



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

56.º CONSEJO DIRECTIVO

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

Washington, D.C., EUA, del 23 al 27 de septiembre del 2018

Punto 3.2 del orden del día provisional

CD56/3

10 de agosto del 2018

Original: inglés

INFORME ANUAL DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Atención primaria de salud: ha llegado el momento

Índice

Prefacio	4
Parte 1: Introducción	6
Parte 2: Avance hacia la salud universal basada en la atención primaria de salud .	11
Evaluación de la situación: a 40 años de Alma-Ata.....	11
Énfasis renovado en la salud equitativa para todos.....	12
El enfoque de salud universal y APS para obtener mejores resultados en materia de salud.....	18
Emergencias de salud pública y eliminación de enfermedades	38
<i>Emergencias de salud pública</i>	38
<i>Eliminación de enfermedades</i>	49
Parte 3: Retos y enseñanzas	51
Retos.....	51
Enseñanzas extraídas.....	56
Parte 4: Fortalecimiento institucional de la Oficina Sanitaria Panamericana	61
Planificación estratégica.....	61
Gestión del conocimiento.....	61
Cooperación centrada en los países y cooperación entre países	61
Marco para la colaboración con agentes no estatales.....	62
Asociaciones y movilización de recursos.....	62
Comunicación para la salud	65
Recursos humanos de la Oficina	65
Gestión de riesgos institucionales	67
Gestión financiera y presupuesto	67
Tecnología y seguridad de la información	68
Servicios generales.....	69
Retos.....	69
Enseñanzas extraídas.....	70
Parte 5: Conclusiones	72
Lista de siglas y abreviaturas	75
Nota de agradecimiento	76

A los Estados Miembros:

De conformidad con la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, tengo el honor de presentar el informe anual correspondiente al 2018 sobre la labor de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas.

En este informe se pone de relieve la cooperación técnica proporcionada por la Oficina durante el período de agosto del 2017 a junio del 2018 en el marco [del Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019](#), definido por los Cuerpos Directivos y modificado por la Conferencia Sanitaria Panamericana en el 2017.

Este informe se complementa con el [Informe Financiero del Director y el Informe del Auditor Externo correspondientes al año 2017](#).

Carissa F. Etienne
Directora
Organización Panamericana de la Salud

Prefacio

Agosto del 2018

1. Tuve el honor de ser elegida Directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, en septiembre del 2012. Al comienzo de mi primer mandato, en febrero del 2013, abogué firmemente por cuatro prioridades: reducir las inequidades en la salud, fortalecer los sistemas de salud, abordar los determinantes sociales y ambientales de la salud, y alcanzar la cobertura universal de salud.

2. El tema fundamental de mi primer mandato fue “**Abogar por la salud para lograr el desarrollo sostenible y la equidad: En el camino hacia a la salud universal**”. Ahora es más evidente que nunca que los Estados Miembros de la OPS y la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina), que es la secretaría de la OPS, deben seguir en ese camino, trabajando para demostrar los valores de la Organización: equidad, excelencia, solidaridad, respeto e integridad. Durante ese mandato, los Estados Miembros aprobaron, con visión de futuro, el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 y la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* —la estrategia para la salud universal—, marcos que proporcionan enfoques estratégicos para abordar las inequidades en la salud en los países y entre ellos. La elaboración de esos marcos no fue una casualidad.

3. La confianza que los Estados Miembros depositaron en mí y en el equipo de la OPS al reelegirme para un segundo mandato como Directora de la OPS en la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana (CSP o Conferencia) en septiembre del 2017 me llenó de gratitud y de humildad. Al aceptar el honor, señalé que la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030, que se aprobó en la Conferencia, guiará nuestra labor en ese período. De acuerdo con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible, el tema fundamental de mi segundo mandato es “**Mejorar la salud y el bienestar sin que nadie se quede atrás**”.

4. Señalé que el proceso para elaborar el próximo Plan Estratégico de la OPS comenzaría en el 2018 y me comprometí a continuar con la participación de los Estados Miembros en él, que se ha convertido en el sello distintivo del establecimiento de los marcos orientadores de la Organización. También dije que, entre mis diez prioridades principales para los próximos cinco años, se encontraban el fomento de la salud universal por medio de sistemas de salud resilientes basados en el enfoque de la atención primaria de salud y la promoción de un énfasis renovado en la salud equitativa para todos, en particular para las mujeres, los niños, los grupos étnicos, las poblaciones indígenas y las personas que viven en condiciones de vulnerabilidad. Estos siguen siendo aspectos esenciales de mi compromiso en este segundo mandato.

5. En este primer año de mi segundo mandato, estamos celebrando el 40.^o aniversario de la Declaración de Alma-Ata. La Declaración de Alma-Ata de 1978 fue un hito que reafirmó el derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr, con la equidad, la solidaridad y el derecho a la salud como valores básicos. Hace 40 años, esta histórica conferencia internacional proporcionó una estrategia para el desarrollo humano y social, y dio al mundo la atención primaria de salud como enfoque y estrategia para la salud y el bienestar y para el desarrollo de los sistemas de salud. El enfoque de la atención primaria de salud propugna sistemas de salud que faciliten el acceso

universal a servicios de salud integrales y de buena calidad para todos, especialmente las personas en condiciones de vulnerabilidad, con la plena participación de las personas y las familias, a un costo que la comunidad y el país puedan sufragar, llevando los servicios lo más cerca posible del lugar donde las personas viven y trabajan, y que puedan abordar los obstáculos al acceso por medio de la participación de la comunidad y la coordinación intersectorial.

6. La celebración del 40.º aniversario de la Declaración de Alma-Ata inspiró el tema de este informe: **“Atención primaria de salud: ha llegado el momento”**. Este tema refleja los esfuerzos de los directivos de la Oficina para evaluar y analizar lo que ha funcionado, lo que no ha funcionado y, lo que es más importante, lo que tenemos que hacer de otro modo. Para que nadie se quede atrás, tenemos que avanzar con celeridad para fortalecer el enfoque de la atención primaria de salud: promover y proteger de salud; eliminar los obstáculos al acceso; dar voz a quienes no son escuchados, y posibilitar la participación social, la acción del gobierno, el trabajo intersectorial y multisectorial y la promoción de la causa. La convocatoria de un foro regional y el establecimiento de la Comisión de Alto Nivel “Salud universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata” durante este período son acciones concretas para facilitar un movimiento regional con el fin de acelerar el logro de la salud para todos.

7. Este informe abarca el período de agosto del 2017 a junio del 2018, un período relativamente corto para alcanzar los resultados deseados, aunque no tan corto que no se pueda reconocer el progreso real y los logros que son el resultado del trabajo en equipo, alianzas eficaces —incluso con agentes no estatales— y una buena colaboración con sectores situados fuera del ámbito de la salud.

8. Nuestro trabajo a nivel nacional, subregional y regional sigue guiándose por las funciones básicas de la OPS, relacionadas con el liderazgo y las alianzas; la investigación, la generación y la difusión de conocimientos; las normas; las opciones de políticas basadas en la ética y la evidencia; la cooperación técnica para el cambio y la capacidad institucional sostenible, y las tendencias de la situación de la salud. La Oficina aspira a seguir fortaleciendo su desempeño en el trabajo con los Estados Miembros de la OPS, los asociados y los principales interesados a fin de abordar los retos prioritarios para la salud pública que afrontan los países y territorios.

9. Aprovecho esta oportunidad para agradecer sinceramente a los Estados Miembros de la OPS, los Estados Miembros y el personal de otras regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), otros organismos de las Naciones Unidas que trabajan en el ámbito de la salud, los asociados en el desarrollo, otros interesados clave en la salud —incluidos los de la sociedad civil y el sector privado— y todo el personal de la Oficina, en los países y en Washington, D.C., por su magnífico esfuerzo para seguir fortaleciendo la atención primaria de salud y mantenernos a todos en el camino hacia la salud universal.

Carissa F. Etienne
Directora
Organización Panamericana de la Salud

Parte 1: Introducción

10. En el Informe Quinquenal 2013-2017 del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana ([OD355](#), [OD355, Corr.](#)), presentado a la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre del 2017, se resumen las diez prioridades principales para la cooperación técnica y el desarrollo institucional de la OPS durante los próximos cinco años. Una de las prioridades es “avanzar hacia la salud universal por medio de sistemas de salud resilientes basados en el enfoque de la atención primaria de salud, y garantizar el acceso universal a servicios integrales y de buena calidad a lo largo de todo el curso de la vida”.

11. En octubre del 2014, en el 53.^o Consejo Directivo de la OPS, los Estados Miembros de la OPS reafirmaron su compromiso de mejorar la equidad, la salud y el desarrollo mediante su aprobación de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (conocida como la “estrategia de salud universal”, documento [CD53/5, Rev. 2](#)). La meta de la estrategia, a nivel regional y de país, es asegurar que “todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios¹ no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad”. En la estrategia también se afirma que “el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requieren la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar”.

12. Una vez más, la OPS estaba a la vanguardia, bien preparada para la adopción en septiembre del 2015, de la [Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible](#), de las Naciones Unidas, y sus [Objetivos de Desarrollo Sostenible](#) (ODS). El objetivo relacionado con la salud ([ODS 3](#)) es “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”. Una de sus metas, la [3.8](#), es “Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos”. La importancia de la cobertura universal de salud como medio para proporcionar acceso a servicios de salud para todos se ha subrayado a nivel mundial y se ha abordado en varias resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas. En diciembre del 2017, por medio de la [resolución 72/138](#) de la Asamblea General, se proclamó el 12 de diciembre como Día Internacional de la Cobertura Sanitaria Universal, en tanto que en la [resolución 72/139](#) se señaló que en el 2019 se celebraría una reunión de alto nivel sobre el tema. La reunión de alto nivel de un día se convocará en el 2019 con el tema “Cobertura sanitaria universal: Juntos para un mundo más saludable”.

13. La Organización Mundial de la Salud ([OMS](#)), cuya Oficina Regional para las Américas es la OPS, aprobó su 13.^o Programa General de Trabajo (13.^o PGT) para el período 2019-2023 (documento [A71/4](#)) en la 71.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2018. En el 13.^o PGT se establece la visión estratégica y la orientación de la OMS para los próximos cinco años.

¹ Incluidos los servicios e intervenciones para promover la salud, prevenir las enfermedades, atender a los enfermos (diagnóstico, tratamiento, cuidado paliativo y rehabilitación) y ofrecer la atención necesaria a corto, mediano y largo plazo.

Asimismo, se definen tres prioridades estratégicas orientadas a mejorar la salud de tres mil millones de personas: **lograr la cobertura sanitaria universal**, abordar las emergencias sanitarias y promover poblaciones más sanas.

14. En el Día Mundial de la Salud, en abril del 2018, se promovió la cobertura universal de salud con el lema “Salud universal: para todos, en todas partes”. Además, la OMS [puso en marcha una campaña](#) en la cual se hizo hincapié en que, para alcanzar la meta 3.8 de los ODS, mil millones más de personas deben contar con cobertura universal de salud para el 2023. En octubre del 2018, la OMS convocará una [Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud](#) con la finalidad de renovar el compromiso del mundo de fortalecer la atención primaria de salud para avanzar hacia la cobertura universal de salud y los ODS.

15. Este énfasis mundial en la cobertura universal de salud es oportuno, ya que en el 2018 se celebra el 40.º aniversario de la Declaración de Alma-Ata sobre la atención primaria de salud. La Región de las Américas desempeñó un papel crucial en la elaboración y la negociación de la Declaración y la estrategia de atención primaria de salud. Los valores y los principios de la atención primaria de salud han constituido la base de muchos mandatos de la OPS y han guiado iniciativas para fortalecer los sistemas de salud y los procesos de reforma sanitaria. Sobre la base de la experiencia acumulada, esta Región se centra en la salud universal y no solo en la cobertura universal de salud: la salud universal es la expresión de la Declaración de Alma-Ata en el siglo XXI.

16. El camino a la salud universal es largo. En la Declaración de Alma-Ata de 1978 se señaló claramente que el gobierno tiene la responsabilidad de proporcionar servicios de salud a la población: servicios integrales que sean no solo curativos, sino que también aborden la promoción, la prevención, la rehabilitación y el tratamiento de trastornos comunes. El lema de Alma-Ata, “Salud para todos en el año 2000”, fue el llamamiento a la acción y el motor de este movimiento, que procura ofrecer servicios culturalmente apropiados, accesibles, asequibles y adaptables. La atención primaria de salud es no solo el primer nivel de atención, sino que proporciona atención de salud en el primer nivel como base para el desarrollo de los sistemas de salud.

17. Después de Alma-Ata, los países comenzaron a adoptar el enfoque de atención primaria de salud en los años ochenta. Sin embargo, varios factores, entre ellos la crisis económica y las políticas de ajuste estructural, llevaron a una disminución de la visión de Alma-Ata, con el consiguiente efecto negativo en la atención primaria de salud. Algunos países empezaron a centrarse solo en conjuntos selectivos y mínimos de servicios, mientras que otros regresaron a los modelos de atención centrados en los hospitales. Sin embargo, otros persistieron en la aplicación de la visión de “salud para todos” y lograron un desarrollo sanitario nacional integral, con una mejor salud y el empoderamiento de la población. La [Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud](#), elaborada en la primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud convocada por la OMS en 1986, se basó en la Declaración de Alma-Ata. La Carta reactivó la coordinación intersectorial, la participación social y el énfasis en los determinantes sociales de la salud, e hizo un llamamiento a la reorientación de los servicios de salud, haciendo hincapié en la mejora de la promoción y la prevención. Esto fue un paso en la dirección correcta, pero aun así no se alcanzó la visión de Alma-Ata. En el 2005, la OPS inició movimientos nacionales y regionales para la renovación de la atención primaria de salud, así como una ola de reformas de tercera generación para fortalecer el primer nivel de atención y formar redes integradas de servicios de salud.

18. Los países de la Región de las Américas han reafirmado su compromiso con la visión de Alma-Ata por medio de movimientos y acciones nacionales y regionales, entre ellos la aprobación de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (ASSA2030) (documento [CSP29/6, Rev. 3](#)) en la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana en el 2017 y la estrategia de salud universal del 2014. En esta Región se reconoce que la atención primaria de salud es un enfoque estratégico para desarrollar, organizar y financiar sistemas y servicios de salud equitativos y centrados en las personas, su familia y su comunidad, y que se necesita un primer nivel de atención sólido para asegurar la salud universal. Sin embargo, en la Región también se entiende que un primer nivel de atención sólido sin una red integrada de prestación de servicios de salud igualmente sólida no garantizará la salud universal, que la coordinación intersectorial y la participación social son cruciales para la salud universal, y que el logro de la salud universal es posible solo con el fortalecimiento de sistemas de salud con un enfoque de atención primaria de salud.

19. A pesar del progreso y los esfuerzos, sigue habiendo grandes inequidades en la salud y obstáculos al acceso, y los sistemas de salud no están respondiendo de una manera eficaz y eficiente a los nuevos retos como las enfermedades no transmisibles (ENT), el cambio climático y las enfermedades transmisibles emergentes. La Región de las Américas sigue siendo una de las regiones más desiguales del mundo. Aunque la salud de los pueblos de la Región ha mejorado notablemente en los últimos años, hay grandes diferencias dentro de los países y entre ellos, y la salud y el bienestar de las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad no han avanzado al mismo ritmo que en la población general. La pobreza y la pobreza extrema han aumentado en la Región. En el 2016, 30,7% de la población de América Latina era pobre (186 millones de personas) y 10,0% vivía en condiciones de pobreza extrema, en comparación con 28,5% (168 millones de personas) y 8,2%, respectivamente, en el 2014. Las proyecciones para el 2017 eran, respectivamente, 30,7% (186 millones de personas) y 10,2% (48 millones de personas).² Queda mucho más por hacer, como se verá en el informe de la [Comisión sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas](#), establecida por la Directora de la OPS en el 2016. El informe de la Comisión se presentará a fines del 2018.

20. El informe regional sobre el desempeño de los sistemas de salud contenido en la publicación de la OPS [Salud en las Américas+ Edición del 2017](#) demostró que persisten tanto los obstáculos al acceso como las desigualdades socioeconómicas dentro de los países y entre ellos, aunque la cobertura de seguro y la utilización de los servicios de atención primaria han mejorado en la Región. En [Salud en las Américas+ Edición del 2017](#) también se mostró que el aumento del gasto público en salud entre 1990 y el 2014 (de 25% en promedio) y la disminución del gasto sufragado por el usuario (de 15% en promedio) no han sido suficientes. La mayor parte de los países no han alcanzado el punto de referencia acordado de 6% del producto interno bruto (PIB) para el gasto público en salud y la eliminación del pago directo en el punto de servicio, que están intrínsecamente relacionados. En las evaluaciones actuales se subraya sistemáticamente que el aumento del financiamiento para la salud es necesario, pero no suficiente, para mejorar el acceso a una atención de salud de buena calidad. Otros factores decisivos son la gobernanza eficaz de los sistemas de salud, la utilización eficiente de los recursos financieros y de la atención de salud, y la distribución relativa de los insumos de los sistemas de salud en todas las áreas de servicio y zonas

² Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). [Panorama social de América Latina 2017](#).

subnacionales. En resumen, para avanzar hacia la salud universal se necesita un enfoque de atención primaria de salud.

21. La Región ha acumulado experiencia, pericia y conocimientos para evaluar la situación 40 años después de Alma-Ata e influir en el rumbo de los próximos 40 años. La visión de “salud para todos” expresada originalmente en la Declaración de Alma-Ata se ha vuelto a captar en el contexto de la salud y el desarrollo en el siglo XXI y el logro de la salud universal. Se ha reafirmado el derecho de todos, en todas partes, a tener acceso a la salud, a fin de que puedan llevar una vida plena, productiva y digna.

22. La Región de las Américas se sumó a la campaña mundial del Día Mundial de la Salud en abril del 2018 con el lema “Salud universal: para todos, en todas partes”, subrayando la necesidad de eliminar los obstáculos persistentes a la salud y los servicios de atención. Estos obstáculos son diversos, y para eliminarlos se requiere un movimiento de toda la sociedad, con la participación de las personas y espacios para que se escuchen las voces de todos, en particular las voces de quienes viven en circunstancias extremadamente difíciles debido a desigualdades sociales: las personas indígenas, los afrodescendientes y otros grupos étnicos; las mujeres; las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans (LGBT), y los migrantes. Esta Región está desempeñando un papel activo en los preparativos para la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, que se celebrará en Kazajstán en octubre del 2018 y mostrará al mundo su compromiso con el fortalecimiento de la atención primaria de salud como medio para progresar hacia el logro de la salud universal y los ODS.

23. En la Agenda 2030 se exhorta a erradicar pobreza luchando contra las inequidades; se pone de relieve el desarrollo de las personas, una mayor participación social y la coordinación intersectorial, y se establece la meta de garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades ([ODS 3](#)). Estos elementos son fundamentales para la visión de Alma-Ata y de la salud para todos, y puede alcanzarse en la Región de las Américas si se intensifica la acción para transformar los sistemas de salud en el camino hacia la salud universal, basada firmemente en el enfoque de la atención primaria de salud. Por consiguiente, ha llegado la hora de que los Estados Miembros de la OPS apliquen o fortalezcan el enfoque de la atención primaria de salud.

24. El enfoque de la atención primaria de salud implica asumir un compromiso de toda la sociedad con el desarrollo de modelos de atención centrados en la persona, en los cuales se manifieste plenamente el derecho a la salud; responder a las necesidades de salud de la población de las comunidades a las que se prestan los servicios; aumentar la capacidad del primer nivel de la atención en redes integradas de servicios; abordar los determinantes sociales de la salud; colaborar; rendir cuentas de los compromisos contraídos; escuchar y prestar atención a las personas que se encuentran en condiciones de exclusión y vulnerabilidad; incluir a las personas y las comunidades en la formulación, la aplicación y la supervisión de políticas y planes de salud, y establecer mecanismos para la participación del gobierno, la sociedad civil y los interesados clave en la definición del camino hacia la salud universal. El enfoque de la atención primaria de salud requiere gobernanza y voluntad política; recursos humanos para la salud bien capacitados, motivados y distribuidos equitativamente; mecanismos de financiamiento justos, equitativos y basados en la solidaridad; sistemas de información para la salud; acceso a medicamentos y tecnologías seguros, apropiados, asequibles y eficaces, y participación social eficaz. La atención primaria de salud es el fundamento de los sistemas de salud resilientes, capaces de proporcionar atención adecuada y

de buena calidad a la población, munidos de la flexibilidad necesaria para ampliar la acción a fin de responder a las exigencias causadas por los desastres y brotes de enfermedades infecciosas al mismo tiempo que se siguen proporcionando servicios regulares.

25. La atención primaria de salud es la estrategia más eficaz y eficiente con la cual los Estados Miembros pueden establecer sistemas de salud resilientes y sostenibles para propiciar el logro de la salud universal, los objetivos de la ASSA2030 y los ODS. Tenemos la evidencia, los mandatos y los conocimientos técnicos para lograrlo. Lo que se necesita ahora es priorización, compromiso y ejecución eficaz.

26. En este informe se resume la cooperación técnica de la Oficina con los Estados Miembros, la colaboración con asociados e interesados clave en el avance hacia la salud universal —con énfasis especial en el uso del enfoque de atención primaria de salud— y el progreso en los procesos administrativos internos y los sistemas que apoyan el trabajo de la Organización durante el período comprendido en este análisis.

27. Como en toda la cooperación técnica de la OPS, se prestó atención especial a los ocho países clave de la Organización: Bolivia, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Suriname. La Oficina puso de relieve la cooperación técnica a nivel subnacional y subregional y, en los casos en que era posible, la colaboración interprogramática fue un aspecto integral de las intervenciones.

Parte 2: Avance hacia la salud universal basada en la atención primaria de salud

Evaluación de la situación: a 40 años de Alma-Ata

28. La naturaleza visionaria de la Declaración de Alma-Ata y los conceptos originales de la atención primaria de salud siguen siendo válidos, incluso ahora que el mundo ha adoptado un nuevo llamamiento a la acción —los Objetivos de Desarrollo Sostenible— que plantea metas ambiciosas para el año 2030. El ODS 3, “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, es un eco de la meta audaz de “Salud para todos en el año 2000” establecida en 1978. Aunque el mundo no alcanzó esa meta, se lograron grandes avances y se extrajeron enseñanzas. Ese caudal de conocimientos, experiencia y capital social impulsó a la Oficina a replantear y reinventar sus intervenciones durante el período en análisis, con la intención de fortalecer la atención primaria de salud como estrategia decisiva para avanzar hacia la salud universal en el siglo XXI.

Párrafo I de la Declaración de Alma-Ata, 1978: visión original de la atención primaria de salud

“La Conferencia reafirma firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud”.

29. Para convertir la atención primaria de salud en realidad en la Región de las Américas en el siglo XXI hay que hacer frente a las inequidades en materia de salud que retrasan el progreso hacia la salud universal y el desarrollo sostenible. La formulación de intervenciones diferenciadas que permitan a las personas que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad tener acceso a servicios de salud integrales y de buena calidad y vivir una vida sana será la piedra angular del trabajo de la OPS. Un enfoque de atención primaria de salud en el siglo XXI, con miras a abordar las inequidades y avanzar hacia la salud universal, requiere liderazgo, con una visión renovada y compromiso político. En consecuencia, la Oficina coordinó la elaboración de la ASSA2030, que representa un llamamiento a la acción para la salud y el bienestar en la Región de las Américas sobre la base de la salud universal y los ODS. En la ASSA2030 se describe la acción colectiva necesaria para que los países y la Región avancen hacia la equidad y el bienestar para todas las personas a lo largo de todo el curso de la vida.

La ASSA2030 – plan regional detallado para la salud

La ASSA2030, surgida de un amplio proceso consultivo coordinado por la Oficina, es el documento de planificación estratégica y política de más alto nivel sobre la salud en la Región de las Américas. La ASSA2030 representa la respuesta regional del sector de la salud a la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, junto con los temas inconclusos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, así como los retos regionales emergentes para la salud pública. Abarca todos los aspectos de los ODS relacionados con la salud, y proporciona una visión y orientación a las intervenciones de salud en el período indicado. En la Agenda se describe la acción colectiva necesaria para que los países y la Región en conjunto logren, para el 2030, el grado máximo de salud que

sea posible, con acceso universal a la salud y cobertura universal de salud, sistemas de salud resilientes y servicios de salud de buena calidad, avanzando hacia la equidad y el bienestar para todas las personas a lo largo de todo el curso de la vida.

El objetivo 1 de la ASSA2030 es “ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, integrados y de calidad, centrados en la persona, la familia y la comunidad, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades”, que incluye la meta 1.5, “incrementar la capacidad resolutoria del primer nivel de atención de salud, medida como un 15% de reducción de las hospitalizaciones prevenibles con atención ambulatoria de calidad”, y la meta 1.6, “organizar los servicios de salud en redes integradas de prestación de servicios de salud con capacidad resolutoria alta en el primer nivel de atención”. La ASSA2030 se pone en práctica por medio de los planes estratégicos, los programas bienales y los presupuestos de la OPS, así como los planes nacionales y subregionales de salud.

30. En diciembre del 2017, la Directora de la OPS inició un [movimiento regional para la salud universal](#) en el [Foro Regional sobre la salud universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata](#), que tuvo lugar en Ecuador. Participaron más de 200 líderes políticos, expertos y representantes de la sociedad civil y del ámbito académico de alrededor de 30 países y territorios de la Región, con la finalidad de señalar los obstáculos y forjar alianzas para ayudar a los países a alcanzar la meta de la salud para todos para el año 2030. Para complementar el foro regional, en febrero del 2018, la Directora estableció la [Comisión de Alto Nivel “Salud Universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”](#), bajo la hábil conducción de la excelentísima doctora Michelle Bachelet, a fin de examinar el futuro de los sistemas de salud en la Región, analizar el progreso en el contexto de Alma-Ata y determinar la forma de promover una mayor participación social en la formulación de políticas de salud. La Comisión reúne diferentes perspectivas, agentes estatales y no estatales y expertos que trabajan con diferentes grupos poblacionales, como las personas indígenas, los afrodescendientes, las personas LGBT, los jóvenes, las personas con necesidades especiales y los migrantes. El Foro y la Comisión de Alto Nivel seguirán trabajando a lo largo del 2018-2019 para abogar por una fuerte contribución de esta Región a la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la cobertura universal de salud que tendrá lugar en el 2019.

31. Durante el período abarcado por el informe, la Oficina colaboró con los Estados Miembros en la aplicación de la estrategia de salud universal de conformidad con el contexto y las necesidades de cada país.

Énfasis renovado en la salud equitativa para todos

32. Durante el período abarcado por el informe, la Oficina llevó a cabo varias iniciativas para responder a las necesidades diferenciadas de las personas, incluidas las personas que viven en condiciones de vulnerabilidad. Además, 15 países iniciaron un análisis de las inequidades y desigualdades en la salud, y formularon planes para abordar los desafíos encontrados.

33. La Comisión sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas, establecida por la Directora de la OPS en 2016 y presidida por Sir Michael Marmot, avanzó en su misión de obtener evidencia sobre las inequidades y desigualdades en materia de salud en la Región, con miras a reducirlas. El primer proyecto de informe de la Comisión se trató en junio del 2018, y se prevé que el informe final, con recomendaciones para reducir o eliminar las brechas de la equidad en la salud, estará listo para fines del 2018. En el 2017, la Comisión convocó varias reuniones de expertos y

de promoción de la causa para tratar temas clave relativos a las inequidades, entre ellas una en Colombia para examinar la etnicidad y su impacto en la salud, y otra en Costa Rica sobre género y violencia. En el 2018, la Comisión se reunió en Trinidad y Tabago para abordar temas de derechos humanos y en Atlanta (Estados Unidos de América) para tratar temas relacionados con los derechos civiles y las poblaciones minoritarias en América del Norte, con el auspicio de la Facultad de Medicina Morehouse.

34. En la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en el 2017, se aprobó una nueva política de la OPS sobre etnicidad y salud (documento [CSP29/7, Rev. 1](#)), al cabo de extensas consultas con ministerios de salud, pueblos indígenas, afrodescendientes, romaníes y otros interesados clave. La política tiene por objeto asegurar el acceso de todos los grupos étnicos a la salud con la incorporación de enfoques interculturales en la cooperación técnica. Las deliberaciones en torno a la política suscitaron una mayor atención a las disparidades étnicas en la salud e impulsaron la demanda de cooperación técnica y evidencia sobre este tema. Varias iniciativas de la Oficina respondieron a este mayor interés o reflejaron la colaboración interprogramática resultante de los esfuerzos para incorporar las inquietudes con respecto al género y la etnicidad en toda la cooperación técnica de la OPS. Por ejemplo, la Oficina colaboró con la División de Población ([CELADE](#)) de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe ([CEPAL](#)) y con el Fondo de Población de las Naciones Unidas ([UNFPA](#)) para elaborar [un informe completo en español sobre la situación de las personas afrodescendientes en América Latina y el Caribe](#). El informe está usándose como fuente de datos para el análisis de la salud de los afrodescendientes en la subregión andina y en otras subregiones. Además, se prepararon varios informes con análisis de las necesidades de las poblaciones indígenas y afrodescendientes en relación con problemas de salud específicos. La Oficina hizo un análisis de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la hepatitis y las infecciones de transmisión sexual (ITS) en los indígenas y los afrodescendientes, con metodologías específicas para abordar los problemas detectados.

35. La Oficina adaptó “Innov8”, herramienta programática integrada de la OMS centrada en el género, la equidad y los derechos, para que sea usada en la Región. La herramienta, a la cual la Oficina agregó un componente de etnicidad, se usó en Jamaica y la República Dominicana en la formulación y ejecución de programas de salud, con el fin de asegurar la inclusión. La Oficina también redobló los esfuerzos para asegurar la inclusión de las perspectivas de género y etnicidad en las estrategias de cooperación en los países ([ECP](#)) de la Oficina, en particular en Jamaica y Trinidad y Tabago.

36. La Oficina elaboró documentos conceptuales regionales y organizó seminarios técnicos por internet para apoyar las resoluciones y facilitar nuevas áreas de cooperación técnica en los campos del género, las masculinidades y la salud; las identidades de género, y el acceso de las personas LGBT a la salud. La Oficina avanzó en la preparación de un informe sobre la situación de la salud y el acceso de las personas LGBT a la atención, los obstáculos que pueden enfrentar en el acceso a los servicios de salud y los efectos del acceso reducido. Este informe se preparó en cumplimiento de la resolución sin precedentes de la OPS titulada *Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans* (resolución [CD52.R6](#)), aprobada por el 52.^o Consejo Directivo de la OPS en el 2013 y basada en datos aportados por 33 Estados Miembros y 28 organizaciones no gubernamentales (ONG) de la Región. Tras un proceso de arbitraje, se

terminará de preparar el informe y se lo presentará a los Estados Miembros de la OPS para fines del 2018. Sus conclusiones sobre los obstáculos, como la estigmatización y la discriminación, la falta de políticas o servicios integrales y la falta de capacitación adecuada del personal servirán de base para una mayor atención a la utilización de los servicios de salud por las personas LGBT y a la cooperación técnica centrada en esta área.

37. La Oficina preparó un informe interprogramático regional sobre el género, las masculinidades y la salud, cuyas conclusiones serán abordadas por interesados clave a nivel subregional. Este informe servirá de base para introducir nuevas respuestas de política con el fin de abordar brechas relacionadas con las masculinidades y la salud de los hombres. Los países están avanzando con la promoción de la igualdad de género en la salud bajo la égida de la salud universal, incluida la documentación de la protección social en la salud, con especial atención a la atención de salud gratuita; los compromisos con la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes en el período 2018-2030, y el seguimiento de la equidad con indicadores de género específicos.

38. Durante este período, la Oficina aumentó el liderazgo y el apoyo técnico para fomentar la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes. La puesta en marcha de Todas las Mujeres, Todos los niños - América Latina y el Caribe ([EWEC-LAC](#)) y el [Compromiso a la acción de Santiago](#), con el patrocinio de la excelentísima doctora Michelle Bachelet, Presidenta de Chile, en el 2017, llevó a un compromiso político a nivel interministerial con la ejecución de la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente* en la Región. EWEC-LAC es un movimiento interinstitucional que apoya los esfuerzos de los países a fin de reducir las inequidades en el acceso a la salud para las mujeres, los niños y los adolescentes.³ La Oficina reorientó la cooperación técnica para la aplicación de la estrategia y avanzó en la elaboración de un plan de acción que se presentará en el 56.º Consejo Directivo de la OPS en septiembre del 2018.

39. En este marco, durante este período se aceleró la ejecución de la iniciativa emblemática de la Directora “[Cero muertes maternas por hemorragia](#)”, cuya finalidad es reducir la brecha de equidad en la mortalidad materna en diez países prioritarios con indicadores de la mortalidad materna en riesgo: Bolivia, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Suriname. La Oficina empleó un enfoque interprogramático, creando sinergias entre los departamentos técnicos y las representaciones para mejorar la eficiencia de la cooperación técnica. Se han asignado diez asesores más sobre salud de la mujer y reducción de la mortalidad materna a estos países a fin de aumentar la cooperación técnica para intervenciones adaptadas a cada país, en particular intervenciones innovadoras con la finalidad de fortalecer la capacidad local para llegar a las mujeres que corren el mayor riesgo y que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad. En estas intervenciones se tienen en cuenta los nexos claros entre las desigualdades en materia de género y las tasas elevadas de mortalidad materna en las mujeres indígenas de la Región. Esta modalidad de cooperación técnica ha resultado eficaz. Cuatro de los países participantes (Bolivia, Guatemala, Perú y República Dominicana) informaron que, desde que se ejecutó esta iniciativa, no ha habido muertes maternas por hemorragia. Paraguay notificó reducciones de 30% de la razón de mortalidad materna y de 18,6% de la tasa de mortalidad neonatal a diciembre del 2017. La Oficina inició actividades de cooperación técnica con 32 países

³ Los integrantes de la iniciativa EWEC-LAC son el BID, la OPS/OMS, el UNICEF, el UNFPA, la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres), ONUSIDA, USAID y el Banco Mundial.

de la Región. Se consolidó la [red regional de vigilancia de la mortalidad materna y neonatal](#) con la ejecución de dos proyectos relacionados con la mortalidad materna: [la morbilidad materna extremadamente grave o cuasincidentes \[near miss\]](#) y la Red de Asistencia a Mujeres en Situación de Aborto (MUSA). La red de vigilancia procura mejorar el análisis de los datos sobre la salud materna y neonatal en la Región. La Región de las Américas es la única región de la OMS que ha puesto en marcha esta iniciativa de vigilancia.

Trabajo interprogramático centrado en el país – salud materna y perinatal y medioambiente

Nicaragua: En el marco del proyecto interprogramático “Casas maternas saludables, ecológicas y sostenibles” se prepararon instrumentos para hacer una autoevaluación de los riesgos ambientales y determinar las intervenciones de mitigación prioritarias. Esto forma parte de una estrategia más amplia para reducir la mortalidad materna y perinatal con una mejora de la atención obstétrica materna y la creación de ambientes que protejan y promuevan la salud en el hogar. El proyecto fue patrocinado por autoridades e instituciones nacionales y locales, entre ellas el Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud y el Centro de Investigación en Salud de los Trabajadores y del Ambiente. El financiamiento proviene del proyecto de [Sistemas Integrados de Salud en América Latina y el Caribe](#) de la Oficina Sanitaria Panamericana y Canadá.

40. A fin de abordar mejor la salud y el desarrollo de los niños, la Oficina promovió políticas y servicios integrados para acelerar el progreso en esta área mediante la difusión de las enseñanzas extraídas de prácticas óptimas en los países, la actualización de los países en lo que se refiere a enfoques basados en la evidencia y estrategias para la acción multisectorial, el fomento de la participación de los ministerios de salud y desarrollo social en la acción mundial para mejorar el desarrollo de los niños pequeños, y la capacitación en el cuidado que responda a las necesidades de los niños. Estos esfuerzos contribuirán a un aumento del acceso y la cobertura de intervenciones que promuevan la salud y el desarrollo infantil durante los primeros años de vida. Todas estas actividades se realizaron junto con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia ([UNICEF](#)) y la OMS, en colaboración con otros asociados, entre ellos la [Fundación Bernard Van Leer](#), [Plan International](#) y el Banco Mundial. La Oficina facilitó la elaboración del marco [Cuidado cariñoso](#), con la participación de más de 15 países, y lo dio a conocer en la Asamblea Mundial de la Salud del 2018. La Oficina también estableció una red de expertos e instituciones especializados en la primera infancia, en la que participan el UNICEF, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura ([UNESCO](#)) y centros de investigación y universidades de diversos países. La promoción de la causa política, la formación de alianzas y la participación de las comunidades han sido elementos centrales de esta tarea.

41. Como parte de la cooperación técnica, la Oficina colaboró con 21 países para examinar y actualizar sus estrategias de salud de los adolescentes, establecer normas para los servicios de salud de los adolescentes y formar capacidad para aplicar medidas mundiales aceleradas en favor de la salud de los adolescentes ([AA-HA!](#)) por medio de talleres subregionales y de país, estos últimos en Barbados, Brasil, Guyana, Haití, San Vicente y las Granadinas, y Suriname. La Oficina también puso en marcha actividades de cooperación técnica para la formulación de planes de salud dirigidos a los jóvenes indígenas y afrodescendientes, basados en las prioridades indicadas por estos grupos. Se terminó de preparar el informe regional [Accelerating Progress Toward the Reduction of Adolescent Pregnancy in Latin America and the Caribbean](#) [acelerar el progreso hacia la reducción

del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe] y se está preparando un informe sobre la salud de los jóvenes.

42. La Oficina avanzó en la ejecución del proyecto de Sistemas Integrados de Salud en América Latina y el Caribe, en colaboración con [Asuntos Mundiales Canadá](#). El proyecto, que abarca el período 2016-2019, está llevándose a cabo en once países: Bolivia, Colombia, Ecuador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú y Suriname. El objetivo es mejorar la salud de los niños, las niñas y las mujeres (incluidas las madres) en situaciones de vulnerabilidad en América Latina y el Caribe. Por medio de este proyecto, las autoridades nacionales de salud han podido llegar a comunidades desatendidas, de difícil acceso y socioeconómicamente desfavorecidas. Entre los resultados obtenidos en este período cabe señalar la lactancia materna exclusiva de los niños (más de 11.000) nacidos en casas de maternidad; la provisión de equipo básico, productos básicos y otros materiales para apoyar la prestación de servicios en 150 establecimientos de salud y dos redes comunitarias en ocho países (Bolivia, Colombia, Ecuador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Perú), y la acción de la comunidad, incluido el apoyo a la implementación de servicios de telemedicina en Paraguay. Otros resultados obtenidos durante este período fueron la desparasitación de alrededor de 305.214 personas, el examen de 1.457 menores de 15 años para detectar la enfermedad de Chagas, el examen de 1.500 mujeres para detectar el cáncer cervicouterino y la concientización de más de 11.000 mujeres sobre temas relacionados con el empoderamiento, entre ellos la actividad empresarial, el liderazgo, la participación y el derecho al trabajo remunerado. Además, el proyecto apoyó la formulación de políticas, planes, normas, pautas y herramientas basados en enfoques de equidad, derechos humanos, etnicidad y género. En los 11 países se realizaron actividades de formación de capacidad de recursos humanos y más de 11.000 prestadores de servicios de salud se beneficiaron de actividades de capacitación o concientización.

43. La Oficina realizó una labor de promoción de la causa e intervenciones estratégicas para apoyar la aplicación de la resolución [CD55.R13](#) sobre la salud de los migrantes, que fue aprobada por el 55.º Consejo Directivo de la OPS en el 2016. En un evento paralelo realizado en ocasión de la 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre del 2017 que había sido propuesto por México y otros países, los panelistas estuvieron de acuerdo en que la salud debe estar en el centro de toda política de migración, y que la Oficina y los Estados Miembros de la OPS deben abogar conjuntamente por su inclusión en el Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular, actualmente en elaboración. Esta labor de promoción de la causa se basa en la Declaración Ministerial sobre Salud y Migración, firmada en abril del 2017 por 10 países de Mesoamérica (Belice, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá y República Dominicana), para la cual la Oficina proporcionó apoyo político y técnico. En la Declaración Ministerial se estableció una serie de acuerdos de trabajo conjunto para mejorar la información sobre la situación de salud de los migrantes y formar alianzas para atender sus necesidades de salud de una manera integral y oportuna.

44. Consciente de la necesidad de fortalecer la integración de los temas transversales de la OPS (derechos humanos, género, etnicidad y equidad) para avanzar hacia la salud universal, durante el período abarcado por el informe la Directora de la OPS inició una reorganización de la Oficina que colocó la Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural en el nivel de la Gerencia Ejecutiva. La finalidad de esta medida es aumentar la acción estratégica y política para que se tengan en cuenta los temas transversales en todos los programas y las intervenciones de la OPS.

Intervenciones apoyadas por la Oficina dirigidas a los grupos en condiciones de vulnerabilidad

Argentina: Los ministerios de salud y educación colaboraron en la ejecución de una política integrada de cuidado para niños en el Programa Nacional de Salud Escolar (PROSANE), que incluye exámenes odontológicos, oftalmológicos y fonoaudiológicos, así como la vacunación. En el marco del proyecto del Gran Chaco, se terminó la fase preparatoria de la iniciativa de Escuelas Promotoras de la Salud en la provincia de Salta. Esta iniciativa fomentará la acción intersectorial en relación con el agua, el saneamiento, la higiene, la seguridad alimentaria y nutricional y la gestión del riesgo de desastres. En la fase preparatoria se organizaron talleres sobre etnicidad y salud intercultural, con la participación de la comunidad en la selección de tareas para mejorar el acceso de las personas indígenas a servicios de salud de buena calidad.

El Salvador: En junio del 2018 se terminó de elaborar una política nacional sobre salud intercultural, bajo la dirección del Ministerio de Salud y con plena participación de grupos indígenas, asociaciones de derechos humanos, instituciones del sector de la salud y la comunidad académica. La inclusión de grupos indígenas representa un paso importante para llegar a las personas excluidas y que nadie se quede atrás.

Estados Unidos de América: La Oficina colaboró con el Consejo Nacional de Salud de los Indígenas Urbanos ([NCUIH](#)) a fin de adaptar el [Programa de acción para superar las brechas en salud mental](#) (mhGAP) a las comunidades indígenas y probar una guía adaptada con un grupo de agentes sanitarios comunitarios indígenas.

Guyana: Se realizaron actividades de concientización de la comunidad y sesiones de sensibilización sobre la violencia de género y la violencia contra las mujeres y los niños junto con agentes de policía y prestadores de atención de salud en las regiones 1, 7 y 8.

Jamaica: En diciembre del 2017 concluyó un análisis integral de la situación de las personas mayores y en enero del 2018 se elaboró un marco nacional para el envejecimiento saludable, en el cual se presentan constantemente las mejores prácticas de atención primaria de salud en esta área.

México: Se introdujo un enfoque de comunidad y género para el cuidado de las personas con diabetes en dos estados (México y Campeche) en colaboración con las autoridades locales de salud y la Fundación Mundial para la Diabetes.

Panamá: El equipo de país de las Naciones Unidas contribuyó a los avances hacia la salud universal en el marco de las [redes integradas de servicios de salud](#). Prestando especial atención a las personas indígenas y las zonas fronterizas, la Oficina colaboró con el UNICEF en las escuelas saludables, con el UNFPA en la salud materna y con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura ([FAO](#)) en la nutrición familiar huertas comunitarias.

Suriname: Los programas del Ministerio de Salud para el control de la malaria, la leishmaniasis, la lepra, la infección por el VIH y las ITS colaboraron para proporcionar servicios integrados de atención primaria de salud a la población minera del interior de Suriname.

Subregión sudamericana: En mayo del 2018 se convocaron reuniones en Paraguay y Brasil para tratar, respectivamente, la salud fronteriza en países del Mercado Común del Sur ([MERCOSUR](#)) y la salud de las personas indígenas en los sistemas nacionales de salud del [Chaco sudamericano](#). La finalidad de la reunión en Paraguay era promover la cooperación Sur-Sur, mientras que en el evento en Brasil se abordó la incorporación de un enfoque intercultural en los sistemas nacionales de salud respectivos.

El enfoque de la salud universal y la atención primaria de salud para obtener mejores resultados en materia de salud

Promover y acompañar la transformación de los sistemas de salud sobre la base de la atención primaria de salud para la salud universal

45. Durante este período, la Oficina promovió la adopción de un enfoque integral, centrado en los países, para la cooperación técnica con los países que estaban iniciando o continuando importantes iniciativas de transformación o fortalecimiento de los sistemas de salud. La modalidad de cooperación técnica, orientada a la elaboración de hojas de ruta integrales o planes nacionales para avanzar hacia la salud universal, se adaptó a las diferentes necesidades, realidades, prioridades, lógica y dinámica de los procesos de los países. Se inició la cooperación técnica con un enfoque interdisciplinario en varios países (Bahamas, Belice, Bolivia, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Jamaica, Panamá, Perú y República Dominicana) para fortalecer la gobernanza y la rectoría, el financiamiento de la salud, la legislación sobre la salud y los modelos de prestación de servicios compatibles con un enfoque de atención primaria de salud y con la estrategia de salud universal. Esta modalidad de cooperación técnica abarcó apoyo técnico directo, ejercicios de formación de capacidad, promoción de la causa con funcionarios de alto nivel, facilitación de diálogos intersectoriales nacionales y difusión de experiencias y evidencia de los países, según las necesidades.

Transformación centrada en el país de los sistemas de salud hacia la salud universal

Dominica: Se está preparando un plan de acción para la recuperación después de los huracanes, orientado a la salud universal, con estrecha colaboración entre la Oficina y las autoridades del gobierno, para reconstruir y transformar el sistema de salud del país a fin de que sea más resiliente y eficaz en la prestación de atención de salud de buena calidad. El trabajo incluyó una primera misión para llegar a un acuerdo con las autoridades nacionales sobre el alcance y las áreas de la cooperación técnica, de conformidad con el Plan Estratégico Nacional, y una evaluación rápida de los servicios de salud después del huracán María. En misiones de seguimiento se evaluaron establecimientos de atención de primer nivel, la gobernanza y rectoría, y los recursos humanos para salud. El plan de acción estará listo para agosto del 2018.

Haití: En el contexto de la iniciativa actual del gobierno para llevar a cabo una transformación integral del sistema de salud, los miembros de la nueva Comisión Nacional para la Reforma del Sistema de Salud y la Atención Hospitalaria fueron invitados a una conversación de alto nivel en la sede de la OPS. El equipo de la Oficina facilitó el diálogo entre la Comisión y autoridades del Ministerio de Salud, presentando estudios de casos de otros países de la Región y facilitando el análisis de opciones factibles para Haití y de una hoja de ruta para intensificar la colaboración. Al mismo tiempo, se realizó una misión especial para abordar importantes problemas con el principal hospital público de Puerto Príncipe (Hôpital Universitaire de la Paix). Durante la misión se formularon recomendaciones sobre la forma de resolver problemas urgentes en el hospital, a fin de convertirlo en una parte integrante de una red de atención. Además, considerando la importancia de los programas prioritarios y el financiamiento proporcionado por los asociados en el desarrollo en Haití, se llevó a cabo una misión conjunta para evaluar la respuesta del país a la tuberculosis, con un fuerte componente programático y una perspectiva de sistemas de salud.

Jamaica: Respondiendo a una solicitud del gobierno para evaluar los éxitos, los retos y las enseñanzas de un programa de reforma del sector de la salud iniciado en 1997, la Oficina realizó una evaluación integral de los servicios de salud pública en Jamaica. La evaluación concluyó con recomendaciones

específicas sobre el fortalecimiento de la estrategia de atención primaria de salud, la mejora de la capacidad de rectoría del Ministerio de Salud y el aumento del financiamiento para la salud, entre otras áreas. Los resultados se presentaron en una reunión del Gabinete en la que participó el Primer Ministro. Al mismo tiempo, la Oficina proporcionó cooperación técnica para la preparación de un plan nacional de seguro de enfermedad, apoyando al comité supervisor nacional mediante la participación virtual en reuniones y aportes a las versiones preliminares del plan.

Suriname: Después del trabajo comenzado en el 2017, la Oficina realizó una misión intensiva de dos semanas en Suriname para elaborar el esquema del plan estratégico para la salud y el bienestar y una hoja de ruta de las actividades para alcanzar las metas del plan. En una misión anterior, la cooperación técnica incluyó el análisis y la preparación de un documento sobre el modelo de atención y la organización de los servicios para Suriname. Además, la Oficina hizo un estudio especial sobre el margen fiscal para la salud a fin de proporcionar a las autoridades del gobierno opciones específicas factibles para destinar más recursos al sector de la salud, en el contexto de la delicada situación macroeconómica y fiscal en que se encuentra el país. La presentación del informe incluirá la facilitación del diálogo nacional necesario entre las autoridades de los sectores de la salud y las finanzas.

46. La Oficina elaboró marcos de cooperación técnica y herramientas orientadas a fortalecer la rectoría y la gobernanza. Durante este período se terminó de preparar el marco de seguimiento para la salud universal, que se usó para analizar el progreso de los países en el aumento de la utilización de servicios de salud, la eliminación de obstáculos al acceso y la reducción de las inequidades en materia de salud. Esto incluyó el análisis del acceso a la salud y la equidad usando bases de datos de salud nacionales de siete países de la Región (Canadá, Chile, Colombia, Estados Unidos de América, México, Perú y Uruguay) con metodologías robustas estandarizadas por la Oficina. Los resultados de este análisis suministraron información para la [Perspectiva regional del progreso realizado en los últimos cinco a diez años en el desempeño y el impacto de los sistemas de salud en los métodos de medición de la salud universal en la Región de las Américas](#) (“[La búsqueda de la salud universal: resumen de los indicadores sobre el desempeño de los sistemas de salud](#)”), que se encuentra en la edición del 2017 en internet de la publicación emblemática de la OPS *Salud en las Américas+*, en la que se proporciona información y datos sobre la salud en la Región. También se avanzó en la actualización del marco de funciones esenciales de salud pública, mediante consultas con ministerios de salud, expertos en salud pública y la comunidad académica. El marco y las herramientas serán cruciales para la formación de capacidad en materia de rectoría con las autoridades nacionales de salud.

47. La cooperación técnica para el financiamiento de materia de salud abordó la presupuestación, los recursos financieros y el margen fiscal, el seguro, la segmentación y las cuentas de salud, entre otros temas. Los expertos de la Oficina se reunieron con representantes de 19 países para tratar temas relacionados con la asignación de recursos y los retos que enfrentan los países para aumentar el gasto público destinado a la salud con equidad y eficiencia. La cooperación técnica de la Oficina apoyó el diálogo y el intercambio de experiencias para fundamentar las opciones de política a fin de mejorar el financiamiento sanitario, incluidos los sistemas de pago y las compras estratégicas en los servicios de salud. Durante este período, la Oficina proporcionó apoyo técnico directo a 17 países⁴ para la mejora y la reglamentación de sistemas de financiamiento orientados a acelerar el progreso hacia la salud universal dando prioridad a las

⁴ Los 17 países fueron Antigua y Barbuda, Bahamas, Belice, Bolivia, Chile, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, Perú, República Dominicana y Suriname.

inversiones en la atención primaria de salud. Por otro lado, Chile, Colombia, Guyana, Haití y Perú ahora incluyen la protección social en la salud como principio básico de sus sistemas de salud, en tanto que México, Perú y Uruguay han establecido o actualizado conjuntos de servicios de salud garantizados. Concluyeron estudios del financiamiento sanitario en Barbados, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guyana, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Paraguay y Perú, a fin de ofrecer opciones concretas para optimizar la eficiencia del financiamiento de los sistemas de salud y ampliar el margen fiscal para la salud. En abril del 2018 se dio a conocer una publicación de la OPS en español sobre el margen fiscal para la salud en la convención [Cuba Salud 2018](#).

48. Se ha reconocido que la colaboración interprogramática mejora la eficiencia de los servicios de salud, en vista de los conceptos y las plataformas comunes que caracterizan muchas intervenciones de salud pública. Se consolidó esta colaboración, en particular con respecto a la prevención de la infección por el VIH, a fin de destacar la sostenibilidad, especialmente en los países que están graduándose del apoyo del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria ([Fondo Mundial](#)). También se mejoró el trabajo conjunto para fortalecer los sistemas de salud, el curso de vida sano y el envejecimiento sano, el manejo y la incorporación de vacunas con [GAVI](#), el control y el tratamiento del cáncer y los trastornos mentales, y el control y el tratamiento de los brotes de virus del Zika. La Oficina apoyó la plena ejecución del proyecto interprogramático para combatir la enfermedad renal crónica (documento [CSP29/INF/7](#), punto b) a nivel regional y de país durante el 2017.

49. El marco de la OPS de cooperación entre países para el desarrollo sanitario sobre la cooperación Sur-Sur y la cooperación triangular siguió recibiendo apoyo de los Estados Miembros y asociados. En el 2017-2018 se han puesto en marcha varias iniciativas nuevas de cooperación en este sentido, entre ellas una intervención para mejorar la salud materna e infantil en la frontera entre la República Dominicana y Haití y otra intervención para mejorar la salud de la población del Chaco sudamericano, que abarca partes Argentina, Bolivia, Brasil y Paraguay.

Países que ayudan a otros países – la Oficina como facilitadora de la cooperación entre países para el desarrollo sanitario

Belice, Costa Rica, El Salvador y México: Estos cuatro países, que están en camino de eliminar la malaria, iniciaron una evaluación integral de sus programas en diciembre del 2017, con el objetivo de fortalecer su capacidad de vigilancia epidemiológica y entomológica, sus sistemas de información, la detección de focos de transmisión y la calidad de su respuesta, a fin de prevenir la transmisión endémica.

Belice y Guyana: Integrantes clave del personal de salud mental de Guyana participaron en un viaje de estudios de una semana a Belice, durante el cual se realizaron actividades de formación de capacidad y se preparó un esquema de hoja de ruta para un programa de salud mental comunitaria en Guyana.

Canadá y Cuba: En abril del 2018 se firmó un convenio entre Canadá y Cuba para el fortalecimiento de la bioseguridad en la red de laboratorios cubana, en particular en el Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí ([IPK](#)). Los resultados incluyen la compra de medios para la transferencia de sustancias infecciosas a la red nacional, equipo de protección personal y suministros, así como la orientación proporcionada por expertos internacionales para el establecimiento de un laboratorio de nivel de bioseguridad 3 y la capacitación en Canadá de especialistas de laboratorio cubanos.

CARICOM y Chile: CARICOM reconoce desde hace mucho tiempo la prevención y el control de las ENT como asunto prioritario para la subregión, como se demuestra en la [Declaración de Puerto España del 2007](#) y la reciente [Cooperación para la Salud en el Caribe, Fase IV 2016-2025](#). El control de la obesidad ha surgido como estrategia subregional clave para la reducción de las ENT, especialmente la prevención de obesidad de la niñez, como lo demuestra el [Plan de acción del CARPHA para promover el peso saludable en el Caribe: Prevención y control de la obesidad en la niñez 2014-2019](#). Chile tiene una trayectoria de trabajo para establecer un marco normativo a fin de abordar el sobrepeso y la obesidad que se remonta al 2007. El senado de Chile aprobó una ley en el 2012, que [entró en vigor en el 2016](#), con disposiciones sobre la rotulación nutricional en el frente del envase, la restricción de la venta y promoción de productos poco saludables en las escuelas y la prohibición del mercadeo de productos poco saludables dirigido a los niños. Chile y CARICOM están llevando a cabo un proyecto con el objetivo de aprender de los conocimientos y la experiencia de Chile a fin de adoptar la rotulación nutricional en el frente del envase en el Caribe. Además de la Oficina, el equipo de cooperación abarca el Escritorio de Salud de CARICOM, la Universidad de las Indias Occidentales, la Coalición Caribe Saludable, el CARPHA, el Centro del Instituto Jurídico del Caribe ([CLIC](#)), la Organización Regional de CARICOM para Normas y Calidad ([CROSO](#)), la Oficina de Negociaciones Comerciales de CARICOM y el Gobierno de Chile.

América Central y del Sur: El [Instituto Nacional del Cáncer](#) de Argentina y el [Instituto Nacional de Cancerología](#) de Colombia colaboraron con los ministerios de salud de El Salvador, Guatemala, Panamá, Paraguay y Perú a fin de elaborar un proyecto de cooperación entre países para el desarrollo sanitario que aborda el registro del cáncer basado en la población. Participaron también el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer ([CIIC](#)) y la Red de Institutos Nacionales del Cáncer de la Unión de Naciones Suramericanas ([UNASUR](#)). El proyecto reforzará la vigilancia y los sistemas de información de los países participantes, y facilitará las decisiones y la formulación de políticas para la prevención y el control del cáncer.

Cuba y Nicaragua: En el contexto de la transferencia de tecnología para la fabricación de vacuna antigripal en Nicaragua, Cuba continuó con su tradición de cooperación Sur-Sur, colaborando con Nicaragua por medio del Centro para el Control Estatal de Medicamentos, Equipos y Dispositivos Médicos ([CECMED](#)) en el desarrollo de todas las funciones recomendadas por la OMS para medicamentos y sustancias biológicas, entre ellas la concesión de licencias, la vigilancia posterior a la comercialización y la supervisión reglamentaria de productos de elaboración local. Actualmente, el CECMED es una autoridad reguladora nacional reconocida por la OPS como centro de referencia regional.

Proyecto del Gran Chaco: En el 2017 se inició un proyecto de cooperación entre países para el desarrollo sanitario llamado “Hacia la salud universal de la población del Chaco suramericano”, con la participación de los gobiernos de Argentina, Bolivia, Brasil y Paraguay en esfuerzos colaborativos para avanzar hacia la salud universal en 20 municipios del Chaco. El proyecto beneficiará a unas 400.000 personas que viven en condiciones de vulnerabilidad, entre ellas personas indígenas y pobladores rurales.

Políticas de salud pública y acción intersectorial

50. La Oficina siguió fortaleciendo la capacidad regional en el enfoque de la salud en todas las políticas ([STP](#)) y se han documentado 30 experiencias y prácticas adecuadas de 16 países en la plataforma en línea de la OPS sobre la salud en todas las políticas. Un curso virtual sobre este tema para la Región de las Américas, que está en preparación, ofrece un programa estructurado de formación de capacidad que puede desplegarse en toda la Región, propiciando de este modo la sostenibilidad de la programación de la salud en todas las políticas. Al centrarse en enfoques multisectoriales para abordar desigualdades urgentes en la salud, el curso equipará a los

responsables de las políticas y otros interesados para promover la equidad en salud en múltiples dimensiones, incluidas las intervenciones orientadas a las brechas en los resultados en materia de salud de acuerdo con los temas transversales de la OPS de género y etnicidad. Este curso virtual es el primer ejemplo de una adaptación en línea del [manual de la OMS de capacitación sobre la salud en todas las políticas](#), que ofrece una oportunidad única para integrar los temas transversales en la formulación de políticas intersectoriales y podría servir de modelo para otros cursos adaptados a la Región.

51. El enfoque de la atención primaria de salud requiere rever las intervenciones de promoción de la salud y ciudades saludables, y tomar decisiones, basadas en las enseñanzas extraídas, sobre la forma de avanzar con un enfoque integral anclado en el siglo XXI, armonizado con la ASSA2030 y los ODS, que permita avanzar hacia la salud universal. Durante el período abarcado por el informe, la Oficina inició la elaboración de una nueva estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud, con un examen de las experiencias de la Región y consultas oficiosas con redes de promoción de la salud y Estados Miembros de la OPS. Se prevé que la que estrategia y el plan de acción sobre la promoción de la salud estarán listos en el 2018.

52. Como parte de sus esfuerzos para reactivar la Red de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables de las Américas, en el 2017 la Oficina creó un [conjunto de herramientas para tomar medidas de acción a fin de promover las ciudades saludables](#), que proporciona orientación a líderes municipales sobre la planificación de iniciativas y políticas de promoción de la salud. En enero del 2018 se inició una prueba piloto de la caja de herramientas en nueve municipios de El Salvador y se prevé que comenzará a utilizarse en municipios de otros países de la Región para fines del 2018.

53. La Red de Gerentes de Promoción de la Salud de América Latina y el Caribe ([REDLACPROMSA](#)) desempeñó un papel decisivo para llevar la promoción de la salud al nivel local. El trabajo de base para apoyar la red durante el período abarcado por el informe llevó a la formación de una nueva red de alcaldes de municipios saludables. También contribuyó a la sostenibilidad de las iniciativas y acciones acordadas entre los países de la red para impulsar las agendas de desarrollo sostenible y promoción de la salud en el contexto de diferentes gobiernos.

54. La Oficina fomentó una mejor comprensión de la economía de las ENT con dos objetivos principales: 1) ayudar a las autoridades de salud a convencer a los jefes de Estado y los ministerios de finanzas de la urgencia de financiar programas de prevención y control de las ENT, y 2) demostrar la forma en que las políticas económicas que están fuera de la cartera de los ministerios de salud pueden ayudar a frenar la epidemia de ENT y tener un impacto económico positivo. Con esos fines, la Oficina obtuvo y fomentó la obtención de evidencia sobre el impacto de las ENT en el desarrollo social y económico a nivel de país y regional, así como los costos y beneficios de adoptar medidas de prevención y control en el contexto de cada país. La Oficina también promovió la coherencia de la política fiscal y de salud, especialmente la incorporación de la tributación como medida de salud pública, y abogó por la coherencia de la política comercial y de salud. La Oficina destacó la necesidad de aprovechar los beneficios de los convenios de comercio, inversión e integración económica, adoptando al mismo tiempo medidas para prevenir las repercusiones negativas en la salud y el bienestar de la mayor accesibilidad y asequibilidad de bienes como el tabaco, el alcohol y productos ultraprocesados de alto contenido calórico y bajo valor nutricional.

55. La Oficina fortaleció su papel singular de facilitadora del diálogo intersectorial entre funcionarios de finanzas, comercio y salud al asociarse con la OMS, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo ([PNUD](#)), el [Banco Mundial](#), el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo ([CIID](#)), [RTI Health Solutions](#) y el [Organismo de Salud Pública de Canadá](#). En febrero del 2018, la Oficina presidió una reunión sobre los aspectos económicos del control del tabaco, en la cual el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional ([FMI](#)) explicaron su papel en el uso de impuestos al tabaco como medida de salud. La Oficina también organizó cursos sobre tributación de los factores de riesgo de las ENT, como el tabaco, el alcohol y las bebidas azucaradas.

56. En este mismo orden de ideas, en el 2017 la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó la nueva *Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022* (documento [CSP29/11](#)), con el objetivo de acelerar la aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco ([CMCT](#)). Los objetivos principales son tener ambientes 100% libres de humo en todos los espacios públicos y de trabajo cerrados, y tener advertencias sanitarias gráficas en el envase de los productos de tabaco en todos los Estados Miembros para el 2022. La estrategia procura intensificar el debate sobre el control del tabaco en la agenda de política pública, a la luz de la meta 3.a de los ODS: “Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda”.

57. La Oficina también abordó el etiquetado de los alimentos para reducir el consumo de alimentos poco saludables, proporcionando apoyo a 12 países (Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana y Uruguay) y dos mecanismos de integración (la Comunidad del Caribe [[CARICOM](#)] y el Sistema de Integración Centroamericana [[SICA](#)]) para el diseño, la formulación, la revisión, el uso o el seguimiento y la evaluación de advertencias nutricionales en el frente de los envases. Estas advertencias colocadas en productos alimentarios envasados y bebidas alertarán a los consumidores sobre el alto contenido de azúcar, grasas o sodio. Tales iniciativas son fundamentales para abordar las ENT y proteger el derecho a la salud de todas las poblaciones, pero especialmente las que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad, como los niños y las personas con poca alfabetización.

58. En colaboración con entidades de integración regional y subregional y organizaciones de la sociedad civil, la Oficina desempeñó un papel importante en la preparación de los Estados Miembros para participar en la [Tercera reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre las ENT](#), programada para septiembre del 2018. La Oficina proporcionó material técnico y realizó una labor de promoción para que los países estuvieran representados por los niveles políticos más altos, instando a las capitales de los Estados Miembros a que se cercioraran de que sus ministerios de relaciones exteriores y misiones permanentes ante las Naciones Unidas estuvieran bien preparados para contribuir a las negociaciones de las versiones preliminares y finales de los documentos producto de la reunión. Como parte de esta labor de promoción de la causa, y en vista de que la OPS es el organismo de salud especializado del sistema interamericano, los representantes de la Oficina participaron en la sesión conjunta de alto nivel del Consejo Permanente de la Organización de los Estados Americanos ([OEA](#)) y el Consejo Interamericano para el Desarrollo Integral que tuvo lugar en marzo del 2018. La Oficina también estuvo representada en el [foro sobre las ENT de la Coalición Caribe Saludable](#), que tuvo lugar en Jamaica

en abril del 2018, y su contribución a la preparación de la subregión del Caribe para la Tercera reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre las ENT fue reconocida en el [comunicado de la 39.ª reunión ordinaria de la Conferencia de Jefes de Gobierno de CARICOM](#), celebrada en julio del 2018.

59. La Oficina apoyó varias iniciativas subregionales y de país para abordar el alto nivel de violencia contra las niñas, los niños y las mujeres en el Caribe, entre ellas talleres organizados en colaboración con CARICOM, la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer ([ONU-Mujeres](#)), el UNFPA, el UNICEF y la [Escuela de Enfermería de la Universidad Johns Hopkins](#), con el fin de fortalecer la capacidad de los sistemas de salud para prevenir y responder a la violencia contra la mujer. También se proporcionó cooperación técnica a los países para que la orientación normativa (políticas y protocolos) que fundamenta la respuesta de los servicios de salud a la violencia contra la mujer se base en la evidencia más reciente y en las recomendaciones de la OMS. La alianza de la Oficina con Canadá en esta área ha contribuido a promover la salud de las mujeres, las niñas y los niños sobrevivientes de la violencia sexual y de pareja en la Región de las Américas, con el apoyo de la [Política Asistencial Internacional Feminista](#) del país, que se lanzó en junio del 2017. La Oficina colaboró con las Bahamas, Barbados, Guyana y Trinidad y Tabago en un análisis de su orientación y se asoció con ONU-Mujeres y el Banco Interamericano de Desarrollo ([BID](#)) para llevar a cabo encuestas nacionales sobre la violencia contra la mujer en siete países del Caribe (Bahamas, Barbados, Guyana, Islas Turcas y Caicos, Jamaica, Suriname y Trinidad y Tabago).

60. Con una metodología elaborada por la OMS, la Oficina proporcionó cooperación técnica a la República Dominicana para reducir los traumatismos causados por el tránsito sobre la base de la evidencia.

La seguridad vial en la República Dominicana

Clasificada como el país con la tasa más alta de mortalidad causada por el tránsito (41,7 por 100.000 habitantes) en el *Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial 2015*, la República Dominicana decidió dar máxima prioridad a la seguridad vial en su Programa de Gobierno 2016-2020 y estableció una comisión presidencial sobre el tema. Con la cooperación técnica de la Oficina y el liderazgo de la comisión, el país elaboró un Plan Estratégico Nacional para la Seguridad Vial, promovió una nueva ley (Ley 63-17) sobre la seguridad vial y estableció el Instituto Nacional de Tránsito y Transporte Terrestre (INTRANT). Paralelamente a estas actividades, se elaboró el Plan Estratégico de Movilidad Urbana Sostenible (2017-2022), que complementa el plan nacional para mejorar la seguridad vial.

61. En la cooperación técnica de la Oficina durante el período abarcado por el informe se abordaron temas de salud ambiental y adaptación al cambio climático. La contaminación del aire en el interior de las viviendas es un riesgo importante y evitable para la salud pública en la Región, que puede eliminarse o reducirse considerablemente, de acuerdo con la meta 7.2 de los ODS (“aumentar considerablemente la proporción de energía renovable en el conjunto de fuentes energéticas”) y la meta 3.9 (“reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo”). En los países donde todavía se usan combustibles sólidos y queroseno regularmente para cocinar, se está llevando a cabo una iniciativa especial a fin de acelerar la transición a energía y tecnologías limpias, haciendo hincapié en los entornos urbanos. Esto representa un enfoque progresivo de la

energía limpia para todos para el 2030 y ofrece una oportunidad para obtener numerosos beneficios colaterales para la salud y el medioambiente, incluida la mitigación del cambio climático. Los pequeños Estados insulares en desarrollo se encuentran entre las naciones más vulnerables al cambio climático y sus efectos en la salud, y el Caribe no está exento de este impacto. La Oficina está llevando a cabo una iniciativa especial sobre el cambio climático y la salud en dichos Estados. La Oficina está elaborando, junto con los Estados Miembros pertinentes, un plan de acción del Caribe para asegurar que, para el 2030, todos los sistemas de salud de los pequeños Estados insulares en desarrollo del Caribe sean resilientes a la variabilidad y el cambio del clima.

62. La Oficina siguió fortaleciendo el papel de los agentes de salud en la respuesta para reducir los efectos nocivos para la salud de la contaminación del aire, en particular para los niños, los adultos con enfermedades cardiovasculares y respiratorias y las personas mayores. Con este fin se lanzó la campaña regional [BreatheLife](#) durante la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana en el 2017. La iniciativa aumenta la conciencia del impacto de la contaminación del aire de la vivienda y el ambiente en la salud, así como los beneficios colaterales de la reducción de la contaminación del aire para mitigar los efectos del cambio climático. Diez ciudades se han sumado a la campaña, comprometiéndose a reducir las emisiones a niveles seguros para el 2030 y a medir los resultados conexos en materia de salud. El lanzamiento estuvo seguido de un taller técnico para representantes de ministerios de salud y del medioambiente en 15 Estados Miembros, organizado en colaboración con [ONU Medio Ambiente](#), la [Coalición para el Clima y el Aire Limpio](#) y el [Instituto para el Aire Limpio](#). Noruega proporcionó financiamiento para la Coalición.

63. Como parte de una iniciativa más amplia para incorporar el cambio climático en las políticas y estrategias nacionales de salud, la Oficina organizó talleres de formación de capacidad para representantes del sector de la salud del Caribe, Centroamérica y América del Sur, a fin de preparar capítulos sobre la salud para los planes nacionales de adaptación al cambio climático. Los trabajos fueron cofinanciados por los mecanismos de integración subregional respectivos e instituciones subregionales, entre ellas la Secretaría de CARICOM, el Organismo de Salud Pública del Caribe (CARPHA), el Centro de Cambio Climático de la Comunidad del Caribe ([5C](#)), la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica ([OTCA](#)) y el Organismo Andino de Salud ([ORAS](#)).

Énfasis estratégico en el primer nivel de atención en las redes integradas de servicios de salud para abordar los problemas de salud prioritarios

64. Un enfoque de atención primaria de salud de la organización de la prestación de servicios requiere modelos de atención centrados en la persona y la comunidad para asegurar el acceso a servicios de salud integrales y de buena calidad que abarquen servicios de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos para afecciones comunes. Durante este período, la cooperación técnica de la Oficina llevó a mejoras en la organización de los servicios de salud mediante el desarrollo de modelos de atención de salud centrados en las necesidades de las personas y las comunidades, y el aumento de la capacidad de respuesta en el nivel primario de atención por medio de [redes integradas de servicios de salud](#) a fin de abordar una amplia gama de prioridades de salud pública, entre ellas la salud maternoinfantil, la salud sexual y reproductiva, las ENT, la salud mental, la prevención de traumatismos, las enfermedades transmisibles y las emergencias de salud.

65. Como parte de la implementación de las hojas de ruta para la salud universal, la Oficina proporcionó cooperación técnica para la organización de los servicios de salud a Belice, Chile, Ecuador, Guatemala, Guyana, Jamaica, República Dominicana y Suriname en áreas como políticas, legislación, administración de hospitales, fortalecimiento del primer nivel de atención y redes integradas de servicios de salud. A fin de facilitar el desarrollo de redes integradas de servicios de salud en los países, la Oficina creó una herramienta para evaluar el progreso en este campo, que se probó en cinco países: Colombia, Cuba, Honduras, Panamá y Paraguay. La herramienta permite evaluar el grado de integración de las redes de acuerdo con el marco para las redes integradas de servicios de salud, detectar las brechas y definir intervenciones para fortalecer la gestión de las redes, incluidos el nivel primario de atención y los servicios especializados. Durante el primer semestre del 2018 se ofreció un curso de capacitación virtual sobre redes integradas de servicios de salud para todos los Estados Miembros por medio del [Campus Virtual de Salud Pública](#), con la finalidad de facilitar el desarrollo de estas redes. Para mediados del 2018, el curso había atraído a 290 participantes de 16 países. Además, más de 200 gerentes recibieron capacitación sobre redes integradas de servicios de salud en Belice, Guyana, Panamá, Perú y Santa Lucía, y se puso en marcha un curso sobre la salud universal en el Campus Virtual de Salud Pública en el cual habían participado 1.200 personas a julio del 2018.

66. Siete países aplicaron la [metodología actualizada de gestión productiva de los servicios de salud](#) creada por la Oficina: Brasil, Chile, Ecuador, El Salvador, Honduras, Panamá y República Dominicana. Se facilitaron herramientas nuevas a los países, entre ellas la herramienta [PERC](#) (producción, eficiencia, recursos y costo), para el análisis de la productividad, la eficiencia y el costo de los servicios de salud, y la herramienta de valoración de condiciones esenciales ([VCE](#)), para el análisis de la calidad de los servicios de salud. Usando la herramienta VCE, se proporcionó cooperación técnica a 32 hospitales de cinco países (Brasil, Colombia, Honduras, Panamá y República Dominicana) para el análisis de las condiciones esenciales.

67. La cooperación técnica de la Oficina para la elaboración de modelos de atención centrados en la persona también abordó la promoción de los enfoques interculturales, incluidas la medicina tradicional, complementaria e integradora. Durante este período, se ejecutó el plan de acción interprogramático que se había elaborado junto con los países en una reunión regional de junio del 2017 sobre la medicina tradicional y complementaria para avanzar hacia la salud universal. El trabajo se centra en la cooperación técnica con los Estados Miembros a fin de fortalecer su capacidad de incorporar la medicina tradicional, complementaria e integradora en los sistemas nacionales de salud. La Oficina facilitó la creación de una red de expertos en esta área, y en marzo del 2018 la Directora de la OPS puso en marcha la Biblioteca Virtual en Salud sobre las Medicinas Tradicionales, Complementarias e Integrativas ([BVS MTCI](#)), cuya finalidad es mejorar el acceso a la información y fomentar la capacidad para la investigación y la colaboración en esta área, con la meta de facilitar las decisiones fundamentadas.

68. En mayo del 2018, la Oficina patrocinó un seminario web sobre las contribuciones de la medicina tradicional, complementaria e integradora a la atención primaria de salud, en el cual se presentaron la experiencia brasileña, la perspectiva de los pueblos indígenas y las iniciativas del [Centro Nacional de Estados Unidos para la Atención Primaria de Salud Integradora](#). La Oficina también facilitó la participación de delegados de Brasil, Cuba y Curaçao en un taller de capacitación interregional de la OMS sobre la integración apropiada de la medicina tradicional y complementaria en los sistemas y servicios de salud, así como la participación de delegados de

Chile y Perú en un taller de capacitación interregional de la OMS sobre la calidad de los servicios de medicina tradicional y complementaria. Ambos eventos tuvieron lugar en la región administrativa especial de Macao (China). La Oficina apoyó otras iniciativas encabezadas por la OMS, como una actualización de la segunda encuesta mundial sobre políticas nacionales y reglamentos en materia de medicina tradicional y complementaria, a la cual respondieron 25 Estados Miembros de la OPS, y la participación de expertos regionales en reuniones de trabajo para establecer puntos de referencia para la capacitación y la práctica en materia de medicina tradicional, complementaria e integradora.

69. La funcionalidad y el bienestar de las personas mayores que tienen algún trastorno crónico mejoraron con programas de autocuidado de enfermedades crónicas basados en la evidencia en 13 países: Anguila, Antigua y Barbuda, Argentina, Barbados, Chile, Dominica, Granada, Martinica, México (Ciudad de México y Guadalajara), Perú, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas.

70. La Oficina apoyó la ejecución de la iniciativa [Corazón Global](#) en consultorios de atención primaria de Barbados, Colombia, Chile y Cuba para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares por medio del control de la hipertensión y la prevención secundaria. Se establecieron sitios de demostración en Bridgetown (Barbados), Santiago (Chile), Cali (Colombia) y Matanzas (Cuba). Las intervenciones comprenden la aplicación de directrices estandarizadas para el control del tratamiento de la hipertensión, la capacitación de prestadores, el establecimiento de un conjunto básico de medicamentos y el uso de un registro para el seguimiento de los pacientes. Se estableció una red de 12 municipios y estados en los cuatro países participantes con organizaciones asociadas, como la [Sociedad Latinoamericana en Hipertensión Arterial](#), la [Fundación Interamericana del Corazón](#) y la [Sociedad Interamericana de Cardiología](#). Los resultados iniciales indican que estas intervenciones pueden llevar a una mayor cobertura y accesibilidad de los servicios de control de la hipertensión y a un mejor control de la hipertensión en las poblaciones atendidas. Las actividades se llevaron a cabo en colaboración con los ministerios de salud de los países y con el apoyo de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC), la [Liga Mundial de la Hipertensión](#) y varios expertos internacionales destacados en el control de la hipertensión.

71. Por medio de su trabajo de cooperación técnica, la Oficina logró mejorar el acceso y la calidad de los servicios de prevención y control del cáncer cervicouterino, centrándose en la promoción de las pruebas del virus del papiloma humano (VPH) para detectar el cáncer cervicouterino y el diagnóstico y tratamiento de lesiones precancerosas en el ámbito de la atención primaria. Como parte de esta labor, se difundieron evidencia nueva y las directrices de la OPS sobre la eficacia de la prueba del VPH en toda la Región; se actualizaron las directrices nacionales para el cáncer cervicouterino en Perú, República Dominicana y Suriname; se capacitó a prestadores de atención primaria en El Salvador y Guyana sobre exámenes de detección; se ofrecieron cursos de actualización para ginecólogos en Bolivia, Colombia, Honduras, Paraguay y Perú sobre colposcopia, biopsia y tratamiento de lesiones precancerosas; se equiparon consultorios en Bolivia y Honduras con nuevas unidades de colposcopia, y se hizo una evaluación de las necesidades del programa contra el cáncer cervicouterino en Bolivia, en colaboración con el [Programa Mundial Conjunto de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino](#).

72. La Oficina también puso en marcha un curso de capacitación por internet sobre el control integral del cáncer cervicouterino por medio del Campus Virtual de Salud Pública de la OPS, en el cual, a mediados del 2018, habían participado más de 3.000 prestadores de atención primaria. Colaboraron en estas actividades varios ministerios de salud, los CDC y el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC). Se recibió apoyo financiero del Gobierno de Canadá, los CDC y el [Fondo OPEP para el Desarrollo Internacional](#).

73. La Oficina apoyó los esfuerzos para integrar las intervenciones de salud ocular en la atención primaria, con la ejecución de iniciativas notables en cuatro países durante el período abarcado por el informe: Argentina, Chile, Colombia y Trinidad y Tabago. En Argentina, la Oficina apoyó una política y un esfuerzo de promoción legislativa por profesionales de contratación nacional que lograron una mayor cobertura del control de la pérdida de visión por la retinopatía del recién nacido prematuro. En Chile, la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas documentó prácticas óptimas y los obstáculos a la cobertura de servicios para errores de la refracción relacionados con la deficiencia visual, así como el aumento del porcentaje de niños que usan anteojos. En Colombia se mejoró la salud ocular de las personas indígenas del departamento de Vaupés mediante la capacitación del personal de atención primaria de salud en la detección de deficiencias visuales en los adultos y de cirujanos en técnicas de eliminación de cataratas, así como mediante el uso de una alianza publicoprivada para ofrecer atención a las personas indígenas en medios rurales remotos. En Trinidad y Tabago se usó un marco de “dinámica del sistema de salud” para sintetizar datos y detectar obstáculos del sistema de salud, a fin de priorizar las medidas encaminadas a fortalecer la atención primaria para la detección temprana de las enfermedades oculares.

Fortalecimiento centrado en el país de redes integradas de servicios de salud

Chile: La Oficina apoyó la implementación de la herramienta PERC en los 25 hospitales de referencia y la elaboración de modelos de costos y gastos que tienen en cuenta la complejidad de los servicios ofrecidos. El Ministerio de Hacienda y el Ministerio de Salud usan estos modelos para mapear mecanismos de pago equitativos basados en la eficiencia y la calidad de los servicios de salud.

El Salvador: En el marco del programa de reforma sanitaria 2017-2018, la Oficina apoyó al Ministerio de Salud en la implementación del sistema PERC, que genera información actualizada sobre producción, eficiencia y costos de todos los servicios de atención primaria y los hospitales de 17 sistemas básicos de salud integral (SIBASI) y cinco regiones de salud. Este proceso incluyó la transferencia por la OPS de tecnología apropiada y el desarrollo de capacidades institucionales en el país. Actualmente, además del Ministerio de Salud, la herramienta PERC está instalada y funcionando en todos los establecimientos del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI) y el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD).

Honduras: El uso de la evaluación de las condiciones esenciales en los hospitales nacionales como parte de la metodología de gestión productiva de los servicios de salud facilitó la formulación de planes de mejora continua encaminados a garantizar el acceso a servicios de salud y la atención de buena calidad. Estos procesos han producido transformaciones en la cultura institucional que son evidentes para los pacientes, en tanto que la transferencia de conocimientos a los equipos de trabajo de los hospitales ha posibilitado la continuidad de los procesos.

Nicaragua: La Oficina apoyó la integración de profesionales de la medicina complementaria que estaban en centros de salud y hospitales de nivel primario como parte del Modelo de Salud Familiar y

Comunitario ([MOSAFC](#)) y facilitó la capacitación para la incorporación de nuevos protocolos en 11 consultorios del Instituto de Medicina Natural y Complementarias del Ministerio de Salud.

Perú: Se han hecho estudios sobre el uso de plantas medicinales y sigue avanzando el proceso para que la Gerencia de Medicina Complementaria de [EsSalud](#), el programa de seguridad social nacional, se convierta en centro colaborador de la OMS.

Venezuela: La pérdida gradual de capacidad operativa en el sistema nacional de salud durante los cinco últimos años se intensificó durante el 2017. Desde abril del 2017, la Oficina y el Ministerio del Poder Popular para la Educación Superior (MPPEs) han colaborado para fortalecer los servicios en 11 hospitales prioritarios de alta complejidad en las principales ciudades, incluida Caracas. Se capacitó al personal en seguridad hospitalaria, prevención de infecciones vinculadas a la atención de salud y evaluación de las capacidades esenciales en estos hospitales. Además, los 11 hospitales recibieron unidades básicas y complementarias del Botiquín Médico Interinstitucional de Emergencia, con medicamentos y dispositivos médicos para atender a 10.000 personas durante tres meses, aproximadamente, y recibirán más unidades. La Oficina está trabajando con el MPPEs para fortalecer la red nacional de atención primaria de salud, que ha recibido cooperación médica cubana durante 16 años. Con el apoyo de la Oficina, se capacitó a profesionales de 24 estados en metodologías esenciales para mejorar los servicios obstétricos y otros servicios médicos.

74. La integración de la salud mental en los servicios de atención primaria es esencial para fomentar la prestación equitativa de los servicios, cerrar la brecha del tratamiento en el ámbito de la salud mental y avanzar hacia la salud universal. La Oficina proporcionó cooperación técnica en esta área por medio de la [Guía de intervención mhGAP](#). En coordinación con ministerios de salud, universidades locales y centros colaboradores de la OPS/OMS, la Oficina colaboró en la capacitación sobre el mhGAP en 12 países⁵ y en un curso regional para instructores durante el período abarcado por el informe. Además, se usó el mhGAP por medio del Campus Virtual de Salud Pública de la OPS para capacitar a prestadores de atención primaria de salud en entornos de recursos limitados y se creó un consultorio virtual piloto para la supervisión y el seguimiento de los profesionales de atención primaria de salud capacitados en línea sobre el mhGAP. Se inició un estudio financiado por el BID para examinar la relación entre el consumo de alcohol o de drogas y los traumatismos relacionados con el tránsito en departamentos de urgencias de cuatro países de la Región (Chile, Jamaica, Perú y República Dominicana). El estudio aportará evidencia para fundamentar intervenciones breves en el nivel de atención primaria para pacientes lesionados, a fin de prevenir episodios posteriores.

⁵ Los 12 países fueron Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Guyana, Islas Turcas y Caicos, México, Perú, Suriname, Trinidad y Tabago y Venezuela.

***Mejoras centradas en el país de los servicios de salud mental
en la atención primaria: mhGAP***

Argentina: Se capacitó a instructores del Ministerio de Salud sobre el mhGAP y posteriormente se ofreció capacitación en tres provincias, lo cual marca el comienzo de la formación de capacidad y la ejecución del programa en diferentes localidades de todo el país.

Jamaica: En marzo del 2018 se capacitó a dos instructores en la versión actualizada del mhGAP para facilitar la instrucción de los prestadores de atención primaria de salud sobre la integración de la atención de salud mental en los servicios de atención primaria.

Trinidad y Tabago: Hubo dos sesiones de capacitación de instructores sobre el mhGAP, que después se extendieron a diversas autoridades regionales de salud para fortalecer la capacidad de los médicos y las enfermeras de atención primaria que atienden pacientes directamente para el diagnóstico, el manejo inicial y la derivación de personas con trastornos de salud mental.

Brasil: La cooperación técnica para la [traducción al portugués de la guía mhGAP](#) facilitó la capacitación de alrededor de 300 profesionales de atención primaria y de salud mental en los estados de Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Goiás, Tocantins y Ceará y en el Distrito Federal.

México: Los equipos de atención primaria de salud de seis estados fronterizos recibieron capacitación sobre el mhGAP, en colaboración con la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos.

Venezuela: Se capacitó a trabajadores de atención primaria de salud en la detección y el tratamiento de problemas de salud mental.

Recursos humanos para la salud universal

75. Los líderes de salud de la Región aprobaron la *Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* ([CSP29/10](#)) por medio de la resolución [CSP29.R15](#) en la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre del 2017. Posteriormente, la Oficina dirigió la elaboración del *Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023* (documento [CE162/16](#)) mediante un proceso de extensas consultas con los países y los interesados clave. El plan de acción se presentará al 56.^o Consejo Directivo de la OPS en septiembre del 2018. Al igual que la estrategia, se centra en la importancia de los recursos humanos como componente fundamental para el logro de la salud universal, en particular utilizando un enfoque de atención primaria de salud para ampliar el acceso a servicios integrales de buena calidad para grupos poblacionales en condiciones de vulnerabilidad en zonas subatendidas. Ambos marcos destacan la necesidad de una acción intersectorial entre la salud, la educación, el trabajo y las finanzas, entre otros sectores; la planificación y previsión a largo plazo de recursos humanos; una mayor inversión pública en recursos humanos; la ampliación del acceso a equipos interprofesionales en los entornos de atención primaria, y la reorientación de la educación en las profesiones de la salud hacia la atención primaria de salud.

76. La Oficina creó un instrumento de diagnóstico denominado “Indicadores de la responsabilización social” (ISAT) para ayudar a las instituciones de enseñanza dedicadas a las profesiones de la salud a evaluar su progreso hacia la responsabilización social. Esta herramienta, que es un producto del [Consortio para la Responsabilización Social en la Educación de](#)

[Profesiones de Salud en la Región de las Américas](#), apoyado por la Oficina, mide el grado en que los programas de educación ofrecen estudios que concuerdan con las necesidades sociales, seleccionan estudiantes de una manera focalizada para garantizar la diversidad y la equidad de género, incluyen cursos sobre el contexto de atención primaria en el cual se prevé que sirvan los graduados, incluyen capacitación regional de posgrado y carreras en regiones desatendidas, ofrecen educación y práctica interprofesional y fomentan asociaciones útiles con las comunidades y otros interesados. El ISAT estará disponible en español, inglés y portugués, y se pondrá a prueba en Argentina, Barbados, Brasil, Canadá, Chile, Cuba, Estados Unidos de América, Guyana, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Suriname y Trinidad y Tabago durante el 2018.

77. Para fortalecer la planificación del personal de salud, la Oficina realizó talleres para más de 50 funcionarios de ministerios de salud, técnicos de la OPS/OMS y otros interesados en Costa Rica y Guatemala. Los talleres fueron un primer paso con el fin de introducir un modelo innovador para el fortalecimiento de la fuerza laboral que se centra en el pensamiento sobre el futuro y la exploración del horizonte, un análisis de las características de la fuerza laboral y la generación y cuantificación de escenarios. A fin de dar seguimiento a esos talleres, el Campus Virtual de Salud Pública de la OPS proporcionará recursos virtuales y ofrecerá seminarios web. Se han programado más talleres para el 2018 en Belice, Dominica, El Salvador, Guyana, Paraguay y Suriname. La Oficina también está colaborando con la sede de la OMS, la Oficina Regional de la OMS para Europa e instituciones académicas con el fin de formar una red para la planificación de personal de salud que complemente la capacitación.

78. La Oficina apoyó un estudio subregional sobre la migración del personal de salud en el Caribe. Los resultados se usarán como base para el plan de acción del Caribe sobre recursos humanos para la salud universal 2019-2023, producto de un taller subregional realizado en abril del 2018. Este plan de acción concuerda con el *Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023*, que se trató en la 162.^a sesión del Comité Ejecutivo en junio del 2018 (documento [CE162/16](#)) y se presentará al 56.^o Consejo Directivo de la OPS en septiembre del 2018 para su aprobación. El plan de acción del Caribe también concuerda con la agenda de salud de CARICOM, denominada Cooperación Caribeña en Salud, que está ahora en su cuarta fase ([CCH IV 2016-2025](#)).

79. La Oficina organizó una iniciativa regional con el centro colaborador de la OPS/OMS sobre atención primaria y recursos humanos para la salud situado en la Universidad McMaster (Canadá), que se centró en la enfermería de práctica avanzada. Se ofreció un seminario web de seis partes en inglés y español, con el objetivo de aumentar el interés y la conciencia con respecto al papel de la enfermería de práctica avanzada, dirigido a enfermeras y otros interesados de América Latina. De la iniciativa también surgieron publicaciones con una orientación regional sobre la enseñanza de la enfermería para la salud universal, los doctorados en enfermería y la orientación estratégica de la enfermería. Además, durante la celebración del Día Internacional de la Enfermería 2018 se dio a conocer una publicación nueva, titulada [Expanding the Roles of Nurses in Primary Health Care](#) [ampliación del papel del personal de enfermería en la atención primaria de salud].

80. Se estableció la Red Regional de Educación Interprofesional de las Américas con el apoyo de los ministerios de salud de Argentina, Brasil y Chile durante una reunión técnica regional sobre la educación interprofesional celebrada en Brasilia en diciembre del 2017. En el evento, al cual

asistieron alrededor de 120 participantes de 23 países⁶ de la Región, se presentaron los planes nacionales de educación interprofesional preparados por 18 países y un plan regional de actividades y publicaciones para 2018-2019. La Oficina está dando seguimiento a las actividades y proporcionando cooperación técnica para el desarrollo de la red.

81. El Campus Virtual de Salud Pública de la OPS siguió creciendo como plataforma de aprendizaje basada en personas, instituciones y organizaciones que intercambian cursos, recursos, servicios y actividades para la educación, la información y la gestión del conocimiento. Se estableció un nodo nuevo para el Caribe de habla inglesa en colaboración con el [CARPHA](#) y se actualizó un nodo en Centroamérica en colaboración con los Consejos de Ministros de Salud de Centroamérica ([COMISCA](#)). El número de usuarios del Campus Virtual de Salud Pública aumentó de 174.568 en el 2016 a 568.037 para mediados del 2018. En el 2017 se ofrecieron 13 cursos con tutores, en los cuales participaron 525 profesionales, en tanto que más de 200.000 profesionales al año tomaron cursos autodidácticos. Hasta mediados del 2018, el curso más popular era un curso sobre la preparación correcta de certificados de defunción, que se ofrece en inglés, español y francés y ha atraído a más de 80.000 participantes certificados hasta la fecha.

82. La Región tiene numerosas iniciativas eficaces para fortalecer los recursos humanos para la salud universal, varias de ellas a nivel subnacional, centradas en la ampliación del acceso a servicios integrales de buena calidad.

Fortalecimiento de los recursos humanos para la salud universal centrados en el país para mejorar el acceso a servicios de calidad

Argentina: En el marco del proyecto del Gran Chaco y en colaboración con la [Fundación Garrahan](#), se realizaron actividades de formación de capacidad del personal de salud, promotores de salud, enfermeras, médicos y obstetras en la provincia de Salta, con la finalidad de fortalecer los servicios en zonas con los niveles más altos de pobreza y mortalidad materna e infantil. En la provincia de Santiago del Estero, 1.015 agentes de salud de la comunidad y 31 médicos recibieron capacitación en el manejo y la aplicación de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia ([AIEPI](#)), a fin de mejorar la atención administrada a los niños y las embarazadas en el nivel primario. Con la formación de capacidad también se procuró validar el papel de los agentes de salud de la comunidad, empoderarlos y contribuir a su promoción profesional.

Brasil: El programa *Mais Médicos* comenzó en el 2013 y se ha prorrogado hasta el 2023. Ha desplegado más de 17.281 profesionales de la salud brasileños y extranjeros en más de 3.819 municipios, la mayoría en zonas socioeconómicamente vulnerables y alejadas, en las afueras de las ciudades o en los 34 distritos indígenas especiales de salud en Brasil. A junio del 2018, el programa estaba atendiendo a unos 59 millones de personas de comunidades desatendidas. La participación de profesionales de la salud extranjeros, muchos de ellos cubanos, es una demostración de la cooperación triangular en apoyo de la salud universal. La Oficina siguió proporcionando cooperación técnica con el programa *Mais Médicos* para el establecimiento de un marco de seguimiento y evaluación, así como la documentación de las mejores prácticas y enseñanzas extraídas. Se hizo un análisis sistemático centrado en la eficacia del programa, cuyos resultados mostraron una disminución de hasta 20% de las hospitalizaciones por trastornos que pueden tratarse en el nivel de atención primaria, una reducción de hasta 32% de los costos hospitalarios y mejoras en las tendencias de los indicadores de la lactancia materna exclusiva, entre otros efectos.

⁶ Los 23 países fueron Bahamas, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname y Uruguay.

Caribe: En septiembre del 2017, el Consejo para el Desarrollo Humano y Social ([COHSOD](#)) de CARICOM llegó a un acuerdo sobre siete áreas prioritarias para la hoja de ruta del Caribe 2018-2022 con el objetivo de fortalecer los recursos humanos para la salud universal en la subregión, de acuerdo con la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. Diez países del Caribe han terminado (o están terminando) de preparar planes de recursos humanos para la salud universal concordantes con los objetivos estratégicos de la estrategia de la OPS y con la atención primaria de salud. Las alianzas fortalecidas y ampliadas de la subregión para el desarrollo de recursos humanos para la salud universal facilitarán la ejecución de dichos planes. Entre los asociados se encuentran CARICOM, la Organización de Estados del Caribe Oriental ([OECS](#)), la [Universidad de las Indias Occidentales](#), la [Universidad de Belice](#), la [Universidad de Guyana](#), la [Universidad de Suriname](#), el BID, el [Banco de Desarrollo del Caribe](#), la [Unión Europea](#), [NextGenU.org](#) (la primera universidad gratuita acreditada en línea del mundo), el [Hospital Humber River](#), [Axon Medical Technologies](#) e [IBM](#).

Chile: La Oficina hizo una evaluación del Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina ([EUNACOM](#)) en Chile, el primer país donde la Oficina ha hecho una evaluación de ese tipo. El EUNACOM se administra a todos los graduados de facultades de medicina de Chile y a los médicos formados en el exterior que desean ejercer la profesión en el país. La finalidad del examen es asegurar que estos profesionales de la salud tengan el perfil y el desempeño apropiado para las necesidades de Chile y proporcionen atención de calidad en todos los niveles. La finalidad de la evaluación fue contribuir al fortalecimiento de los recursos humanos para la salud universal en Chile, especialmente en el nivel de atención primaria.

Nicaragua: Con la cooperación técnica de la Oficina, la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN) en León agregó un curso de prácticas comunitarias con orientación en atención primaria de salud a su programa de estudios básicos. El curso permitirá a los estudiantes rotar de seis a nueve semanas al año, entre el segundo y el sexto años, en diversos entornos (aula, laboratorios, centros de salud y hospitales). El objetivo es mejorar la cobertura en las zonas donde se encuentren los estudiantes, incluso en comunidades más alejadas.

Perú: La Oficina se asoció con las autoridades de salud nacionales y locales y con el sector académico para reducir la morbilidad y mortalidad por diabetes en nueve regiones del país con alta prevalencia del trastorno, con financiamiento de la Fundación Mundial para la Diabetes. Se fortaleció la capacidad de 979 profesionales de la salud con un curso con diploma universitario sobre el manejo integral de la diabetes mellitus de tipo 2 ofrecido por la [Universidad Peruana Cayetano Heredia](#). En el marco de ese curso se proporcionaron suministros a establecimientos de atención primaria de salud y se implementó una estrategia de comunicación.

Trinidad y Tabago: La Oficina apoyó un curso aprobado por el Gabinete para cuidadores y progenitores de niños con autismo y otros trastornos del desarrollo, en colaboración con la Oficina del Primer Ministro, la Unidad de Asuntos Género y de los Niños (que proporcionó financiamiento), la OMS y [Autism Speaks](#).

Acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias

83. La selección, la incorporación y el uso de medicamentos y otras tecnologías sanitarias afectan notablemente la eficiencia de los sistemas de salud y son determinantes fundamentales de los resultados en materia de salud. La cooperación técnica de la Oficina ayudó a los países a fortalecer e institucionalizar las evaluaciones de tecnologías sanitarias, como lo recomendara la 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana en el 2012 (resolución [CSP28.R9](#)). Para mediados del 2018, 13 países habían establecido unidades, comisiones o institutos de evaluación de tecnologías

sanitarias y 33 instituciones de 16 Estados Miembros eran miembros de la Red de Evaluación de Tecnologías en Salud de las Américas ([RedETSA](#)). En noviembre del 2017 se puso en marcha la primera Base Regional de Informes de Evaluación de Tecnologías en Salud de las Américas ([BRISA](#)), inicialmente con 600 informes, y alrededor de 450 profesionales de la salud recibieron capacitación sobre la evaluación y gestión de tecnologías sanitarias por medio de actividades de formación de capacidad de la Oficina y RedETSA.

84. Se adoptó un enfoque integrado de la evaluación y el uso racional de las tecnologías sanitarias y se elaboró una primera hoja de ruta con los países de habla inglesa del Caribe. En esta hoja de ruta se presentan propuestas para la evaluación, la selección, la incorporación, la prescripción, la dispensación, el uso y el seguimiento de medicamentos y otras tecnologías sanitarias para los países del Caribe, así como la aplicación de directrices pertinentes. El COHSOD de CARICOM está examinando la hoja de ruta, cuya coordinación está a cargo de un grupo de trabajo subregional. La cooperación técnica de la Oficina también abordó el fortalecimiento de las listas de medicamentos esenciales en Guatemala, Guyana, Haití, Honduras y Jamaica.

85. La Oficina continuó la cooperación técnica para mejorar la supervisión reglamentaria de los medicamentos mediante el fortalecimiento de las autoridades reguladoras nacionales (ARN). Esta iniciativa procura formar capacidad, promover la transparencia y buenas prácticas reguladoras, evitar la duplicación de tareas y fomentar un ambiente cooperativo donde las ARN puedan intercambiar información y colaborar para velar por la calidad, la eficacia y la seguridad de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias. Para mediados del 2018, 16 Estados Miembros de la OPS⁷ estaban informando activamente e intercambiando información por medio del sistema mundial de alerta rápida de la OMS sobre productos de calidad inferior y falsificados, mientras que 17 países⁸ estaban intercambiando alertas de farmacovigilancia por medio de la red regional de puntos focales apoyada por la Oficina.

86. En este ámbito, la Oficina está administrando el establecimiento de una plataforma de intercambio de información regulatoria basada en la web, que permite intercambiar información que no sea pública o que sea confidencial sobre la regulación de dispositivos médicos y sobre los resultados de inspecciones regulatorias. La Oficina está colaborando con Australia, Brasil, Canadá, Estados Unidos de América y Japón en el desarrollo y la implementación de la herramienta.

87. La Oficina también siguió colaborando con el CARPHA en el desarrollo y la implementación del [Sistema Regulatorio del Caribe](#) (SRC). El SRC ha ayudado a revelar retos regulatorios y ha proporcionado una plataforma para actualizar los conocimientos e introducir las mejores prácticas internacionales, impulsando a los países (entre ellos Bahamas, Belice, Guyana, Haití, Jamaica y Trinidad y Tabago) a iniciar reformas para modernizar sus sistemas regulatorios. El propio SRC ha llevado al Caribe medicamentos de buena calidad aprobados por organismos regulatorios fuertes (incluida la precalificación por la OMS). Ha recomendado 18 medicamentos esenciales precalificados por la OMS, algunos de los cuales han sido registrados mediante procesos acelerados en los países y han sido adquiridos por los responsables nacionales de adquisiciones.

⁷ Los 16 **Estados Miembros** fueron Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Nicaragua, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

⁸ Los 17 países fueron Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

El SRC también lanzó una nueva plataforma regional para informar sobre las reacciones adversas y los medicamentos de calidad inferior y falsificados. Además, el laboratorio de pruebas de medicamentos del CARPHA ahora realiza la vigilancia posterior a la comercialización de los medicamentos de una manera proactiva y basada en el riesgo.

88. La Oficina colaboró estrechamente con cinco países (Ecuador, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Paraguay) para fortalecer las cadenas de insumos de salud pública. Este programa tiene como finalidad mejorar la capacidad nacional para detectar las brechas en las previsiones, el almacenamiento y los procesos de gestión de la oferta y la demanda. En el período de julio del 2015 a agosto del 2017, las actividades fueron apoyadas en parte mediante un convenio con el Fondo Mundial para mejorar los sistemas de información para la gestión logística y el acceso a tratamientos para la infección por el VIH, la tuberculosis y la malaria en países meta de América Latina y el Caribe.

89. La Oficina, por medio de una subvención de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional ([USAID](#)), proporcionó cooperación técnica a Guyana y Paraguay para aumentar el acceso a tecnologías relacionadas con la salud materna para grupos vulnerables del interior de Guyana y del Chaco paraguayo. Este proyecto apoyó una evaluación de más de 65 centros de salud en ambos países clave. La fase actual del proyecto abarca la ejecución de medidas correctivas.

90. La Oficina formuló recomendaciones a todos los países para mejorar la calidad, la seguridad y la accesibilidad de los servicios radiológicos y los evaluó en Bahamas, Bermuda y Trinidad y Tabago. Se evaluaron más de 150 haces de fotones utilizados en radioterapia en más de 25 países y territorios⁹ por medio del programa de calidad de la dosificación del Organismo Internacional de Energía Atómica ([OIEA](#)) y la OPS, cuya finalidad es asegurar la calibración apropiada de los haces utilizados en radioterapia para evitar el tratamiento incorrecto de los pacientes con cáncer y prevenir accidentes de radiación. Además, la Oficina organizó cursos, talleres y actividades educativas nacionales sobre imaginología en Guatemala, Guyana, Suriname y Trinidad y Tabago, así como seminarios web y cursos en línea regionales sobre imaginología y ecografías pediátricas, y sobre el papel de la radiología en la tuberculosis.

91. Durante el 2017, el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública de la OPS (conocido más comúnmente como el [Fondo Estratégico de la OPS](#)) siguió asegurando el acceso oportuno a medicamentos y otras tecnologías sanitarias mediante la asistencia relacionada con las previsiones, la administración proactiva de las existencias y la cooperación técnica. El Fondo Estratégico recibió solicitudes de más de 200 productos de los 33 países signatarios y realizó compras por un total US\$ 90,4 millones. Los Estados Miembros utilizaron US\$ 14,9 millones de la Cuenta de Capital del Fondo Estratégico. El Fondo Estratégico de la OPS proporciona un mecanismo para la compra mancomunada de medicamentos esenciales y suministros estratégicos de salud y asegura que haya medicamentos asequibles y de buena calidad en todo momento en un país, en la presentación y en las cantidades necesarias.

⁹ Entre ellos se encontraban Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Bermuda, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, la República Dominicana, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

92. Durante este período, la Oficina celebró acuerdos plurianuales a largo plazo con proveedores de medicamentos esenciales y suministros de salud estratégicos, en particular medicamentos para tratar la infección por el VIH, la tuberculosis y la malaria. Los acuerdos a largo plazo aseguran que los Estados Miembros de la OPS cuenten con medicamentos asequibles y de buena calidad, en la presentación y en las cantidades necesarias, con mayores ahorros. La Oficina también participó en negociaciones directas con proveedores para reducir los precios de las vacunas y aumentar la disponibilidad de la vacuna contra la fiebre amarilla, la vacuna con poliovirus inactivados y la vacuna antisarampionosa, esta última para controlar el brote en Venezuela.

Gestión de la información y los conocimientos sobre la salud

93. Para lograr la salud universal se necesita información de nivel nacional, subnacional y local a fin de que las autoridades puedan priorizar asuntos, asignar recursos y formular políticas que aseguren que nadie se quede rezagado. En respuesta a los retos y las lagunas encontrados en la capacidad de los sistemas de información para la salud, y aprovechando los logros de los países y las estrategias subregionales anteriores, la Oficina, junto con la OMS, elaboró un marco innovador para estos sistemas. Los objetivos del marco son mejorar los mecanismos de los países para la toma de decisiones y la formulación de políticas usando un enfoque estratégico basado en la salud universal, y fortalecer los sistemas de información para la salud a fin de asegurar el acceso universal, gratuito y oportuno a datos abiertos y de buena calidad, así como a información estratégica. El marco utiliza las herramientas de información y comunicación más costoeficaces y proporciona una hoja de ruta integral para adoptar y aplicar normas para sistemas interoperables e interconectados. También ofrece soluciones basadas en la tecnología de la información y las comunicaciones (TIC), y mejores prácticas con respecto a las estadísticas vitales y de salud y la gestión de datos y de la información, todo esto con el fin de facilitar que se tomen mejores decisiones.

94. Para mediados del 2018, la Oficina había proporcionado cooperación técnica a siete países y territorios (Anguila, Belice, Ecuador, Guyana, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica y San Martín) para aplicar el nuevo enfoque de sistemas de información para la salud, con evaluaciones integrales, el establecimiento de marcos modelo de gobernanza y orientación para la creación de comités nacionales y grupos de trabajo. La Oficina siguió colaborando con el Grupo de Trabajo Técnico sobre sistemas de información para la salud del Caribe tras la reunión de alto nivel sobre el tema celebrada en esa subregión en el 2016 y convocó una reunión con coordinadores nacionales de sistemas de información para la salud de Centroamérica en la sede de la OPS en el 2017 para generar un consenso subregional sobre el marco de los sistemas. La Oficina está planificando una reunión similar con personal sudamericano para el 2018. En esta iniciativa colaboran la OMS, la [Universidad Federal de Santa Catarina](#) (Brasil), la [Universidad de Illinois](#) (Estados Unidos de América) y el [Hospital Italiano de Buenos Aires](#) (Argentina).

95. La Oficina siguió coordinando el [Grupo de Trabajo de Medición y Monitoreo](#) de EWEC-LAC, cuya misión es asegurar que la medición y el monitoreo de las desigualdades sociales en la salud estén incluidos en los análisis sistemáticos de salud de los países y facilitar la utilización de datos desglosados a nivel subnacional para determinar los grupos sociales más vulnerables. El grupo de trabajo ha catalizado esfuerzos regionales y de país que han llevado a la formación de

14 equipos de país¹⁰ responsables de la medición y el monitoreo de las desigualdades en la salud, la creación de herramientas para medir y responder a las inequidades en materia de salud, y la preparación de guías y temas para la actuación a fin de reducir la desigualdad y mejorar la salud.

96. La Oficina apoyó la ejecución de la iniciativa iPIER (Incorporación de las investigaciones para mejorar la ejecución de programas) en diez países: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Santa Lucía. La iniciativa iPIER pone de relieve los beneficios de la incorporación de las investigaciones para apoyar la política, los programas y los sistemas de salud. Los principales resultados de la iniciativa hasta la fecha han sido el establecimiento de prioridades nacionales para la investigación en Brasil, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú y República Dominicana; la creación de mecanismos para la adopción rápida de decisiones basadas en la evidencia en Argentina, Brasil, Colombia, Chile y México, y el fortalecimiento de los mecanismos de uso de la evidencia para fundamentar las políticas ([EVIPnet](#)) a fin de facilitar la adopción de decisiones en Brasil, Colombia y Chile. Colaboraron en este trabajo la [Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud](#), el Programa Especial de la OMS para la Investigación y Capacitación en las Enfermedades Tropicales ([TDR](#)) y el Instituto Nacional de Salud Pública de México ([INSP](#)).

97. Los productos de información de la OPS siguieron sirviendo de fuentes confiables de información técnica y científica fidedigna sobre la salud pública en la Región de las Américas. Durante el período abarcado por el informe, la Oficina publicó 19 títulos nuevos con ISBN¹¹ y 10 traducciones.

Documentar la salud en la Región de las Américas: algunas publicaciones

Las publicaciones de la OPS durante el período analizado incluyen la 15.^a edición de su informe emblemático, *Salud en las Américas*. En [Salud en las Américas+ Edición del 2017](#) se examinan los eventos en el ámbito de la salud pública en la Región entre el 2012 y el 2017, en particular los avances en la ampliación de la cobertura de atención de salud a nivel subnacional en cada país y territorio. Los capítulos sobre cada país presentan análisis de los principales indicadores de salud de grupos poblacionales como los niños, las personas mayores y las personas con discapacidad, así como los principales logros y retos para el sistema de salud de cada país. En el informe se analiza el papel de la sociedad civil, la reforma de los sistemas de salud para avanzar hacia la salud universal y la aplicación de nuevas tecnologías de la información para mejorar la salud. El informe se presentó en la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre del 2017 y está disponible en forma impresa y electrónica.

La Oficina coordinó la preparación de un [número especial de la Revista Panamericana de Salud Pública sobre el sistema de salud cubano](#), publicado en abril del 2018. La Oficina colaboró con la Escuela Nacional de Salud Pública Cubana ([ENSAP](#)) en la selección de los temas para los artículos y en 16 estudios de los adelantos del sistema.

98. La Oficina siguió fomentando la formación de capacidad nacional para la gestión de los conocimientos, y promovió el acceso y el intercambio de conocimientos relacionados con la salud pública. Eso incluyó el mantenimiento del Repositorio Institucional para el Intercambio de

¹⁰ Los 14 equipos de país estaban en Belice, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y la República Dominicana.

¹¹ ISBN = número internacional estándar de identificación de libros.

Información ([IRIS](#)), biblioteca de la memoria institucional en línea de la Oficina que, a junio del 2018, contaba con el texto completo de más de 40.000 documentos. Durante el período abarcado por el informe, la Oficina organizó 40 cursos *in situ* sobre acceso a la información y comunicación científica junto con ministerios de salud, y difundió metodologías y herramientas para apoyar la ejecución de políticas y programas sobre gestión del conocimiento en los países.

99. Durante el período abarcado por el informe, se designaron 17 [centros colaboradores de la OPS/OMS](#) en la Región de las Américas, con los cuales el número de centros activos en la Región llegó a 192. Estos centros efectúan una contribución importante a la cooperación técnica de la Oficina al generar conocimientos y evidencia relacionados con las áreas programáticas de la Organización.

Emergencias de salud pública y eliminación de enfermedades

Emergencias de salud pública

Respuesta a brotes

Fiebre amarilla

100. Entre enero del 2017 y abril del 2018, siete países y territorios de la Región notificaron casos confirmados de fiebre amarilla: Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guayana Francesa, Perú y Suriname. El número de casos humanos y epizootias notificados colectivamente en este período en la Región fue el más alto que se haya observado en varios decenios.

101. Al responder al mayor brote de fiebre amarilla en Brasil desde los años cuarenta, la Oficina activó su Centro de Operaciones de Emergencia y el Sistema de Gestión de Incidentes en la Sede y en los países para coordinar la respuesta de salud, la gestión de la información sanitaria, la formación de capacidad y el seguimiento de las actividades de vacunación. Se desplegaron expertos técnicos especializados, entre ellos epidemiólogos y gerentes de datos, para ayudar a las secretarías de salud de cada uno de los cinco estados afectados (Minas Gerais, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Bahia y São Paulo) con la recopilación de datos, el análisis y la notificación.

102. La Oficina también proporcionó apoyo interprogramático al Ministerio de Salud de Brasil para actualizar el plan de respuesta a emergencias causadas por la fiebre amarilla, con la introducción del uso de una fracción de la dosis de la vacuna antiamarílica, como recomendó hacer el Grupo de Expertos de la OMS de Asesoramiento Estratégico (SAGE) sobre inmunización en situaciones especiales. El equipo apoyó la planificación de la introducción de la vacunación con una fracción de la dosis para proteger las poblaciones de las zonas urbanas y la formulación de planes de acción para buscar activamente focos sin vacunar en municipios seleccionados. La vacuna antiamarílica se obtuvo por medio del Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas (conocido comúnmente como el [Fondo Rotatorio de la OPS](#)). Entre enero y abril del 2018 llegaron al país 20 millones de jeringas con 0,1 ml, con las cuales las autoridades nacionales iniciaron actividades de vacunación con un plan que les permitirá proteger a los 77,5 millones de habitantes para el 2019. El Fondo Rotatorio de la OPS garantiza a los países y territorios un suministro adecuado de vacunas seguras y de buena calidad, así como precios más bajos. Por

medio del Fondo Rotatorio, los Estados Miembros mancomunan sus recursos nacionales para comprar vacunas de buena calidad que salvan vidas y productos conexos al precio más bajo. La Oficina también ayudó a las autoridades nacionales de Brasil a fortalecer la vigilancia de los eventos adversos posvacunales, y a elaborar un plan integral y actualizado de vacunación que incluye la producción de vacunas y la comunicación de riesgos.

103. En el período de seguimiento 2017-2018, hasta el 8 de mayo del 2018, Brasil había registrado 1.261 casos confirmados por laboratorio de fiebre amarilla, con 409 muertes, y 738 epizootias confirmadas en primates no humanos.¹² La mayoría de los casos y epizootias se notificaron en el sudeste del país, en zonas que antes no se consideraban en riesgo, lindantes con grandes centros urbanos.

104. La Oficina representó a la Región en el grupo consultivo científico y técnico sobre la distribución geográfica del riesgo de fiebre amarilla y en la revisión de herramientas y procesos para actualizar los requisitos relacionados con el [certificado internacional de vacunación o profilaxis](#). Entre enero del 2017 y abril del 2018 se hicieron seis revisiones y actualizaciones del mapa de riesgo.

105. El financiamiento para la respuesta a la fiebre amarilla provino principalmente de recursos propios de la Oficina, incluido el Fondo de Emergencia para Epidemias de la OPS, y contribuciones voluntarias nacionales de Brasil.

Difteria

106. Al 7 de abril del 2018, cuatro países de la Región (Brasil, Colombia, Haití y Venezuela) habían notificado casos presuntos y confirmados de difteria.

La difteria en Haití

Haití notificó 515 casos probables acumulados de difteria desde el inicio del brote en la semana epidemiológica 51 del 2014 hasta la semana epidemiológica 18 del 2018. En apoyo de la respuesta a la emergencia, la Oficina activó el Sistema de Gestión de Incidentes a nivel de país e inició las siguientes actividades clave con el apoyo del Fondo de Emergencia para Epidemias de la OPS, los CDC y el Banco Mundial:

- Establecimiento de un sistema de alerta interno de la OPS/OMS para fortalecer la vigilancia de la difteria y las actividades de respuesta.
- Revisión de las directrices nacionales para la difteria, capacitación sobre el control y la prevención de infecciones, aspectos epidemiológicos y manejo clínico de la enfermedad, y apoyo para la gestión de datos.
- Movilización de epidemiólogos asignados al Ministerio de Salud en ocho departamentos (Artibonita, Centro, Grand'Anse, Oeste, Sur, Nordeste, Noroeste, Sudeste) para fortalecer la vigilancia y la gestión de datos a nivel de departamento, y apoyo continuo del nivel central por si se producían brotes en los otros dos departamentos (Nippes y Norte).

¹² <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/maio/09/Informe-FA.pdf> .

- Compra de 2.000 viales de suero de antitoxina diftérica, suficientes para tratar los casos graves que podrían producirse en un año en vista de las condiciones epidemiológicas. Se compró también equipo de protección personal para el control y la prevención de infecciones y el manejo clínico apropiado.
- Evaluación de 55 establecimientos de atención de salud de los 10 departamentos para determinar su grado de preparación y su capacidad para tratar casos de difteria.
- Distribución de eritromicina (95.500 comprimidos y 1.780 viales de suspensión) para el tratamiento y 50 kits para el control y la prevención de infecciones por difteria a los establecimientos de atención de salud y las direcciones de salud de nueve departamentos.
- Apoyo al Ministerio de Salud en la planificación y ejecución de la primera ronda de una campaña de vacunación masiva en marzo del 2018, que llegó a 2.251.581 personas de los 2,3 millones previstos (cobertura promedio estimada de 98%) en nueve departamentos (en el momento de la campaña de vacunación, no se habían notificado casos de difteria en el departamento de Grand'Anse). La OPS movilizó las vacunas antidiftéricas utilizadas en la campaña por medio de su Fondo Rotatorio.

Enfermedades infecciosas en Venezuela y países vecinos

107. En Venezuela han aumentado los brotes de enfermedades infecciosas, en particular de sarampión, difteria y malaria. La situación está agravándose debido al desplazamiento de personas tanto dentro del país como a los países vecinos.

Manejo de brotes de enfermedades centrado en el país: Venezuela y países vecinos

Venezuela: La cooperación técnica de la Oficina está contribuyendo a la ejecución del plan de respuesta rápida del Ministerio de Salud para detener el brote de sarampión y controlar la difteria en el país. El plan abarca la vacunación, una labor extensa de localización de contactos y el trabajo de laboratorio conexo. La Oficina sigue colaborando estrechamente con otros organismos del sistema de las Naciones Unidas, como el UNICEF, la FAO, el PNUD y el UNFPA. Venezuela es signatario del Fondo Estratégico de la OPS y compra una gran cantidad de medicamentos e insumos por medio del Fondo, entre ellos agentes antirretrovirales, medios de diagnóstico y reactivos. También ha obtenido mosquiteros y medicamentos para la malaria, la leishmaniasis, la lepra y otras enfermedades transmisibles.

Sarampión

Después del primer caso de sarampión notificado en Venezuela en julio 2017, hasta mayo del 2018 se habían registrado 1.631 casos confirmados, con 2 muertes. Cerca de 67% de los casos confirmados se notificaron en el estado Bolívar, y también hubo casos en los estados de Apure, Anzoátegui, Delta Amacuro, Miranda, Monagas y Vargas, así como en el Distrito Capital. Los menores de 5 años han sido el grupo más afectado entre los casos confirmados, seguidos de los niños de 6 a 15 años. La propagación del virus a otras zonas se debe en parte a los grandes desplazamientos de la población relacionados con la minería y el comercio, entre otros factores.

La cooperación técnica de la Oficina incluyó el apoyo a un plan nacional de respuesta rápida para interrumpir la transmisión del virus mediante la movilización de equipos nacionales, regionales y municipales de respuesta rápida. El 6 de abril del 2018, las autoridades de salud venezolanas pusieron en marcha una campaña para vacunar contra el sarampión a 4 millones de niños de 6 meses a 15 años. La campaña se inició en los ocho estados con el mayor número de casos de sarampión y difteria (Anzoátegui, Apure, Bolívar, Delta Amacuro, Miranda, Monagas, Vargas y Zulia) y el Distrito Capital. Se planea extender la campaña al resto del país con el objetivo de administrar otros 11 millones de dosis de la vacuna.

Difteria

Desde el inicio del brote de difteria en Venezuela en julio del 2016 hasta mayo del 2018 (semana epidemiológica 16), se han notificado 1.716 casos presuntos: 324 en el 2016, 1.040 en el 2017 y 352 en el 2018, de los cuales 1.086 fueron confirmados por diagnóstico clínico o de laboratorio. Se confirmaron 160 muertes (17 en el 2016, 103 en el 2017 y 40 en el 2018). El estado Bolívar, que linda con Brasil y Guyana, ha sido el epicentro de este brote. En el 2017 se notificaron casos confirmados en 22 estados y el Distrito Capital. La mayoría de los casos están produciéndose en estados con tasas bajas de vacunación, y la población que trabaja en la minería ha contribuido a la propagación de la enfermedad debido a su movilidad. Sin embargo, el riesgo de transmisión de difteria a otros países de la Región es moderado.

Se está vacunando en estados con casos confirmados y se prevé que 2,3 millones de niños recibirán la vacuna antidiftérica. Además, se prevé que 90.000 embarazadas serán vacunadas contra el tétanos neonatal y que más de 1 millón de adultos serán vacunados contra el tétanos y la difteria.

La vigilancia epidemiológica está fortaleciéndose con la búsqueda activa de casos y la localización de contactos, paralelamente a iniciativas de educación sanitaria. Se está actualizando constantemente la capacitación del personal de salud local y se está fortaleciendo la capacidad de diagnóstico de los laboratorios.

Malaria

Los casos de malaria aumentaron 69% entre el 2016 y el 2017 en Venezuela. Los 406.000 casos notificados en el 2017 superaron el promedio anual registrado desde 1988. Más de 50% de esos casos se notificaron en el estado Bolívar, seguido de los estados de Amazonas y Sucre. Este aumento está relacionado con la migración frecuente de los mineros ilegales y las poblaciones indígenas en zonas con ecosistemas favorables para la malaria, la sobrecarga del sistema de salud, la escasez de medicamentos antimaláricos y el debilitamiento de los programas de control de vectores.

El Gobierno de Venezuela ha mejorado su apoyo a la detección y el tratamiento de casos de malaria, centrándose en los cinco estados más afectados. La Oficina ha estado apoyando la compra de medicamentos antimaláricos y pruebas rápidas, proporcionando capacitación a trabajadores de salud y suministrando material de comunicación para promover el cumplimiento del tratamiento prescrito. En el 2017, la Oficina donó 130.000 tratamientos para malaria por *Plasmodium vivax*, 800 tratamientos completos para malaria por *P. falciparum*, 300 tratamientos para casos graves de malaria y 300.000 pruebas de diagnóstico rápido. A abril del 2018, la Oficina había entregado 52 kits para tratar casos graves de malaria y 25 para casos no graves, suficientes para casi 10.000 tratamientos, además de 20.000 pruebas de diagnóstico rápido. Más de 450 trabajadores de salud han recibido capacitación sobre manejo de casos en los estados de Bolívar, Sucre, Anzoátegui y Aragua.

Acceso a vacunas, medicamentos y suministros

La Oficina está colaborando con los programas nacionales y locales de vacunación de Venezuela y está facilitando la compra de vacunas por medio del Fondo Rotatorio de la OPS. En el 2017, Venezuela adquirió los siguientes suministros y vacunas por medio del Fondo Rotatorio: 1,15 millones de dosis de vacuna pentavalente, 8 millones de dosis de vacuna contra la difteria y el tétanos (DT) para la campaña de inmunización y 1.000 viales de antitoxina diftérica. La Oficina también ayudó a comprar material de laboratorio para el diagnóstico de la difteria y el sarampión.

Además del plan de respuesta rápida, Venezuela está ejecutando un plan nacional para aumentar la cobertura de vacunación en comunidades indígenas, zonas fronterizas, municipios con cobertura baja y zonas de difícil acceso. Sin embargo, las limitaciones económicas y, en algunos casos, la falta de medicamentos a nivel nacional están teniendo efectos negativos en el suministro continuo y oportuno de productos necesarios para atender las necesidades de salud pública del país.

La Oficina, en coordinación con el Ministerio de Salud de Venezuela, ha ampliado su apoyo a las compras de medicamentos de alta prioridad, como inmunodepresores y medicamentos para la atención de la salud maternoinfantil y para enfermedades crónicas muy prevalentes. La Oficina también está apoyando al país con la compra de antirretrovirales y medicamentos para la tuberculosis. Junto con otros organismos de las Naciones Unidas y grupos de la sociedad civil, la Oficina ha estado explorando otros mecanismos de apoyo para velar por la continuidad del acceso a los antirretrovirales y otros medicamentos esenciales en Venezuela. Se está gestionando la compra de más de 20 medicamentos oncológicos con el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS).

Países vecinos: La Oficina está colaborando con Brasil, Colombia y Guyana para fortalecer la respuesta de sus sistemas de salud en las zonas fronterizas y la vigilancia epidemiológica a nivel local y nacional, a fin de detectar y responder eficazmente a las necesidades de los migrantes venezolanos y de la población receptora. La Oficina ha establecido oficinas de campo o desplegado más personal en las zonas fronterizas.

Brasil: Hay un brote de sarampión en curso, con 995 casos notificados (611 en el estado de Amazonas y 384 en el estado de Roraima). De estos casos, 114 han sido confirmados en laboratorio (30 en Amazonas y 84 en Roraima) y se han registrado 2 muertes. La Representación de la OPS/OMS en Brasil está colaborando con las autoridades nacionales y locales para contener el brote en estos estados, vacunando a los residentes y a los migrantes venezolanos de 6 meses a 49 años contra el sarampión. A petición del Ministerio de Salud de Brasil, la Oficina está ayudando a establecer un puesto de vacunación en Pacaraima, en el estado de Roraima, en la frontera con Venezuela. La Oficina también está ayudando al gobierno federal de Brasil a obtener jeringas, adquirir suministros para mantener la cadena de frío de las vacunas, contratar profesionales para administrar las vacunas y otras intervenciones de salud y facilitar especialistas para ayudar a las autoridades nacionales y locales a capacitar a los trabajadores de atención de salud en el manejo de casos y la vigilancia epidemiológica intensificada.

Colombia: Entre las semanas epidemiológicas 11 y 21 del 2018, se notificaron 26 casos confirmados de sarampión en personas de 10 meses a 26 años. De estos casos, 17 se importaron de Venezuela, 7 fueron de transmisión secundaria (en personas procedentes de Venezuela que habían estado en Colombia más de cuatro meses) y 2 estaban vinculados a la importación. No se han notificado muertes. Los casos se notificaron en los departamentos de Antioquia, Bolívar, Cauca, Cesar, Norte de Santander, Risaralda y Sucre y los distritos de Cartagena y Santa Marta. Las autoridades de salud colombianas están ocupándose de la detección y el seguimiento de contactos, la búsqueda activa de casos en instituciones y comunidades, y la vacunación de personas susceptibles, en tanto que la Oficina está apoyando a las autoridades nacionales y locales por medio de las oficinas de campo con personal, incluidos epidemiólogos, y vehículos en zonas fronterizas de los departamentos de Arauca, La Guajira, Vichada y Norte de Santander.

Guyana: La representación de la OPS/OMS está colaborando estrechamente con el Ministerio de Salud Pública para vigilar la situación de los migrantes y fortalecer la detección, verificación y evaluación de riesgos de casos relacionados con enfermedades epidemiológicas. Asimismo, se está trabajando para evaluar la cobertura de vacunación, la capacidad en materia de laboratorios y las posibles necesidades de salud en las zonas donde hay migrantes.

Respuesta a los huracanes Irma y María

108. Los huracanes Irma y María, que se produjeron en rápida sucesión, batieron récords con la destrucción que ocasionaron, afectando a varias islas del Caribe en septiembre del 2017. Las islas más afectadas fueron Antigua y Barbuda, Cuba, Dominica, las Islas Turcas y Caicos, las Islas

Vírgenes Británicas, las Islas Vírgenes de Estados Unidos, Puerto Rico, la colectividad francesa de San Martín y el estado autónomo de San Martín. Hubo 39 muertes relacionadas directamente con los dos huracanes, 31 de ellas en Dominica, donde también hubo 34 desaparecidos. Algunas islas perdieron más de 80% de las viviendas y enfrentaron grandes dificultades para restablecer el suministro de electricidad y el acceso a agua limpia. Se estima que más de dos millones de personas vivían en zonas que estuvieron expuestas a intensas lluvias y vientos de más de 120 kilómetros por hora.

109. La Oficina movilizó más de US\$ 5 millones por medio de un llamamiento humanitario para apoyar a las autoridades locales y nacionales en la respuesta y la tarea de recuperación. En la mayoría de las islas afectadas, la OPS/OMS fue la primera organización internacional en el terreno, prestando apoyo inmediato para promover y proteger la salud de todos los damnificados. La Oficina se centró en cuatro líneas de acción principales: 1) la restauración de la capacidad para proporcionar servicios de salud y el acceso a los servicios de salud, incluida la atención de salud mental; 2) el aumento de la vigilancia epidemiológica para posibilitar la detección temprana y el tratamiento oportuno de brotes de enfermedades; 3) el acceso a agua potable, medidas de saneamiento de urgencia y control de vectores, y 4) la coordinación y la gestión eficiente de la información para atender eficazmente las necesidades humanitarias más urgentes.

110. La Oficina activó el Sistema de Gestión de Incidentes en Barbados para la respuesta de varios países a ambos desastres y envió 50 misiones de expertos a 11 países y territorios: Anguila, Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Cuba, Dominica, Haití, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, la colectividad francesa de San Martín y el estado autónomo de San Martín. El apoyo de la Oficina consistió en evaluaciones conjuntas de los daños y las necesidades en Anguila, las Islas Turcas y Caicos, las Islas Vírgenes Británicas y el estado autónomo de San Martín y el suministro de medicamentos, vacunas, otros suministros médicos, equipo e insecticidas, que se enviaron desde un depósito estratégico de la OPS situado en Panamá o se obtuvieron de proveedores locales y regionales. Los productos se transportaron con el apoyo del [Cuerpo Médico Internacional](#), [Direct Relief](#), la [Real Armada de los Países Bajos](#), [Americares](#) y otros asociados.

111. Para responder a solicitudes urgentes de Dominica y las Islas Vírgenes Británicas, la OPS coordinó donaciones de emergencia de vacunas e insumos médicos desde Barbados, Haití, Jamaica y Trinidad y Tabago, además de compras de vacunas por medio del Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas. El trabajo de la Oficina y su impacto en el terreno se reforzaron con la intensificación y la racionalización de las actividades de diversas redes y asociaciones. Un ejemplo fue la coordinación con el [Real Ejército de los Países Bajos](#) para reparar la planta de agua del hospital de Dominica. También se activó la Célula de Información y Coordinación Médica (CICOM) para coordinar y dar seguimiento a los equipos médicos de emergencia. Se coordinaron 12 equipos médicos de emergencia y se informó sobre sus actividades a la CICOM durante su despliegue en Dominica.

112. Los huracanes Irma y María demostraron convincentemente la importancia de los preparativos para casos de desastre. Los esfuerzos del sector de la salud facilitaron una mejor respuesta, que se reflejó en el número relativamente bajo de muertes y de establecimientos de salud afectados a pesar de la capacidad destructora de ambos fenómenos. El apoyo continuo de la comunidad internacional será vital para la recuperación de las islas. En la respuesta a ambos

desastres, proporcionaron apoyo financiero Asuntos Mundiales Canadá, la Oficina de Ayuda de Externa para Desastres ([OFDA](#)) de la USAID, la Dirección General de Protección Civil y Operaciones de Ayuda Humanitaria Europeas ([ECHO](#)) de la Comisión Europea, el Fondo central para la acción en casos de emergencia ([CERF](#)) de las Naciones Unidas y el [Departamento para el Desarrollo Internacional](#) del Reino Unido.

Respuesta a la erupción del volcán de Fuego en Guatemala

113. El domingo 3 de junio del 2018 hizo erupción el volcán de Fuego en Guatemala, situado a unos 16 kilómetros al oeste de Antigua, produciendo columnas de ceniza de hasta 10.000 metros sobre el nivel del mar, flujos piroclásticos constantes, lava, fango, emisiones balísticas (rocas pequeñas) y nubes ardientes con temperaturas de hasta 700 °C. Se depositaron partículas de ceniza y lahares en las comunidades cercanas a la cúpula del volcán en los departamentos de Escuintla, Chimaltenango y Sacatepéquez. En las primeras horas después de la erupción, la ceniza llegó hasta Ciudad de Guatemala, afectando las operaciones aéreas y llevando al cierre del Aeropuerto Internacional La Aurora durante casi 24 horas. Las erupciones continuaron de manera intermitente, generando lahares, flujos piroclásticos y columnas de ceniza durante varios días. Unas 1.702.130 personas fueron afectadas, con 110 muertos, 58 heridos y 197 desaparecidos. Además, se evacuó a más de 12.800 personas, entre ellas 4.175 que fueron trasladadas a albergues.

114. El apoyo de la OPS se centró en el fortalecimiento de la capacidad de respuesta del sector de la salud bajo la conducción del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. La OPS desplegó de inmediato expertos en respuesta para ayudar a las autoridades de salud nacionales y locales a evaluar los daños, coordinar la gestión de información y las operaciones de respuesta sanitaria en el terreno, y facilitar la prestación de servicios de salud en los albergues, incluida la asistencia de salud mental. La OPS distribuyó equipo de protección personal, estuches para higiene personal, kits para el control de la calidad del agua y material estéril para pacientes con quemaduras en los hospitales y albergues del departamento de Escuintla. La Oficina también proporcionó a las autoridades departamentales de salud orientación técnica sobre el manejo de cadáveres y compró suministros y equipo para el establecimiento de centros de operaciones de emergencia en el terreno y salas de situación en el departamento de Escuintla. También se elaboraron mensajes de salud pública y material didáctico sobre prácticas adecuadas y apoyo psicosocial para difundir en las comunidades afectadas por medio de campañas de promoción de la salud y prevención.

115. La OPS movilizó más de US\$ 310.000 del Fondo Central de las Naciones Unidas para la Acción en Casos de Emergencia a fin de apoyar la respuesta a la emergencia sanitaria y prevenir el deterioro del estado de salud de las comunidades afectadas por la erupción del volcán de Fuego, centrándose en cuatro líneas de acción principales: 1) el fortalecimiento de la salud pública y de la vigilancia epidemiológica y la prevención de enfermedades en los albergues y las comunidades afectadas; 2) la mejora del acceso a los servicios de salud mental y el apoyo psicosocial a las víctimas del desastre; 3) el aumento del acceso al agua potable y la intensificación del control de vectores para prevenir brotes de enfermedades transmitidas por el agua y por vectores, y 4) la concientizando acerca de los riesgos para la salud y la promoción de ambientes sanos y prácticas adecuadas mediante campañas de comunicación de riesgos e información sobre la salud.

Preparativos para situaciones de emergencia y reducción de riesgos de desastres en el sector de la salud

116. Durante el período analizado, la cooperación técnica de la Oficina contribuyó al fortalecimiento de la capacidad de respuesta sanitaria de los Estados Miembros en situaciones de emergencia. Doce países (Anguila, Antigua y Barbuda, El Salvador, Granada, Guyana, Honduras, Islas Caimán, Montserrat, Panamá, Saint Kitts y Nevis, San Martín y Trinidad y Tabago) actualizaron sus planes para desastres en el sector de la salud y El Salvador terminó de preparar su plan nacional de gestión de riesgos para la salud.

117. Anguila, Bermuda, Dominica, Montserrat y San Vicente y las Granadinas capacitaron al personal encargado de responder en la atención y el tratamiento de urgencias; Anguila, Dominica, las Islas Caimán, Jamaica, Guyana, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname y Trinidad y Tabago capacitaron al personal encargado de responder en la atención de víctimas en gran escala; Bahamas, Dominica, Guyana, Jamaica, Montserrat y Trinidad y Tabago recibieron capacitación en el Sistema de Mando en Incidentes; y Ecuador y El Salvador realizaron talleres para fortalecer sus equipos nacionales de respuesta a los desastres.

118. Basándose en la experiencia con el huracán María, Dominica mejoró sus sistemas de alerta temprana y respuesta rápida para epidemias; Antigua y Barbuda mejoró su infraestructura de centros de operaciones de emergencia, y Dominica, Jamaica y Venezuela fortalecieron la capacidad técnica de sus centros de operaciones de emergencia.

Reglamento Sanitario Internacional

119. Para fomentar en los países el sentido de pertenencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) ([RSI](#)), la Oficina promovió activamente la participación de los Estados Partes en los procesos de los Cuerpos Directivos de la OPS y los Órganos Deliberantes de la OMS relacionados con el [Marco de seguimiento y evaluación del RSI](#) y la formulación de un proyecto de plan estratégico mundial quinquenal para mejorar los preparativos y la respuesta de salud pública. Los Estados Partes de la Región efectuaron importantes aportes durante las consultas presenciales y virtuales, entre ellas una consulta regional realizada en Brasil en julio del 2017. En todos los procesos consultivos formales del 2015 al 2018, los Estados Miembros de la OPS pusieron de relieve en medida creciente la necesidad de encuadrar la aplicación del RSI en el contexto del fortalecimiento de sistemas de salud.

120. Treinta y uno de los 35 Estados Partes de la Región informaron sobre su situación con respecto al RSI en la 71.^a Asamblea Mundial de la Salud en el 2018. Los informes sobre el RSI presentados anualmente por los países a la Asamblea Mundial de la Salud entre el 2011 y el 2018 mostraron mejoras constantes o una estabilización de los puntajes para todas las capacidades básicas. Sin embargo, el estado de las capacidades básicas varía entre subregiones; los puntajes más bajos corresponden al Caribe, en particular en relación con las capacidades para responder a peligros químicos y relacionados con la radiación. En consecuencia, la Oficina aunó fuerzas con el OIEA y el centro colaborador de la OMS para el manejo de la exposición a sustancias químicas en el ámbito de la salud pública (que funciona en Salud Pública Inglaterra) para apoyar dos de sus iniciativas principales: “Establecimiento y fortalecimiento de infraestructura reglamentaria nacional sostenible” y “Fortalecimiento del control de las fuentes radiactivas durante toda su vida

útil”. De los 14 Estados Partes del Caribe, 12 son miembros del OIEA (Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Dominica, Granada, Guyana, Haití, Jamaica, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas y Trinidad y Tabago). La colaboración entre el OIEA y la OPS se reconoce como un modelo mundial.

121. La Oficina Sanitaria Panamericana y la Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental aunaron fuerzas para adaptar la herramienta de evaluación externa conjunta del RSI al contexto de los [pequeños Estados insulares en desarrollo](#). Este trabajo está estrechamente relacionado con la colaboración entre la Oficina y las autoridades de Francia, los Países Bajos y el Reino Unido para apoyar las actividades de formación de capacidad en sus territorios de ultramar en las Américas. Para mediados del 2018 se habían presentado propuestas a la Sede de la OMS, a fin de formalizarlas a nivel mundial, para la realización de exámenes posteriores a la acción y ejercicios de simulación en pequeños Estados insulares en desarrollo.

Isla de Pascua: simulación de emergencia de salud pública de importancia internacional

La Isla de Pascua (Rapa Nui en la lengua autóctona), que tiene alrededor de 6.000 habitantes, en su mayoría indígenas, es un territorio insular volcánico remoto de Chile, ubicado a unos 4.000 kilómetros de la costa sudamericana, en el medio del Océano Pacífico. Es un importante lugar turístico debido a sus sitios arqueológicos y los famosos [moáis](#), pero debido a su situación geográfica y a las enfermedades endémicas transmitidas por vectores los residentes y visitantes por igual son vulnerables a emergencias de salud pública.

En colaboración con el Ministerio de Salud de Chile y la población de Rapa Nui, en diciembre del 2017 la Oficina encabezó una simulación de una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) en el marco del RSI (2005). La simulación se hizo en el Aeropuerto Internacional Mataverí, en Hanga Roa, con la participación de todos los sectores que intervienen en la respuesta a emergencias, a fin de probar los protocolos actuales para el manejo de una probable ESPII en la isla. Los resultados de la simulación dieron lugar a un proyecto con la participación del Ministerio de Salud, la OPS/OMS y el BID para fortalecer la preparación y los sistemas de respuesta en Rapa Nui, incluido el control y la eliminación del mosquito vector *Aedes aegypti*, el tratamiento del dengue y el fortalecimiento de la capacidad de los equipos locales.

122. En junio del 2018 se hizo una [evaluación externa conjunta](#) del RSI en Canadá y otros cinco países han incluido evaluaciones de ese tipo en sus planes de trabajo con la OPS para el 2018-2019: Antigua y Barbuda, Dominica, Granada, Saint Kitts y Nevis, y San Vicente y las Granadinas. Además, Argentina, Colombia y México han expresado la intención de organizar evaluaciones externas conjuntas durante el bienio 2018-2019 y Haití ha solicitado un seguimiento de la evaluación que hizo en el 2016.¹³

123. La presidencia de Argentina del [G20](#) durante el 2018 ofrece a la Oficina una oportunidad valiosa para abogar por inversiones sostenibles a fin de prevenir y mitigar el impacto de las emergencias de salud, incluida la organización de simulacros de alto nivel.

¹³ <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-12-s.pdf>.

124. El trabajo de la Oficina en el ámbito del RSI durante el período se realizó con el apoyo de los CDC, el Organismo de Salud Pública de Canadá y contribuciones voluntarias nacionales de Brasil.

Equipos médicos de emergencia

125. En septiembre del 2017, Ecuador se convirtió en el segundo país de la Región, después de Costa Rica, en recibir la certificación de la OMS para sus propios equipos médicos de emergencia, que cumplen las normas internacionales de calidad para la atención clínica. El país recibió la certificación para dos equipos médicos de emergencia de tipo 2 y una célula quirúrgica especializada. Igual que los equipos médicos de emergencia de tipo 1, los de tipo 2 pueden atender por lo menos a 100 pacientes ambulatorios por día y estabilizar a pacientes que necesiten ser trasladados a servicios de un nivel más alto. Sin embargo, los equipos médicos de emergencia de tipo 2 y las células quirúrgicas especializadas tienen capacidad de internación por lo menos con 20 camas y pueden prestar atención de urgencia las 24 horas, realizar operaciones quirúrgicas generales y de urgencia (incluidas las intervenciones obstétricas) y tratar fracturas y traumatismos.

126. Con el apoyo de la Oficina, otros cuatro países (Chile, Colombia, Costa Rica y Perú) iniciaron procedimientos nacionales para solicitar y desplegar equipos médicos de emergencia y comenzaron a establecer células de información y coordinación médica, que están diseñadas para facilitar el manejo de la información y la coordinación de equipos médicos de emergencia durante emergencias y desastres.

127. A mediados del 2018, en la lista regional de coordinadores de equipos médicos de emergencia había 78 expertos de 23 países que han recibido capacitación con el apoyo de la Oficina y que se consideran competentes para actuar en situaciones de emergencia y ayudar a las autoridades nacionales a coordinar las solicitudes y la recepción de asistencia médica externa.

128. El apoyo financiero para el trabajo en la iniciativa de equipos médicos de emergencia durante el período provino principalmente de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo ([AECID](#)), el [Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos](#), el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS y recursos flexibles de la OPS.

Fortalecimiento de la capacidad en materia de laboratorios para responder a agentes patógenos virales emergentes y reemergentes

129. La Oficina, con el apoyo de los CDC y el BID, trabajó para fortalecer las redes de laboratorios de la Región y mejorar la respuesta a la amenaza regional creciente planteada por agentes patógenos virales y bacterianos emergentes y reemergentes. Esta labor produjo los siguientes resultados durante el período abarcado por el informe:

- Acceso de 35 laboratorios nacionales de 27 Estados Miembros¹⁴ (incluidos 23 Centros Nacionales de Gripe) a protocolos estandarizados para la detección segura, exacta y oportuna de los virus del chikunguña, el Zika, la fiebre amarilla y la gripe.

¹⁴ Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Islas Caimán, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

- Al menos un profesional de laboratorio fue certificado en el envío seguro de sustancias infecciosas, incluidos los agentes patógenos de la categoría A, en todos los Estados Miembros.
- Al menos un profesional de laboratorio fue certificado para la detección de *V. cholera* O: Uno y otros microorganismos enteropatógenos en 11 países.¹⁵
- Actualización de los procedimientos normalizados de trabajo [SIREVA II](#) para el diagnóstico de la enfermedad meningocócica.
- Evaluaciones de laboratorio en países prioritarios de América Latina y el Caribe, usando herramientas para evaluar la capacidad instalada, la administración general del laboratorio, las políticas de garantía de la calidad y la disponibilidad de equipo y reactivos en laboratorios de referencia nacionales. En estas evaluaciones se señalaron las áreas que era necesario fortalecer, en particular en cuanto a la capacitación y al material de laboratorio.

130. Para abordar las brechas encontradas en las evaluaciones de laboratorio, la Oficina capacitó a profesionales de laboratorio de 17 países.¹⁶ En los países de habla inglesa del Caribe, la capacitación tenía como fin mejorar la capacidad de detección, con capacitación práctica centrada en la detección molecular del virus de la fiebre amarilla y el virus Mayaro, y la distribución de reactivos y materiales de laboratorio indispensables. Además, los CDC capacitaron a personal de cuatro países (Brasil, Colombia, Paraguay y Perú) en el uso de nuevos kits serológicos para el diagnóstico de fiebre amarilla. Con el apoyo de las personas que recibieron capacitación, la Oficina espera repetir el taller en otros países durante la segunda mitad del 2018.

131. El diagnóstico de las enfermedades virales emergentes con muestras tisulares ha sido crucial para caracterizar los casos mortales en el contexto del brote reciente de fiebre amarilla en Brasil. Sin embargo, muchos laboratorios no cuentan con los protocolos y la capacidad conexas. Con la cooperación técnica de la Oficina, 14 miembros del personal de diferentes laboratorios de Brasil se capacitaron en el diagnóstico histopatológico y protocolos de inmunohistoquímica para diagnosticar y diferenciar enfermedades arbovirales emergentes. Los cursos se hicieron en el Laboratorio de Patología del Instituto Nacional de Salud de Colombia.

132. La mejora de la calidad es un aspecto crucial de los servicios de laboratorio eficaces. Los resultados de una evaluación externa de la calidad realizada durante el primer semestre del 2018 con 26 laboratorios de 16 países¹⁷ de la Región fueron positivos para el desempeño de los laboratorios, incluso en la detección molecular de la fiebre amarilla. Para mejorar aún más la formación de capacidad y seguir mejorando la calidad, la Oficina convocó una reunión de expertos en Washington, D.C., en junio del 2018, para examinar, actualizar y validar los algoritmos de diagnóstico actuales, los protocolos y las directrices regionales para la fiebre amarilla.

Iniciativa “Hospitales inteligentes”

¹⁵ Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú y República Dominicana.

¹⁶ Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Guatemala, Guyana, Haití, Islas Caimán, Jamaica, Nicaragua, Perú, Suriname y Venezuela.

¹⁷ Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Islas Caimán, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Guatemala, Guyana, Haití, Jamaica, Nicaragua, Perú y Suriname.

133. La fase II del proyecto “Hospitales inteligentes”, financiado por el [Departamento para el Desarrollo Internacional](#) del Reino Unido, entró en su tercer año de ejecución en los siete países destinatarios: Belice, Dominica, Granada, Guyana, Jamaica, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas. Se modernizaron tres establecimientos de salud modelo para aumentar su resiliencia a los desastres y reducir su impacto en el medioambiente: Hospital Princess Alice en Granada, Centro de Salud La Plaine en Dominica y Hospital Chateaubelair en San Vicente y las Granadinas. Además, se evaluaron 362 establecimientos de salud en 12 países y territorios¹⁸ usando la [herramienta para hospitales inteligentes](#). Los evaluadores recibieron capacitación en el uso de la herramienta.

Eliminación de enfermedades

134. La Oficina siguió apoyando a los Estados Miembros para la eliminación de la transmisión materno-infantil ([ETMI](#)) del VIH y la sífilis en el marco del *Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021* (documento [CD55/14](#)). Entre mediados del 2017 y el 2018, se proporcionó cooperación técnica en el país a El Salvador, Haití, Honduras y Nicaragua por medio de misiones conjuntas integradas. Asimismo, se inició la cooperación técnica con Colombia y Uruguay para el lanzamiento del marco [ETMI Plus](#) y con los países que han solicitado a la OMS la validación del logro de la meta de la doble eliminación.

135. En la segunda mitad del 2017, Antigua y Barbuda, Bermuda y Saint Kitts y Nevis obtuvieron el reconocimiento de la OMS de la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis. Esos tres países, junto con Anguila, las Islas Caimán y Montserrat, recibieron sus certificados en diciembre del 2017. Además, Cuba fue recertificada por la OMS por dos años más por haber mantenido hasta la fecha las metas de validación alcanzadas en el 2015, logro mundial sin igual. Los asociados en el proceso de validación de la ETMI son el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida ([ONUSIDA](#)), el UNICEF y los CDC. Un comité regional de validación integrado por expertos proporciona orientación en la Región. La mayor parte de los recursos financieros para esta tarea provino del presupuesto ordinario de la OPS.

136. En una decisión conexas, la Oficina de Países del Caribe Oriental priorizó las mejoras en la calidad de los servicios y la recopilación de datos para posibilitar la adopción de decisiones oportunas y fundamentadas y fortalecer los servicios maternos y perinatales de esos países en el primer nivel de atención, que también apoyará el fortalecimiento y la sostenibilidad de la estrategia de ETMI. El Sistema de Información Perinatal ([SIP](#)), creado por el Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Salud Reproductiva ([CLAP/SMR](#)) de la OPS, es una herramienta decisiva para obtener datos perinatales oportunos y confiables. El SIP está comenzando a utilizarse plenamente en Anguila, Antigua y Barbuda, Santa Lucía, Saint Kitts y Nevis y Trinidad y Tabago, y se planea ponerlo en marcha dentro de poco en Granada, las Islas Vírgenes Británicas, Montserrat y San Vicente y las Granadinas.

137. Para fomentar la prevención de la infección por el VIH y poner fin a la epidemia de la infección por el VIH en la Región, la Oficina elaboró un informe titulado [Prevención de la](#)

¹⁸ Antigua, Bahamas, Belice, Islas Vírgenes Británicas, Dominica, Granada, Guyana, Jamaica, Saint Kitts, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas y Suriname.

[infección por el VIH bajo la lupa: Un análisis desde la perspectiva del sector de la salud en América Latina y el Caribe 2017](#), preparado en estrecha colaboración con el ONUSIDA y con importantes contribuciones de la sociedad civil de más de una docena países. Este primer informe regional sobre la prevención de la infección por el VIH se centró en los grupos poblacionales que son sumamente vulnerables y tienen una carga mayor de infección por el VIH. En el informe se examinan el progreso, las brechas y los retos para mejorar la prevención de la infección por el VIH, y se describe la necesidad de ampliar el acceso a servicios de salud para estos grupos de población.

138. La Oficina también movilizó misiones técnicas interprogramáticas para examinar la respuesta del sistema nacional de salud al VIH y las ITS en cuatro países (El Salvador, Honduras, Nicaragua y Suriname) y promover el diálogo entre todos los participantes en la respuesta a nivel nacional. De las interacciones surgieron recomendaciones y planes operativos para ampliar, innovar y aumentar la eficacia, la eficiencia y la sostenibilidad de la respuesta nacional.

La Región de las Américas, líder en la eliminación de enfermedades

El tétanos materno y neonatal

La [eliminación regional del tétanos materno y neonatal](#), que solía causar la muerte de más de 10.000 recién nacidos cada año, se logró en el 2017 después que Haití declaró su eliminación.

Los asociados clave que participaron en esta tarea fueron los ministerios de salud de los Estados Miembros de la OPS/OMS, los CDC y el Gobierno de Brasil. Para la eliminación del tétanos materno y neonatal en Haití, el UNICEF colaboró con el Gobierno de Canadá, el UNFPA, la OMS, los Comités Nacionales del UNICEF y el sector privado.

Malaria

En junio del 2018, [la OMS certificó la eliminación de la malaria en Paraguay](#), el primer país de la Región en recibir esta certificación después de Cuba en 1973. De 1950 al 2011, Paraguay elaboró sistemáticamente políticas y programas para controlar y eliminar la malaria, un importante reto de salud pública para un país que había notificado más de 80.000 casos en los años cuarenta. Como resultado de esta labor, en Paraguay se registró el último caso de malaria por *P. falciparum* en 1995 y por *P. vivax* en el 2011. Ese año se puso en marcha un plan quinquenal para consolidar los avances, prevenir el restablecimiento de la transmisión y prepararse para la certificación de la eliminación. Las actividades se centraron en el manejo robusto de casos, el trabajo con las comunidades y la educación para que las personas estuvieran mejor informadas sobre las formas de prevenir la transmisión de la malaria, así como sobre las opciones para el diagnóstico y el tratamiento.

El panel independiente de certificación de la eliminación de la malaria, al recomendar que el Director General de la OMS certificara que el país estaba libre de malaria, destacó factores como la calidad y la cobertura de los servicios de salud (incluida la concientización del personal de salud que proporciona atención directa para la malaria), la disponibilidad universal de tratamiento médico gratuito y un sólido sistema de vigilancia de la malaria.

La cooperación técnica de la Oficina, incluida la compra de tratamientos y la colaboración con otros asociados, como el Fondo Mundial, ha acompañado los logros de Haití y Paraguay, y estos dos países clave de la OPS merecen una felicitación especial por haber alcanzado estos hitos.

Parte 3: Retos y enseñanzas

139. Durante el período en análisis, los logros fueron atemperados por retos que la Oficina se esforzará por superar en estrecha colaboración con los Estados Miembros y los asociados. Algunos de estos retos son crónicos, y la Oficina proporcionará cooperación técnica focalizada y elaborará, ajustará y refinará políticas y estrategias pertinentes basándose en las enseñanzas extraídas.

140. El tema de este informe, “Atención Primaria de Salud: ha llegado el momento”, es un llamamiento a la acción que plantea retos particulares para la Oficina, ya que capta la visión de la salud para todos expresada por Alma-Ata en la salud universal y reafirma el compromiso de la OPS con los valores y principios de esa declaración histórica, a saber, el derecho a la salud, la equidad, la solidaridad, la justicia social, la participación comunitaria, la responsabilidad del gobierno y la acción multisectorial.

Retos

141. Durante el período en análisis, hubo cambios notables en el panorama político de la Región. En varios países hubo cambios de gobierno que trajeron aparejadas diferentes posiciones filosóficas, algunas de las cuales podrían incidir en la salud del público. Además, hemos visto la aparición de complejas condiciones sociopolíticas, conflictos y otras crisis. Estas circunstancias han afectado a las metas de salud pública de los Estados Miembros y la salud y el bienestar de sus poblaciones y han comprometido los avances en la salud. También hemos visto grandes flujos migratorios en nuestra Región, con la propagación concomitante de enfermedades.

142. Aunque la situación económica de algunos de los países más grandes de la Región ha mejorado, otros siguen atravesando dificultades. Incluso en aquellos que han tenido un crecimiento económico, subsisten las preocupaciones con respecto a la distribución equitativa de los beneficios, incluido el acceso a la salud. El derecho de las personas a la salud se sustenta en la responsabilidad del Estado de garantizarlo. Aunque en los decenios pasados se avanzó en el reconocimiento del derecho a la salud en las reformas normativas y legislativas, las instituciones públicas han sido lentas para reconocer su responsabilidad con respecto al goce de estos derechos. Sin la acción del Estado, no puede haber un goce progresivo del derecho a la salud, especialmente para las personas que viven en situaciones de vulnerabilidad social, ni puede haber progreso hacia la cohesión social. Hay brechas cruciales en la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y persisten obstáculos de género, socioculturales, económicos y estructurales al acceso.

143. Según el FMI, el crecimiento económico en América Latina y el Caribe durante el 2017 fue de solo 1,3%, debido a los continuos ajustes fiscales y externos en algunos países y otros factores propios de cada país. A mediano plazo, las proyecciones indican que el crecimiento probablemente siga limitado a 2,6%, después de llegar a 1,6% en el 2018. En este contexto, la Región no puede depender exclusivamente del crecimiento para proteger y mantener los enormes avances sociales y las reducciones de la desigualdad que se lograron durante los últimos 15 años. En cambio, el reto estribará en invertir más en las personas, en particular los pobres, usando políticas anticíclicas para garantizar un crecimiento sostenible y equitativo a largo plazo.

144. El liderazgo del gobierno y la voluntad política son funciones que deben fortalecerse para garantizar la acción intersectorial en pro de la salud que puede abordar complejos determinantes sociales de la salud, entre ellos factores políticos, sociales, económicos, ambientales y comerciales que inciden en la equidad en salud y en los resultados en materia de salud. La articulación eficaz entre las autoridades de salud y los interesados que participan en el desarrollo social, la agricultura, la educación, la vivienda, el medioambiente y el comercio es esencial. Con ese fin, debe haber capacidad política y técnica en los ministerios de salud y otras entidades sectoriales, además de voluntad política en el más alto nivel. El enfoque de la salud en todas las políticas, que tiene como finalidad abordar estos factores, se enfrenta con obstáculos. Las voces de las personas, en particular de las personas en condiciones de vulnerabilidad, a menudo no se oyen, y los mecanismos para la participación de la sociedad civil en los procesos decisorios y de responsabilidad social todavía son débiles.

145. En el contexto de la capacidad nacional limitada para encabezar esfuerzos sostenibles a fin de abordar temas clave de equidad, manejar prioridades emergentes, promover la rendición de cuentas y asegurar que se adopten enfoques eficaces, un imperativo fundamental es fortalecer la función de rectoría de las autoridades sanitarias para formular, organizar y dirigir la política sanitaria nacional. Esto posibilita una transformación de la gobernanza del sector de la salud y mejoras en la eficacia, la eficiencia y la equidad del sistema de salud. El proceso de transformar un sistema de salud tiene implicaciones tanto políticas como de recursos. Los protagonistas de este proceso tienen la responsabilidad de hacerlo factible y viable y de regular los recursos fundamentales del sistema de salud, sean financieros, humanos o relacionados con medicamentos y tecnologías sanitarias. El equilibrio entre los aspectos políticos y los recursos para una respuesta adecuada es un componente central y estratégico en el marco del fortalecimiento y la transformación de los sistemas de salud para avanzar hacia la salud universal.

146. La capacidad de los sistemas de salud para proporcionar políticas y programas basados en la evidencia y en los derechos para eliminar los obstáculos al acceso para todos, en particular los grupos poblacionales en situaciones de vulnerabilidad, es débil. Las reformas del sector de la salud en la Región se han centrado en la ampliación y la transformación de los sistemas de salud para mejorar el acceso y satisfacer las necesidades de salud de la población, especialmente las personas en situaciones de vulnerabilidad. Sin embargo, en sus esfuerzos para satisfacer las necesidades de diferentes grupos de población, los sistemas de salud han agravado el problema de la segmentación. Los grupos vulnerables que reciben conjuntos básicos de servicios por medio de programas específicos han sido excluidos de los conjuntos más amplios de servicios garantizados que están al alcance de otros sectores de la población. Esto se ha convertido en un obstáculo para lograr la equidad en el contexto de los esfuerzos explícitos del gobierno para combatir la pobreza y reducir la desigualdad. Además, muchos países no han podido abordar las brechas cruciales en los servicios y atender las necesidades específicas de las mujeres y las niñas (incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva), los migrantes, las personas LGBT, las personas indígenas, los afrodescendientes, los adolescentes y las personas mayores. Actualmente, las personas más afectadas por la falta de acceso universal a la salud y de cobertura universal son las que viven en condiciones de mayor vulnerabilidad.

147. La mayoría de los países tienen dificultades para adoptar un enfoque integral de las ENT, a pesar de los cambios demográficos, epidemiológicos y socioeconómicos que han hecho que

aumente la carga de estas enfermedades en la Región y el imperativo de acelerar las intervenciones para su prevención y control eficaz. Los servicios de salud todavía están organizados para responder a trastornos agudos y carecen de capacidad de resolución en el primer nivel de atención para proporcionar atención integral de buena calidad para las ENT y los trastornos de salud mental. La aplicación de políticas públicas para influir en los factores de riesgo es limitada y la interferencia de la industria sigue siendo un obstáculo importante para la aplicación de políticas a nivel de país con el fin de reducir el consumo nocivo de alcohol, promover la nutrición sana e imponer el control del tabaco. Esta injerencia en las políticas preventivas basadas en la población resultará en la persistencia de grandes gastos en salud e impedirá el logro de la salud para todos. La industria tabacalera ha tratado de convencer a funcionarios de que no avancen con medidas eficaces de control del tabaco que cumplen los mandatos del [CMCT](#) y de que no ratifiquen el [Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco](#). Sin embargo, con su ratificación por el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte en [junio del 2018](#), este Protocolo está listo para entrar en vigor en septiembre del 2018. Un enfoque integral de la prevención, la promoción y la atención integrada, como se fomenta en la atención primaria de salud para avanzar hacia la salud universal, es de importancia capital para reducir la epidemia de las ENT, que amenaza con revertir muchos de los logros realizados con gran esfuerzo en la salud y el desarrollo en la Región de las Américas.

148. También hay grandes retos para mantener los avances en la prevención y el control de las enfermedades transmisibles. A pesar de las mejoras en la vigilancia epidemiológica y la cobertura de vacunación en todos los países de la Región, durante este período hubo un retroceso en la eliminación del sarampión. Además, persisten varias zoonosis, como la rabia, la leishmaniasis, la fiebre amarilla, la encefalitis equina, la gripe aviar y la brucelosis. Son pocas las estrategias intersectoriales eficaces para su vigilancia, control y prevención en la interfaz entre los seres humanos y los animales que concuerdan con el enfoque de [Una salud](#). Este enfoque es crucial para abordar la inocuidad de los alimentos y controlar las zoonosis, así como para mitigar la amenaza cada vez mayor de la resistencia a los antimicrobianos. A pesar de la colaboración entre los organismos internacionales participantes —la FAO, la Organización Mundial de Sanidad Animal ([OIE](#)), el Organismo Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria ([OIRSA](#)) y el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura ([IICA](#))—, la participación multisectorial a nivel de país plantea retos para la ejecución de planes nacionales de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos.

149. En la mayoría de los países de la Región, los servicios de salud están segmentados y fragmentados, lo cual exacerba las dificultades en el acceso a servicios integrales de buena calidad y da lugar a ineficiencias y a una baja capacidad de respuesta en el primer nivel de la atención. En algunos países se observan procesos de planificación que llevan a una mayor centralización de los servicios de salud. Las reformas del sector de la salud centradas en la ampliación de la cobertura por medio de conjuntos de servicios básicos de salud, con iniciativas limitadas para fortalecer el modelo de atención y la organización de los servicios de salud, han dado lugar a mejoras insuficientes en el acceso a la atención, especialmente para las personas más pobres y las poblaciones en situaciones de mayor vulnerabilidad. Los datos sobre las desigualdades económicas las condiciones de acceso para la Región de las Américas muestran que el porcentaje de la población que enfrenta barreras de acceso en la Región varía enormemente entre países. Va de 6,8% a 66% y es mayor en las familias más pobres. En muchos casos, las inversiones en salud

siguen priorizando los servicios especializados y hospitalarios, de manera ad hoc y sin planes de inversiones apropiados. Se construyen establecimientos nuevos sin tener en cuenta debidamente los recursos humanos necesarios, el financiamiento, la administración de la prestación de los servicios e intervenciones específicas para fortalecer el nivel primario de atención. No se tienen en cuenta la sostenibilidad y la resiliencia, y los planes a menudo favorecen la organización de los servicios de salud en centros urbanos desarrollados, dejando insatisfechas las necesidades de las zonas periurbanas y rurales más pobres.

150. Además, persisten las inequidades en cuanto a la disponibilidad, la distribución y la calidad del personal de salud dentro de los países y entre ellos, así como entre diferentes niveles de atención y entre los sectores público y privado. El financiamiento de recursos humanos para la salud universal sigue siendo sumamente desigual en la Región, y en muchos países es insuficiente para asegurar la prestación de servicios de salud de calidad, en particular en el primer nivel de la atención, y para satisfacer las necesidades de las poblaciones subatendidas. La poca retención en las zonas rurales y desatendidas, las condiciones de trabajo precarias, la baja productividad y el bajo rendimiento son algunos de los retos que están enfrentando los países. Todos estos factores obstaculizan la ampliación progresiva de los servicios, en particular en el primer nivel de la atención. Aun en los casos en que hay recursos humanos para la salud universal, a menudo carecen del perfil y las competencias apropiadas, afectando en consecuencia la salud de las comunidades que sirven.

151. En los últimos decenios ha habido un crecimiento exponencial de la educación en ciencias de la salud en la Región. A pesar de ello, la reglamentación de estos procesos sigue siendo insuficiente y subsisten preocupaciones por la calidad de la capacitación, la relevancia de muchos programas académicos y las normas de la práctica profesional. Muchos países están teniendo dificultades para pasar a la capacitación basada en aptitudes, establecer programas de aprendizaje interprofesional, diseñar programas de estudios flexibles, fortalecer la capacidad didáctica y extender la capacitación a todos los niveles de la red de atención.

152. El enfoque de la atención primaria de salud con respecto al financiamiento sanitario está lejos de convertirse en realidad. El financiamiento sanitario en la Región está lejos de alcanzar los objetivos fijados por los Estados Miembros de la OPS en el 2014, cuando adoptaron la estrategia de salud universal. La recuperación económica después de las contracciones de la economía mundial ha sido lenta en algunos países, dando lugar a la asignación insuficiente de fondos al presupuesto sanitario nacional, lo cual pone en riesgo los avances en el ámbito de la salud y retrasa el progreso en áreas prioritarias. Aunque la colaboración entre los ministerios de salud y de finanzas ha aumentado durante el período abarcado por el informe, solo en cinco países (Canadá, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos de América y Uruguay) los gastos en salud pública ascienden a 6% del PIB. Esta situación se exagera en muchos países debido a la capacidad limitada para efectuar cambios en el sistema de salud como consecuencia de las rigideces de los sistemas de gestión de las finanzas públicas y los presupuestos por partidas. Debido a las prioridades nacionales en pugna y al financiamiento sanitario ineficiente, a menudo no se asegura el acceso a servicios integrales para los programas de salud prioritarios. Se asigna poca prioridad a las ENT y las políticas y los reglamentos relacionados con las ENT, dando lugar a veces a inversiones internas inadecuadas en la aplicación de estas políticas. El fracaso de las inversiones agrava los efectos adversos de los costos directos e indirectos de las ENT y sus factores de riesgo, los trastornos de

salud mental, los traumatismos y la violencia, que tienen un gran impacto en los sistemas nacionales de salud, en la salud individual y de la población, en la productividad y en el desarrollo nacional en general.

153. Una inversión eficiente en salud tiene que mantener y ampliar los avances en otros problemas de salud prioritarios, como la infección por el VIH, la tuberculosis, la inmunización y la salud sexual y reproductiva. Debe ser posible aumentar la resiliencia de los sistemas de salud asegurando un financiamiento adecuado para las funciones esenciales de salud pública, incluidas las capacidades para la aplicación del RSI y para los preparativos y la respuesta a las emergencias de salud. Ni los presupuestos nacionales ni las fuentes nuevas de financiamiento han logrado llenar plenamente los vacíos creados por el retiro o la reducción del financiamiento externo de algunos asociados internacionales en el desarrollo para programas nacionales de inmunización y de prevención y control de la infección por el VIH. Otras enfermedades transmisibles, como las enfermedades infecciosas desatendidas y las hepatitis, siguen recibiendo poca prioridad y financiamiento. No hay recursos de los asociados internacionales en el desarrollo para la respuesta a las hepatitis, que depende totalmente de compromisos económicos internos. Este reto se exagera con el reconocimiento inadecuado de la enfermedad como una prioridad para la acción en comparación con otras cuestiones urgentes de salud pública en la Región, el costo elevado de los medicamentos contra las hepatitis para las personas y los sistemas de salud, y el costo mayor de estos medicamentos en la Región de las Américas en comparación con otras regiones.

154. El trabajo en curso para fortalecer los preparativos y la respuesta frente a emergencias de salud es crucial para aumentar la resiliencia de los sistemas de salud y la comunidad. La aplicación del RSI es un componente clave de este trabajo. Requiere esfuerzos constantes de los Estados Partes y la Oficina para manejar eventos de salud pública que puedan revestir importancia internacional, así como para cumplir las obligaciones recurrentes, diferenciadas y a largo plazo, como el establecimiento y el mantenimiento de las capacidades básicas de vigilancia y respuesta, incluso en puntos designados de entrada como se detalla en el anexo 1 del RSI. Entre los retos que obstaculizan progreso en la aplicación cabe señalar una falta de comprensión plena y armonizada de los conceptos del RSI. Además, los cuatro componentes del marco de seguimiento y evaluación del RSI, cuya finalidad es asegurar la rendición de cuentas mutua, no están adaptados a las necesidades de todos los Estados Partes de la Región, como los pequeños Estados insulares en desarrollo.

155. Con respecto a los desastres, la mayoría de los países de América Latina y el Caribe tienen la capacidad para responder a eventos menores y moderados que afectan la salud de sus poblaciones, aplicando un enfoque de un solo peligro y sin necesidad de apoyo internacional. El problema surge cuando se responde a emergencias de gran magnitud u ocasionadas por varios peligros, cuando la cooperación externa es abrumadora y cuando la respuesta se politiza o se “verticaliza”.

156. Los desastres y las emergencias a menudo dan lugar a la suspensión o reducción de muchos programas de salud prioritarios. Eso puede ocurrir durante esos eventos y por mucho tiempo con posterioridad. Estas perturbaciones pueden afectar servicios cruciales para las personas con trastornos crónicos y otras en condiciones de vulnerabilidad.

157. Cuarenta años después de la Declaración de Alma-Ata, muchos países de la Región todavía no han logrado asegurar un acceso equitativo a los determinantes ambientales de la salud. El agua en cantidad y calidad adecuadas, el saneamiento básico de calidad aceptable y las condiciones de vida adecuadas y seguras en el hogar, la escuela, el lugar de trabajo y la comunidad son necesarios para avanzar hacia la salud universal. Se ha reconocido el impacto negativo del cambio climático en el medioambiente, la salud y otros aspectos cruciales del desarrollo, pero hay retrasos en la elaboración y ejecución de planes nacionales de adaptación al cambio climático. Se necesita una mayor participación, compromiso político y enfoques multisectoriales para alcanzar las metas de gran alcance de los ODS relacionadas con la salud ambiental y para abordar los retos del cambio climático, en particular en los países clave. Es necesario mejorar la formación de capacidad, la concientización y los recursos humanos, así como la asignación de recursos propios de cada país para la agenda de salud ambiental, a fin de integrar plenamente los temas de salud ambiental en los programas, las políticas y las intervenciones de los ministerios de salud, otros organismos sectoriales, la sociedad civil y el sector privado.

158. Los datos de buena calidad y los análisis epidemiológicos con datos desglosados son muy limitados en la Región, en particular en los países clave de la OPS y el Caribe, lo cual obstaculiza los esfuerzos para dar seguimiento al progreso hacia la salud universal. A pesar de los esfuerzos de los Estados Miembros para recopilar información a fin de dar seguimiento sistemáticamente y evaluar el progreso en la equidad en salud, la mayoría de los países todavía necesitan fortalecer los sistemas nacionales de seguimiento. Aun en los países que recopilan información desglosada por variables socioeconómicas, el análisis de la equidad en la salud y el uso de la evidencia para la formulación de políticas a menudo son limitados.

Enseñanzas extraídas

159. El compromiso de que nadie se quede atrás, como se indica en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, requiere que los Estados Miembros establezcan metas específicas y asequibles para reducir las inequidades en materia de salud y que establezcan sistemas funcionales de seguimiento de las desigualdades en la salud. Los Estados Miembros deben comprometerse a invertir en los sistemas nacionales y subnacionales de planificación, presentación de información, seguimiento y evaluación para lograr la salud universal. Los sistemas de información para la salud deben concebirse como un mecanismo integrado de sistemas y procesos interconectados e interoperables que aseguren la convergencia de datos, información, conocimientos, normas, personas e instituciones. Diversas medidas son fundamentales para el mantenimiento y la sostenibilidad de las intervenciones, incluso durante las transiciones políticas y los cambios de gobierno. Entre estos procesos vitales se encuentran la definición basada en la evidencia de una agenda de salud nacional a mediano y largo plazo, la elaboración de la estrategia de la Oficina a mediano plazo para la cooperación técnica con los países y acuerdos formales para la cooperación técnica. Las actividades para establecer estos marcos deben ser participativas y abarcar a una amplia gama de interesados, entre ellos parlamentarios, personal de salud, líderes locales y la sociedad civil, en las fases de planificación, ejecución, seguimiento y evaluación, a fin de lograr el “convencimiento” y el compromiso con la acción.

160. Es esencial abordar la gobernanza de una manera completa e integrada y crear mecanismos de reglamentación interconectados (que abarquen recursos financieros, recursos humanos y

tecnologías y servicios de salud) en las transformaciones institucionales para lograr mejoras equitativas en el acceso a los servicios de salud. La investigación sobre el papel más eficaz del ministerio de salud en relación con otros ministerios que también inciden en la salud de la población y el replanteamiento de la finalidad y las funciones de estructuras pertinentes de la administración pública serían útiles para aumentar la eficiencia y la eficacia en el camino a la salud universal. Se debe fomentar una mayor participación social en la planificación, ejecución y supervisión de políticas de salud, a fin de promover políticas que respondan mejor a las necesidades y asegurar la transparencia y sostenibilidad. Debe haber una mayor conciencia de los diversos problemas de salud prioritarios y de las estrategias para superar los obstáculos culturales y psicosociales a nivel de la comunidad en los esfuerzos para mejorar la accesibilidad, la disponibilidad, la asequibilidad y la calidad de los servicios de salud integrados. La intensificación de la promoción de la salud en todas las políticas y la cooperación técnica en este campo, con el refuerzo de los mensajes en cuanto a la equidad, pueden impulsar el progreso en la salud en todas las políticas incluso en un contexto de cambios políticos, especialmente en lo que se refiere al apoyo político y el financiamiento. En ese sentido, el establecimiento y fortalecimiento de redes y alianzas estratégicas serían cruciales para el éxito.

161. Aun en momentos difíciles y con un estancamiento económico, es posible aumentar la inversión pública en salud. Los países pueden buscar un margen fiscal y utilizarlo para la salud, y se pueden obtener más recursos públicos de una amplia gama de fuentes, como una mayor recaudación tributaria (mediante la reducción de la evasión y la elusión), el aumento o la creación de impuestos para la salud pública, la reducción del derroche y la corrupción, la asignación de prioridad al gasto en salud en comparación con otros sectores y las contribuciones sociales. Todos los países pueden hacer algo, según su contexto nacional. Sin embargo, para promover un mayor margen fiscal se requiere un diálogo social más amplio con todos los interesados. Las decisiones conexas, que implican a los Estados, tienden a ser políticas y se basan principalmente en argumentos técnicos, a menudo en detrimento de los aportes de aliados sociales clave, como la sociedad civil y el sector privado. Una consideración importante es el aumento de la eficiencia, que se puede lograr invirtiendo en el primer nivel de atención para proporcionar servicios de salud integrales y de buena calidad en redes integradas de servicios de salud, prestando atención a problemas de salud prioritarios y proporcionando financiamiento adecuado para los recursos humanos, los medicamentos y otras tecnologías sanitarias.

162. La recopilación, la documentación y la difusión de prácticas adecuadas son cruciales para poner de relieve las oportunidades para la introducción y la sostenibilidad de intervenciones estratégicas para la salud universal. La modalidad técnica de la OPS de [cooperación entre países para el desarrollo sanitario](#) (que incluye la cooperación transfronteriza centrada en la migración y otros temas que inciden de manera inmediata y directa en las comunidades y la atención primaria de salud) puede fortalecer el trabajo a nivel subnacional, contribuir a una mejora de la capacidad local y ayudar a mitigar los retos que puedan surgir debido a cambios en la orientación de la política nacional.

163. En vista de los retos con la sostenibilidad, los países pueden beneficiarse del fortalecimiento del enfoque subregional. Esto facilitará la adopción de normas, tecnologías, soluciones y metodologías. También ayudará a administrar los datos, la información y los conocimientos y a promover las decisiones colectivas, la formulación de políticas basadas en la

evidencia y la mancomunación de recursos. La producción de bienes públicos subregionales también se valora como estrategia eficaz en función de los costos para llegar a los pequeños Estados insulares en desarrollo, que a menudo tienen poca capacidad para elaborar programas complejos. La determinación de las prioridades entre subregiones y dentro de ellas y una mayor interacción de la Oficina con sus contrapartes en otras regiones de la OMS facilitarán la cooperación técnica eficaz de la Oficina con los Estados Miembros de la OPS en sus diversos y variados grupos de integración política.

164. La gestión exclusiva de la cadena de suministro, como componente integral de los sistemas de salud pública, tiene como finalidad administrar de una manera holística la totalidad del sistema de salud y ejercer un efecto multiplicador en los resultados logrados con programas de salud verticales. Puede contribuir sobremanera a la sostenibilidad a largo plazo del acceso a los medicamentos y las tecnologías. La gestión de la cadena de suministro repercute en todas las áreas de un sistema de salud pública de manera directa o indirecta, y un enfoque interprogramático de la gestión de la cadena de suministro que incluye todas las unidades técnicas de la Oficina puede efectuar muchas contribuciones, entre ellas la mejora del acceso a los medicamentos en todos los niveles de los sistemas nacionales de salud, la introducción de nuevas tecnologías sanitarias, la migración de pacientes para armonizar las prácticas clínicas con las recomendaciones de la OMS y los estudios económicos de la cadena de suministro en los que se examinan y se destacan las oportunidades para aprovechar al máximo los fondos públicos. El Sistema Regulador del Caribe tiene el potencial para convertirse en uno de los mayores éxitos de CARICOM con la promesa de un mercado común, proporcionando reglamentación armonizada y un punto de entrada único para los medicamentos y otras tecnologías sanitarias a la subregión del Caribe. También se debe promover un mayor uso del Fondo Estratégico de la OPS.

165. La evidencia ha mostrado que la inversión en recursos humanos para la salud universal mejora las tasas de empleo y el desarrollo económico. Se necesita una fuerte voluntad política para convertir los compromisos con asignaciones presupuestarias eficaces en recursos humanos para la salud universal. Además, la gobernanza y la reglamentación eficaz son cruciales para elaborar políticas estratégicas relacionadas con los recursos humanos para la salud universal y para formular, financiar y ejecutar un plan nacional de recursos humanos para la salud universal. Se necesita una coordinación intersectorial eficaz, participación de alto nivel y un posicionamiento estratégico de los asuntos de recursos humanos para la salud universal a fin de impulsar el compromiso del sector público con la reforma de los recursos humanos para la salud universal. Esto debe incluir mayores esfuerzos con el fin de desarrollar sistemas de información sobre recursos humanos para la salud universal y marcos institucionales que permitan la rendición de cuentas compartida del análisis y el uso de la información. La descentralización de las instituciones de enseñanza y el reclutamiento de estudiantes de comunidades desatendidas pueden aumentar la producción, el despliegue y la retención de personal de salud en entornos subatendidos.

166. La evidencia ha mostrado también que un primer nivel de atención fuerte, con capacidad para responder a los programas de salud prioritarios y apoyado por una red integrada de servicios, conduce a mejores resultados en materia de salud, equidad y eficiencia. La obtención del compromiso político de alto nivel para asegurar la movilización y la asignación eficiente de los recursos humanos, financieros y técnicos necesarios facilita una respuesta adecuada para mantener e impulsar la eliminación de enfermedades (incluidas la eliminación de la transmisión

maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita, la hepatitis B, la enfermedad de Chagas y el cáncer cervicouterino), prevenir el restablecimiento de enfermedades endémicas como la malaria y lograr una cobertura de vacunación homogénea a nivel nacional y subnacional. La labor de promoción de la causa que está llevando a cabo la Oficina para integrar las diversas intervenciones requeridas a fin de avanzar hacia el acceso equitativo a los servicios de salud de buena calidad es crucial. También es esencial aumentar la capacidad del primer nivel de la atención para proporcionar servicios apropiados relacionados con las ENT, la salud mental y la salud sexual y reproductiva, a fin de que las personas puedan optimizar su funcionamiento y bienestar a lo largo de todo el curso de la vida.

167. Se necesitan soluciones y enfoques innovadores que no se limiten a los modelos tradicionales de prestación de servicios, sino que incluyan las comunidades e interesados multisectoriales, para abordar la compleja interacción de diferentes factores que afectan la salud de la población en la Región. La acción participativa que incluye a líderes comunitarios locales, personal de salud, sociedades científicas, el gobierno, organizaciones de la sociedad civil y otros interesados clave es fundamental para responder de una manera integral a los múltiples retos para la salud. Los programas y las iniciativas multisectoriales de salud ambiental están avanzando en toda la Región, debido en parte a la inclusión de otros sectores en actividades de formación de capacidad con las cuales se han comprometido los países.

168. Se necesita un diálogo más amplio a nivel de país con diversos grupos e interesados, incluido el sector privado, sobre la aplicación del enfoque de “Una salud” y la elaboración y ejecución de planes nacionales de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos. Además, para una acción eficaz de control de las enfermedades transmisibles, se necesita una mayor conciencia, la formación de capacidad, el traslado de tareas, recursos humanos y presupuestos nacionales para la agenda de salud ambiental. Por último, las demostraciones del papel central del agua, el saneamiento y las medidas de higiene en el contexto de las emergencias de salud pública y los desastres son fundamentales.

169. La participación multisectorial integral, incluido el sector privado cuando corresponda y con la debida consideración de posibles conflictos de intereses, es crucial para abordar las ENT y sus factores de riesgo y requiere un compromiso político sostenido. Al trabajar con el sector privado, la colaboración con otros organismos de las Naciones Unidas a fin de promover el marco para la colaboración con agentes no estatales y la resolución [E/2017/L.21](#) (sobre la interferencia de la industria tabacalera, adoptada por el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas [ECOSOC] en junio del 2017) puede facilitar la cooperación mutuamente beneficiosa y la resistencia a las tácticas de la industria. Es necesario ampliar la conciencia de los altos funcionarios del sector de la salud y de otros sectores sobre la evidencia sólida en que se basa el CMCT y sobre el valor de las políticas eficaces de control del tabaco. El fortalecimiento del trabajo intersectorial, incluso en los ámbitos jurídico y comercial, es importante para un entendimiento común y la negociación de resultados uniformes en distintos sectores del gobierno. No obstante, el sector de la salud tiene un papel esencial que desempeñar, dado su cometido de abordar todas las causas principales de morbilidad y mortalidad. La promoción del sentido de pertenencia del país por medio de un fuerte liderazgo político es vital para la aplicación eficaz de toda iniciativa, en particular con respecto a las ENT, que son por naturaleza crónicas y multifactoriales. La prevención y el control de las ENT y la salud universal se refuerzan mutuamente.

170. Para tener un efecto duradero en la resiliencia de los sistemas de salud, la cooperación técnica de la Oficina relacionada con el RSI requiere una labor de promoción constante en diferentes niveles, centrada en el establecimiento de puentes de comunicación entre los niveles técnicos y decisorios del país. Mientras que el RSI provee mecanismos para asegurar la rendición de cuentas mutua, junto con requisitos para el seguimiento de la aplicación y el cumplimiento por los Estados Partes, la aplicación de los cuatro componentes del marco de seguimiento y evaluación del RSI debe adaptarse a las necesidades de los Estados Partes de la Región, como los pequeños Estados insulares en desarrollo.

171. Las emergencias de salud pública que se registraron en el 2017-2018 destacaron la necesidad de fortalecer la vigilancia en la Región de las Américas, incluidos los mecanismos de recopilación de datos, en cuatro áreas: epidemias selváticas, producción pecuaria intensiva, movilidad humana y redes sociales. También es necesario fortalecer los enfoques y los mecanismos interprogramáticos a fin de integrar intervenciones cruciales para las personas con trastornos prioritarios o vulnerabilidades en la respuesta a desastres o emergencias y facilitar una acción más holística.

Parte 4: Fortalecimiento institucional de la Oficina Sanitaria Panamericana

172. La Oficina siguió mejorando sus sistemas de gestión y administración a fin de lograr una mayor eficiencia y eficacia, siguiendo de cerca la reforma en curso de la OMS y la planificación estratégica, pero reconociendo y respetando al mismo tiempo la condición de la OPS de organización internacional independiente que, junto con su Director, rinde cuentas directamente a los Estados Miembros de las Américas.

Planificación estratégica

173. Como el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 está por llegar a su fin, la Oficina ha iniciado preparativos para la elaboración del Plan Estratégico 2020-2025, teniendo en cuenta diversos marcos, entre ellos los ODS, la ASSA2030 y el 13.º PGT de la OMS. El proceso también se beneficiará de la evaluación final de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2016-2017. Se preparó una hoja de ruta para la elaboración del nuevo Plan Estratégico, que fue refrendada en la 162.^a sesión del Comité Ejecutivo en junio del 2018 (documento [CE162/INF/2](#)). Los Estados Miembros de la OPS participarán plenamente en la formulación del Plan Estratégico por medio de un grupo asesor sobre el plan estratégico y consultas con los países.

Gestión del conocimiento

174. La Oficina fortaleció sus procesos de gestión del conocimiento e intercambio de información con el establecimiento de la nueva Oficina de Gestión del Conocimiento y Publicaciones (KMP) en enero del 2018. Esta Oficina se ocupa de la gestión del conocimiento y la memoria institucional, servicios de publicaciones y la supervisión de los centros colaboradores de la OPS/OMS y de la *Revista Panamericana de Salud Pública*. KMP trabajará para fomentar las publicaciones científicas y técnicas de la Oficina, aumentando su difusión e impacto entre los principales destinatarios, incluidos los responsables de las políticas, y apoyando a los autores a nivel nacional para asegurar que se publique evidencia pertinente.

Cooperación centrada en los países y cooperación entre países

175. De acuerdo con su compromiso de mejorar la cooperación de la OPS centrada en los países, la Oficina siguió elaborando y ejecutando ECP en las cuales se describe la estrategia a mediano plazo para el trabajo de la Oficina en los países y con ellos. Durante el período abarcado por el informe, se actualizaron 14 ECP, con un énfasis en la salud universal y la inclusión de un enfoque de la atención primaria de salud. Para junio del 2018, 28 ECP habían sido actualizadas y estaban al día.

176. Durante el 2017 se formuló un nuevo plan para aplicar la estrategia de países clave de la OPS, orientada a los ocho países reconocidos en la *Política del presupuesto de la OPS* (documento [CSP28/7](#)) como los países con los índices más bajos de desarrollo de salud. El plan facilitará un apoyo más eficaz de la Oficina a los países clave para que puedan alcanzar sus objetivos de salud, incluida la salud universal.

Marco para la colaboración con agentes no estatales

177. En septiembre del 2016, los Estados Miembros de la OPS, en el 55.º Consejo Directivo, adoptaron el *Marco para la colaboración con agentes no estatales* (conocido como FENSA por su sigla en inglés) (documento [CD55/8, Rev. 1](#)) por medio de la resolución [CD55.R3](#). El FENSA promueve y fortalece la interacción de la OPS con agentes no estatales, incluido el sector privado, y establece los procesos necesarios para evaluar los riesgos y proteger a la Organización de conflictos de intereses y la influencia indebida. El marco también proporciona una hoja de ruta y pasos específicos que la Oficina sigue para tomar decisiones sobre propuestas de colaboración con agentes no estatales.

178. La Oficina coordinó con la Secretaría de la OMS la creación de herramientas operativas para implementar el FENSA de una manera que promueva la participación, protegiendo y preservando al mismo tiempo la integridad, reputación e independencia de la Organización y su mandato de salud pública. La Oficina del Asesor Jurídico de la Oficina proporcionó orientación a los representantes de la OPS/OMS y los directores de departamento sobre el marco y procesos provisionales para implementarlo. Desde que se adoptó el FENSA, toda colaboración nueva se examina en este marco de política para promover y mejorar la colaboración con agentes no estatales, y durante el 2017 la Oficina hizo más de 100 exámenes de diligencia debida y evaluaciones del riesgo, así como cientos de exámenes simplificados para la colaboración de bajo riesgo con agentes no estatales.

Asociaciones y movilización de recursos

179. A nivel regional, subregional y nacional, la Oficina fortaleció y amplió sus relaciones con las organizaciones asociadas y procuró forjar alianzas nuevas. En cuanto a las alianzas financieras, durante el bienio 2016-2017 se movilizaron US\$ 186,7 millones en contribuciones voluntarias de asociados existentes, 11 asociados nuevos y organizaciones con las cuales la OPS no había tenido ningún acuerdo durante los cinco años anteriores. Estos asociados y organizaciones son el Gobierno de Luxemburgo, el Fondo OPEP para el Desarrollo Internacional, la Agencia de Cooperación Internacional del Japón ([JICA](#)), [Juntos por las niñas](#), la Secretaría de Preparativos y Respuesta del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos, el Consejo Sudamericano en Salud ([ORAS](#)), el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas ([CIOMS](#)), la [Administración de Productos Terapéuticos](#) del Departamento de Salud de Australia, la Asociación Pancaribeña contra el VIH y el Sida ([PANCAP](#)) y el Plan Binacional de Desarrollo de la Región Fronteriza Ecuador-Perú.

180. La Oficina continuó las actividades relacionadas con su asociación con la OEA durante el período, participando en el Grupo de Revisión de la Implementación de Cumbres (GRIC) y las reuniones del Grupo de Trabajo Conjunto de Cumbres (GTCC) a fin de abogar por la inclusión de prioridades de salud en la agenda de la Cumbre de las Américas. La Oficina también siguió apoyando el [programa de becas OEA/OPS](#) con el fin de contribuir al fortalecimiento de los sistemas de salud, impulsar la política de investigación para la salud y mejorar los enfoques estratégicos de la formación de capacidad en el sector de la salud. Como resultado de esta alianza,

para fines del 2017, 27 países¹⁹ de la Región se habían beneficiado de 683 becas para profesionales que realizaron estudios de posgrado en Brasil y México. La Oficina y la OEA han formado un grupo de trabajo interinstitucional a fin de coordinar la acción y el apoyo a los países de la Región con el propósito de alcanzar los objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Como parte de su trabajo, el grupo procura armonizar los ODS con los mandatos actuales de cada organismo.

***Alianzas centradas en el país para la salud universal
por medio de la atención primaria de salud***

Belice: La Oficina está contribuyendo a la aplicación del enfoque de redes integradas de servicios de salud por medio del proyecto de establecimientos de salud inteligentes financiado por el Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido y el acuerdo de financiamiento firmado entre el Gobierno de Belice y la Unión Europea para apoyar una intervención integral de fortalecimiento de los sistemas de salud. El proyecto abarca la evaluación de la reforma sanitaria llevada a cabo en Belice y la reorganización del sistema de salud, la adopción de intervenciones de establecimientos de salud inteligentes en hospitales comunitarios y regionales, la evaluación de la prestación de servicios y el modelo de atención, la mejora del Sistema de Información de Salud de Belice y la ampliación del plan de seguro de enfermedad nacional. El proyecto también está vinculado a mejoras en los servicios de atención primaria para la nutrición sana y la prevención y el control de las ENT.

Brasil: La Oficina se asoció con el Ministerio de Salud, el Consejo Nacional de Secretarios de Salud (CONASS), la Universidad Federal de Rio Grande do Sul y la Universidad de Brasilia para fortalecer el Sistema Único de Salud (SUS), con la elaboración de metodologías para la planificación y el incremento de la fuerza laboral para la atención primaria de salud y las emergencias, mediante el proyecto de fortalecimiento de la gestión laboral. El SUS procura proporcionar acceso universal a los servicios de atención de la salud.

Caribe: [La OPS firmó un convenio con el Banco de Desarrollo del Caribe](#) en junio del 2018 para realizar un proyecto con el fin de aumentar la resiliencia individual y social para hacer frente al impacto de los eventos causados por peligros naturales por medio de la mejora de la capacidad en el ámbito de la salud mental y el apoyo psicosocial en el manejo de desastres en el Caribe. Basándose en las enseñanzas de la temporada de huracanes del 2017, el proyecto de 18 meses, que comenzó en abril del 2018, no solo formará capacidad regional, sino que también proporcionará un punto de acceso para fortalecer los servicios de salud mental y su integración en la atención primaria de salud. Se prestará especial atención a las necesidades de grupos que suelen correr mayores riesgos durante los desastres: los niños, las mujeres, las personas mayores, las personas indígenas, las personas con trastornos mentales preexistentes, los migrantes, las personas con discapacidad, las personas sin hogar y las personas que viven en albergues. En vista del impacto que el cambio climático podría tener en los pequeños Estados insulares en desarrollo del Caribe, la OPS está colaborando con el CARPHA y el Centro de Cambio Climático de la Comunidad del Caribe para movilizar recursos a fin de crear sistemas de salud con capacidad de adaptación al cambio climático en el Caribe, usando el enfoque de “Una salud”. Este enfoque facilitará la inclusión de un componente de salud sectorial en los planes nacionales de adaptación al cambio climático que están elaborando los países del Caribe.

¹⁹ Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Uruguay y Venezuela

Chile: La Oficina se asoció con la Universidad de Chile, el Ministerio de Salud, profesionales de la salud de consultorios y hospitales y asociaciones profesionales de pediatría con el fin de facilitar y concluir un estudio para dar seguimiento a la aplicación del [Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna](#) y resoluciones posteriores de la Asamblea Mundial de la Salud. La red de seguimiento mundial para la aplicación del Código, conocida como [NetCode](#), es la entidad que da seguimiento a la aplicación del Código, y Chile fue uno de los ocho países invitados a participar en la aplicación de un nuevo protocolo de NetCode. Chile fue el único país en finalizar el estudio y presentó los resultados en la tercera reunión de NetCode, que se celebró en Sede de la OMS en Ginebra en abril del 2018.

Colombia: El proyecto interinstitucional de las Naciones Unidas “Salud para la paz”, en el cual participan el UNFPA, la Organización Internacional para las Migraciones ([OIM](#)), la OPS y el Ministerio de Salud, se centró en elementos clave para el desarrollo sanitario rural y la reducción de las inequidades en las poblaciones vulnerables y excluidas. El proyecto, financiado por el [Fondo Multidonante de las Naciones Unidas para el Posconflicto en Colombia](#), administrado por el PNUD, estableció 27 espacios territoriales de capacitación y reincorporación (ETCR) en 14 departamentos y 25 municipios, centrándose en la atención primaria de salud, la salud sexual y reproductiva y la salud nutricional y de los lactantes. Se proporcionó capacitación sobre la AIEPI en las comunidades para 44 líderes comunitarios de ETCR, sobre la AIEPI en el contexto clínico y salud nutricional para 47 profesionales de la salud, y sobre salud mental para 48 profesionales de atención primaria de salud.

Ecuador: La Oficina ha desempeñado un papel decisivo en el establecimiento de una junta intersectorial para la promoción de la salud, que abarca más de 25 entidades locales, representantes de instituciones públicas, la comunidad académica y la sociedad civil. Esto ha dado lugar a la creación de seis comisiones intersectoriales para trabajar de una manera coordinada en temas específicos relacionados con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y afrontar desafíos a nivel de política. La junta ha dado a padres, docentes, estudiantes, vecindarios, vendedores callejeros, comités de salud, asociaciones profesionales locales y otros la oportunidad de desempeñar un papel activo en la adopción de decisiones.

El Salvador: La Oficina contribuyó a la definición de la agenda nacional de investigaciones sobre la salud y el establecimiento de una comisión interinstitucional, encabezada por el Instituto Nacional de Salud. La comisión abarca las siete entidades que integran el Sistema Nacional de Salud, la comunidad académica e investigadores nacionales y procura indicar las prioridades de salud pública y generar evidencia para fundamentar la política pública. A instancias de la comisión, el Instituto de Ciencias Sostenibles de San Francisco capacitó a 30 profesionales para la redacción de artículos científicos y, en septiembre del 2017, los profesores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia capacitaron a 35 epidemiólogos en la investigación y el control de brotes.

Granada: La Oficina colaboró con la Unión Europea y las autoridades nacionales con objeto de definir mejor el paquete de apoyo presupuestario de la Unión Europea para la atención primaria de salud que se está negociando con el país. La Oficina también se asoció con la Universidad Dalhousie a fin de apoyar la renovación de la estrategia y política de recursos humanos para la salud universal, elaborar un plan de acción y determinar su costo. La cooperación técnica de la Oficina, en colaboración con el [Fondo India, Brasil y Sudáfrica \(IBSA\)](#), administrado por el PNUD, una subvención de la Unión Europea para la atención primaria de salud y el Convenio de Cooperación con la Unidad de Economía de la Salud de la Universidad de las Indias Occidentales, ha sido crucial para el progreso en la implementación del programa de Seguro Nacional de Enfermedad en Granada.

Guatemala: La Oficina promovió la participación del Ministerio de Salud y representantes de la AECID y la Unión Europea en la reunión de alto nivel sobre la salud universal en el siglo XXI celebrada en diciembre del 2017 en Ecuador. Después de esa reunión, la Oficina, la AECID, la Unión Europea y el Ministerio de Salud de Guatemala convocaron otras reuniones para armonizar sus planes de trabajo y proyectos nuevos con la aplicación del modelo de atención basado en la atención primaria de salud y la gestión en el país.

Nicaragua: La Oficina, incluido el Campus Virtual de Salud Pública, se sumó a los Centros Colaboradores para la Clasificación Internacional de Enfermedades, edición 10, en Argentina y México en el fortalecimiento de las estadísticas vitales mediante la formación de capacidad nacional y local en el registro y la confección correcta de certificados de defunción.

Comunicación para la salud

181. La Oficina adoptó un nuevo plan estratégico de comunicaciones 2018-2022 a fines del 2017 que sienta las bases para convertir la comunicación para la salud en un área de la cooperación técnica de la Oficina. La comunicación para la salud procura influir en los comportamientos y actitudes y generar resultados de salud pública positivos. Partiendo de la base del caudal cada vez mayor de evidencia sobre los tipos de comunicación que son más eficaces, este enfoque pone de relieve el contenido emotivo y excepcional basado en la evidencia y la narración de relatos que despiertan el interés del público y comunican eficazmente importante información sobre la salud. El enfoque procura amplificar las “voces de la línea de frente” en todo el ámbito de la salud pública para relatar historias de la vida real sobre necesidades y cambios relacionados con la salud, y proporcionar información sanitaria de maneras más persuasivas para las personas, las familias, las comunidades y los encargados de la formulación de políticas y la adopción de decisiones. La comunicación para la salud destaca la participación de un público nuevo y más joven por medio de contenido focalizado en las redes sociales y otras plataformas nuevas. Durante el período abarcado por el informe, la Oficina proporcionó capacitación sobre comunicación para la salud a los ministerios de salud de Guatemala, Guyana, México y Uruguay.

Recursos humanos de la Oficina

182. Durante el período en evaluación, la Oficina tomó medidas para simplificar la selección del personal, mejorar la planificación de recursos humanos, aumentar la eficiencia laboral y mejorar el aprendizaje institucional. La Oficina se sumó a la OMS en la puesta en marcha de un programa de computación en la nube para la gestión de personal llamado Stellis, que automatiza el proceso de reclutamiento y selección de principio a fin. También se implementó un proceso de selección revisado. Estas iniciativas redujeron el tiempo transcurrido en promedio desde la fecha de cierre de la vacante hasta el nombramiento del nuevo funcionario de ocho meses, aproximadamente, a cinco.

183. Se estableció una nueva plataforma en línea a fin de crear un proceso más accesible y simplificado para redefinir las funciones y los puestos del personal, con nexos con compromisos institucionales y áreas transversales.

184. La Oficina introdujo un programa de teletrabajo en el 2017 con el objetivo de aumentar la eficiencia administrativa, mejorar el equilibrio entre la vida personal y el trabajo, y facilitar la

contratación y retención de una fuerza laboral sumamente calificada. Más de 140 empleados participaron en el programa de teletrabajo en el 2017, y 66% de ellos señalan que este programa llevó a mejoras tanto la productividad como de la moral.

185. La Oficina también implementó iLearn, un sistema mundial de gestión del aprendizaje de la OMS, poniéndolo al alcance de los empleados y los trabajadores contingentes. Desde mediados del 2018, alrededor de 785 usuarios han tomado más de 200 cursos de iLearn en la sede de la OPS, las representaciones y los centros.

186. La iniciativa de “Respeto en el lugar de trabajo”, puesta en marcha por la Oficina en el 2015, siguió apoyando la creación de un ambiente de trabajo respetuoso y sin riesgos. Se ofreció un curso de tres horas por iLearn para concientizar al personal de la Oficina sobre las señales tempranas de conflicto y proporcionar orientación sobre la forma de abordar situaciones difíciles y buscar soluciones cuando el conflicto es inevitable. Durante el período abarcado por el informe, 600 empleados de la sede y las representaciones de la OPS recibieron capacitación sobre solución de conflictos y aptitudes de comunicación. Por último, se creó un premio al respeto en el lugar de trabajo para reforzar y reconocer el comportamiento positivo y apropiado en el lugar de trabajo.

187. En el 2017, la Oficina de Ética automatizó su programa de declaración de intereses, que requiere que los funcionarios que ocupan ciertos puestos y de determinadas categorías revelen toda actividad o intereses que puedan dar lugar a conflictos de intereses con el trabajo o el mandato de la Organización. Se envió electrónicamente un cuestionario para la declaración de intereses a alrededor de 200 funcionarios, que volverá a enviarse anualmente. La Oficina de Ética examina las respuestas recibidas del personal para determinar posibles conflictos de intereses.

188. En el informe anual del Comité de Auditoría correspondiente al 2017 se recomendó una separación completa de la función de investigación de la Oficina de Ética a fin de mejorar el desempeño tanto de la función de ética como de la función de investigación, de conformidad con las prácticas óptimas. Tras una decisión de la Gerencia Ejecutiva de la Oficina que fue refrendada por el Comité Ejecutivo de la OPS en su 161.^a sesión en septiembre del 2017 (documento [CE161/6](#)), se creó una Oficina de Investigaciones, que comenzó a funcionar en enero del 2018. La transferencia de esta función a otra entidad permitirá que la Oficina de Ética dedique más tiempo y atención a sus funciones de asesoramiento, capacitación y divulgación, y a promover más activamente el comportamiento ético en toda la Organización.

189. El mayor énfasis en la promoción de un entorno ético en la Organización es oportuna, en vista de la atención negativa recibida por otros organismos internacionales debido a imputaciones de conducta sexual inapropiada de altos directivos. La Oficina de Ética intensificará sus esfuerzos y ofrecerá más sesiones de capacitación tanto en la Sede como en las representaciones para que el personal se conduzca y realice el trabajo de la Organización de una manera digna, profesional y ética. En la era del [movimiento “Yo también”](#), la Oficina de Ética está organizando una campaña de comunicaciones para informar al personal de sus derechos y obligaciones con respecto al trato de sus compañeros de trabajo. Esta campaña se centrará en el derecho de los empleados a trabajar en un lugar sin acoso y a expresarse en situaciones incómodas sin temor de represalias. También comunicará de manera inequívoca a posibles hostigadores que su comportamiento es inapropiado y no se tolerará en la OPS. Además, la Oficina de Ética está colaborando con la Oficina del

Mediador para crear una sesión de capacitación en la cual se aborde específicamente el tema del acoso sexual en el lugar de trabajo.

190. El riesgo de fraude en las organizaciones también está recibiendo mayor atención. La Oficina de Ética está preparando una política en materia de fraude para toda la Organización y está incluyendo este tema en sus sesiones de capacitación, a fin de mitigar el riesgo de fraude en la OPS, dejar en claro que la Organización no tolera el fraude y la corrupción e indicar que el personal deberá rendir cuenta de sus actos.

191. Durante el período abarcado por el informe, la Oficina de Ética organizó elecciones en toda la Organización de representantes del personal en la Junta de Apelación de la OPS. Se emitieron unos 1.650 votos y se eligió una lista completa de representantes del personal de las categorías de servicios generales y profesional, que fueron asignados a la Junta de Apelación.

Gestión de riesgos institucionales

192. El programa de gestión de riesgos institucionales en la Oficina ha seguido madurando y demostrando su utilidad. Este programa se creó en el 2011, y en el 2015 se estableció el Comité Permanente de Gestión de Riesgos Institucionales. El programa se ha institucionalizado en los procesos de planificación y en las operaciones, y la Oficina instituyó un registro de riesgos y creó herramientas para facilitar los aportes de los gerentes de centros de costos al registro. El programa de gestión de riesgos institucionales colaboró estrechamente con el Departamento de Planificación y Presupuesto en la integración de factores de riesgo en el Programa y Presupuesto de la OPS 2018-2019.

193. En el Informe del Comité de Auditoría, presentado al Comité Ejecutivo en su 162.^a sesión en junio del 2018 (documento [CE162/9](#)), se señaló que ha habido avances y mejoras en la estructura institucional y el examen de riesgos. Sin embargo, el Comité recomendó nexos más explícitos entre el marco de control interno de la Oficina y la gestión de riesgos.

Gestión financiera y presupuesto

194. El Programa y Presupuesto de la OPS 2018-2019 (*Documento Oficial 354*) fue examinado y aprobado por la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana en el 2017. Este ciclo de planificación fue el primero en el cual la Oficina presentó una propuesta completa de Programa y Presupuesto al Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración para su examen antes del Comité Ejecutivo. Se aprobó un presupuesto de US\$ 619,6 millones para programas básicos, que representa un aumento de 1,1% respecto de la cifra correspondiente al 2016-2017. Este aumento se debió a la asignación de una mayor proporción del presupuesto de la OMS a la Región.

195. El Programa y Presupuesto 2018-2019 se elaboró con una combinación de asignación de prioridades de abajo arriba, basada en resultados, usando la metodología de Hanlon adaptada a la OPS y la determinación de los costos en las representaciones y los programas técnicos. Presenta resultados programáticos cuantificables para dos años y es el medio principal para la rendición de cuentas institucional de los recursos que la OPS recibe de sus Estados Miembros y asociados en el desarrollo.

196. Durante el período en análisis, la Oficina efectuó su primer cierre (2016-2017) y apertura (2018-2019) de un bienio usando el nuevo Sistema de Información Gerencial de la OSP (PMIS), herramienta de planificación de recursos empresariales que integra todos los procesos de gestión básicos. Durante su introducción, el PMIS planteó varios retos importantes para el personal, que estaba aprendiendo a usar el sistema nuevo al mismo tiempo que afrontaba dificultades operativas cotidianas. El personal de la Oficina trabajó eficientemente para resolver los problemas administrativos que surgieron, con el resultado general de relativamente pocas demoras en el inicio de las operaciones del nuevo bienio. En particular, no se perturbaron la cooperación técnica ni las operaciones cotidianas.

197. Se introdujeron varias mejoras en el PMIS, especialmente la eliminación de pasos redundantes y la introducción de hojas de cálculo colaborativas que permiten el intercambio de datos en vivo en un entorno seguro. En mayo del 2018, la Oficina puso en marcha la producción automática y la entrega electrónica de estados de cuenta, facturas e informes de asociados en el desarrollo a los Estados Miembros en el PMIS. Se prevé que esto mejorará considerablemente la puntualidad de los informes y reducirá los gastos administrativos.

198. La Oficina recibió un dictamen de auditoría sin reservas para el 2017, hito muy importante para la Oficina en el primer bienio de implementación del nuevo PMIS. La presentación de informes financieros fue más eficiente y oportuna, facilitada por la automatización de varios procesos que antes se hacían manualmente.

199. Varios funcionarios del departamento de Gestión de Recursos Financieros de la Oficina visitaron 18 representaciones para realizar exámenes financieros y comprobar que las operaciones se ciñeran al Reglamento Financiero y Reglas Financieras de la OPS y a las normas y los procedimientos conexos. Como resultado de la capacitación presencial y virtual en toda la Oficina, la calidad de los datos de contabilidad provistos por las entidades mejoró y se redujo la necesidad de ajustes.

Tecnología y seguridad de la información

200. Durante el período abarcado por el informe, la Oficina mejoró la ciberseguridad, con el fortalecimiento del control del acceso a sistemas mediante la autenticación multifactorial y una mayor concientización de los usuarios. La Oficina también implementó el servicio de recuperación en caso de desastre (duplicación y alojamiento de servidores por un tercero como reserva para casos de catástrofe natural o producida por el hombre) como elemento clave del plan de continuidad de las operaciones de la Organización. Como parte de este plan, se desplegó un nuevo sistema de alerta, integrado con el PMIS y capaz de alertar al personal de la Oficina sobre cualquier situación de emergencia por voz, texto o correo electrónico.

201. La Oficina también mejoró sus servicios de tecnología de la información para aumentar la colaboración y la comunicación entre los equipos de la OPS y los asociados en entornos seguros, administrados y costoeficaces. La adición de Microsoft Office 365 a la cartera de servicios en la nube de la Oficina ofrece una mayor movilidad, de manera tal que el personal puede tener acceso a servicios, herramientas y repositorios directamente en cualquier momento, en cualquier lugar y

con cualquier dispositivo. El uso de Skype for Business mejoró la capacidad de respuesta y la agilidad al posibilitar reuniones virtuales flexibles y móviles, el envío de mensajes de texto y el uso compartido de archivos. La programación de reuniones de cooperación técnica en la sede de la OPS mejoró con la instalación de una nueva herramienta fácil de usar, en la web, para efectuar reservas.

Servicios generales

202. En cuanto a la infraestructura física, se terminó de instalar un moderno estudio de grabación de video y audio en el edificio de la sede de la OPS para la producción de contenido de calidad profesional a fin de apoyar la estrategia de comunicaciones de la OPS.

203. Se ejecutó un plan nuevo y centralizado de reemplazo de vehículos con el Fondo Maestro de Inversiones de Capital. Además, se reemplazaron más de 60 vehículos obsoletos en las representaciones de la OPS y los centros panamericanos, a fin de que cuenten con apoyo confiable para las actividades de cooperación técnica en los países.

Retos

204. La asistencia oficial para el desarrollo (AOD) sigue disminuyendo en la Región de las Américas, dado que los recursos financieros de los países del Comité de Asistencia para el Desarrollo de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos ([OCDE/CAD](#)) se han destinado principalmente a África y Asia.

205. La movilización de recursos prosigue en un entorno sumamente competitivo y un contexto internacional con retos políticos imprevistos. En concreto, los cambios de gobierno en la Región, incluso en países que aportan un porcentaje considerable de las contribuciones voluntarias a la Organización, pueden afectar nuevas oportunidades y acuerdos existentes —algunos de los cuales son compromisos anuales— y tener un gran impacto en la movilización de recursos. La movilización de recursos a nivel de país es desigual, con varios éxitos sustanciales y oportunidades no utilizadas de contribuciones voluntarias y contribuciones voluntarias nacionales.

206. En los esfuerzos, las asociaciones y las alianzas de la Oficina para movilizar recursos, podría haber conflictos de intereses con asociados privados que pueden afectar la imagen y la reputación de la Organización.

207. A pesar de los beneficios de la era digital, el acceso a la información y la gestión y el intercambio de conocimientos no siempre se abordan suficientemente en la agenda de los organismos de las Naciones Unidas y los Estados Miembros. Por ejemplo, la reducción del tamaño de las bibliotecas de la OPS y otros organismos de las Naciones Unidas y la falta de intercambio de conocimientos dentro de las organizaciones puede dar lugar a la pérdida de información sobre el legado y el patrimonio de las organizaciones. Esto coloca a la nueva generación en desventaja, aunque esté dispuesta a aprender sobre los logros de estas instituciones, lo cual es problemático, en vista de que se trata de los futuros responsables de las decisiones, investigadores, autoridades sanitarias e interesados directos.

208. En vista de la mayor conciencia sobre temas de seguridad a nivel local, nacional y mundial, el edificio de la Sede de la OPS, ubicado en Washington, D.C., requiere mejoras para mitigar riesgos de seguridad para el personal y los visitantes.

Enseñanzas extraídas

209. La Oficina debe manejar los riesgos de la fluctuación de las tasas de interés y los tipos de cambio para reducir al mínimo su impacto en la liquidez de la OPS, las inversiones, los saldos en efectivo y los ingresos varios. La Oficina también debe mitigar el riesgo de que la inestabilidad política y económica afecte la capacidad de algunos Estados Miembros y asociados en el desarrollo para cumplir sus compromisos económicos con la Organización.

210. La Oficina debe continuar e intensificar las medidas orientadas a reforzar su capacidad para movilizar recursos, entre ellas diversificar su base de asociados en el desarrollo, explorando oportunidades con asociados nuevos o no tradicionales (como China, Corea, Rusia, Singapur y otros países), así como fundaciones filantrópicas y el sector privado. La Oficina también debe ampliar y fortalecer la capacitación y la formación de capacidad de su personal en las representaciones para movilizar recursos y formular proyectos. Tales esfuerzos podrían facilitar la movilización de recursos y el establecimiento de alianzas nuevas; mejorar la recopilación de datos y análisis de asociados en el desarrollo, escenarios y contribuciones voluntarias; ampliar las comunicaciones gerenciales e institucionales, que refuerzan la capacidad de la Oficina para mantener las asociaciones actuales y establecer otras nuevas; y promover la modalidad de las contribuciones voluntarias nacionales con los Estados Miembros. Con estas contribuciones, los países de la Región pueden colaborar con la Oficina a nivel nacional, destinando sus propios recursos a metas de salud y prioridades nacionales. La movilización de recursos a nivel de país puede mejorarse con la formación de capacidad, metas claras a nivel de país, la asignación de tiempo y recursos y una mayor rendición de cuentas.

211. La implementación del FENSA, con el análisis de diligencia debida y la evaluación, la prevención o el manejo de riesgos y posibles conflictos de intereses, es crucial para preservar y fortalecer la reputación de la Organización como mediador honesto con poder de convocatoria y asociado en la salud pública.

212. La Oficina tiene que trabajar eficazmente para aplicar nuevas técnicas a fin de organizar y difundir información encaminada a llenar la brecha digital que persiste en la Región. Las estrategias incluyen nuevos métodos para recopilar ejemplos más concretos y tangibles del trabajo con los centros colaboradores de la OPS/OMS y convencer a las autoridades nacionales de la importancia de esta modalidad de cooperación técnica. Además, dado que la gestión del conocimiento es un componente transversal de la cooperación técnica, este componente debe incluirse en mayor medida, de una manera sostenible, en la preparación y ejecución de políticas, programas, y proyectos institucionales, así como en la cooperación técnica con los Estados Miembros de la OPS.

213. La oportunidad de la entrega de bienes y servicios, con los mejores precios disponibles, mejorará con la ampliación y la mejora de la planificación de la demanda de bienes y servicios, especialmente los que se compran por medio del Fondo Estratégico y el Fondo Rotatorio de la

OPS. La Oficina debe mejorar la comunicación con los Estados Miembros para recibir y suministrar información con respecto a los bienes y servicios comprados y entregados como parte de la cooperación técnica. Algunos productos para los Estados Miembros se compran de monopolios u oligopolios, situación que se complica aún más cuando la oferta del producto no es suficiente para atender la demanda mundial. Un ejemplo de eso se vio durante el período abarcado por el informe con las dificultades para conseguir la vacuna antipoliomielítica con virus inactivados debido a la oferta mundial insuficiente. La Oficina también debe buscar formas de reducir el tiempo que se tarda en entregar productos en situaciones de emergencia y brotes en la Región, a fin de que se pueda dar una respuesta eficiente cuando ciertos productos no se consiguen o se han agotado.

214. El Fondo Maestro de Inversiones de Capital puede ofrecer una oportunidad para planificar y ejecutar un proyecto en el segundo semestre del 2018 con el propósito de fortalecer el control del acceso y la vigilancia en el edificio de la sede de la OPS.

Parte 5: Conclusiones

215. La conmemoración este año del 40.º aniversario de la Declaración de Alma-Ata ofrece una oportunidad para rendir cuentas. Durante estos 40 años se han hecho grandes avances. Es importante aprender de las enseñanzas de Alma-Ata al encarar los retos para alcanzar los ODS, especialmente el ODS 3: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”. Algunas de estas enseñanzas fundamentales son que los obstáculos al acceso deben detectarse y eliminarse sistemáticamente; la fragmentación y segmentación de los sistemas y servicios de salud es una receta para el fracaso; la participación social a nivel local es un requisito previo para el éxito; los gobiernos nacionales deben impulsar y asumir el proceso hacia la salud universal en coordinación con los asociados; “universal” *quiere decir* universal, sin excusas o medidas a medias en el suministro de los servicios de salud necesarios a todas las personas, y la salud universal no puede lograrse sin políticas, programas y acciones multisectoriales que abordan los determinantes sociales de la salud.

216. Para alcanzar el grado más alto posible de bienestar físico, mental y social, debemos mantener el compromiso de larga data que los Estados Miembros de la OPS y la Oficina han asumido con los valores y los principios de la atención primaria de salud, la promoción de enfoques de la salud basados en los derechos, el desarrollo sanitario nacional equitativo y los conceptos de participación e inclusión.

217. Aunque las cuestiones de salud pública prioritarias para la Región de las Américas pueden dar la impresión de que siempre son las mismas —fortalecimiento de los sistemas de salud, prevención y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, y emergencias de salud pública—, en realidad están evolucionando. A medida que pasan los años y el entorno de la cooperación técnica cambia como consecuencia de nuevos sucesos y conocimientos, también deben evolucionar las estrategias, los mecanismos, las metodologías y las técnicas utilizados por los Estados Miembros de la OPS y la Oficina para mantener y mejorar la salud de los pueblos de la Región de las Américas.

218. En vista del panorama político cambiante en los países y las subregiones de nuestro continente, es necesario promover más la salud universal y la atención primaria de salud para mantener los avances realizados en el ámbito de la salud en la Región, abordar problemas emergentes y reemergentes y avanzar con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, manteniendo al mismo tiempo la cooperación de la Oficina centrada en los países y propiciando intercambios entre los propios Estados Miembros.

219. La búsqueda de la equidad en la salud exige una mayor participación social y comunitaria. La participación de la sociedad civil para posibilitar un enfoque centrado en las personas del fortalecimiento de los sistemas de salud y la aplicación del enfoque de atención primaria de salud, con el cual las personas colaboran en el manejo de su propia salud y de la salud de la comunidad, es un componente fundamental del progreso hacia la salud universal. Al trabajar en pro de la salud para todos, especialmente para las personas que viven en condiciones de exclusión y vulnerabilidad, las alianzas de la OPS deben seguir incluyendo organizaciones de la sociedad civil y otros agentes no estatales que trabajen dentro del FENSA de acuerdo con lo dispuesto por los Estados Miembros de la OPS.

220. Los Gobiernos de los Estados Miembros de la OPS siguen siendo responsables de la salud y el desarrollo de su población, país y territorio. El liderazgo del gobierno y la voluntad política para fortalecer el enfoque de la atención primaria de salud y avanzar hacia la salud universal son factores fundamentales en los procesos que procuran fortalecer y transformar los sistemas de salud en la Región. El ejercicio de la función de rectoría de las autoridades de salud requiere fortalecer su capacidad técnica para formular y ejecutar políticas sanitarias, promover todas las políticas públicas que fomenten y sustenten la salud universal, y contribuir a su formulación y ejecución. Esta capacidad técnica implica determinar la factibilidad, viabilidad y legitimidad de los cambios necesarios; analizar las necesidades de salud y los determinantes sociales de la salud, y señalar las intervenciones pertinentes. Para persuadir y apoyar a los gobiernos a fin de que adopten un enfoque multisectorial y de toda la sociedad para avanzar hacia la salud universal y la equidad, la acción de la Oficina debe incluir la promoción de la causa y la provisión de evidencia para posibilitar la adopción de buenas decisiones, la difusión de conocimientos y enseñanzas, y la promoción de la cooperación entre los países.

221. Los mecanismos, los espacios y la rendición de cuentas para la participación social son herramientas esenciales para asegurar que la formulación y ejecución de políticas sanitarias correspondan a las expectativas y necesidades de las personas. El desarrollo de un modelo de atención centrado en las personas y en la comunidad permite integrar las personas y la sociedad civil como interesados clave en este proceso. Este es un momento oportuno para estrategias innovadoras y creativas orientadas a aumentar la participación social y comunitaria y a permitir que las personas que tomen decisiones óptimas para su propia salud.

222. Un principio clave del enfoque de atención primaria de salud es la provisión de servicios de salud integrales lo más cerca posible del lugar donde las personas viven y trabajan. La cobertura eficaz de servicios y los resultados en materia de salud pueden mejorar enormemente con el fortalecimiento del primer nivel de la atención en una red integrada de servicios de salud que reúna la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y un conjunto de servicios de salud progresivos; que tenga en cuenta las condiciones sociales y de salud específicas de la población, y que use un enfoque intersectorial. Las inversiones estratégicas en el financiamiento de la salud dirigidas al desarrollo de recursos humanos para la salud universal y mejoras de la infraestructura sanitaria son cruciales, igual que el establecimiento de programas de seguro social y protección social que permitan que las personas tengan acceso a la atención primaria de salud y a servicios integrados de salud cuando los necesiten. Una mayor accesibilidad financiera de los servicios de atención primaria de salud es un componente esencial del progreso hacia la salud universal y la reducción de las inequidades en materia de salud.

223. La Región de las Américas ha participado sistemáticamente y ha demostrado liderazgo en procesos mundiales para definir, renovar y fortalecer el enfoque de la atención primaria de salud. La Región seguirá haciéndolo en la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud en octubre del 2018 y con posterioridad, abogando por la salud universal como concepto que incluye tanto la cobertura como el acceso a servicios de salud integrales, integrados y de buena calidad y difundiendo experiencias exitosas que puedan contribuir a la renovación del compromiso nacional, subregional, regional y mundial con la atención primaria de salud como estrategia clave para alcanzar la salud universal y los ODS. La Oficina se dedica a los valores y los principios de la

atención primaria de salud como estrategia para transformar los sistemas de salud hacia la salud universal. El liderazgo regional de la Oficina en la renovación del compromiso con la atención primaria de salud ha posibilitado alianzas más fuertes con los Estados Miembros; con los equipos técnicos de los ministerios de salud, los servicios de salud y otros sectores relacionados con la salud; con la comunidad académica, y con la sociedad civil organizada y no organizada.

224. A medida que los conceptos, las estrategias, los mecanismos y las herramientas para alcanzar el estado deseado de salud universal van evolucionando, los Estados Miembros de la OPS y la Oficina, en consonancia con la OMS y otros organismos de las Naciones Unidas y en estrecha colaboración con los asociados en el desarrollo, la sociedad civil y el sector privado, según corresponda, seguirán planificando, aplicando, dando seguimiento y evaluando estrategias para que los países mejoren la atención primaria de salud, desarrollen sistemas de salud resilientes y avancen hacia la salud universal, fomentando de esta forma la salud y el bienestar y sin que nadie se quede atrás.

Lista de siglas y abreviaturas

13.º PGT	Decimotercer programa general de trabajo (OMS)
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
AIEPI	Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia
ASSA2030	Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CARICOM	Comunidad del Caribe
CARPHA	Organismo de Salud Pública del Caribe
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos
CICOM	Célula de información y coordinación médica
CMCT	Convenio Marco para el Control del Tabaco
COHSOD	Consejo para el Desarrollo Humano y Social (CARICOM)
ECP	Estrategia de cooperación en los países
ENT	enfermedades no transmisibles
EWEC-LAC	Todas las mujeres, todos los niños - América Latina y el Caribe
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FENSA	Marco para la colaboración con agentes no estatales
FMI	Fondo Monetario Internacional
ITS	infecciones de transmisión sexual
LGBT	personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans
mhGAP	Programa de acción para superar las brechas en salud mental
ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
OIEA	Organismo Internacional de Energía Atómica
OIEA	Organismo Internacional de Energía Atómica
ONU-Mujeres	Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSP	Oficina Sanitaria Panamericana
PERC	producción, eficiencia, recursos y costos
PIB	producto interno bruto
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
RSI	Reglamento Sanitario Internacional (2005)
SRC	Sistema Regulador del Caribe
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana

Agradecimientos

La Oficina Sanitaria Panamericana agradece el apoyo brindado por los Estados Miembros por medio de sus contribuciones señaladas y las generosas contribuciones voluntarias de los siguientes gobiernos, organismos e instituciones:

Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos
Administración de Productos Terapéuticos (Departamento de Salud de Australia)
Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo
Agencia de Cooperación Internacional de Corea
Agencia de Cooperación Internacional del Japón
Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (Ecuador)
Agencia Nacional de Salud Suplementaria (Brasil)
Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (Brasil)
Alianza de las Naciones Unidas para Promover los Derechos de las Personas con Discapacidad
Alliance for Health Policy and Systems Research
Americares
Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas
Asociación Pancaribeña contra el VIH y el Sida
Asuntos Mundiales Canadá
Autism Speaks
Axon Medical Technologies
Banco de Desarrollo del Caribe
Banco Interamericano de Desarrollo
Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento
Banco Mundial
Bernard van Leer Foundation
Buenos Vecinos Guatemala
Caja Costarricense de Seguro Social
Capítulo Perú del Plan Binacional de Desarrollo de la Región Fronteriza Perú-Ecuador
Caribbean Law Institute Center
Centro del Cambio Climático de la Comunidad del Caribe
Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo
Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer
Centro para el Control Estatal de Medicamentos, Equipos y Dispositivos Médicos (Cuba)
Centro Rosarino de Estudios Perinatales
Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos
Ciudad de Buenos Aires
Climate and Clean Air Coalition
Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos
Comisión Europea
Comunidad del Caribe
Consejo Nacional de Salud de los Indígenas Urbanos de Estados Unidos

Consejo Nacional de Secretarios de Salud (Brasil)
Consejo Suramericano de Salud
Council for International Organizations of Medical Sciences
Cuerpo Médico Internacional
Dalhousie University
Departamento de Relaciones Exteriores y Comercio (Australia)
Departamento de Relaciones Exteriores, Comercio y Desarrollo (Canadá)
Departamento de Salud y Asistencia Social del Reino Unido
Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos
Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido
Direct Relief
Durham University
Emory University
Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer
Escuela de Enfermería de la Universidad Johns Hopkins
Escuela Nacional de Salud Pública (Cuba)
European Civil Protection and Humanitarian Aid Operations
Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica
Fondo central para la acción en casos de emergencia de las Naciones Unidas
Fondo de las Naciones Unidas para la Colaboración Internacional
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
Fondo de Población de las Naciones Unidas
Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad Humana
Fondo Financiero Distrital de Salud, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Fondo India, Brasil y Sudáfrica
Fondo Monetario Internacional
Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria
Fundación Bill y Melinda Gates
Fundación de las Naciones Unidas
Fundación de los CDC
Fundación Garrahan
Fundación Interamericana del Corazón
Fundación Mundial para la Diabetes
Fundación Nacional de Salud (Brasil)
Gavi, la Alianza para las Vacunas
Gobierno de Australia
Gobierno de Brasil
Gobierno de Canadá
Gobierno de Chile
Gobierno de Cuba
Gobierno de Ecuador
Gobierno de España
Gobierno de Haití
Gobierno de la República de Corea
Gobierno de Luxemburgo

Gobierno de Nicaragua
Gobierno de Noruega
Gobierno de Perú
Gobierno de Suecia
Gobierno de Trinidad y Tabago
Healthy Caribbean Coalition
Hospital Fluvial Humber
Hospital Italiano de Buenos Aires
Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura
Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (Argentina)
Instituto Nacional de Cancerología (Colombia)
Instituto Nacional de Salud (Colombia)
Instituto Nacional de Salud de El Salvador
Instituto Nacional de Salud Pública (México)
Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (Argentina)
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Colombia)
Instituto Nacional del Cáncer (Argentina)
Junta Nacional de Drogas (Uruguay)
Liga Mundial de la Hipertensión
MacArthur Foundation
Ministerio de Agricultura, Ganadería y Abastecimiento de Brasil
Ministerio de Agricultura, Ganadería, Acuacultura y Pesca de Ecuador
Ministerio de Cooperación para el Desarrollo y Asuntos Humanitarios de Luxemburgo
Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile
Ministerio de Relaciones Exteriores de Italia y Agencia Italiana de Cooperación para el Desarrollo
Ministerio de Relaciones Exteriores de los Países Bajos
Ministerio de Relaciones Exteriores y Comercio de Nueva Zelanda
Ministerio de Salud de Argentina
Ministerio de Salud de Bolivia
Ministerio de Salud de Brasil
Ministerio de Salud de Chile
Ministerio de Salud de Costa Rica
Ministerio de Salud de la Provincia de Entre Ríos (Argentina)
Ministerio de Salud de la Provincia de Mendoza (Argentina)
Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe (Argentina)
Ministerio de Salud de la Provincia de Santiago del Estero (Argentina)
Ministerio de Salud de la República de Panamá
Ministerio de Salud de Perú
Ministerio de Salud de Trinidad y Tabago
Ministerio de Salud Pública de Guyana
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana
Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar Social de Japón
Misión Permanente de Brasil ante la OEA
NextGenU

Oficina de Ayuda de Externa para Desastres (Estados Unidos)
Oficina de los Fondos Fiduciarios de Asociados Múltiples de las Naciones Unidas
Orbis International
Organismo Andino de Salud [ORAS-CONHU]
Organismo de Salud Pública de Canadá
Organismo de Salud Pública del Caribe
Organismo Internacional de Energía Atómica
Organismo Internacional para la Prevención de la Ceguera
Organismo Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria
Organismo Noruego de Cooperación para el Desarrollo
Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
Organización de los Estados Americanos
Organización de los Estados del Caribe Oriental
Organización del Tratado de Cooperación Amazónica
Organización Internacional para las Migraciones
Organización Mundial de Sanidad Animal
Organización Regional de Normas y Calidad de la Comunidad del Caribe
Plan International
Population Services International
Program for Appropriate Technology in Health
Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente
Programa Especial para la Investigación y Capacitación en Enfermedades Tropicales
Programa Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa
Programa Mundial Conjunto de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control del
Cáncer Cervicouterino
Real Armada de los Países Bajos
Real Ejército de los Países Bajos
Red de Institutos Nacionales del Cáncer de la Unión de Naciones Suramericanas
Red Interamericana de Laboratorios de Análisis de Alimentos
RTI Health Solutions
Sabin Vaccine Institute
Secretaría de las Naciones Unidas para la Estrategia Internacional para la Reducción de
los Desastres Naturales
Secretaría de Salud de Cundinamarca (Colombia)
Secretaría de Salud de Honduras
Secretaría de Salud de México
Secretaría de Salud del Estado de Bahía (Brasil)
Secretaría de Salud del Estado de Maranhão (Brasil)
Secretaría de Salud del Estado de Pará (Brasil)
Secretaría de Salud del Estado de Pernambuco (Brasil)
Secretaría de Salud del Estado de Rio Grande do Sul (Brasil)
Secretaría de Salud del Estado de São Paulo (Brasil)
Secretaría de Salud del Estado de Tocantins (Brasil)
Secretaría Municipal de Salud de la Ciudad de São Paulo (Brasil)

Servicio Nacional de Calidad y Salud Animal (Paraguay)
Sociedad Interamericana de Cardiología
Sociedad Internacional de Material Electrónico (IBM)
Sociedad Latinoamericana en Hipertensión Arterial
Standards and Trade Development Facility
Sustainable Sciences Institute
Task Force for Global Health
Tobacco-Free Kids
Together for Girls
Unión Europea
Universidad Anton de Kom (Suriname)
Universidad de Belice
Universidad de Brasilia
Universidad de Chile
Universidad de Guyana
Universidad de Illinois
Universidad de las Indias Occidentales
Universidad Federal de Rio Grande do Sul
Universidad Federal de Santa Catarina
Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Vaccine Ambassadors
Vital Strategies
Wellcome Genome Campus

- - -