Convenio de Mantenimiento y Desarrollo de BIREME, esto es, definir un nuevo Convenio de conformidad con la solicitud de sus signatarios (Ministerio de Salud de Brasil, SES-SP y Unifesp).
 - c) Adaptar las necesidades del flujo de caja de BIREME al objetivo de mantener la sostenibilidad financiera del Centro, en virtud de la coexistencia de sus dos marcos institucionales y, particularmente, hasta que su nuevo marco institucional esté completamente implementado.
 - d) Sostener negociaciones para la pronta suscripción de los convenios para la transferencia de las contribuciones respectivas al mantenimiento de BIREME en el bienio 2014-2015, en particular, las contribuciones del Ministerio de Salud de Brasil.

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

20. El Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) fue creado en 1970, mediante un acuerdo entre el Gobierno de la República Oriental del Uruguay, la Universidad de la República del Uruguay y la OPS, que se renueva periódicamente y cuya última prórroga está vigente hasta el 28 de febrero del 2016. En el año 2005, se produjo la fusión entre el Centro y la Unidad de Salud de la Mujer, en un proceso de descentralización, tornándose en el Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR), y pasando a funcionar también como una unidad descentralizada ligada al área de Familia, Género y Curso de Vida (FGL). El objetivo general del CLAP/SMR es promover, fortalecer y mejorar las capacidades de los países de la Región de las Américas en materia de atención de salud para la mujer, la madre y el recién nacido.

Avances recientes

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

22. Desde el punto de vista de las líneas de trabajo, se mantienen las actividades vinculadas a las áreas técnicas específicas de las que CLAP/SMR es responsable. El Plan para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave está en proceso de evaluación de medio término, habiéndose elaborado la línea de base y evaluado el estado de los indicadores a dos años de aprobado el plan. Se ha validado el formulario complementario de la Historia Clínica Perinatal del SIP (Sistema Informático

Perinatal) para el registro de los eventos de morbilidad materna extremadamente graves, en conjunto con la OMS y expertos de la Región en 23 Instituciones de 12 países de la Región. Se ha brindado continuo apoyo a la Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FLASOG), promoviendo la capacitación de sus recursos humanos en emergencias obstétricas, asimismo en colaboración con la Confederación Internacional de Matronas (ICM), se ha dado apoyo a la capacitación de docentes en partería en todo el Caribe.

23. CLAP/SMR ha participado en conferencias regionales para examinar los progresos realizados en la consecución de los objetivos de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, que tuvo lugar en Montevideo en agosto del 2013. Como parte del apoyo técnico a los países sobre la aplicación de la estrategia de salud reproductiva, CLAP/SMR organizó con UNFPA una reunión regional con 15 países en El Salvador, en octubre del 2013, "Reposicionamiento de la planificación familiar en el contexto del acceso universal a la salud sexual y reproductiva, ODM 5b." Como producto, los dos organismos ejecutarán un plan de trabajo en los países participantes. Asimismo, en mayo del 2014, se organizó en Grenada un taller de Planificación Familiar en el Caribe junto con UNFPA y la OMS.

24. La publicación de la OMS "Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud" fue traducida al español⁵ y al portugués⁶ y difundida entre los países de la Región (20.000 copias).

25. En el marco de la estrategia de Eliminación de la transmisión vertical de la sífilis materna y el VIH, se consolidó la información y se elaboró un informe científico acerca de la asociación entre la sífilis congénita y el número de mortinatos. Se encuentra en proceso la consolidación de la información aportada por los países y otras fuentes, a fin de actualizar el mapa de la situación de la sífilis en la Región de las Américas. Se ha discutido con los países el uso de las pruebas rápidas para el diagnóstico de la sífilis utilizando diferentes algoritmos.

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

⁵ http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP-Trad04.pdf

⁶ http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP-Trad04pt.pdf

27. Con respecto a la iniciativa de reunir las instalaciones del Centro con la oficina de la Representación en Uruguay, está en proceso el alquiler de un piso en el edificio donde se encuentra actualmente la Representación de la OPS/OMS, para que funcionen allí las dos unidades. Los trámites para la mudanza están en curso y se están llevando a cabo estudios sobre los costos financieros de la fusión física.

Intervención del Consejo Directivo

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

- - -