

168.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Sesión virtual, del 21 al 25 de junio del 2021

Punto 7.1 del orden del día provisional

CE168/INF/1
1 de junio del 2021
Original: inglés

ACTUALIZACIÓN SOBRE LA COVID-19 EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Introducción

1. En este documento se presenta información actualizada sobre la pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas y de los avances y los retos en la ejecución de la resolución CD58.R9, aprobada por el 58.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en septiembre del 2020 (1), y de la resolución CDSS1.R1, aprobada por la sesión especial del Consejo Directivo en diciembre del 2020 (2). Este informe abarca hasta el 30 de abril del 2021, a menos que se especifique otra fecha.
 2. Al 23 de mayo del 2021, la Región de las Américas había notificado 39% y 47% de los casos y las muertes registrados en el mundo por causa de la COVID-19, respectivamente. Dos países de la Región de las Américas, Brasil y Estados Unidos de América, se ubicaron entre los diez países que notificaron el mayor número de casos acumulados a nivel mundial. Cuatro países —Brasil, Colombia, Estados Unidos de América y México— se ubicaron entre los diez países con el mayor número de muertes acumuladas a nivel mundial.
 3. El curso de la pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas sigue siendo sumamente incierto. El aumento de los casos en América del Sur y Central en los primeros cuatro meses del 2021 es alarmante. Este aumento se produce en el contexto de un despliegue gradual de la vacunación en el que se ha priorizado a los grupos de alto riesgo, como el personal de salud de primera línea y las personas mayores. La disponibilidad de las vacunas contra la COVID-19 es limitada en todo el mundo, y muchos países, incluidos los de América Latina y el Caribe, enfrentan desigualdades en el acceso. La reticencia a la vacunación puede hacer aún más lenta la aceptación por parte de la población o impedir que se alcance el pleno potencial que ofrece la vacunación.
 4. Al mismo tiempo, los países y territorios de la Región siguen informando diversos grados de interrupciones persistentes en la prestación de servicios esenciales de salud. Estas interrupciones ponen de relieve las dificultades para garantizar la continuidad de los servicios y la necesidad de fortalecer la capacidad resolutive, especialmente en el primer nivel de atención.
-

5. Un escenario posible es que los países de la Región aún enfrentarán brotes localizados de COVID-19 hasta bien entrado el 2022, principalmente en las instituciones (por ejemplo, hogares de ancianos, prisiones), las zonas periurbanas densamente pobladas y los entornos rurales. Si bien es posible alcanzar niveles altos de cobertura de la vacunación en general, que podría ser homogénea en todas las entidades subnacionales, también podría persistir un grado de heterogeneidad significativa en la cobertura entre los diferentes grupos etarios y poblacionales. Esto dependerá de la disponibilidad del suministro de vacunas y de la aceptación de la vacunación, así como del acceso y la demanda en grupos específicos de la población.

6. Esta situación indica que la supresión de la pandemia de COVID-19 en la Región seguirá exigiendo una respuesta integral con capacidades sostenidas de la red de servicios de salud, otras medidas sociales y de salud pública, y medidas de control de brotes, lo que incluye la detección temprana, la investigación y el aislamiento de los casos, además del rastreo y la cuarentena de los contactos.

Situación epidemiológica

7. En el período comprendido entre la detección del primer caso en la Región de las Américas en enero del 2020 hasta el 23 de mayo del 2021, se notificó en la Región un total acumulado de 66.158.798 casos confirmados de la COVID-19, incluidas 1.619.322 muertes. Algo más de la mitad de estos casos (54%) y de las muertes (53%) se notificaron entre el 1 de enero del 2021 y el 23 de mayo del 2021. Las cifras más altas de casos y muertes mensuales se notificaron en enero del 2021. América del Norte y América del Sur presentaron la mayor proporción de casos (49% y 47%, respectivamente) y de muertes (46% y 51%, respectivamente).

8. Varios países de la Región están notificando un aumento en el número de casos de COVID-19 en la población más joven, con un aumento asociado en el ingreso a la unidad de cuidados intensivos (UCI) y en la hospitalización fuera de la UCI. Esto podría estar relacionado con una mayor exposición y una vacunación limitada en este grupo. Durante el primer trimestre del 2021, 74% de los casos notificados en la Región tenían entre 20 y 59 años, pero 62% de las muertes se produjeron en pacientes de 60 años o más. La razón hombre/mujer es de 0,96 con respecto a los casos y de 1,53 con respecto a las muertes.

9. Al 8 de mayo del 2021, 37 países y territorios de la Región habían notificado la detección de variantes de preocupación: 34 países habían notificado la variante B.1.1.7, 17 países la variante B.1.351 y 20 la variante B.1.1.28.1.

10. La información epidemiológica más actualizada sobre la pandemia se puede consultar en el Sistema de Información sobre la COVID-19 para la Región de las Américas, en el sitio web de la Organización Panamericana de la Salud.¹

¹ Disponible en inglés en: <https://paho-covid19-response-who.hub.arcgis.com/>.

Continuidad de los servicios de salud

11. Los países y territorios de la Región han tenido que afrontar el reto de mantener la prestación de los servicios esenciales de salud durante la pandemia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó una encuesta rápida sobre la continuidad de los servicios esenciales de salud durante la pandemia, con dos rondas, una en el 2020 y otra en el 2021.² Al 16 de abril del 2021, 28 de los 29 países y territorios de la Región de las Américas que respondieron a la encuesta habían informado interrupciones continuas en la prestación de servicios esenciales de salud.³ Entre los que respondieron, 60% notificó interrupciones en los servicios de salud mental, neurológicos y de trastornos por el consumo de sustancias psicoactiva; 55% en los servicios de vacunación; 49% en los servicios de enfermedades transmisibles; 47% en los programas de enfermedades tropicales desatendidas; 41% en los servicios de enfermedades no transmisibles; 41% en los servicios de salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente, y de nutrición; 40% en los servicios de rehabilitación física y de cuidados paliativos y a largo plazo; y 36% en las intervenciones quirúrgicas electivas. Estas interrupciones tienen graves consecuencias, en particular para los grupos poblacionales más vulnerables, como las personas mayores y las personas con enfermedades crónicas y discapacidades.

12. Las razones más mencionadas de las interrupciones en el lado de la oferta de servicios de salud son la poca disponibilidad de personal debido al despliegue para prestar servicios de ayuda o de otro tipo relacionados con la COVID-19 (72% de los países); la cancelación de la atención electiva (56%); los cambios en las normas de tratamiento (54%); las dificultades financieras (48%); y las interrupciones en los sistemas de la cadena de suministro (32%). Las razones más comunes del lado de la demanda son el miedo y la desconfianza existentes en la comunidad (60%); las restricciones de viaje que dificultan el acceso a los establecimientos de salud (56%); y la disminución del volumen de pacientes ambulatorios porque las personas no acuden a las citas (54%).

13. Los trabajadores de salud están en la primera línea de la respuesta a la COVID-19 y son indispensables en las actividades que aseguran la continuidad de los servicios de salud. La notable expansión de las capacidades de los servicios de salud, incluso para los cuidados críticos, a fin de manejar el aumento de pacientes por la COVID-19 y mantener otros servicios esenciales, ha impuesto enormes presiones a los trabajadores de salud. El cambio en las tareas y el trabajo en departamentos de alto riesgo, con turnos largos y exposición prolongada a un gran número de pacientes con COVID-19, han repercutido negativamente en la salud del personal, en particular en su salud mental. Al 12 de mayo del 2021, los datos de 22 países de la Región de las Américas muestran que por lo menos

² OMS. Tracking Continuity of Essential Health Services during the COVID-19 Pandemic. An interactive dashboard (consultado el 5 de mayo del 2021). Disponible en inglés en:

<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/monitoring-health-services/national-pulse-survey-on-continuity-of-essential-health-services-during-the-covid-19-pandemic/dashboard>.

³ Los 28 países y territorios que respondieron fueron: Argentina, Bahamas, Belice, Bermuda, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Haití, Honduras, Islas Caimán, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname y Uruguay.

1,8 millones de trabajadores de salud han contraído COVID-19 desde el inicio de la pandemia, con más de 9.000 muertes (3). La COVID-19 ha afectado desproporcionadamente al personal de salud femenino, que constituye el 70% de los trabajadores de salud a nivel mundial (4) y el 89% de las enfermeras en la Región de las Américas (5). Los prestadores de servicios de salud que participaron en el estudio de los trabajadores de salud durante la COVID-19 (conocido como el estudio HÉROES) dijeron sentirse estigmatizados y discriminados debido a su trabajo con pacientes con COVID-19. En algunos países, la mitad de los participantes había sufrido alguna forma de violencia y la mayoría de los participantes, en particular las mujeres, dijeron que les preocupaba transmitir la infección a sus familiares y a otras personas cercanas a ellos. Las mujeres también informaron con mayor frecuencia que tenían personas a su cuidado (niños, personas con discapacidad y personas mayores), pero que recibían poca asistencia para equilibrar estas responsabilidades con sus deberes en el lugar de trabajo. Los datos preliminares sin publicar indican la presencia de síntomas depresivos de leves a moderados, con mayor riesgo de depresión en grupos específicos, como médicos y enfermeras de atención primaria, e indicios de ideas suicidas en las dos semanas anteriores, que oscilaban entre 10% y 17% en algunos países.⁴

Análisis del progreso logrado

14. En esta sección del documento se presenta un resumen de las actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina u OSP) desde enero del 2020 en respuesta a la pandemia de COVID-19. Específicamente, se enfoca en los avances logrados y en los desafíos afrontados en la ejecución de las siguientes líneas de acción presentadas en los documentos *La pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas* (documento CD58/6) (6) y *Actualización sobre la pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas, preparación para el COVAX y acceso equitativo a las vacunas contra la COVID-19* (documento CDSS1/2) (7), de acuerdo con las resoluciones CD58.R9 y CDSS1.R1, desde septiembre del 2020:

- a) Fortalecer el liderazgo, la rectoría y la gobernanza.
- b) Fortalecer la información epidemiológica.
- c) Fortalecer los sistemas de salud y las redes de prestación de servicios.
- d) Fortalecer las operaciones de respuesta ante emergencias y la cadena de suministros.
- e) Apoyar la introducción de las vacunas contra la COVID-19 y el acceso a ellas.

15. El conjunto completo de actividades de la Oficina con respecto a la COVID-19, ejecutadas hasta el 31 de diciembre del 2020, puede encontrarse en el informe titulado

⁴ El estudio HÉROES es una colaboración internacional entre investigadores de 30 países, dirigidos por la Universidad de Columbia y la Universidad de Chile, con el apoyo de la OPS en la Región de las Américas. Desde mayo del 2020, en el estudio HÉROES se ha evaluado a 20.328 trabajadores de salud de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Guatemala, México, Perú, Puerto Rico, Uruguay y Venezuela.

Respuesta de la Organización Panamericana de la Salud a la COVID-19 en la Región de las Américas: De enero a diciembre del 2020, disponible en el sitio web de la OPS.⁵

16. Al 28 de mayo del 2021, la Oficina había recibido US\$ 319 millones⁶ en contribuciones financieras de una amplia gama de asociados para apoyar su respuesta a la pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas. Entre ellos figuran los gobiernos de Belice, Canadá, Colombia, España, Estados Unidos de América, Japón, Reino Unido, República de Corea, Nueva Zelanda, Suecia, Suiza y la Unión Europea. La Organización Mundial de la Salud y sus donantes también hicieron importantes contribuciones. Otros contribuyentes son: Alma Jean Henry Charitable Trust, Caribbean Development Bank, Caribbean Confederation of Credit Unions, Banco Centroamericano de Integración Económica, Corporación Andina de Fomento/Banco de Desarrollo de América Latina, Fundación Yamuni Tabush, Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, Organización Internacional para las Migraciones, Banco Interamericano de Desarrollo, Fundación Rockefeller, Fondo Central para la Acción en Casos de Emergencia (Naciones Unidas), UNICEF, Oficina de los fondos fiduciarios de asociados múltiples de las Naciones Unidas, Oficina de las Naciones Unidas para la Cooperación Sur-Sur, Grupo del Banco Mundial, y Programa Mundial de Alimentos, además de donantes individuales al Fondo de la OPS de Respuesta a la COVID-19. La respuesta de la Organización a la pandemia también se benefició de donaciones en especie de Direct Relief, Facebook, Mary Kay Cosmetics y Twitter, así como de las alianzas estratégicas con Salomón Beda, Sony Music Latin y Global Citizen. En el sitio web de la OMS (7) pueden encontrarse otros detalles sobre estas donaciones.⁷

Línea de acción estratégica 1: Fortalecer el liderazgo, la rectoría y la gobernanza

17. La mayoría de los Estados Miembros de la OPS han puesto en marcha diversos conjuntos de medidas no farmacológicas a nivel comunitario para combatir la pandemia. Sin embargo, su introducción, adaptación y suspensión no siempre están ancladas en la evidencia ni basadas en datos detallados y de múltiples fuentes. Estas medidas, incluso el uso de mascarillas, no cuentan con un conjunto sólido de indicadores que podrían facilitar que las actividades de comunicación de riesgos fueran más predecibles y, posiblemente, que aumentarían la adhesión a estas prácticas.⁸ En el documento CD58/6, *La pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas*, se hace un llamamiento a mantener un enfoque de todo el gobierno y de toda la sociedad. Este llamamiento a la acción conlleva retos complejos que los responsables de tomar las decisiones están afrontando y seguirán afrontando en el futuro previsible, en respuesta a la pandemia de COVID-19. Esto podría ayudar a mitigar las tensiones sociales, económicas y fiscales, en especial en los grupos más vulnerables, y a superar las tensiones entre los poderes del gobierno estatal nacional,

⁵ Disponible en inglés en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54013>.

⁶ A menos que se indique otra cosa, todos los valores monetarios en este informe se expresan en dólares de Estados Unidos.

⁷ Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus/brote-enfermedad-por-coronavirus-covid-19/fondo-respuesta-covid-19-ops>.

⁸ Regional dashboard Public Health and Social Measures Analysis. Disponible en inglés en el sitio web de la OPS en: https://ais.paho.org/phis/viz/COVID-19_PHSMA.asp.

en todos los sectores (incluido el sector privado), y en todo el espectro político nacional y los niveles administrativos.

18. Desde abril del 2020, la Oficina ha estado convocando a los ministros de salud de la Región de las Américas para que asistan a las sesiones informativas periódicas relacionadas con la pandemia de COVID-19. En las respuestas nacionales a la pandemia, la política de salud se ha desplazado más allá de los ministerios de salud, y ahora el liderazgo lo ejercen los jefes de Estado y los jefes de gobierno. En general, las respuestas nacionales eficaces han sido tanto holísticas como ágiles, con un liderazgo centralizado, coordinación entre los sectores y los niveles administrativos, una toma de decisiones clara basada en el asesoramiento científico, esfuerzos para fomentar la confianza de la población y, lo que es más importante, la capacidad de cambiar el curso de acción para hacer frente a la pandemia que evoluciona con rapidez. Es imperativo hacer un balance de estas experiencias al tiempo que se le da una nueva forma a la arquitectura mundial de la salud.

19. La Oficina ha apoyado el examen de las medidas contra la COVID-19 en algunos estados brasileños y está en proceso de adaptar la metodología y los instrumentos preparados por la Secretaría de la OMS para el examen durante la aplicación de las medidas.⁹ A medida que la situación epidemiológica se torne más propicia, la Oficina trabajará con los centros colaboradores de la OMS pertinentes para apoyar a otros países y territorios en este proceso, de acuerdo con sus intereses y solicitudes.¹⁰ La pandemia de COVID-19 ha puesto de relieve aspectos de la respuesta nacional a las emergencias de salud pública que hasta ahora no habían sido muy visibles. Es importante evaluar de manera crítica y aprender de la respuesta a la COVID-19 a fin de “reconstruir para mejorar” (8).

20. Entre las medidas no farmacológicas aplicadas en la Región, las que se refieren a los viajes internacionales actualmente son más heterogéneas que las medidas a nivel comunitario. No obstante, durante la pandemia de COVID-19, en cumplimiento de la resolución CD58. R9, el tránsito internacional esencial se ha mantenido en general en toda la Región mediante la promulgación de disposiciones legales especiales.

21. Desde mediados del 2020, la adopción de un enfoque apropiado de salud pública para reanudar el tránsito internacional no esencial ha sido objeto de un intenso debate, tanto a nivel nacional como internacional. Los viajes no esenciales son particularmente cruciales para los países y territorios cuyas economías dependen en gran medida del turismo. En consecuencia, desde julio del 2020, la Oficina ha venido publicando directrices basadas en el riesgo para fundamentar el proceso de toma de decisiones acerca de la reanudación de

⁹ El documento, *Orientaciones para realizar una evaluación interna durante la aplicación de las medidas adoptadas en el país frente a la COVID-19 (EIDA)* está disponible en el sitio web de la OMS: https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Country_IAR-2020.1.

¹⁰ CHI-23, Universidad del Desarrollo (Chile), Centro Colaborador de la OMS para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI); USA-359, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), Estados Unidos de América, centro colaborador de la OMS para adquirir las capacidades básicas del RSI; USA-453, Universidad Johns Hopkins, Estados Unidos de América, Centro Colaborador de la OMS para la Seguridad Sanitaria Mundial.

los viajes internacionales no esenciales.^{11,12} La Oficina también participó en la elaboración del documento de la OMS, *Interim guidance: Considerations for implementing a risk-based approach to international travel in the context of COVID-19*.¹³

22. Según el documento provisional de posición de la OMS, *Interim position paper: considerations regarding proof of COVID-19 vaccination for international travelers (9)*, así como las recomendaciones temporales emitidas por el Director General de la OMS, de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (10), los Estados Partes no deberán requerir comprobantes de vacunación contra la COVID-19 como condición para la entrada a un país. No obstante, con el despliegue de las vacunas contra la COVID-19 ha habido propuestas de que se utilicen los comprobantes de vacunación para fines de los viajes internacionales. En consecuencia, tras el establecimiento del grupo de trabajo sobre certificados de vacunación inteligentes,¹⁴ convocado por la OMS, la Secretaría de la OMS, junto con la Oficina, publicó el documento: *Call for public comments: Interim guidance for developing a Smart Vaccination Certificate – Release Candidate 1*.¹⁵

23. Desde que se iniciaron los intentos de reanudar el tránsito internacional no esencial a mediados del 2020, ha habido cambios rápidos y numerosos en las medidas relacionadas con los viajes. Al mismo tiempo, la Región ha sido testigo de la introducción y propagación de variantes de preocupación del SARS-CoV-2. En ese contexto, al 29 de mayo del 2021, la gama de medidas relacionadas con los viajes internacionales aplicadas por los 35 Estados Miembros de la OPS, según fuentes gubernamentales, es la siguiente: a) 22 países han instituido una prohibición de entrada selectiva¹⁶ o general para los medios de transporte o las personas; b) 25 requieren que los viajeros se registren en línea antes de la salida; c) 24 requieren, ya sea de manera selectiva o subsidiaria,¹⁷ la cuarentena para los viajeros que llegan al país; d) 31 requieren, ya sea de manera selectiva, subsidiaria o general, que los viajeros que llegan presenten pruebas de resultados negativos de las pruebas para el virus SARS-CoV-2, obtenidos con una amplia gama de intervalos antes de la salida y con diferentes métodos de laboratorio; e) 19 requieren, ya sea de manera selectiva, subsidiaria o general, que los viajeros que llegan se sometan a pruebas para el virus SARS-CoV-2 a su llegada o inmediatamente después de su llegada; f) hasta 18 países podrían requerir que los viajeros que llegan muestren pruebas de resultados negativos de las pruebas para el virus SARS-CoV-2 obtenidos antes de la salida de un país y que, a su llegada o

¹¹ Disponible en inglés en: <https://www.paho.org/en/documents/considerations-resuming-non-essential-international-traffic-caribbean-context-covid-19>.

¹² Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/reanudacion-viajes-internacionales-no-esenciales-contexto-pandemia-covid-19-orientacion>.

¹³ Disponible en inglés en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Risk-based-international-travel-2020.1>.

¹⁴ OMS. Information about the Smart Vaccination Certificate Working Group. Disponible en inglés en: <https://www.who.int/groups/smart-vaccination-certificate-working-group>.

¹⁵ Disponible en inglés en: <https://www.who.int/news-room/articles-detail/call-for-public-comments-interim-guidance-for-developing-a-smart-vaccination-certificate-release-candidate-1>.

¹⁶ “Selectivo” significa sobre la base del origen geográfico del viaje del transportista o viajero que llega.

¹⁷ “Subsidiario” significa que el requisito se aplicará solo si el viajero que llega no cumple con otros requisitos de entrada.

inmediatamente después de su llegada, se sometan a pruebas para detectar el SARS-CoV-2; g) seis eximen de otros requisitos de entrada a los viajeros que llegan si tienen pruebas de que han tenido una infección previa por el virus SARS-CoV-2; h) 10 eximen de otros requisitos de entrada para los viajeros que llegan si tienen comprobante de vacunación contra la COVID-19; e i) un país requiere el comprobante de vacunación contra la COVID-19 como condición para ingresar al país, con lo cual no cumple las disposiciones del RSI.

24. La Oficina colabora estrechamente con la Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe, de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), y con la Oficina Regional para América Latina y el Caribe, del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), a fin de seguir elaborando orientaciones sobre la reanudación de las actividades educativas en persona. Esta es una de las decisiones más difíciles a las que se enfrentan las autoridades nacionales y que tiene importantes repercusiones tanto a corto como a largo plazo. La Oficina ya ha suministrado orientación (11) en consonancia con las Naciones Unidas (12), haciendo énfasis en que “el paso más importante que pueden dar los países para acelerar la reapertura de las escuelas e instituciones educativas es suprimir la transmisión del virus para controlar los brotes locales o nacionales”.

25. De conformidad con la resolución WHA73.1 (13) de la Asamblea Mundial de la Salud, la respuesta de la comunidad internacional a la pandemia de COVID-19 fue objeto de un intenso escrutinio por el Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión para el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS,¹⁸ por el Comité de examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la respuesta a la COVID-19,¹⁹ y por el Grupo independiente de preparación y respuesta frente a las pandemias.²⁰ Según se informa en el documento CE168/INF/3, *Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional* (14), las conclusiones y recomendaciones presentadas por los tres grupos a la 74.^a Asamblea Mundial de la Salud (15, 16) tienen como objetivo establecer una arquitectura de gobernanza mundial de la salud más sólida para responder a eventos futuros con implicaciones para la salud pública internacional. El subconjunto de las recomendaciones formuladas tanto por el Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión para el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS (11 recomendaciones) como por el Grupo independiente de preparación y respuesta frente a las pandemias (seis recomendaciones) aborda explícitamente la respuesta a la actual pandemia de COVID-19 por la Secretaría de la OMS y los Estados Miembros de la OMS. Al momento de redactarse el presente informe, los Estados Miembros todavía estaban examinando esas recomendaciones, de conformidad con el proyecto de resolución presentado a la

¹⁸ La información sobre el Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión para el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS está disponible únicamente en inglés en: <https://www.who.int/groups/independent-oversight-and-advisory-committee>.

¹⁹ La información sobre el Comité de examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la respuesta a la COVID-19, está disponible únicamente en inglés en: <https://www.who.int/teams/ihr/ihr-review-committees/covid-19>.

²⁰ La información sobre el Grupo independiente de preparación y respuesta frente a las pandemias está disponible únicamente en inglés en: <https://www.who.int/teams/ihr/ihr-review-committees/covid-19>.

74.^a Asamblea Mundial de la Salud, *Fortalecimiento de la preparación y la respuesta de la OMS ante situaciones de emergencia sanitaria mundial*.²¹ En general, se insta a adoptar mecanismos de gobernanza más fuertes como apoyo para el multilateralismo.

Línea de acción estratégica 2: Fortalecer la información epidemiológica

26. Una parte esencial de la respuesta de la Oficina ha sido la colaboración con los países con el propósito de fortalecer la capacidad de los sistemas de vigilancia para detectar casos de COVID-19. La Oficina prosiguió la vigilancia basada en eventos, al tiempo que ayudaba a los países a reforzar la vigilancia basada en indicadores. Este enfoque conjunto mejoró la capacidad de los sistemas de vigilancia para detectar casos de COVID-19. También facilitó la detección de factores de riesgo y vulnerabilidades específicas en los pueblos indígenas y las personas afrodescendientes en el contexto de la pandemia de COVID-19.²²

27. La importancia de la vigilancia continua de los virus de la gripe está bien reconocida dado su potencial epidémico y pandémico. En consecuencia, la Oficina ha apoyado el fortalecimiento de la capacidad para detectar los virus de la gripe y otros virus respiratorios y caracterizarlos genética, clínica y epidemiológicamente en la atención primaria y en la vigilancia centinela hospitalaria para las enfermedades tipo gripe o influenza (ETI) y las infecciones respiratorias agudas graves (IRAG).²³ Estos sistemas también son esenciales para mejorar la detección y el seguimiento de la transmisión de la COVID-19 en la comunidad. Hasta la fecha, 21 países han integrado la vigilancia de la COVID-19 en sus sistemas de vigilancia de ETI/IRAG.

28. La Oficina apoyó la ampliación de la plataforma de inteligencia epidemiológica de fuentes abiertas (EIOS, por su sigla en inglés) a cuatro países de la Región²⁴ a fin de aumentar su capacidad de vigilancia basada en eventos para la COVID-19 y otras enfermedades infecciosas emergentes. La plataforma EIOS permite a diversas comunidades de usuarios evaluar e intercambiar información de manera colaborativa sobre eventos de brotes en tiempo real, lo que aumenta la capacidad de llevar a cabo una evaluación de riesgos continua a nivel subnacional, nacional y regional.

29. La Oficina estableció un geoportal²⁵ para la Región a fin de proporcionar herramientas de modelización y mapeo de la salud pública para la vigilancia y el seguimiento de las pandemias. En este geoportal regional se brindan tableros de control y datos epidemiológicos que se actualizan a diario. El geoportal comprende también cuatro

²¹ El texto del proyecto de resolución se presenta en el documento A74/A/CONF./2 *Fortalecimiento de la preparación y respuesta de la OMS frente a emergencias sanitarias*. A partir del 25 de mayo está disponible en el sitio web de la OMS en:

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_ACONF2-sp.pdf.

²² Se elaboraron dos actualizaciones epidemiológicas para abordar la COVID-19 en los pueblos indígenas. Disponible en: <https://www.paho.org/es/alertas-actualizaciones-epidemiologicas>.

²³ Los informes están disponibles en: <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>.

²⁴ Argentina, Brasil, Dominica, Santa Lucía.

²⁵ Disponible en inglés en: <https://paho-covid19-response-who.hub.arcgis.com/>.

geoportales subregionales y 56 individuales por país o territorio de la Región. Además, el público general puede consultar el tablero de control interactivo de la OPS que muestra las cifras acumuladas de casos y muertes, las tasas acumuladas de incidencia para casos y muertes, y otros indicadores epidemiológicos notificados por los países y territorios. Esta información en tiempo real ha sido crucial para asistir a los países en su preparación y su respuesta. Contribuye también a la coordinación internacional y a dar a conocer la situación en la Región.

30. El seguimiento, el análisis y la proyección de las tendencias epidemiológicas son fundamentales para dar una respuesta eficaz. La Oficina produjo su primera alerta epidemiológica sobre el nuevo coronavirus el 16 de enero del 2020. Entre esa fecha y el 18 de mayo del 2021, la Organización ha difundido 31 actualizaciones epidemiológicas y alertas sobre la situación epidemiológica subregional y regional. Se publican informes semanales con indicadores de la vigilancia del SARS-CoV-2, así como de la gripe y otros virus respiratorios. Al 23 de mayo del 2021, treinta y ocho de los 54 países, territorios y áreas de la Región han notificado estos datos. Entretanto, la Oficina sigue analizando las tendencias en la Región, en particular por medio de la recopilación de datos de casos nominales de COVID-19. Durante la última semana de notificación de mayo del 2021, se captaron alrededor de 77% de los casos y 66% de las muertes a fin de analizarlos.

31. Los estudios de seroprevalencia han aportado datos valiosos sobre la propagación del virus desde el inicio de la pandemia. En noviembre del 2020, la Oficina puso en marcha un nuevo tablero de control²⁶ con estudios de seroprevalencia de América Latina y el Caribe, en el que se proporcionan detalles sobre el diseño de los estudios, el método de muestreo, el tamaño de las muestras y otros datos pertinentes sobre los estudios individuales.

32. En colaboración con la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN), la Oficina impartió capacitación en los últimos 12 meses a 35 países y territorios en el uso de la aplicación Go.Data. La aplicación, desarrollada por la OMS y sus asociados, apoya la investigación y el tratamiento de los casos sospechosos, el seguimiento de los contactos y la visualización en tiempo real de las cadenas de transmisión. Veinticuatro países y territorios²⁷ han descargado e instalado el sistema, pero solo 18 lo están utilizando activamente.

33. La vigilancia de laboratorio, necesaria para el seguimiento de las tendencias de la COVID-19, se basa en datos producidos en laboratorios clínicos o de salud pública. Para fortalecer la capacidad de diagnóstico de laboratorio, la Oficina ha brindado apoyo a los países y territorios con la revisión de los datos, sesiones de capacitación virtual, sesiones de solución de problemas y apoyo a fin de garantizar la disponibilidad de pruebas validadas y ensayos moleculares de referencia para el SARS-CoV-2. La Región de las Américas fue

²⁶ Disponible en inglés en: <https://ais.paho.org/hip/viz/COVID-19Seroprevalence.asp>.

²⁷ Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bermuda, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Estados Unidos de América, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Paraguay, República Dominicana, San Eustaquio, San Martín, Santa Lucía, Suriname, y Trinidad y Tabago.

la primera región de la OMS en suministrar a sus Estados Miembros kits de diagnóstico de laboratorio y, en el primer trimestre del 2020, todos los 35 Estados Miembros tenían la capacidad de efectuar pruebas de diagnóstico molecular para el SARS-CoV-2. En los comienzos de la pandemia, la Oficina activó también la red de laboratorios de salud pública de la Región, incluidos los laboratorios especializados de referencia con experiencia demostrada en la detección molecular de virus respiratorios. Al 28 de mayo del 2021, la Oficina había entregado alrededor de 532.950 hisopos y 777 kits de muestreo, junto con otros materiales y suministros de laboratorio críticos (como cebadores, sondas, insumos plásticos y reactivos), para más de 10,29 millones de reacciones o pruebas a más de 35 países y territorios. Asimismo, la Oficina ha suministrado más de 1.650.000 pruebas de diagnóstico rápido para detección de antígenos (Ag-RDT, por su sigla en inglés), como parte de la estrategia para aumentar la capacidad de diagnóstico, en especial en zonas remotas. Por otro lado, los Estados Miembros han comprado casi 7 millones de reactivos y pruebas por medio del Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública (el Fondo Estratégico), de la OPS.

34. La Oficina colabora estrechamente con los laboratorios de la Región para dar prioridad a las muestras destinadas a la secuenciación genómica. Hasta la fecha, 22 países participan en la Red Regional de la OPS de Vigilancia Genómica de la COVID-19,²⁸ con laboratorios de secuenciación de referencia en Brasil, Chile, Estados Unidos de América, México, Panamá, y Trinidad y Tabago. Este mecanismo será fundamental para detectar la propagación o aparición de nuevas variantes de preocupación.

Línea de acción estratégica 3: Fortalecer los sistemas de salud y las redes de prestación de servicios

35. La respuesta a la pandemia de COVID-19 requiere que los servicios de salud brinden atención al paciente de manera coordinada e integrada a través de todos los diferentes niveles de complejidad, con disponibilidad para asegurar un suministro ininterrumpido de medicamentos y dispositivos en todos los establecimientos de atención de salud, incluso los de las zonas remotas. En el caso de muchos países y territorios de la Región, prestar servicios de salud de esta manera ha sido un reto, a pesar de que todos han adoptado medidas para ampliar las capacidades de las redes de servicios de salud para el manejo apropiado de los pacientes con COVID-19 y para la continuidad de los servicios esenciales de salud. Entre las medidas adoptadas figuran la ampliación, la redistribución y la capacitación de los recursos humanos, la compra de productos básicos esenciales, las asignaciones presupuestarias y las innovaciones en las modalidades de prestación de servicios. La Oficina ha prestado diversos tipos de apoyo continuo a los países y territorios para aplicar esas medidas, incluido el despliegue de personal o de suministros en 40 países y territorios de la Región. La Oficina ha proporcionado orientación técnica, capacitación e intercambio de experiencias a todos los países y territorios según fuese necesario para la reorganización de los servicios de salud y la ampliación o fortalecimiento de las capacidades para responder a la pandemia de COVID-19. Desde el inicio de la pandemia

²⁸ Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/influenza/red-regional-vigilancia-genomica-covid-19>.

hasta el 30 de mayo del 2021, el Campus Virtual de Salud Pública ha ofrecido 23 cursos relacionados con la COVID-19; estos han sido utilizados por 35 países y territorios de la Región de las Américas, que han inscrito a 818.120 nuevos estudiantes. La Oficina también ha capacitado a más de 70.000 trabajadores de salud en diversas esferas relacionadas con el manejo de casos y las opciones terapéuticas.

36. El primer nivel de la atención de salud desempeña un papel crítico en la detección de los casos de COVID-19, el control del aumento de los casos, el manejo oportuno de los casos ambulatorios en la comunidad y la continuidad de los servicios esenciales de salud. Veintiocho de los 29 países y territorios que respondieron a la encuesta rápida de la OMS mencionada anteriormente han aplicado diferentes estrategias para superar las interrupciones en la prestación de los servicios esenciales de salud.²⁹ Estas incluyen el triaje para definir las prioridades (88% de los países); la prestación de cuidados domiciliarios (80%); el uso de las comunicaciones comunitarias y la prestación de servicios por telemedicina (76%); y la reorientación de la atención al paciente a sitios alternativos (72%). La Oficina brindó orientación, facilitó el intercambio de experiencias e hizo el seguimiento de la continuidad de los servicios esenciales de salud mediante la ejecución de la encuesta rápida de la OMS.

37. La pandemia ha tenido un impacto negativo en la salud mental de la población; sin embargo, en el primer trimestre del 2021, 60% de los países y territorios que respondieron notificaron interrupciones en los servicios de salud mental. Este fue el servicio de salud para el que más países y territorios notificaron interrupciones. Desde el 2020, la Oficina ha prestado cooperación técnica continua a los países y territorios en esferas clave relacionadas con la salud mental y el apoyo psicosocial (SMAPS), incluido el apoyo a 24 países y territorios para promover sus mecanismos de coordinación de SMAPS;³⁰ a 20 países en la ejecución de intervenciones remotas de SMAPS;³¹ y a 13 países y territorios en la elaboración de planes de ejecución del Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP, por su sigla en inglés).³² La Oficina también preparó un conjunto de materiales técnicos y de comunicaciones para abordar las intervenciones de SMAPS durante la COVID-19 destinadas a la población en general y a los grupos vulnerables,

²⁹ OMS. Tracking Continuity of Essential Health Services during the COVID-19 Pandemic. An interactive dashboard (consultado el 5 de mayo del 2021). Disponible en inglés en:

<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/monitoring-health-services/national-pulse-survey-on-continuity-of-essential-health-services-during-the-covid-19-pandemic/dashboard>.

Los 28 países y territorios que respondieron fueron Argentina, Bahamas, Belice, Bermuda, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Haití, Honduras, Islas Caimán, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname y Uruguay.

³⁰ Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Belice, Bolivia, Brasil, Costa Rica, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Perú, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, y Venezuela.

³¹ Anguila, Antigua y Barbuda, Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Guatemala, Honduras, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, México, Panamá, Perú, República Dominicana, Trinidad y Tabago, Venezuela.

³² Bolivia, Costa Rica, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Islas Caimán, México, Panamá, Perú, Santa Lucía, Trinidad y Tabago, y Venezuela.

incluidos los trabajadores de primera línea y de salud; asimismo, facilitó la capacitación y el aumento de las capacidades en materia de SMAPS por medio de cursos virtuales y de más de 60 seminarios en la web.

38. Entre marzo del 2020 y abril del 2021, 16 países y territorios³³ de la Región registraron un aumento de 59.599 camas de UCI y muchos superaron la cifra de 12 camas de UCI por 100.000 habitantes, el promedio entre los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Este aumento representa un crecimiento del 97,1% en la capacidad de cuidados críticos. Lamentablemente, las tasas de ocupación de las UCI en algunos momentos superaron el 85% (al 30 de abril del 2021, 10 países superaban el 90%). Además, a pesar del aumento significativo en la capacidad de cuidados intensivos, esta capacidad no es necesariamente sostenible ni la atención siempre cumple con las normas de calidad y seguridad del paciente. El agotamiento del personal y el acceso insuficiente a las opciones terapéuticas (incluido el oxígeno) son algunas de las dificultades. La Oficina brindó orientación para la ampliación de los servicios hospitalarios y de la capacidad de cuidados críticos, incluidas las estimaciones de las necesidades de capacidad hospitalaria, la planificación de los recursos necesarios, la gestión de las camas de cuidados críticos y la coordinación de la atención, para responder al aumento de los pacientes con COVID-19. También se llevaron a cabo misiones virtuales para apoyar a los países y territorios cuyos hospitales se encontraban a punto de colapsar en medio del aumento repentino de la demanda por los casos de COVID-19. En esos países y territorios, una estrategia clave de mitigación ha sido la movilización de equipos médicos de emergencia y la orientación técnica como parte de la estrategia de equipos médicos de emergencia y sitios alternativos de atención médica (SAAM).

39. El papel de los equipos médicos de emergencia y de los sitios alternativos de atención médica ha sido reconocido como clave en la ampliación de la capacidad para satisfacer las necesidades creadas por el aumento exponencial de pacientes por la COVID-19. Por consiguiente, la Oficina ha proporcionado orientación, capacitación y recomendaciones (17) para apoyar a los países y territorios en el establecimiento de una respuesta integral para aumentar la capacidad en caso de un aumento repentino de la demanda de atención médica dentro de sus redes nacionales de servicios de salud. Al 28 de mayo del 2021, 19 países³⁴ habían notificado el despliegue de 188 equipos médicos de emergencia nacionales, así como 182 SAAM en funcionamiento, proporcionando un total de 13.781 camas de hospitalización y 1.469 camas de cuidados críticos. Además, los equipos médicos de emergencia regionales han estado apoyando la atención clínica en las zonas fronterizas y remotas, para facilitar el acceso a los migrantes y las poblaciones indígenas. Los equipos médicos de emergencia y los SAAM también desempeñaron un papel importante en las principales emergencias concurrentes, como los huracanes Eta e Iota, que afectaron a Colombia y a algunos países centroamericanos durante la pandemia.

³³ Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

³⁴ Argentina, Bahamas, Barbados, Bolivia, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Estados Unidos de América, Guatemala, Guyana, Honduras, Islas Caimán, Jamaica, México, Perú, República Dominicana, y Trinidad y Tabago.

La Oficina colabora con sus asociados y con la red regional de puntos focales de los equipos médicos de emergencia para facilitar la respuesta local y el cumplimiento de las recomendaciones.

40. La Oficina creó un Grupo Técnico de Oxígeno (GTO) para evaluar las limitaciones sufridas por los países y territorios que han visto un aumento en el número de pacientes que necesitan tratamiento de apoyo con oxígeno durante la pandemia. El GTO está prestando apoyo técnico integral a 10 países y territorios,³⁵ lo que incluye recomendaciones adaptadas al lugar que abarcan el enfoque clínico, la organización de los servicios de salud (optimización de la infraestructura existente, fortalecimiento de las capacidades técnicas y trabajo en redes integradas), la creación de capacidad y la evaluación de las capacidades locales.

41. La Oficina ha elaborado herramientas de planificación de la fuerza laboral para el aumento repentino de la demanda de pacientes por la COVID-19. La Organización también ha apoyado a los países para que inicien un diálogo de políticas sobre los planes de reparto de tareas y la gestión y regulación de los profesionales de la salud para enfrentar mejor la epidemia de COVID-19 y crear capacidad en las facultades de medicina y enfermería para ampliar las funciones de los médicos y enfermeras en la atención primaria. Muchos países han aprobado instrumentos jurídicos y normativos para la gestión de los recursos humanos para la salud. La disponibilidad y la seguridad del personal de salud ha sido un factor crítico en la ampliación de los servicios para responder a la pandemia y en las adaptaciones para garantizar la continuidad de los servicios esenciales.

42. El refuerzo del cumplimiento con las prácticas de higiene de las manos, de uso del equipo de protección personal (EPP), y de limpieza y desinfección de los dispositivos médicos ha sido una prioridad para los países y territorios, así como para la Oficina desde el comienzo de la pandemia. Al 7 de mayo del 2021, 33 países y territorios³⁶ siguieron informando que contaban con un programa nacional de prevención y control de infecciones, y de aplicación de las normas de agua, saneamiento e higiene en los establecimientos de atención de salud. Además, hubo un aumento del 42% en el número de países y territorios que evaluaron su infraestructura de salud para el control de infecciones transmitidas por aerosoles (del 18 de mayo del 2020 al 31 de mayo del 2021). La pandemia también podría contribuir a un aumento en el número de infecciones asociadas a la atención médica con microorganismos multirresistentes, debido a la falta de cumplimiento de las precauciones estándares basadas en la transmisión, las fallas en la limpieza del entorno y el uso inapropiado del equipo de protección personal. La Oficina ha emitido orientación para el manejo de los trabajadores de salud expuestos a la COVID-19 en establecimientos de salud, y ha impartido capacitación presencial y virtual a ministerios

³⁵ Antigua y Barbuda, Argentina, Bolivia, Colombia, Guyana, Islas Turcas y Caicos, Panamá, Paraguay, Perú y Suriname.

³⁶ Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guyana, Haití, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

de salud y al personal de salud. Al 31 de mayo del 2021, la Oficina había impartido sesiones de capacitación de varias semanas sobre la prevención y el control de infecciones a más de 19.604 personas, entre ellas, trabajadores de salud, expertos en logística, trabajadores de la hostelería y otras personas que se encuentran expuestas a un mayor riesgo de exposición a la COVID-19.³⁷

43. En respuesta a la evolución rápida de la pandemia de COVID-19 y a la acumulación de investigaciones científicas, la Oficina ha puesto en marcha un mecanismo de traducción del conocimiento ágil y adaptable para identificar, resumir y divulgar la mejor evidencia disponible para la toma rápida de decisiones y proporcionar orientación sobre el manejo clínico. La Oficina ha apoyado el fortalecimiento de los mecanismos nacionales rápidos basados en la evidencia y ha brindado orientación para abordar el uso, fuera de los entornos de investigación, de intervenciones farmacológicas que no han demostrado su eficacia y su inocuidad para la COVID-19. Estas intervenciones, que podrían no ser beneficiosas y podrían incluso perjudicar a los pacientes, plantean preocupaciones éticas. Actualmente, hay intervenciones terapéuticas farmacológicas disponibles (esteroides y algunos inmunomoduladores) que han demostrado ser eficaces para disminuir la mortalidad y otros resultados graves en pacientes con COVID-19. La mayoría de los países y territorios han formulado y están aplicando directrices para el manejo clínico de los pacientes, de acuerdo con la gravedad de su enfermedad. Sin embargo, equilibrar la evidencia y la ética en medio de la incertidumbre y garantizar que no haya un uso de emergencia de intervenciones no comprobadas fuera de la investigación sigue siendo un reto considerable para la Región.

44. Para abordar las lagunas en la evidencia y fortalecer la toma de decisiones, la Oficina actualizó y recopiló continuamente la mejor evidencia disponible sobre la eficacia y la seguridad de las opciones terapéuticas para la COVID-19 (18-19). Los países y territorios también están financiando y promoviendo la investigación en una variedad de disciplinas para hacer frente a la pandemia, y han establecido estrategias y procedimientos para agilizar la revisión ética.³⁸ Sin embargo, debido al volumen de evidencia emergente, algunos Estados Miembros están teniendo problemas con la supervisión de la investigación en curso sobre la COVID-19.

45. Se espera que los recursos públicos nacionales sigan soportando la mayor parte de la carga para la respuesta del sector de salud a la COVID-19 en la Región. A pesar de una contracción estimada de 7,7% del producto interno bruto (PIB), que contribuyó a una disminución de los ingresos tributarios de 0,5 puntos porcentuales del PIB en el 2020,

³⁷ Entre los países y territorios destinatarios se encontraban: Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Belice, Bermuda, Dominica, Granada, Guyana, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, Montserrat, Saint Kitts y Nevis, San Martín, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, y Trinidad y Tabago.

³⁸ Los siguientes países han registrado ensayos clínicos o estudios de observación en la Plataforma de la OMS de Registros Internacionales de Ensayos Clínicos: Argentina (13), Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia (2), Brasil (41), Canadá (64), Chile (8), Colombia (13), Costa Rica (2), Cuba (13), Curaçao, Dominica, Ecuador (5), El Salvador, Estados Unidos de América (395), Granada, Guatemala, Haití, Honduras (3), Jamaica, México (25), Montserrat, Paraguay, Perú (9), República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

América Latina alcanzó el nivel más alto de gasto del gobierno central desde 1950, con 24,7% del PIB (20).³⁹ Además, para complementar los recursos nacionales, varias instituciones financieras internacionales y otros donantes han proporcionado oportunidades de financiamiento a los países de la Región. Algunos de los ejemplos son: *a)* el mecanismo con procedimiento de tramitación acelerada para hacer frente a la pandemia de COVID-19 del Banco Mundial (\$242,5 millones aprobados para 12 países)⁴⁰ y fondos dedicados a la vacunación contra la COVID-19 (\$220 millones aprobados para tres países);⁴¹ *b)* la respuesta operativa del Banco Interamericano de Desarrollo a la COVID-19 (la respuesta inmediata de salud pública financió \$802,7 millones aprobados para 10 países);⁴² *c)* el mecanismo de respuesta a la COVID-19 del Fondo Mundial (asignación básica de \$61 millones a 19 países⁴³ y seis proyectos multinacionales); y *d)* apoyo a la entrega de vacunas del Mecanismo COVAX de Gavi (\$775 millones en todo el mundo, más allá de la compra de vacunas).⁴⁴

46. La pandemia ha afectado drásticamente a los programas nacionales de inmunización de la Región, especialmente la prestación y la demanda de servicios de vacunación en las comunidades y los centros de salud. A nivel mundial, ha afectado la disponibilidad oportuna y los costos de flete de muchas vacunas. El Fondo Rotatorio para el Acceso a las Vacunas (el Fondo Rotatorio), de la OPS, ha desempeñado un papel fundamental para garantizar la sostenibilidad de las cadenas de suministro de inmunización (para vacunas, dispositivos de inyección seguros y equipos de cadena de frío) durante la pandemia. La Oficina también sigue colaborando estrechamente con los programas nacionales de inmunización en la planificación preventiva de las fluctuaciones de la demanda nacional de vacunas, la asignación del suministro y la supervisión de los inventarios nacionales de vacunas. Además, la Oficina está trabajando con los fabricantes de vacunas y los asociados internacionales para supervisar cuidadosamente las interrupciones en la logística y otros riesgos que los proveedores podrían estar enfrentando. La planificación precisa de la demanda se ha vuelto más importante que nunca para minimizar los riesgos de interrupción del acceso a las vacunas que salvan vidas. En el 2020, el valor total de las compras por el Fondo Rotatorio alcanzó \$750 millones y la cuenta de capitalización del Fondo Rotatorio aportó un apoyo fundamental de financiamiento puente a los Estados Miembros solicitantes.

³⁹ La estadística se refiere a 16 países de América Latina, como se muestra en la figura 1.1 de la fuente.

⁴⁰ Argentina, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Trinidad y Tabago, Uruguay.

⁴¹ Ecuador, El Salvador, Honduras.

⁴² Argentina, Bahamas, Belice, Ecuador, El Salvador, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua y República Dominicana.

⁴³ Belice, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname y Venezuela.

⁴⁴ Grupo de la OMS de coordinación para el despliegue de vacunas contra la COVID-19. Actualización del 12 de mayo del 2021 [documento interno sin publicar].

Línea de acción estratégica 4: Fortalecer las operaciones de respuesta ante emergencias y la cadena de suministros

47. Los países siguen enfrentando un mercado complejo para comprar insumos y medicamentos relacionados con la COVID-19. Las consideraciones relativas a la calidad son fundamentales, ya que el mercado está inundado de productos de dudosa calidad. Además, la pandemia de COVID-19 ha causado graves interrupciones en las cadenas regulares de suministro de equipo e insumos médicos, así como en los vuelos comerciales que la OPS ha utilizado en otras ocasiones para desplegar expertos y enviar tecnologías sanitarias esenciales. En consecuencia, para apoyar a los países y territorios de la Región, la Oficina ha estado trabajando incansablemente con otros organismos de las Naciones Unidas, asociados, ONG internacionales y donantes, incluso por medio de la Célula de Coordinación Interinstitucional de la Cadena de Suministro para la COVID-19, a fin de obtener los insumos que los países necesitan para prevenir casos de COVID-19 y muertes conexas, y prestar otros servicios de salud esenciales.

48. En el 2020, con el fin de hacer frente a la escasez mundial de insumos y medicamentos esenciales para combatir la COVID-19, incluso por medio de la red mundial de compras de la OMS, la Oficina instituyó numerosas iniciativas en coordinación con sus asociados. Entre ellas figuraban la ampliación de los proveedores comerciales que cumplen los criterios, la celebración de acuerdos a largo plazo con asociados comerciales nuevos y existentes, y la aplicación de un mecanismo interprogramático interno para evaluar y clasificar la calidad de los productos médicos. Estas iniciativas ayudaron a garantizar la entrega de algunos artículos en el menor tiempo posible y con las normas más altas de calidad y desempeño. También mejoraron la capacidad de la Oficina para administrar la logística, el almacenamiento y el transporte de grandes cantidades de productos médicos delicados. Por ejemplo, el equipo biomédico y los medios de diagnóstico (incluidas las pruebas de detección rápida de antígenos) se entregan actualmente en un plazo de dos a cinco semanas después de la emisión de una orden de compra.

49. En el 2021, algunos países de la Región con capacidad para producir, regular y exportar productos médicos han cerrado las rutas comerciales internacionales con el fin de priorizar la disponibilidad interna de los recursos que se necesitan con urgencia a raíz del gran aumento de los casos de COVID-19. Además, ha habido un cambio general en el mercado con una tendencia hacia la fabricación de productos para la COVID-19 que tienen ventas mayores y más rápidas. Esto ha afectado de manera directa los precios de algunos artículos esenciales y su disponibilidad para muchos países de la Región. Paralelamente a la disminución de la oferta de insumos de salud esenciales y medicamentos para responder a la COVID-19, como anestésicos y medicamentos para las unidades de cuidados intensivos, la oferta de otros productos sanitarios (por ejemplo, EPP, respiradores y artículos de limpieza) ha aumentado como consecuencia del aumento de la demanda. Estas condiciones inestables del mercado dificultan sobremanera los esfuerzos para asegurar el acceso oportuno a medios de diagnóstico, dispositivos médicos, nuevas vacunas y tratamientos para todos los países y territorios.

50. La Oficina ha comenzado a trabajar con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) con el fin de analizar la capacidad de producción de medicamentos y otras tecnologías sanitarias en la Región. Los ministerios de salud, ciencia, tecnología e industria, así como el sector manufacturero, ya han sido convocados con miras a aumentar la capacidad regional para mejorar el acceso a medicamentos y otras tecnologías sanitarias en las emergencias de salud.

51. La Oficina participa activamente en: *a)* el Acelerador del Acceso a las Herramientas contra la COVID-19 (Acelerador ACT), a fin de promover y acelerar el desarrollo, la producción y la distribución equitativa de vacunas, medios de diagnóstico y opciones terapéuticas para la COVID-19, y *b)* el Mecanismo COVAX, cuyo objetivo es asegurar el acceso a vacunas seguras y eficaces para todos los países, independientemente de su nivel de ingresos. Paralelamente, la Organización ha elaborado una lista de dispositivos médicos prioritarios para su uso en el contexto de la COVID-19 y ha ofrecido cursos para 350 participantes de 17 países y territorios.⁴⁵ La OPS sigue manteniendo una lista de 73 medios de diagnóstico *in vitro* prioritarios en plataformas tanto patentadas como abiertas. La Organización apoya también la Base Regional de Informes de Evaluación de Tecnologías en Salud de las Américas (BRISA), que contiene 144 informes en la sección sobre la COVID-19. Las evaluaciones de tecnologías sanitarias son una herramienta inestimable para guiar a las autoridades de salud en el uso de tecnologías pertinentes para enfrentar la pandemia.

52. Al 30 de abril del 2021, la Oficina había ejecutado 1.879 órdenes de compra de insumos para la COVID-19 por un valor de \$280 millones y por medio de 819 proveedores.⁴⁶ De este total, \$209 millones corresponden a compras realizadas directamente por Estados Miembros por medio del Fondo Estratégico de la OPS. La Oficina ha movilizado 871 toneladas de productos sanitarios destinados a 34 países y territorios en 253 envíos. Los productos de salud esenciales movilizados consistieron en 6.500 oxímetros de pulso para dedos, 1.445 oxímetros de pulso de mano, 1.970 concentradores de oxígeno, 6,8 millones de guantes, 34 millones de máscaras quirúrgicas, 6.816.000 máscaras de protección respiratoria, 2.362.000 batas clínicas, 366.000 gafas, medicamentos para pacientes de unidades de cuidados intensivos, kits de diagnóstico e insumos fungibles de laboratorio, equipos biomédicos y pruebas rápidas de antígenos del virus causante de la COVID-19. Al 28 de mayo del 2021, más de 53% de los fondos utilizados por la Oficina para la respuesta se habían destinado directamente a la compra de EPP, pruebas de laboratorio y otros insumos esenciales.

53. La Oficina ha hecho de la garantía de la calidad un componente crítico de su apoyo técnico para la compra de productos, insumos y equipo. Esto ha implicado trabajar con países y territorios para: *a)* examinar las especificaciones; *b)* formular y proporcionar

⁴⁵ Argentina, Belice, Bahamas, Barbados, Haití, Jamaica, Guatemala, Guyana, México, Nicaragua, Panamá, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Venezuela.

⁴⁶ Kits de diagnóstico (PCR, kits de detección y extracción), pruebas rápidas de la COVID-19, insumos fungibles, EPP y otros insumos (excepto vacunas).

recomendaciones técnicas sobre la garantía de calidad y orientación sobre productos básicos, como mascarillas comunes y de protección respiratoria (por ejemplo, mascarillas KN95 para Venezuela, mascarillas de protección respiratoria para Bolivia y Trinidad y Tabago), EPP (por ejemplo, plan de acción para Costa Rica) y concentradores de oxígeno; *c*) facilitar el flete y la logística, y *d*) asistir a los países que tienen problemas de garantía de calidad y vigilancia poscomercialización (por ejemplo, Bolivia, Guyana, Suriname y Venezuela para los medios de diagnóstico *in vitro*). La Organización colabora con las autoridades regulatorias nacionales de la Región para difundir recomendaciones, consideraciones, evaluaciones y resultados de la vigilancia poscomercialización de productos que puedan usarse para manejar los casos de COVID-19. Además, la Oficina mantiene un repositorio de sitios web e información pertinente, incluso sobre la respuesta regulatoria a la COVID-19, en la Plataforma Regional de Acceso e Innovación para Tecnologías Sanitarias (PRAIS). La Oficina también ha precalificado a varios proveedores después de evaluaciones técnicas de la calidad, la seguridad y la eficacia de sus productos.

54. El refuerzo de la capacidad de los países y territorios en lo que respecta a la cadena de suministro para desplegar eficientemente las tecnologías entrantes y, al mismo tiempo, asegurar un acceso adecuado a las demás tecnologías sanitarias esenciales ha sido un objetivo importante de la Oficina desde el comienzo de la pandemia. Después de realizar encuestas de los proveedores, la Organización trabajó con las autoridades nacionales para solucionar problemas y monitorear y guiar las medidas para abordar los efectos de la intensificación de la demanda de artículos médicos en la producción, la logística, las aduanas y las existencias, con miras a mitigar los riesgos de escasez y demora. Estas medidas incluían, entre otras, la movilización de reservas estratégicas regionales de la Oficina, el examen de rutas alternativas de transporte, la búsqueda de otras opciones terapéuticas, la aceleración de entregas fraccionadas utilizando distintas opciones para el transporte y la facilitación de donaciones y préstamos entre países.

Línea de acción estratégica 5: Apoyar la introducción de las vacunas contra la COVID-19 y el acceso a ellas

55. A fin de mejorar el apoyo institucional de la Oficina a la introducción de vacunas contra la COVID-19 en la Región de las Américas, la Directora de la OPS estableció el Grupo de Trabajo para la Vacunación contra la COVID-19 en las Américas. Este grupo, que complementa otros recursos de la Organización, ha estado proporcionando orientación estratégica para la planificación y el despliegue de la vacunación contra la COVID-19 en la Región. El Fondo Rotatorio de la OPS,⁴⁷ otro componente decisivo de la respuesta de la Organización, es una importante plataforma mediante la cual los Estados Miembros pueden tener acceso a vacunas por medio del Mecanismo COVAX, que tiene alcance mundial. Durante la fase de creación y diseño de COVAX, la Oficina asumió un papel activo para que se atendieran las necesidades de los Estados Miembros y se velara al mismo tiempo

⁴⁷ Por más de 40 años, el Fondo Rotatorio de la OPS ha ayudado a los Estados Miembros y territorios a atender la demanda prevista de vacunas, jeringas y otros insumos para la vacunación en toda la Región, y a aprovechar economías de escala para asegurar el acceso a vacunas de buena calidad a los precios más bajos.

por la equidad y la asequibilidad con el uso del Fondo Rotatorio de la OPS como principal mecanismo para la compra de vacunas contra la COVID-19 en la Región.

56. En septiembre y octubre del 2020, la Oficina trabajó estrechamente con asociados internacionales, entre ellos Gavi, la Alianza para las Vacunas, el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial, el Organismo de Salud Pública del Caribe y la Unión Europea, para facilitar la participación de los Estados Miembros y territorios interesados en el Mecanismo COVAX. En consecuencia, 28 Estados Miembros y territorios que son participantes autofinanciados⁴⁸ firmaron acuerdos de compromiso con Gavi que representan alrededor del 33% del volumen mundial de compras previsto para el grupo autofinanciado. A pesar de las dificultades presupuestarias y fiscales que han persistido durante la pandemia, los Estados Miembros y territorios autofinanciados han cumplido los requisitos financieros de COVAX, con más de \$1.100 millones en pagos iniciales y garantías financieras. Otros 10 Estados miembros⁴⁹ pueden acogerse al Compromiso Anticipado de Mercado por medio de COVAX.

57. El 12 de noviembre del 2020, la Oficina y el UNICEF anunciaron una licitación internacional conjunta para vacunas contra la COVID-19 en nombre del Mecanismo COVAX. El Mecanismo COVAX se ha comprometido a entregar alrededor de 202 millones de dosis de vacunas a los 36 países y territorios de América Latina y el Caribe que participan en el Mecanismo. Sin embargo, desde marzo del 2021, COVAX viene enfrentando una considerable escasez de suministros en comparación con las proyecciones contractuales de los compromisos de compra anticipada de Gavi. Entre los principales factores que contribuyen a la escasez figuran: *a)* problemas con las licencias de exportación, el aumento de la producción y la liberación de lotes; *b)* acuerdos bilaterales para captar dosis futuras (especialmente las que se fabriquen durante el 2021) con un enfoque de cartera de riesgo que va más allá de las necesidades nacionales, y *c)* previsiones excesivamente optimistas de los proveedores con respecto a su capacidad de producción, que no se están concretando en el 2021. Los retrasos en el suministro han afectado las entregas planificadas y han socavado la confianza en el Mecanismo COVAX.

58. Sobre la base de las últimas indicaciones de disponibilidad del Mecanismo COVAX y los proveedores, la Oficina prevé que se entregarán 33 millones de dosis como máximo a 31 participantes para fines de julio del 2021. Esto corresponde a una cobertura de alrededor del 2,5% de la población, en promedio.⁵⁰ Sobre la base de las últimas simulaciones de la disponibilidad de dosis hasta fines de septiembre del 2021 (con expectativas medianas), la Oficina estima que podrían asignarse entre 8 y 9 millones

⁴⁸ Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bermudas, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, México, Montserrat, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

⁴⁹ Bolivia, Dominica, El Salvador, Granada, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, San Vicente y las Granadinas, y Santa Lucía.

⁵⁰ En el caso de algunos pequeños países insulares, las entregas en los dos primeros trimestres del año podrían corresponder a una cobertura de hasta 20% debido al volumen mínimo de envío requerido por los proveedores.

de dosis más, aproximadamente, a América Latina y el Caribe. Esto llevaría el nivel promedio de cobertura proyectado a un nivel del 4% al 5,5% del total de la población. Se prevé que la ejecución del cuarto algoritmo de asignación de COVAX concluirá la tercera semana de junio y abarcará las dosis que se espera distribuir durante el período de julio a septiembre del 2021. Según los planes, alrededor de 70% de las dosis comprometidas por COVAX se movilizarán en el cuarto trimestre del 2021 y posteriormente. Se prevé asimismo que los participantes de América Latina y el Caribe en el Mecanismo recibirán dosis para vacunar a alrededor del 20% de su población de alto riesgo (o menos, si su coeficiente de participación es menor) para fines del 2021. Este porcentaje equivale a alrededor de 100 millones de personas de la Región. Sin embargo, se necesita una mayor cobertura de vacunación para controlar la pandemia.

59. Las vacunas obtenidas por medio de COVAX son de calidad garantizada por la OMS (puesto que figuran en la lista de la OMS para uso de emergencia o han pasado por el proceso de precalificación) o, en circunstancias excepcionales, por una autoridad reguladora estricta. Al 4 de junio del 2021, seis vacunas contra la COVID-19⁵¹ habían sido incluidas en la lista de la OMS para uso de emergencia, y la mayoría de ellas forman parte de la cartera de COVAX. Las primeras dosis proporcionadas por medio de COVAX en la Región de las Américas se entregaron el 1 de marzo del 2021 a Colombia. Desde esa fecha hasta el 5 de junio del 2021, 31 países y territorios de América Latina y el Caribe recibieron alrededor de 19,7 millones de dosis⁵² por medio de COVAX.⁵³

60. También ha habido un interés extraordinario en todos los países y grupos de países en cerrar tratos anticipados en relación con las vacunas contra la COVID-19. Según un análisis oficioso de la Oficina basado en información difundida por los medios de comunicación y por los Estados Miembros de manera *ad hoc*, si bien algunos Estados Miembros han cerrado tratos bilaterales para alcanzar una cobertura del 100% o más de su población, se prevé que muchos otros (en particular los que tienen recursos financieros muy limitados y los pequeños países del Caribe) alcanzarán una cobertura del 20% al 50% de su población, en su mayor parte por medio del Mecanismo COVAX y posibles donaciones. Los acuerdos bilaterales de los países con los proveedores (especialmente los de los países de ingresos altos) están teniendo un gran impacto en la disponibilidad general de suministros a escala mundial y en la equidad del acceso mundial, lo cual constituye un reto que debe ser abordado por la comunidad internacional.

61. Al 4 de junio del 2021, 49 de los 51 países y territorios (33 de 35 Estados Miembros)⁵⁴ tenían programas de vacunación contra la COVID-19 en los que se usaban

⁵¹ Pfizer-BioNTech (Comirnaty); AstraZeneca (AZ)/SK Bio (ChAdOx1-S); Serum Institute of India (ChAdOx1-S, Covishield); sitios aprobados de AZ EY (ChAdOx1-S); SK-Catalent, Wuxi y Chemo España; Janssen (Ad26.COVS.2.S); Moderna (mRNA-1273); Sinopharm/BIBP (BBIBP-CorV); Sinovac (CoronaVac).

⁵² Pfizer-BioNTech, AstraZeneca/SK Bio, AstraZeneca/Serum Institute of India, AstraZeneca/Catalent.

⁵³ Se pueden consultar más datos sobre la llegada de vacunas contra la COVID-19 a la Región de las Américas por medio del Mecanismo COVAX en: <https://www.paho.org/es/covax-americas>.

⁵⁴ Cuba está llevando a cabo una intervención de salud en el personal de salud y otros grupos de riesgo con

vacunas recibidas en el marco de acuerdos bilaterales con fabricantes, el Mecanismo COVAX y donaciones. Se han administrado más de 497 millones de dosis en la Región y 207 millones de personas han completado su plan de vacunación. De estas dosis, 61% se administraron en Estados Unidos de América y 34% en América Latina y el Caribe. Los Estados Miembros que han vacunado al mayor número de personas con un esquema completo por 100 habitantes son Barbados, Chile, Dominica, Estados Unidos de América y Uruguay.⁵⁵

62. En la Región de la Américas se están usando por lo menos diez vacunas de tres plataformas diferentes (vector adenoviral, ARNm y virus inactivados). El uso de diversos productos en cada país (9 países están usando una vacuna; 15 países, dos vacunas, y 23 países, tres o más vacunas) plantea dificultades programáticas. Con estas nuevas vacunas, no todas las cuales han sido incluidas en la lista de la OMS para uso de emergencia, es necesario que los países intensifiquen la vigilancia de la seguridad y el impacto de todas las vacunas contra la COVID-19.

63. Durante la segunda mitad del 2020, la Oficina apoyó a las autoridades nacionales en el uso de la herramienta de la OMS de autoevaluación de la preparación para la introducción de vacunas (VIRAT) como parte de sus preparativos para la vacunación contra la COVID-19. Los 33 Estados Miembros de América Latina y el Caribe usaron la herramienta para autoevaluar su grado de preparación e informaron a la Oficina sobre su progreso. Esta información se ha usado para dar seguimiento a la preparación regional y proporcionar cooperación técnica focalizada en varias esferas, entre ellas: *a)* la planificación y presupuestación de los programas de inmunización; *b)* la armonización de los procesos regulatorios nacionales; *c)* el fortalecimiento de la cadena de suministro y la cadena de frío; *d)* el fortalecimiento de la vigilancia de los eventos adversos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización (ESAVI);⁵⁶ *e)* la adaptación de los sistemas de seguimiento e información; *f)* el uso de los sistemas existentes para evaluar la efectividad de las vacunas contra la COVID-19, y *g)* el establecimiento de las bases para la participación de la comunidad a fin de fomentar la demanda de las vacunas contra la COVID-19.

64. La Oficina proporcionó orientación y apoyo integral a las partes interesadas en los países para que elaboraran sus planes nacionales de despliegue de vacunas adaptados al contexto local. Desde entonces, 23 países y territorios de la Región han cargado sus planes nacionales de despliegue de vacunas en la plataforma de asociados contra la COVID-19 (10 que participan en el compromiso anticipado de mercado y 13 autofinanciados). Lamentablemente, varios países no asignaron suficientes recursos en el presupuesto para

vacunas candidatas de BioCubaFarma contra la COVID-19 que se encuentran en la fase III. Haití planea iniciar la vacunación contra la COVID-19 a fines del segundo o tercer trimestre del 2021.

⁵⁵ El tablero de control de la OPS sobre la vacunación contra la COVID-19 se puede consultar en inglés en: https://ais.paho.org/imm/IM_DosisAdmin-Vacunacion.asp.

⁵⁶ La Oficina también estableció un sistema regional de vigilancia de los ESAVI para facilitar la detección de problemas de seguridad. La Oficina produce y difunde un informe semanal con información regional y mundial consolidada sobre la seguridad de las vacunas contra la COVID-19, que se encuentra disponible en inglés en: <https://covid-19pharmacovigilance.paho.org/>.

los gastos de la introducción de vacunas, ya que no tuvieron en cuenta el costo de las actividades de divulgación o la contratación de más personal. En consecuencia, la Oficina está asistiendo a cinco países⁵⁷ en el uso de la herramienta para determinar el costo de la introducción y el despliegue de vacunas contra la COVID-19 para producir estimaciones precisas de los costos de la distribución de vacunas, además de su compra. Se prevé que otros países introducirán la herramienta en los próximos meses, ya que recientemente se ha facilitado una nueva versión multilingüe.

65. A fin de acelerar el despliegue de vacunas, la Oficina ha proporcionado orientación a los Estados Miembros sobre los procesos de autorización regulatoria, los permisos de importación y los procedimientos para la liberación de lotes. La Oficina también trazó las rutas regulatorias existentes para la autorización, la importación y el seguimiento posterior al despliegue de vacunas contra la COVID-19 en 21 países.⁵⁸ La Oficina celebró varios talleres con autoridades regulatorias nacionales de la Región a fin de facilitar el uso de las vacunas que han sido incluidas en la lista de la OMS para uso de emergencia. Además, la Oficina facilitó una mayor eficiencia en los procesos de adopción de decisiones al conceder acceso a los expedientes de productos incluidos en la lista de la OMS para uso de emergencia a las autoridades regulatorias nacionales que han firmado acuerdos de confidencialidad.⁵⁹

66. El Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación se reunió dos veces en el 2020 (en agosto⁶⁰ y noviembre⁶¹) para proporcionar orientación sobre la adaptación regional de las recomendaciones del Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización (SAGE) de la OMS (por ejemplo, sobre la selección de grupos prioritarios para la vacunación contra la COVID-19, la definición de las principales áreas de atención para asegurar la preparación de los países, y el mantenimiento y el fortalecimiento de los programas nacionales de vacunación en medio de la pandemia actual). La Oficina también convocó varias reuniones con gerentes de programas nacionales de vacunación para difundir mejores prácticas y formular recomendaciones a medida que se aclaraba la escala de las necesidades en relación con el despliegue de vacunas. Además, la Oficina está trabajando con los países para asegurar que tengan una distribución equitativa de vacunas en su propia población, prestando especial atención a los grupos de difícil acceso, entre ellos los migrantes. Por ejemplo, en Ecuador, la Oficina trabajó junto con las autoridades nacionales para elaborar un plan de atención en zonas de difícil acceso geográfico, como la Amazonia, con un enfoque basado en la

⁵⁷ Belice, Bolivia, Costa Rica, Haití, Nicaragua.

⁵⁸ Argentina, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

⁵⁹ Bahamas, Belice, Bolivia, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guyana, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Santa Lucía, Trinidad y Tabago, Uruguay y el Sistema Regulatorio del Caribe (CRS).

⁶⁰ Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/quinta-reunion-ad-hoc-grupo-tecnico-asesor-gta-sobre-enfermedades-prevenibles-por>.

⁶¹ Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/sexta-reunion-ad-hoc-grupo-tecnico-asesor-ops-sobre-enfermedades-prevenibles-por>.

pertinencia cultural y la participación de la comunidad. Asimismo, las representaciones de la OPS/OMS en Colombia, Perú y Bolivia colaboraron en un proyecto para fortalecer la vacunación de poblaciones indígenas, especialmente en las zonas fronterizas.

67. Debido a la “infodemia” de información errónea sobre las vacunas contra la COVID-19, ha sido necesario fortalecer los enfoques de la comunicación de riesgos y la participación comunitaria. En octubre del 2020, la Oficina realizó talleres para comunicadores y periodistas sobre temas relacionados con las vacunas contra la COVID-19 con el propósito de que estas personas que influyen en la opinión pública cuenten con las herramientas y los conocimientos necesarios para informar sobre este tema de manera responsable y precisa. La Oficina también organizó sesiones en Twitter y Facebook Live con expertos para hablar con el público sobre las vacunas contra la COVID-19 y responder a sus preguntas y dudas. Además, la Oficina creó un sitio web dedicado a la vacunación contra la COVID-19, que se actualiza continuamente, con información y recursos para diferentes destinatarios. La Oficina también ha estado proporcionando información actualizada a las autoridades regulatorias nacionales y los programas nacionales de inmunización sobre las preocupaciones emergentes sobre los ESAVI y la seguridad de las vacunas por medio de dos tableros de control: uno sobre las dosis de vacunas contra la COVID-19 administradas en la Región y otro sobre la eficacia y la seguridad de estas vacunas.⁶²

Acción necesaria para mejorar la situación

68. Se recomiendan a los Estados Miembros y la Oficina las intervenciones a corto y mediano plazo que se indican a continuación.

Estados Miembros

69. Según un informe conjunto de la OPS y la CEPAL (21), las economías de América Latina y el Caribe se reactivarán solo si se aplanan la curva de contagio de la COVID-19. Se propone un enfoque de tres fases: *a)* control, incluida la adopción de políticas sanitarias, económicas, sociales y productivas para controlar y mitigar los efectos de la pandemia; *b)* reactivación económica con protección social, y *c)* reconstrucción de las sociedades de una manera sostenible, equitativa e inclusiva.

70. Debido a la incertidumbre actual con respecto a la efectividad de las vacunas contra la COVID-19 para prevenir la transmisión del SARS-CoV-2, así como a las inequidades en el acceso a las vacunas, la Oficina se suma al Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión y al Grupo independiente de preparación y respuesta frente a las pandemias y recomienda que los Estados Miembros sigan aplicando medidas no farmacológicas de forma sistemática y rigurosa. Esto debe hacerse de acuerdo con la situación epidemiológica en cada país y, lo que es más importante, en consonancia con una estrategia basada en la evidencia acordada al más alto nivel del gobierno.

⁶² Disponible en: <https://www.paho.org/es/vacunas-contra-covid-19>.

71. Hasta que se acabe la pandemia, los sistemas de salud deben estar preparados para hacer frente a grandes aumentos del número de casos de COVID-19, así como al aumento de la demanda de camas de hospital y de cuidados intensivos para otras enfermedades a raíz de la interrupción de servicios esenciales. Por lo tanto, los sistemas de salud deben esforzarse por adoptar un enfoque integral del manejo de la pandemia, con adaptaciones a un contexto en constante evolución. Este enfoque debe basarse en una combinación adecuada de intervenciones de salud de eficacia comprobada para prevenir la transmisión y salvar vidas, entre ellas medidas de salud pública, la capacidad de respuesta en el primer nivel de atención (atención primaria) y la ampliación progresiva de los servicios hospitalarios y los cuidados intensivos, incluidos los equipos médicos de emergencia y los sitios alternativos de atención médica cuando sea necesario, así como la vacunación. Con ninguna de estas intervenciones por sí sola se pueden lograr los resultados deseados.

72. Es esencial contar con mecanismos suficientes y sostenibles de financiamiento para responder a la pandemia, y se prevé que los recursos públicos nacionales seguirán sobrellevando la carga de la respuesta del sector de la salud en la Región. Para asegurar el mejor uso posible de estos escasos recursos públicos nacionales y de los fondos internacionales disponibles, los países y territorios deben buscar un equilibrio entre la ejecución urgente y la ampliación de los planes de vacunación contra la COVID-19 con el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud de rutina y otras respuestas específicas frente a la COVID-19. Es especialmente necesario aumentar las inversiones en ámbitos que no han sido prioritarios, como la atención primaria y la gestión de las redes de salud.

73. Con el fin de proteger el presupuesto destinado a otros servicios de salud esenciales, deben preverse los gastos adicionales relacionados con la COVID-19, además de los programas y las partidas presupuestarias habituales, en vez de reemplazarlos, durante las conversaciones sobre el presupuesto para el 2022. Los Estados Miembros deben asegurarse de que se elaboren estimaciones completas de los costos de la respuesta a la COVID-19, incluidos los costos de los planes de vacunación, y no solo de la compra de dosis de vacunas. Además, los Estados Miembros deberían planificar intervenciones de puesta al día de la vacunación, a fin de reducir al mínimo el riesgo de posibles brotes de otras enfermedades prevenibles por vacunación, y presupuestarlas adecuadamente.

74. Es indispensable que los representantes de los ministerios de salud coordinen con sus homólogos de los ministerios de finanzas y de las oficinas de planificación las cuestiones relacionadas con las solicitudes de financiamiento y el uso estratégico de las cantidades sustanciales de recursos internacionales disponibles. Al asignar fondos de estas nuevas fuentes, es importante abordar los cuellos de botella que puedan interferir en el acceso oportuno de los proveedores a estos recursos y evitar la creación de mecanismos extrapresupuestarios paralelos que puedan socavar los actuales mecanismos de financiamiento para la salud. Algunas normas que rigen los mecanismos de pago de los proveedores deberían revisarse a la luz de la necesidad de contratar trabajadores temporales y contar con la participación del sector privado en determinadas actividades.

75. Según las estimaciones de la Oficina sobre el déficit de vacunas contra la COVID-19 en los Estados Miembros, dada la dinámica actual y futura del mercado de vacunas y la continuación de los acuerdos bilaterales, es posible que el grave problema de la inequidad en materia de vacunas en la Región no se resuelva sin donaciones y sin compartir dosis. Se insta a los Estados Miembros que tengan excedentes de dosis disponibles y proyectadas a que consideren de inmediato la posibilidad de compartir dosis.

76. Para aprovechar los mecanismos actuales de una manera más eficaz y beneficiarse de la mancomunación de la demanda, se recomienda que los Estados Miembros se comprometan a comprar vacunas contra la COVID-19 por medio del Fondo Rotatorio de la OPS. También es importante que los Estados Miembros asuman compromisos sólidos y exigibles al indicar su demanda.

77. Los programas nacionales de inmunización requieren medidas específicas y recursos adicionales (financieros y humanos) para desplegar vacunas contra la COVID-19 y asegurar la sostenibilidad de las actividades de vacunación de rutina. Entre ellas se encuentran medidas para llegar a grupos prioritarios con estrategias focalizadas de vacunación, el fortalecimiento de los sistemas de información y la cadena de frío, la vigilancia de los ESAVI, y la evaluación y el seguimiento del progreso y el impacto de la vacunación. Los países y territorios también deben considerar el fortalecimiento de sus actividades de generación de demanda y sus métodos de comunicación con miras a lograr una alta cobertura de la vacunación contra la COVID-19. También es fundamental que las autoridades regulatorias nacionales y los programas nacionales de inmunización coordinen conjuntamente las estrategias y las medidas de vigilancia de la seguridad de las vacunas para lograr una respuesta efectiva.

78. En vista del aumento de los casos de COVID-19 en grupos más jóvenes en varios países de la Región y de la mayor duración de la hospitalización en comparación con los pacientes mayores de 60 años, los Estados Miembros deben planificar cómo hacer frente a un aumento repentino del consumo de insumos críticos (por ejemplo, oxígeno y medicamentos para la intubación) y equipos (bombas de infusión).

79. El oxígeno es un medicamento esencial que tiene un efecto directo en la reducción de la mortalidad y morbilidad por COVID-19. Es fundamental determinar el oxígeno que se necesita en una etapa temprana de la enfermedad y administrar oxigenoterapia para casos graves y críticos. Por lo tanto, los países y territorios deben organizar los sistemas de salud de manera tal que se puedan detectar rápidamente las brechas y las oportunidades para mejorar la producción, el almacenamiento, la distribución y el uso del oxígeno.

80. Los países y territorios deben estructurar los programas de prevención y control de infecciones prestando atención a la gobernanza y el liderazgo, con un presupuesto dedicado exclusivamente a este fin, funciones y responsabilidades claras, estrategias de seguimiento y evaluación y los objetivos que deben alcanzarse para contener a los agentes patógenos endémicos o epidémicos. Además, deberían considerar la posibilidad de invertir en educación y capacitación formales del personal de salud sobre prevención y control de infecciones. Por último, los Estados Miembros deben contar con políticas de asignación de

recursos humanos y estrategias encaminadas a crear un entorno propicio para la prevención y el control de infecciones, con los materiales y el equipo necesarios, a nivel de los establecimientos.

81. Se debe realizar un esfuerzo continuo para fortalecer e integrar la capacidad y los recursos nacionales en materia de cadenas de suministro, almacenamiento y logística en el ámbito de la salud con una estrecha participación de asociaciones públicas y privadas a escala subnacional, nacional y regional. El fortalecimiento de la capacidad de planificación y la preparación de planes de compras a mediano y largo plazo ayudarán a mitigar las incertidumbres de la cadena de suministro en un futuro próximo. La planificación para emergencias, el fortalecimiento de las redes de logística para la salud y el posicionamiento estratégico de reservas fortalecerán la capacidad para responder de manera oportuna a brotes localizados y otras emergencias.

82. Aunque la transmisión comunitaria de COVID-19 posiblemente disminuya a mediano plazo, podrían seguir produciéndose brotes localizados frecuentes. Por lo tanto, los Estados Miembros deben seguir reforzando y mejorando la capacidad local y nacional de vigilancia, detección y aislamiento de casos, rastreo de contactos y cuarentena.

83. La pandemia de COVID-19 ofreció la oportunidad de crear capacidad nacional para la secuenciación del SARS-CoV-2, lo cual, a su vez, afianzó la epidemiología genómica como componente integral y duradero de la investigación y el control de enfermedades epidemíógenas. Esta oportunidad se desperdiciaría si la secuenciación genómica siguiera siendo un esfuerzo académico que no está plenamente integrado en las actividades de vigilancia de la salud pública y control de enfermedades a escala nacional, teniendo en cuenta su utilidad crítica, como se demostró durante la pandemia.

84. Los países y territorios deben aprovechar los sistemas de vigilancia existentes para evaluar la efectividad de las vacunas contra la COVID-19, prestando especial atención a las nuevas variantes de preocupación.

Oficina Sanitaria Panamericana

85. La Oficina debe seguir apoyando a los Estados Miembros en la búsqueda de opciones para compartir dosis de las vacunas contra la COVID-19 (por ejemplo, por medio del Mecanismo COVAX o de mecanismos de donación regionales o bilaterales). Las medidas para facilitar la distribución de dosis entre los Estados Miembros con un enfoque más equitativo pueden redundar en mejoras en la cobertura de vacunación contra la COVID-19 en toda la Región.

86. Se están tomando medidas para formular y poner en marcha una estrategia de acceso regional con el fin de obtener más vacunas contra la COVID-19 y mancomunar la demanda y los recursos de los Estados Miembros. Si bien se espera que el suministro de vacunas contra la COVID-19 mejore en el 2022, esto no garantizará una disponibilidad suficiente para satisfacer toda la demanda. Será importante mancomunar la demanda y los recursos, y usar el mecanismo existente del Fondo Rotatorio.

87. La Oficina debe continuar proporcionando cooperación técnica para ayudar a los países y territorios a adoptar un enfoque más integral de la respuesta de salud nacional y regional a la COVID-19. Además del respaldo para la introducción de vacunas, la Oficina está prestando apoyo para fortalecer esferas críticas de la respuesta, como el diagnóstico, el manejo de casos, el control de infecciones y la continuidad de los servicios de salud esenciales. Esto abarca la adaptación y el aumento de la capacidad de las redes de servicios de salud (incluida la atención primaria, los cuidados intensivos, los equipos médicos de emergencia y los sitios alternativos de atención médica) y la solución de los cuellos de botella de los sistemas de salud (como los recursos humanos y el financiamiento) y la logística sanitaria. Esto ayudará a mitigar el riesgo de que los países pasen a una respuesta centrada en las vacunas.

88. Un enfoque adaptado a la realidad de cada país es más útil y debe seguir siendo un aspecto importante de la cooperación técnica directa con los países y territorios. El apoyo aún a la amplia experiencia del equipo de gestión de incidentes y de todos los niveles de la Organización, con misiones virtuales a países, incluso a zonas remotas, y misiones en persona cuando es posible. Esto también es útil para facilitar el intercambio de experiencias.

89. La Organización debe mantener una reserva estratégica de insumos esenciales, posicionada de antemano para salvar vidas en situaciones de emergencia de salud. Esto ayuda a mitigar la falta o el retraso del acceso a insumos causados por la dinámica mundial de la oferta y la demanda, las limitaciones logísticas, las demoras del transporte y la producción insuficiente.

Intervención del Comité Ejecutivo

90. Se invita al Comité Ejecutivo a que tome nota del presente informe y formule los comentarios que considere pertinentes.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. La pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas. 58.º Consejo Directivo de la OPS, 72.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; 28 y 29 de septiembre del 2020; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2020 (resolución CD58.R9) [consultado el 25 de mayo del 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/cd58-r9-s-covid-19>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Actualización sobre la pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas, preparación para el COVAX y acceso equitativo a las vacunas contra la COVID-19. Sesión especial del Consejo Directivo, sesión especial del Comité Regional de la OMS para las Américas; 10 de diciembre del 2020; Washington, DC. Washington, DC.: OPS; 2020 (resolución CDSS1.R1) [consultado el 25 de mayo del 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/cdss1r1-actualizacion-sobre-pandemia-covid-19-region-americas-preparacion-para-covax>.
3. Organización Panamericana de la Salud. Rueda de prensa semanal sobre COVID-19: Palabras de apertura de la directora, 12 de mayo del 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/rueda-prensa-semanal-sobre-covid-19-palabras-apertura-directora-12-mayo-2021>.
4. The Lancet. COVID-19: a heavy toll on health-care workers. Publicado el 5 de febrero del 2021. Disponible en inglés en: [https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(21\)00068-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(21)00068-0/fulltext).
5. Organización Panamericana de la Salud. Infografía: La situación de la enfermería en la Región de las Américas. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/situacion-enfermeria-region-americas>.
6. Organización Panamericana de la Salud. La pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas. 58.º Consejo Directivo de la OPS, 72.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; 28 y 29 de septiembre del 2020; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2020 (documento CD58/6) [consultado el 25 de mayo del 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/cd586-pandemia-covid-19-region-americas>.
7. Organización Panamericana de la Salud. Actualización sobre la pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas, preparación para el COVAX y acceso equitativo a las vacunas contra la COVID-19. Sesión especial del Consejo Directivo, sesión especial del Comité Regional de la OMS para las Américas; 10 de diciembre del 2020; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2020 (documento CDSS1/2) [consultado el 25 de mayo del 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/cdss12-actualizacion-sobre-pandemia-covid-19-region-americas-preparacion-para-covax>.

8. Organización Panamericana de la Salud. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional. 58.º Consejo Directivo de la OPS, 72.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; 28 y 29 de septiembre del 2020; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2020 (documento CD58/INF/1) [consultado el 25 de mayo del 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/cd58inf1-aplicacion-reglamento-sanitario-internacional>.
9. Organización Mundial de la Salud. Interim position paper: considerations regarding proof of COVID-19 vaccination for international travelers. Ginebra: OMS; 2020 [consultado el 25 de mayo del 2021]. Disponible en inglés en: <https://www.who.int/news-room/articles-detail/interim-position-paper-considerations-regarding-proof-of-covid-19-vaccination-for-international-travellers>.
10. Organización Mundial de la Salud. Declaración acerca de la séptima reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre la pandemia de enfermedad por el coronavirus de 2019 (COVID-19). Disponible en: [https://www.who.int/es/news/item/19-04-2021-statement-on-the-seventh-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/es/news/item/19-04-2021-statement-on-the-seventh-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic).
11. Organización Panamericana de la Salud. Consideraciones sobre las medidas de salud pública relacionadas con las escuelas para los grupos en situación de vulnerabilidad en el contexto de la COVID-19; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2021 [consultado el 25 de mayo del 2021]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53347>.
12. Naciones Unidas. Policy Brief: Education during COVID-19 and beyond. Nueva York: Naciones Unidas; 2020 [consultado el 25 de mayo del 2021]. Disponible en inglés en: https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-08/sg_policy_brief_covid-19_and_education_august_2020.pdf.
13. Organización Mundial de la Salud. Respuesta a la COVID-19. 73.ª Asamblea Mundial de la Salud; 19 de mayo del 2020; Ginebra: OMS; 2020 (resolución WHA73.1) [consultado el 25 de mayo del 2021]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R1-sp.pdf.
14. Organización Panamericana de la Salud. Implementation of the International Health Regulations. 168.ª sesión del Comité Ejecutivo de la OPS; del 21 al 25 de junio del 2021. Washington, DC: OPS; 2021 (documento CE168/INF/3) [consultado el 28 de mayo del 2021]. Disponible en inglés en: <https://www.paho.org/en/documents/ce168inf3-implementation-international-health-regulations>.

15. Organización Mundial de la Salud. Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión para el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS. 74.^a Asamblea Mundial de la Salud; 5 de mayo del 2021; Ginebra: OMS; 2021 (documento A74/16) [consultado el 25 de mayo del 2021].
Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_16-sp.pdf.
16. Organización Mundial de la Salud. Respuesta a la COVID-19. Informe principal del Grupo independiente de preparación y respuesta frente a las pandemias. 74.^a Asamblea Mundial de la Salud; 12 de mayo del 2021; Ginebra: OMS; 2021 (documento A74/INF./2) [consultado el 25 de mayo del 2021].
Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_INF2-sp.pdf.
17. Organización Panamericana de la Salud. Recommendations for medical surge capacity and deployment of emergency medical teams. Preliminary Document, versión 2, 31 de marzo del 2020.
Disponible en inglés en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52144>.
18. Organización Panamericana de la Salud. Ongoing living update of COVID-19 Therapeutic Option. Summary of Evidence. Rapid Review, 27 de mayo del 2021.
Disponible en inglés en:
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52719/PAHOIMSEIHCOVID-1921017.pdf>.
19. Organización Panamericana de la Salud. Guía para el cuidado de pacientes adultos críticos con COVID-19 en las Américas. Resumen, versión 3. Actualizado en mayo del 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53894>.
20. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Panorama Fiscal de América Latina y el Caribe 2021: los desafíos de la política fiscal en la recuperación transformadora pos-COVID-19. Santiago: CEPAL; 2021.
Disponible en:
<https://www.cepal.org/es/publicaciones/46808-panorama-fiscal-america-latina-caribe-2021-desafios-la-politica-fiscal-la>.
21. Comisión Económica para América Latina y el Caribe y la Organización Panamericana de la Salud. Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe. Santiago: CEPAL; 2020. Disponible en:
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52536/OPSHSSCOVID-19200027_spa.pdf.
