



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



52.º CONSEJO DIRECTIVO 65.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013

Punto 7.4 del orden del día provisional

CD52/INF/4 (Esp.)

19 de agosto del 2013

ORIGINAL: INGLÉS/ESPAÑOL*

INFORMES DE PROGRESO SOBRE ASUNTOS TÉCNICOS

CONTENIDO

A.	Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño (2008-2015): evaluación de mitad de período	2
B.	Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita: evaluación de mitad de período	9
C.	Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de salud en la Región de las Américas	15
D.	Aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.....	21
E.	Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública	27
F.	Plan regional de salud de los trabajadores.....	33
G.	Hacia la eliminación de la oncocercosis (ceguera de los ríos) en las Américas	41
H.	Plan regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud	50
I.	Situación de los Centros Panamericanos	54

* Original en inglés: sección B. Original en español: secciones A, C, D, E, F, G, H e I.

A. ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN REGIONALES SOBRE LA SALUD DEL RECIÉN NACIDO EN EL CONTEXTO DEL PROCESO CONTINUO DE LA ATENCIÓN DE LA MADRE, DEL RECIÉN NACIDO Y DEL NIÑO (2008-2015): EVALUACIÓN DE MITAD DE PERÍODO

Antecedentes

1. En octubre del 2008, el 48.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobó, mediante la resolución CD48.R4, Rev. 1, la Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño (1). En esta resolución se insta a los Estados Miembros a que tengan en cuenta esta estrategia y plan de acción al formular planes nacionales orientados a reducir la mortalidad neonatal en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño. El seguimiento de la estrategia y plan de acción, que también se contempla en la resolución, constituye un componente esencial a fin de valorar el estado de la ejecución y los resultados, lo que permitirá a su vez determinar si es necesario adoptar medidas correctivas para lograr los resultados previstos.

Alcance y metodología de la evaluación

2. El propósito del presente documento es consolidar los resultados de la evaluación de mitad de período de la estrategia y plan de acción con el fin de determinar los avances y los logros en la primera fase de la ejecución (2008-2012), y de establecer las prioridades y las recomendaciones para el período 2013-2015. En ella se analizan los procesos y resultados tanto a nivel regional como de país.

3. La evaluación se realizó sobre la base de los lineamientos establecidos en el plan de acción. La metodología incluyó enfoques cualitativos y cuantitativos a fin de evaluar los procesos implantados a nivel regional, subregional y nacional, así como sus logros y resultados. Se adoptó una perspectiva participativa a la que contribuyeron los responsables de la formulación y ejecución de planes y medidas en los ministerios de salud, asociaciones científicas y académicas, expertos, organismos de cooperación, centros colaboradores y actores pertinentes.

4. La evaluación contempló cuatro componentes principales:

- a) Revisión de planes y documentos técnicos con información pertinente vinculada a las estrategias, las metas o los resultados previstos.
- b) Análisis de información proveniente de fuentes primarias y secundarias a fin de dar respuesta a los indicadores contemplados.

- c) Promoción de un proceso de revisión en los países de la Región con respecto a la ejecución del plan y su adecuación a las realidades nacionales, así como de sus resultados y enseñanzas extraídas. Las conclusiones de este proceso se consolidaron y analizaron en dos reuniones subregionales.
- d) Consultas con grupos técnicos y de expertos, como la Alianza Regional para la Salud Neonatal y el Grupo Asesor Técnico sobre AIEPI-Salud Integral de la Niñez (GATA-SIN), así como con los centros colaboradores de la OPS/OMS. En el proceso de análisis y debate en los países se promovió un mecanismo similar de consulta participativa con asociados y otras organizaciones pertinentes.

Puesta al día acerca de la situación

5. Entre los logros más importantes, según las áreas estratégicas del plan, cabe destacar los siguientes:

- a) La creación de entornos favorables para la promoción de la salud neonatal, el diseño de planes nacionales y la promoción de alianzas en los países han constituido estrategias esenciales que se han puesto en marcha en la Región. De los 29 países que han informado resultados¹ (que representan 83% de los países de la Región), 72% cuenta con un plan nacional que incluye la salud materna y neonatal en el marco del continuo de la atención, y tres países de la Región se encuentran en proceso de formular un plan nacional. Los planes nacionales aprobados y en ejecución incluyen en su gran mayoría un sistema de seguimiento; aproximadamente la mitad de ellos cuenta con presupuesto específico asignado y una gran proporción de países cuentan con alianzas o grupos técnicos sobre la salud neonatal.
- b) En general, la proporción de nacimientos asistidos por personal calificado es elevada en la Región. Sin embargo, en 20% de los países la proporción de partos asistidos por personal calificado es inferior a 90%. Es particularmente dentro de los países donde se encuentran las diferencias más importantes, tanto en términos de la proporción de nacimientos asistidos por personal calificado como en cuanto a la proporción de partos institucionales. En algunas zonas geográficas se registran menos de 50% de nacimientos institucionales; en muchos casos se trata de zonas con elevada proporción de población indígena. Prácticamente la totalidad de los países (96%) informa que cuenta con guías, normas o protocolos para la atención del recién nacido en los servicios de salud, aprobadas por las autoridades nacionales. Las visitas domiciliarias u otras intervenciones comunitarias vinculadas a la salud del recién nacido presentan limitaciones importantes en los países de la Región.

¹ La información surge de una encuesta en línea elaborada especialmente para este fin.

c) Los países de la Región cuentan con sistemas de información en funcionamiento, aunque con importante variabilidad en términos de cobertura y tipo de información. También cuentan con sistemas orientados a valorar hechos vitales (88,5%) así como con sistemas de información en los servicios de salud (77%). Los países han avanzado en la conformación de comités de análisis de la causa de las muertes neonatales (70% indicaron contar con un comité de este tipo). Es menos frecuente que se disponga de sistemas de información a nivel comunitario (50%).

6. En la Región de las Américas se registró una disminución de 55,6% en la tasa estimada de mortalidad neonatal entre 1990 y el 2010 (de 18 a 8 por 1000 nacidos vivos)² Sin embargo la variabilidad entre países es amplia, con tasas que oscilan entre 2,8 y 27,3 por 1000 nacidos vivos.

7. En el mismo período se observó una reducción de 50% en la tasa estimada de mortalidad neonatal en América Latina y el Caribe. En este caso, la tasa de mortalidad neonatal para los años 1990 y 2010 registró una disminución de 22 a 11 por 1000 nacidos vivos.² Entre el 2008 y el 2010 se calcula que la tasa de mortalidad neonatal descendió 4%.³

8. La mortalidad neonatal (menores de 28 días de edad) constituye el principal componente de la mortalidad de menores de 1 año y de 5 años, y ha aumentado en la Región con respecto al año 1990. La mortalidad neonatal representa 57,1% de la mortalidad de menores de 1 año y 44,4% de la mortalidad de menores de 5 años en la Región de las Américas. En el caso de América Latina y el Caribe, esta proporción es de 61,1% y 47,8%, respectivamente. La mortalidad neonatal presenta una tendencia levemente mayor en los varones, en los que se estima una mediana de 54,6%, aunque con valores que oscilan entre 45,2 y 61,1%.

9. La mortalidad neonatal desglosada por causa no ha sufrido grandes modificaciones: la prematuridad (35,2%), las anomalías congénitas (20%), la asfixia (15,2%) y los procesos infecciosos como la sepsis, la meningitis y el tétanos (12,2%) representan más de 85% de las defunciones neonatales, problemas todos ellos que pueden prevenirse en gran medida si se aplican medidas específicas de control y tratamiento oportuno y de calidad.

² Los datos corresponden a estimaciones del Grupo Interagencial de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil. IGME. Levels & Trends in Child Mortality. Report 2012 (se puede consultar la actualización de agosto del 2012 en: <http://www.childmortality.org>).

³ Los datos corresponden a las estimaciones más recientes del Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria. Infant and Child Mortality Estimates by Country 1970-2010 (actualización de julio del 2012, se puede consultar en: <http://www.healthmetricsandevaluation.org>).

10. Otros trastornos que afectan la salud del recién nacido y que repercuten a lo largo de la vida se consideran igualmente prioritarios y requieren ser abordados. Entre ellos, la prematuridad (2) y el peso bajo al nacer (3, 4, y 5), la retinopatía del prematuro (6), las malformaciones congénitas, al igual que los problemas metabólicos o sensoriales específicos, contribuyen en un grado variable al desarrollo de diferentes discapacidades así como a la aparición de enfermedades crónicas que afectan de manera importante la calidad de vida y el capital social en los países de la Región (7).

Medidas para mejorar la situación

11. En vista de lo analizado en términos de la ejecución tanto a nivel de la Región como de los países, a continuación se describen algunas medidas para mejorar la situación en el período 2013-2015:

- a) Continuar con la ejecución del plan en la Región y promover la formulación de planes nacionales y alianzas estratégicas en los casos en los que aún no se cuente con ellos.
- b) Profundizar la disminución de la mortalidad neonatal, orientando las medidas específicamente a las principales causas detectadas. Además los países deberán delinear estrategias que permitan intervenir con mayor énfasis en las zonas geográficas donde el acceso sea más crítico, así como en aquellas con mayores condiciones de vulnerabilidad y exclusión (factores socioeconómicos, étnicos o de otro tipo que se consideren pertinentes).
- c) Fortalecer el trabajo a nivel de los servicios de salud como de la comunidad. Es imprescindible que los Estados Miembros fortalezcan estos servicios, promoviendo el acceso universal a la atención de buena calidad y la ejecución de intervenciones eficaces, en el marco de sistemas de salud inclusivos, equitativos y de alta calidad.
- d) Profundizar el cuidado del recién nacido en el marco del proceso continuo de la atención, involucrando a los actores clave y articulando las medidas con aquellas propuestas en el Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave (8) y en la Estrategia y plan de acción para la salud integral en la niñez (9).
- e) Fortalecer aún más los sistemas de información con el fin de contar con información oportuna, tanto agregada a nivel nacional como desagregada por zona geográfica y por los problemas que permitan identificar condiciones de inequidad, de modo que contribuyan a la creación de sistemas de vigilancia y seguimiento en los que se fundamenten las medidas que deben tomarse y se evalúen los resultados.

Conclusiones

12. Se observan avances en cuanto a la ejecución del plan regional así como en el logro de resultados. Sin embargo es imprescindible fortalecer las medidas orientadas a abordar aquellos determinantes que influyen tanto en la mortalidad neonatal como en el desarrollo de enfermedades que afectarán la calidad de vida de los niños y, consecuentemente, de sus familias y de la comunidad.

13. En tal sentido es necesario fortalecer las redes de atención a fin de avanzar hacia sistemas de salud inclusivos, equitativos y de buena calidad en el marco del proceso continuo de la atención, priorizando especialmente el trabajo en aquellas zonas geográficas y grupos poblacionales con mayor grado de vulnerabilidad.

14. La capacitación de los profesionales de la salud y el mejoramiento de la calidad de la atención son cuestiones prioritarias. Se deberá promover en especial el uso de estrategias modernas de comunicación y capacitación que contribuyan a facilitar el acceso a nuevos conocimientos que se trasladen en prácticas y aptitudes.

15. Es imprescindible fortalecer el trabajo a nivel comunitario, favoreciendo el acceso a la atención y la identificación de factores de riesgo, y promoviendo hábitos y prácticas saludables, particularmente la lactancia materna y el seguimiento del crecimiento y desarrollo.

16. La inequidad es un tema que persistente en la Región y que requiere de un abordaje específico. Para ello es imprescindible centrar el trabajo en el interior de los países, particularmente en aquellas zonas en las que la población presenta una mayor vulnerabilidad.

17. Es imprescindible continuar fortaleciendo los sistemas de información a fin de contar con información de buena calidad, en forma oportuna y con el mayor grado de desagregación posible, que permita detectar las situaciones de inequidad.

18. El fortalecimiento de las alianzas tanto a nivel regional como en los países ha demostrado ser un medio fundamental en la ejecución del plan, puesto que favorece la visibilidad del problema y la promoción de la causa para su abordaje, un aspecto que debe fortalecerse también en los países de la Región.

19. La OPS debe continuar promoviendo y poniendo en marcha medidas de cooperación técnica entre los países, a fin de que se puedan profundizar los logros alcanzados.

Intervención del Consejo Directivo

20. Se solicita al Consejo Directivo que tome nota del presente informe y ofrezca las recomendaciones que considere pertinentes.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño [Internet]. 48.º Consejo Directivo de la OPS, 60.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 3 de octubre del 2008; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2008 (resolución CD48.R4, Rev. 1) [consultado el 26 de enero del 2013]. Disponible en:
<http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd48.r4-s.pdf>.
2. March of Dimes, The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, Save the Children, Organización Mundial de la Salud. Born too soon: the global action report on preterm birth [Internet]. Eds. Howson CP, Kinney MV, Lawn JE. Ginebra: OMS; 2012 [consultado el 26 de enero del 2013]. Disponible en:
http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/en/index1.html.
3. Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2008 [Internet]. Washington: OPS; 2008 [consultado el 26 de enero del 2013]. Disponible en:
http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/BI_2008_ESP.pdf.
4. Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2010. Washington: OPS; 2010.
5. Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas: indicadores básicos 2012 [Internet]. Washington: OPS; 2012 [consultado el 17 de marzo del 2013]. Disponible en:
http://ais.paho.org/chi/brochures/2012/BI_2012_SPA.pdf.
6. Furtado JM, Lansingh VC, Carter MJ, Milanese MF, Peña BN, Ghersi HA, Bote PL, Nano ME, Silva JC. Causes of blindness and visual impairment in Latin America. *Surv Ophthalmol* [Internet]. 2012 Mar-Apr;57(2):149-77 [consultado el 17 de marzo del 2013]. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=silva%20JC%20prematurity%20retinopathy>.

7. Victora CG, Adair L, Fall C, Hallal PC, Martorell R, Richter L, Sachdev HS, for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet*. 2008;371:340-357.
8. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave [Internet]. 51.º Consejo Directivo de la OPS, 63.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2011; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2011 (documento CD51/12) [consultado el 26 de enero del 2013]. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14677&Itemid=.](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14677&Itemid=)
9. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción para la salud integral en la niñez [Internet]. 28.ª Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, 64.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 17 al 21 de septiembre del 2012; Washington (DC) Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2012 (documento CSP28/10) [consultado el 26 de enero del 2013]. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=18434&Itemid=&lang=es.](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=18434&Itemid=&lang=es)

B. ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN PARA LA ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL DEL VIH Y DE LA SÍFILIS CONGÉNITA: EVALUACIÓN DE MITAD DE PERÍODO

Antecedentes

1. En el 2010, los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobaron la Estrategia y Plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita mediante la resolución CD50.R12 (1). El objetivo de la estrategia es eliminar la sífilis congénita y la transmisión maternoinfantil del VIH en las Américas en el año 2015 por medio de: *a*) reducción de la transmisión maternoinfantil del VIH a 2% o menos; *b*) disminución de la incidencia de la transmisión maternoinfantil del VIH a 0,3 casos o menos por 1.000 nacidos vivos; y *c*) reducción de la incidencia de sífilis congénita a 0,5 casos o menos (incluidos lactantes mortinatos) por 1.000 nacidos vivos. En la resolución se solicita a la Directora de la OPS que promueva la coordinación y la aplicación de la Estrategia y el Plan de acción, que fomente las alianzas y la cooperación técnica entre los países y que rinda cuentas periódicamente a los Cuerpos Directivos acerca de las limitaciones y los progresos evaluados en el transcurso de la ejecución de la Estrategia y el Plan de acción.

Apoyo de la OPS a la aplicación de la Estrategia y el Plan de acción

2. El proyecto de la OPS sobre infección por el VIH e infecciones de transmisión sexual, el Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/WR) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) encabezan el apoyo a la aplicación de la Estrategia y el Plan de acción. Otros de los asociados que están brindando su apoyo son: el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos. Las herramientas creadas son: un documento conceptual (2), directrices clínicas integradas (3), una herramienta de determinación de costos (4), una estrategia de monitoreo (5), una guía práctica (6) y una metodología de validación (7). En colaboración con los asociados, también se llevaron a cabo diversas actividades de formación de capacidad y se prestó apoyo directo a los países prioritarios. El proyecto de infección por el VIH está aplicando una estrategia innovadora para programas de tratamiento más sostenibles, de acuerdo con la Iniciativa tratamiento 2.0 del ONUSIDA y la OMS, que respalda los esfuerzos de eliminación en los países. En respuesta a la resolución mencionada, la OPS también inició la presentación de informes sobre las metas de eliminación en el 2010, alineados con los informes de Acceso Universal, que sirvieron de bases a dos informes sobre los progresos realizados a nivel regional (8, 9). En el 2013, se llevó a cabo una evaluación de mitad de período sobre la ejecución de la Estrategia y el Plan de acción.

Finalidad de la evaluación de mitad de período

3. La evaluación de mitad de período estaba dirigida a: *a)* evaluar el progreso e identificar los retos relacionados con la aplicación de la Estrategia y el Plan de acción, y *b)* determinar países prioritarios y actividades para acelerar el progreso hacia el logro de las metas de eliminación en el año 2015.

Alcance y metodología

4. La evaluación de mitad del período abarcaba los tres primeros años de la ejecución de la resolución (2010-2012). La evaluación representaba una perspectiva regional en la que los resultados a nivel de país y los problemas encontrados constituían la prioridad máxima. Se consultaron las siguientes fuentes de información: *a)* el informe mundial del ONUSIDA (10); *b)* informes regionales (8, 9); *c)* informes de tres reuniones subregionales de interesados directos celebradas en el 2012; y *d)* un cuestionario de evaluación de mitad de período enviado a todos los países y contestado por 32 de ellos.

Resultados clave

Progreso

- a) La mayoría de los países (33 de ellos) han elaborado planes estratégicos u operativos, y 30 países han formulado o actualizado sus directrices nacionales.
- b) La cobertura regional de las pruebas de detección del VIH en embarazadas aumentó de 29% en el 2008 a aproximadamente 66% en el 2011. La cobertura calculada del tratamiento antirretrovírico para las embarazadas infectadas por el VIH aumentó de 55% en el 2008 a 70% en el 2011 (67% en América Latina y 79% en el Caribe). En consecuencia, entre el 2009 y el 2011 los nuevos casos de infección por el VIH en niños descendieron en 24% en América Latina y en 32% en el Caribe.
- c) Se calcula que la tasa de transmisión maternoinfantil del VIH en América Latina y el Caribe para el 2011 es de 14,2% (5,8%–18,5%), una disminución de con respecto al 18,6% (10,5%-22,9%) en el 2010.
- d) Los datos notificados por los países en el 2011 y el 2012 indican lo siguiente:
 - i. Ocho países lograron una cobertura de 90% o superior para las pruebas de detección del VIH en embarazadas y 10 países notificaron niveles cercanos al 90% o más altos para el tamizaje prenatal de la sífilis.
 - ii. Entre los 15 países que informaron sobre el tratamiento de la sífilis en embarazadas en el 2011, la cobertura varió desde 23% a más de 95%, y nueve países notificaron un cobertura de 90% o más.

- iii. La cifra de pruebas virológicas de lactantes expuestos al VIH dentro de los dos meses siguientes al nacimiento fue baja en la Región, ya que solo tres países informaron sobre niveles cercanos al 90% o más. Es necesario fortalecer la capacidad de los países para la notificación y la vigilancia de estos datos. Algunos de los países señalaron una pérdida significativa en el seguimiento de los lactantes, antes del diagnóstico definitivo.
- iv. Catorce países cuya cobertura de servicios de atención prenatal y de pruebas de sífilis fue superior al 80%, notificaron tasas de sífilis congénita de menos de 0,5 por 1.000 nacidos vivos.
- v. Cinco países cuya cobertura de servicios de atención prenatal y de pruebas de detección del VIH fue superior al 80%, notificaron tasas de transmisión vertical del VIH de 2% o menos y en otros 10 países las tasas estuvieron cerca del 2%.

Retos

- a) Los datos disponibles muestran variaciones significativas en cuanto al avance. Algunos países todavía presentan una cobertura muy baja de los servicios esenciales.
- b) Los principales retos son:
 - i. necesidad de fortalecer los sistemas de salud, los sistemas de información sanitaria y de recopilación de datos, y los modelos de prestación de servicios que integran la atención prenatal, la infección por el VIH y la salud sexual y reproductiva;
 - ii. necesidad de promover el inicio temprano de la atención prenatal y mejoramiento de la calidad de la atención prenatal;
 - iii. necesidad de fortalecer las estrategias para llegar hasta las mujeres jóvenes y otros grupos vulnerables con intervenciones de salud sexual y reproductiva, y de prevención primaria.

Conclusiones

- a) La evaluación de mitad de período muestra un progreso significativo en la aplicación de la Estrategia y el Plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita. Sin embargo, es necesario intensificar las actividades para mejorar la cobertura de los servicios en algunos países.

- b) Los países para los cuales la OPS recomienda intensificar las actividades son:
 - i. Aquellos donde la cobertura de pruebas para detectar la infección por el VIH o la sífilis en embarazadas fue inferior al 50% en el 2011: Guatemala, Haití, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay y República Dominicana.
 - ii. Aquellos donde la cobertura de pruebas para detectar la infección por el VIH o la sífilis en embarazadas, se situó entre 50% y 70% en el 2011: Antigua y Barbuda, Barbados, Bolivia, Colombia, Dominica, Honduras, Islas Turcas y Caicos, Jamaica, Montserrat y Santa Lucía.
- c) Las prioridades programáticas para la segunda fase del período de ejecución son: fortalecimiento de los sistemas de información sanitaria, desarrollo e intercambio de modelos y mejores prácticas para la integración de las actividades relativas a la infección por el VIH, la salud sexual y reproductiva, y la salud maternoinfantil, y fortalecimiento de los laboratorios.
- d) El énfasis continuo en un enfoque de sistemas de salud es esencial para abordar las barreras de los sistemas de salud.

Intervención del Consejo Directivo

- 5. Se pide al Consejo Directivo que tome nota de esta evaluación de mitad de período y formule cualquier recomendación que pudiera tener.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita [Internet]. 50.º Consejo Directivo de la OPS, 62.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; 27 septiembre al 1 de octubre del 2010; Washington (DC) Washington (DC): OPS; 2010 (resolución CD50.R12) [consultado el 14 de marzo del 2013]. Disponible en: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R12-s.pdf>
2. Organización Panamericana de la Salud. Regional initiative for elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis in Latin America and the Caribbean. Concept document for the Caribbean [Internet]. Washington (DC): OPS; 2010 (Publication No. OPS/FCH/HI/05-10.I) [consultado el 14 de marzo del 2013]. Disponible en: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Regional%20Initiative%20for%20Elimination%20Concept%20Document%20for%20the%20Caribbean.pdf>
3. Organización Panamericana de la Salud. Guía clínica para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita en América Latina y el Caribe [Internet]. Montevideo, Uruguay: CLAP; 2011 (Publicación Científica

CLAP/SMR 1570-02) [consultado el 11 de marzo del 2013]. Disponible en:
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=4359&Itemid=

4. Organización Panamericana de la Salud. Elimination Initiative Costing Tool and user manual [Internet]. Washington (DC): OPS; 2011. [consultado el 14 de marzo del 2013] Disponible en:
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15418&Itemid=.
5. Organización Panamericana de la Salud. Regional initiative for the elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis in Latin America and the Caribbean: Regional monitoring strategy [Internet]. 2nd edition. Washington (DC): OPS; 2013. [consultado el 11 de marzo del 2013] Disponible en:
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=20146&Itemid=.
6. Organización Panamericana de la Salud. Field Guide for the Implementation of the Strategy and Plan of Action for the Elimination of mother-to-child transmission of HIV and Congenital Syphilis. Versión preliminar. OPS: Washington (DC); 2013.
7. Organización Panamericana de la Salud. Regional Guidance for validation of elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis. Versión preliminar. OPS: Washington (DC); 2013.
8. Organización Panamericana de la Salud. Análisis de la situación al año 2010. Eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en la Región de las Américas: [Internet]. Washington (DC): OPS; 2012. [consultado el 2 de abril del 2013]. Disponible en:
http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1503:eliminacion-de-la-transmision-materno-infantil-del-vih-y-de-la-sifilis-congenita-en-las-americas-analisis-de-la-situacion-2010&catid=758&Itemid=551
9. Organización Panamericana de la Salud. 2012 Progress Report: elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis in the Americas [Internet]. Washington (DC): OPS; 2013. [consultado el 11 de marzo del 2013]. Disponible en:
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=20942&Itemid=.
10. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Informe mundial: informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de SIDA 2012 [Internet]. Ginebra:

ONUSIDA; 2012. [consultado el 11 de marzo del 2013]. Disponible en:
[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/
gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_es.pdf)

C. LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO Y LAS METAS DE SALUD EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Introducción

1. Los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han expresado un claro compromiso para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), con la convicción de que la salud es parte esencial del desarrollo social, económico y político. Los ODM y sus metas asociadas, son dimensiones clave del compromiso de la OPS con las políticas de salud con resultados cuantificables. La Organización ha considerado que la mejor manera de responder a los ODM, es fortalecer la equidad en salud mediante la cooperación técnica tanto en los países prioritarios como al interior de los países de ingresos medios con intervenciones integrales e integradas, priorizando zonas y grupos vulnerables y poblaciones que viven en la pobreza.

2. Este informe responde al compromiso asumido en el 2011 de dar cuenta de los avances y desafíos de la Región para alcanzar los ODM relacionados directamente con la salud.

3. Asimismo, en este documento se incorporan algunas líneas del debate sobre la *Agenda para el desarrollo después del 2015* en el tema de salud, a raíz de la Reunión Mundial en Bostwana a principios de marzo organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y de las consultas regionales para responder a los compromisos establecidos en la Agenda de las Naciones Unidas.

Antecedentes

4. El 2013 establece el margen de dos años para apoyar a los países, mediante estrategias intersectoriales e interinstitucionales, a fin de acelerar el ritmo en el avance de los ODM para el 2015. La Región de las Américas está en camino para alcanzar los ODM en el ámbito de la salud, lo que abarca tanto el avance en los servicios de agua y saneamiento como en los determinantes de la salud; sin embargo, estos avances se dan a nivel nacional y no son comparables con los avances a nivel subnacional.

5. De acuerdo con los datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), las cifras de pobreza y de pobreza extrema se encuentran en los niveles más bajos que ha presentado la Región, pero continúan siendo un problema que tiene que ser encarado a nivel regional y nacional como un determinante crítico de la salud. En el 2012, la CEPAL calculó que el número de latinoamericanos en condiciones de pobreza ascendía a 167 millones. De este total, 66 millones viven en condiciones de pobreza

extrema con ingresos insuficientes para acceder a una alimentación adecuada, por lo que la reducción de la desnutrición crónica sigue siendo una prioridad.¹

Análisis de la situación actual

6. El progreso dirigido al logro de los ODM varía de un país a otro y con respecto a cada meta. Para este informe se han considerado tanto la información proporcionada por los países (que se ha denominado OPS), que permitió un análisis del período comprendido entre 1990 y 2011, proveniente de los registros rutinarios y de estimaciones generadas tanto por el propio país, como las estimaciones proporcionadas por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL/CELADE) responsable del Grupo Interagencial (1, 2).

7. El ODM 4 se analiza a través de la mortalidad de los menores de un año, ya que en la Región de las Américas, estos representan más del 60% de la mortalidad del grupo de menores de cinco años. Este análisis se realiza sobre la base de las estimaciones efectuadas por el Grupo Interagencial. El organismo encargado del monitoreo y la evaluación de este indicador es el UNICEF.

8. La **mortalidad infantil** continúa disminuyendo en la Región. En América Latina y el Caribe la tasa de mortalidad infantil (TMI) en 1990 fue de 42 por 1.000 nacidos vivos y de 16 por 1.000 en el 2011, es decir, una reducción de 62.0% (3).

9. En el 2011 se calculó un total de 170 mil muertes infantiles en las Américas. Las TMI más bajas (entre 5 y 12 por mil nacidos vivos) se observan en Barbados, Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos de América y Uruguay; Bolivia y Haití presentan los niveles más altos (entre 40 y 45 por mil nacidos vivos).

10. En países del Caribe (anglo y franco parlantes) las series son más inestables por tratarse de poblaciones pequeñas; su situación es más homogénea que en los países latinoamericanos. Los Departamentos Franceses de las Américas (Guadalupe, Guayana Francesa y Martinica) y Anguila presentan las menores TMI (menos de 12 por mil nacidos vivos) mientras Guyana y Suriname muestran las tasas más elevadas de la subregión, de 39 y 26 por mil nacidos vivos respectivamente.

11. Entre las intervenciones de salud pública que han contribuido a esta disminución se encuentran: *a)* el avance de la atención primaria de alto impacto y bajo costo; *b)* los programas de vacunación masiva; *c)* la terapia de rehidratación oral; *d)* el control de la salud de los niños sanos; *e)* el aumento de la cobertura de los servicios básicos, especialmente de agua potable y saneamiento; *f)* el aumento de los niveles educativos de la población, el descenso de la fecundidad y la disminución de la pobreza.

¹ Hacia el desarrollo Sostenible: América Latina y el Caribe en la agenda post 2015 borrador para discusión. Feb. 2013. Informe Interagencial coordinado por la CEPAL.

12. La **mortalidad materna** ha disminuido en la Región pero con diferentes tendencias en los países. La razón de mortalidad materna (RMM) en 1990 fue de 140 por 100 mil nacidos vivos en América Latina y el Caribe, y de 80 en 2010 (9.726 defunciones en las Américas), una reducción de 41%, con un promedio anual de 2,6% (4). Considerando datos de 33 países y territorios de la Región se observan disminuciones de las razones en 25 países. En el Istmo Centroamericano se observan disminuciones de las razones entre 8,0% y 54,5%. En el Caribe Latino (República Dominicana y Cuba), se observan disminuciones de las razones de mortalidad que en algunos países van de 9,6% a 57,5% y en otros se observan aumentos de 15,9% a 86,4%. En el Área Andina y el Cono Sur casi todos los países muestran disminuciones que oscilan entre 2,1% y 66,5%. Es importante notar que en varios países la ampliación de la cobertura de la atención prenatal, la atención al parto por personal capacitado y el acceso a los anticonceptivos y su utilización son estrategias que están contribuyendo a la disminución de la mortalidad materna. Actualmente, los aumentos de la RMM pueden deberse a la mejora en la vigilancia y notificación de eventos y no necesariamente a un aumento real de la mortalidad.

13. En cuanto al número de nuevas infecciones por el **VIH** en los estimados para los países de la Región (5) se observa una disminución en la morbilidad y la mortalidad. Para el 2011, cerca del 6% del total de nuevas infecciones por el VIH a nivel mundial correspondían a la Región (147.000 casos); de ellos, 83.000 correspondían a América Latina, 51.000 en América del Norte y 13.000 en el Caribe (5). El Caribe ha sido una de las subregiones con mayor descenso en el número de nuevas infecciones en comparación con las cifras del 2001 (42% menos nuevas infecciones). Asimismo, el número de niños que contrajeron el VIH cayó un 24% en América Latina y en un 32% en el Caribe en dos años (2009-2011). La responsabilidad del monitoreo de las metas 6A y 6B corresponde al Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). La epidemia aún no se ha detenido pero comienza a revertirse (5). A finales del 2011, el 68% de personas VIH positivas en América Latina y el Caribe recibieron tratamiento; este porcentaje fue superior a la media mundial del 54%. En cuanto a las mujeres embarazadas VIH positivas, el porcentaje que recibió medicamentos antirretrovirales en América Latina y el Caribe se incrementó del 36% al 70%.

14. Para el período 2000-2011, la Región notificó 58% de reducción en la morbilidad por **paludismo** y 70% de disminución en la mortalidad; de los 21 países con malaria endémica, 17 lograron disminuirla en el 2011 y, de ellos, 12 han registrado reducciones mayores al 75% y cinco mayores al 50%. Cuatro países han mostrado incrementos, de éstos solo uno ha mostrado una tendencia a la disminución (modificado el comportamiento con disminución desde el año 2005) y en camino para conseguir la meta (6).

15. Con respecto a la **tuberculosis**, los 35 Estados Miembros han presentado avances en el control, con una detección del 84% de los casos que la OMS estimó debiera tener la

Región de las Américas en el 2011. No obstante, pese a los avances logrados en el control, la multifármacorresistencia y la coinfección con el VIH (TB/VIH) continúan siendo desafíos importantes que deben enfrentarse. El informe de la OMS del 2012 sobre control de la tuberculosis (que recoge los datos notificados por los países de la Región) señala una tasa de disminución anual de la incidencia de tuberculosis en las Américas de 4%, siendo la Región que mayor descenso registra a nivel mundial. Al mismo tiempo, la Región de las Américas ha alcanzado y sobrepasado las metas propuestas para el 2015 de reducción de 50% en las tasas de prevalencia y de mortalidad por tuberculosis².

16. En cuanto al **acceso sostenible al agua segura** en la Región de las Américas (2010) se notificó un acceso a fuentes de agua mejorada del 96% (99% en zonas urbanas y 86% en zonas rurales), cuando se considera a América Latina y el Caribe, el acceso disminuye al 94% (98% en zonas urbanas y 81% en zonas rurales) (7, 8). Cabe mencionar que del 86% de los hogares que cuentan con acceso al agua a través de tuberías (1, 2) no se dispone de información sistematizada sobre la calidad del agua, aun a sabiendas de que hay contaminantes que presentan factores de riesgo para la salud. Por otro lado, se ha observado un aumento en el uso de agua embotellada (4) que atenta contra el derecho humano al agua en cuanto a la asequibilidad (6) y representa un reto ambiental que tiene que ser estudiado con mayor detalle.

17. En cuanto al **saneamiento básico**, a nivel de la Región de las Américas hay una cobertura de saneamiento básico mejorado del 88% (91% en zonas urbanas y 74% en zonas rurales). Cuando se considera a América Latina y el Caribe la proporción baja al 80% (84% en zonas urbanas y 60% en zonas rurales) en la Región. No solamente es necesario seguir impulsando este servicio en zonas rurales y periurbanas, sino avanzar en la calidad del mismo, la reducción de los servicios de saneamiento no mejorados y la defecación al aire libre, y en el tratamiento de las aguas servidas urbanas. El desafío es mayor entre los habitantes de quintiles de ingresos más bajos (8). Cabe mencionar que todavía 25 millones de personas en América Latina y el Caribe defecan al aire libre.

Avances en los compromisos asumidos en el 2011

18. Se continuarán impulsando las líneas estratégicas planteadas en el 2011 para el logro de los ODM: *a)* Revisión y consolidación de los sistemas de información; *b)* Fortalecimiento de los sistemas basados en Atención Primaria en Salud (APS), donde se propone fortalecer los sistemas de salud en los municipios en condiciones de mayor vulnerabilidad con el marco renovado de la APS; *c)* Reducción de la inequidad subnacional privilegiando los municipios más vulnerables y los grupos poblacionales en condiciones de exclusión en respuesta a los Determinantes Sociales de la Salud (DSS). Se propone fortalecer las iniciativas dirigidas a esos municipios y grupos como “Rostros, Voces y Lugares”, Municipios Saludables, la Alianza para la Nutrición y el Desarrollo y

² Organización Mundial de la Salud. Global tuberculosis control 2010. Ginebra (Suiza): OMS; 2010.

Maternidad Segura; d) Formulación de políticas públicas para dar sustentabilidad a los logros y reafirmar la “salud en todas las políticas”.

19. En cuanto a la *Agenda para el desarrollo después del 2015 en el tema de salud*, la OPS, en concordancia con lo planteado por la OMS, ha llevado a cabo consultas regionales con los responsables de los sistemas y servicios de salud y con actores claves que no siempre tienen participación en las decisiones, como son alcaldes, líderes indígenas y afrodescendientes y organizaciones de la sociedad civil. Todos han coincidido en la necesidad de priorizar el acceso universal a la salud, entendida como la garantía del derecho a la salud, respondiendo no sólo a la cobertura de los servicios de salud sino a las intervenciones en los determinantes sociales de la salud, como el objetivo prioritario a ser presentado dentro de la *Agenda para el desarrollo después del 2015*. Se propone asimismo analizar las conclusiones y los resultados de la reunión celebrada en Botswana; continuar avanzando en los ODM directamente relacionados con la salud; maximizar una vida saludable durante todas las etapas de la vida, como el objetivo general; tener en cuenta el incremento de las Enfermedades No Transmisibles (ENT) e impulsar la cobertura universal que debe incluir el acceso a todas las intervenciones claves, y fortalecer los sistemas de salud, como metas. Será necesario asegurar que estos resultados sean analizados por todos los países y se logre el compromiso para avanzar en el acceso a la salud para todos los habitantes de las Américas.

Intervención del Consejo Directivo

20. Se solicita al Consejo Directivo que tome nota sobre este informe y formule las observaciones y recomendaciones que considere pertinentes.

Referencias

1. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio 2010: Avances en la sostenibilidad ambiental del desarrollo en la América Latina y el Caribe. Santiago (Chile): ONU; 2010 (Informe interagencial coordinado por la CEPAL) [consultado el 28 de enero del 2011]. Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/6/38496/2009-696-ODM-7-completo.pdf>.
2. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Informe mundial: informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de SIDA 2012 [Internet]. Ginebra (Suiza): ONUSIDA; 2012 [consultado el 15 de febrero del 2013]]. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_es.pdf.

3. United Nations Children's Fund; World Health Organization; The World Bank; United Nations Population Division. Levels & Trends in Child Mortality, Report 2012. Nueva York: UNICEF; 2012 (Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation).
4. Organización Mundial de la Salud. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank estimates [Internet]. Ginebra, (Suiza): OMS; 2012 [consultado el 15 de febrero del 2013]. Disponible en:
http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Trends_in_maternal_mortality_A4-1.pdf.
5. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Informe de ONUSIDA para el día mundial del sida 2012 [Internet]. Ginebra (Suiza): ONUSIDA; 2012 [consultado el 15 de febrero del 2013]. Disponible en:
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2012/JC2434_WorldAIDSday_results_es.pdf.
6. Organización Mundial de la Salud. World Malaria Report 2012 [Informe Mundial sobre el paludismo 2012] (actualmente solamente existe en idioma inglés). Ginebra (Suiza): OMS; 2012 [consultado el 15 de febrero del 2013]. Disponible en:
http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2012/report/es/.
7. Organización Mundial de la Salud; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. A snapshot of Drinking-water and sanitation in the MDG region Latin-America & Caribbean, 2010 Update. A regional perspective based on new data from the WHO/UNICEF Joint Monitoring Program for Water Supply and Sanitation [Internet]. Nueva York: UNICEF; 2010 [consultado el 20 de febrero del 2013]. Disponible en:
http://www.wssinfo.org/fileadmin/user_upload/resources/1284626181-LAC_snapshot_2010.pdf.
8. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Organización Mundial de la Salud. Progress on drinking water and sanitation: 2012 update [Internet]. Nueva York: UNICEF/OMS; 2012 (Informe preparado por el Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo del Abastecimiento de Agua y del Saneamiento) [consultado el 15 de febrero del 2013]. Disponible en:
http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/2012/jmp_report/en/index.html.

D. APLICACIÓN DEL CONVENIO MARCO DE LA OMS PARA EL CONTROL DEL TABACO

Antecedentes

1. En el presente informe se brinda una actualización acerca de los avances del control del tabaco en la Región de las Américas, al 30 de junio del 2013, en el marco de dos resoluciones, la CD48.R2 (2008) aprobada por el 48.º Consejo Directivo (1) y la CD50.R6 (2010) aprobada por el 50.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2).

Informe de progreso

2. El número de Estados Partes al Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el Control del Tabaco (CMCT), que han ratificado el Convenio es de 29 y permanece sin cambios desde el último informe presentado (documento CD51/INF/5). Si bien ha habido ciertos progresos en la implementación de los “*best buys*” (3) (ambientes libres de humo de tabaco, advertencias sanitarias, prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco y aumento de los impuestos), estos han sido lentos y desiguales tanto entre las diferentes medidas como entre los países.

3. En los países que han avanzado en la aplicación más integral del Convenio comienzan a observarse resultados. Brasil y Uruguay muestran una disminución sustancial en el consumo de tabaco en adultos (4, 5) y otros estudios hallan disminuciones en las hospitalizaciones por infarto de miocardio (6, 7).

4. En general, existe una tendencia a la feminización del consumo de tabaco en la Región, con una disminución de la brecha de consumo entre mujeres y hombres adultos (8), que es aun más pronunciada en adolescentes (prevalencia en adolescentes hombres 12,3%, en adolescentes mujeres 11,3%) (9).

5. El Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco suministra información desglosada por sexo tanto para adultos como para adolescentes. Sin embargo, muchos países de la Región aún no cuentan con un sistema nacional establecido para la vigilancia del tabaco. Cabe destacar que en este período ha habido un aumento en el número de países que cuentan con encuestas de adolescentes comparables y de representatividad nacional; se hace notar además el caso de Panamá que obtendrá datos representativos para su población indígena en la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos.

6. Brasil, Costa Rica y Ecuador aprobaron medidas destinadas a aumentar los impuestos al tabaco. Asimismo, por primera vez, delegados gubernamentales de las

administraciones tributarias y de los ministerios de salud de la Región se reunieron para discutir políticas eficaces de impuestos al tabaco y control del contrabando.

7. En 17 países, todos los lugares públicos y de trabajo cerrados y el transporte público son ambientes 100% libres de humo de tabaco. Recientemente se sumaron Brasil¹¹, Chile, Costa Rica, Ecuador, Jamaica y Suriname.

8. Veinte países cuentan con legislación sobre el empaquetado y etiquetado de productos de tabaco que es congruente con los requisitos mínimos del CMCT. Sin embargo, cabe señalar que: *a)* en uno de estos países la legislación no establece la obligación de que las advertencias sanitarias incluyan imágenes, si bien es cierto este requisito no es obligatorio en el CMCT, es recomendado en las directrices sobre el tema aprobadas por los Estados Partes; y *b)* cuatro de estos países aún no han aplicado la ley. A finales de este bienio, 11 países habrán sobrepasado la fecha límite para la implementación de este artículo.

9. Brasil,²² Chile y Suriname se han sumado a Colombia y Panamá con una prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco, mientras que otros cinco países tienen prohibiciones amplias sin llegar a ser totales. Al finalizar este bienio, 22 países que aún no han cumplido con este artículo habrán sobrepasado la fecha límite indicada en el CMCT para su aplicación.

10. Persiste una intensa interferencia de la industria tabacalera en contra de las políticas de control de tabaco, que comprende cabildeo y juicios a nivel nacional e internacional. Se han agregado ahora consultas a nivel de la Organización Mundial del Comercio (OMC).

11. La Oficina Sanitaria Panamericana se ha mantenido en continuo contacto con los países para brindar apoyo técnico tanto en la redacción como en el proceso de aprobación e implementación de legislación para el control del tabaco, así como en su defensa de los ataques de la industria. En ese sentido, se elaboró el *Manual para desarrollar legislación para el control del tabaco en la Región de las Américas*³³ que incluye los fundamentos de derechos humanos que subyacen al control del tabaco, así como las lecciones aprendidas a nivel de los países en la implementación del CMCT. Este manual fue presentado ante la 152.^a sesión del Comité Ejecutivo en junio del 2013. Asimismo, se viene promoviendo la realización de foros regionales para la discusión de temas supranacionales (como el control del comercio ilícito y las interacciones entre los acuerdos comerciales y el CMCT)

¹ La reglamentación e implementación de la ley están aún pendientes.

² Ídem.

³ Disponible en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1371%3Apublications-and-resources&catid=1279%3Ade-publications-and-resources&lang=es

y facilitar el intercambio de información y experiencias, no solo entre países, sino dentro de ellos entre otros sectores distintos al sector de la salud.

Medidas recomendadas para mejorar la situación

12. Se recomienda a los Estados Partes considerar la firma y posterior ratificación del nuevo Protocolo sobre Comercio Ilícito de Productos de Tabaco, aprobado por la 5.^a Conferencia de las Partes al CMCT OMS.

13. Sería importante que los Estados Miembros consideren la ratificación del CMCT OMS si aún no lo han hecho, así como la posibilidad de implementar los cuatro “*best buys*” relacionados con el control del tabaco.

14. El establecimiento y el fortalecimiento, así como la asignación de recursos para las unidades coordinadoras o unidades técnicas responsables del tema de control del tabaco siguen siendo un desafío. La asignación específica de fondos provenientes de los impuestos al tabaco puede ser una de las fuentes de financiamiento con este fin.

15. Los Estados Miembros deberían considerar la posibilidad de establecer sistemas nacionales de vigilancia con datos desglosados por sexo y, de ser posible, por estrato socioeconómico, así como con representatividad para las poblaciones minoritarias, entre otras las poblaciones indígenas. Actualmente se halla disponible un módulo estandarizado de preguntas sobre el tabaco. Este módulo puede incluirse en encuestas nacionales de temática más amplia, de modo de asegurar la comparabilidad internacional de los datos con aquellos provenientes de encuestas de tabaquismo de otros países, sin que ello genere una carga adicional para los sistemas nacionales de vigilancia (10).

16. Se recomienda a los Estados Miembros considerar la inclusión de la detección del consumo de tabaco y la consejería breve para la cesación en sus sistemas de atención primaria de salud, así como alternativas de mayor complejidad en otros niveles, para las personas con adicción grave.

17. Frente a la existencia de posturas disímiles en diferentes foros internacionales, por ejemplo, a nivel de la OMC y la OMS, se recuerda a los Estados Miembros que no existe incompatibilidad en la aplicación del CMCT y los tratados de comercio (11). Asimismo, se recomienda que consideren la posibilidad de no incluir el tabaco en futuros acuerdos comerciales.

18. Teniendo en cuenta el impacto que el control del tabaco tendrá sobre las enfermedades crónicas no trasmisibles,⁴ se recomienda a los Estados Miembros

⁴ En seguimiento a la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, y en cumplimiento de la resolución del Consejo Económico y Social (ECOSOC) de julio del 2012.

considerar la incorporación del tema del control del tabaco en la agenda de todos los organismos de las Naciones Unidas a nivel de país, así como en todos los proyectos de los Marcos de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD) (12, 13).

Intervención del Consejo Directivo

19. Se solicita al Consejo Directivo que tome nota del presente informe de progreso.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: oportunidades y retos para su implementación en la Región de las Américas [Internet]. 48.º Consejo Directivo de la OPS, 60.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de setiembre al 3 de octubre del 2008; Washington (DC), US. Washington (DC): OPS, 2010 (resolución CD48.R2) [consultado el 4 de marzo del 2013]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd48.r2-s.pdf>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Fortalecimiento de la capacidad de los Estados Miembros para implementar las disposiciones y directrices del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco [Internet]. 50.º Consejo Directivo de la OPS, 62.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 27 de setiembre al 1 de octubre del 2010; Washington (DC), US. Washington (DC): OPS 2010 (resolución CD50.R6) [consultado el 3 de marzo del 2013]. Disponible en: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R6-s.pdf>.
3. Organización Mundial de la Salud. Global status report on noncommunicable diseases 2010 [Internet]. Ginebra (Suiza). Ginebra: OMS; 2010 [consultado el 4 de marzo del 2013]. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/.
4. Monteiro CA, Cavalcante TA, Moura EC, Claro RM, Szwarcwald CL. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). *Bulletin of the World Health Organization*, 2007, 85:527-534 [consultado el 4 de marzo del 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/7/06-039073.pdf>.
5. Abascal W., Esteves E., Goja B., González Mora F., Lorenzo A., Sica A., Triunfo P., Harris JE. Tobacco control campaign in Uruguay: a population-based trend analysis. *The Lancet* [online] 2012 Nov (Vol. 380, Issue 9853, pg 1575-1582) DOI: 10.1016/s0140-6736(12)60826-5 [consultado el 4 de marzo del 2013].

Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60826-5/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60826-5/abstract).

6. Ferrante D, Linetzky B, Virgolini M, Schoj V, Apelberg B. Reduction in hospital admissions for acute coronary syndrome after the successful implementation of 100% smoke-free legislation in Argentina: a comparison with partial smoking restrictions. *Tobacco Control* 2011; 21;402-406.
7. Sebríe EM, Sandoya E, Hyland A, Bianco E, Glantz SA, Cummings KM. Hospital admissions for acute myocardial infarction before and after implementation of a comprehensive smoke-free policy in Uruguay. *Tobacco Control* 2012: PMID 22337557 [Epub ahead of print].
8. Organización Mundial de la Salud. Gender, women, and the tobacco epidemic [Internet]. Eds. Jonathan M. Samet and Soon-Young Yoon. Ginebra (Suiza). Ginebra: OMS; 2012 [consultado el 4 de marzo del 2013]. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/publications/gender/women_tob_epidemic/en/index.html.
9. Organización Panamericana de la Salud. Jóvenes y tabaco en las Américas: resultados de la encuesta mundial de tabaquismo en jóvenes 2000-2010 [Internet]. Washington (DC), US. Washington (DC): OPS; 2012 (folleto) [consultado el 4 de marzo del 2013]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1371&Itemid=1231&lang=es.
10. Global Adult Tobacco Survey Collaborative Group. Tobacco questions for surveys: a subset of key questions from the Global Adult Tobacco Survey (GATS) [Internet]. 2nd Edition. Atlanta (GA), US. Atlanta, GA: United States Centers for Disease Control and Prevention (CDC); 2011 [consultado el 4 de marzo del 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/surveillance/tqs/en/index.html>.
11. Organización Mundial de la Salud. Confronting the tobacco epidemic in a new era of trade and investment liberalization [Internet]. Geneva (Switzerland). Ginebra (Suiza). Ginebra: OMS; 2012 [consultado el 4 de marzo del 2013]. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/publications/industry/trade/confronting_tob_epidemic/en/index.html
12. Naciones Unidas. Declaración política de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles [Internet]. Asamblea General de las Naciones Unidas, Sexagésimo-sexto período de sesiones; del 19 al 20 de septiembre del 2011; Nueva York (NY), Estados Unidos.

ONU; 2011 (proyecto de resolución A/RES/66/2) [consultado el 4 de marzo del 2013]. Disponible en:

<http://www.un.org/es/ga/ncdmeeting2011/documents.shtml>.

13. Naciones Unidas. Proyecto de resolución presentado por el Vicepresidente del Consejo, Luis Alfonso de Alba (México), sobre la base de consultas oficiosas. Coherencia en la labor de control del tabaco a nivel de todo el sistema de las Naciones Unidas [Internet]. Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, período de sesiones sustantivo del 2012; del 2 al 27 de julio del 2012; Nueva York (NY), Estados Unidos. Nueva York: ECOSOC; 2012 (documento E/2012/L.18) [consultado el 4 de marzo del 2013]. Disponible en:
<http://www.un.org/es/ecosoc/docs/insessiondocs.shtml>.

E. PLAN DE ACCIÓN SOBRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y LA SALUD PÚBLICA

Antecedentes

1. La *Estrategia sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública*, (documento CD50/18, Rev. 1 y resolución CD50.R2 [2010]) (1, 2) y su *Plan de Acción*, (documento CD51/9 y resolución CD51.R7 [2011]) (3, 4) aprobados por el Consejo Directivo de la OPS, de forma complementaria a la *Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental* del 2009 (5, 6) y a la *Estrategia hemisférica sobre drogas* (OEA/CICAD, 2010)¹ (7) forman la base de la cooperación técnica para el abordaje de esta problemática, en términos de salud pública, en la Región.

2. En la 43.^a Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (OEA), realizada en Guatemala en junio de 2013, los Estados Miembros aprobaron la “Declaración de Antigua Guatemala” (8), en la cual se resalta el papel de la salud pública como parte de un enfoque integral frente al problema mundial de las drogas.

Informe de progreso

3. Los Estados Miembros han avanzado en el reconocimiento del impacto del uso de sustancias psicoactivas en la salud de la población (7-10). Sin embargo, en muchos países, esto no se ha traducido en la ampliación y el mejoramiento de los servicios, persistiendo una gran brecha de tratamiento. La atención primaria de salud todavía tiene un papel muy limitado en la identificación temprana, el tratamiento y la orientación de las personas con problemas de abuso de sustancias. Los servicios especializados son escasos y en muchos casos utilizan modelos terapéuticos inapropiados o de tipo asilar.

4. La OPS ha brindado cooperación técnica directa a los países, así como también en el marco de iniciativas regionales y subregionales formuladas por la OEA, el Sistema de la Integración Centroamericana (SICA) y la Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD)² (10, 11).

¹ Aprobada en mayo del 2010 por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos (OEA/CICAD).

² Cumbre de Presidentes de Centroamérica SICA: “Nuevas rutas contra el narcotráfico” (Guatemala, 2012); Cumbre de Presidentes y Jefes de Estado (Cartagena, 2012); Acuerdo sobre el “Avance en la Atención Integral de las Adicciones en la APS”, adoptado en la XXVIII RESSCAD, (República Dominicana 2012); Informe sobre el problema de drogas en las Américas (OEA, 2013); Décimo Foro hemisférico con la sociedad civil y actores sociales (OEA, 2013); 43.^a Asamblea General de la OEA (Guatemala, 2013); “Declaración de Antigua Guatemala” (Guatemala, 2013).

5. Como ejemplo de cooperación con los países, en Costa Rica, Guatemala y Panamá se organizaron talleres nacionales con el apoyo de la OPS y la participación de ministerios de salud, organismos nacionales antidrogas, así como representantes de otros sectores y de la sociedad civil, para fortalecer el abordaje de salud pública en los planes nacionales, reforzando particularmente el papel de los ministerios de salud.

6. La OPS está llevando a cabo una revisión sistemática sobre la eficacia de las intervenciones de salud pública dirigidas a la problemática del uso de sustancias³, que se publicará y presentará antes de finales de este año.

7. Se ha participado en grupos de expertos con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) (12), la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁴ y el Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD) (13).

8. A través del Campus Virtual de Salud Pública, están a la disposición de los Estados Miembros los cursos desarrollados por la OPS sobre intervenciones breves (14) y políticas de drogas (15). Adicionalmente, se desarrolló en colaboración con COPOLAD, un curso sobre integración de servicios a nivel de atención primaria de salud.⁵

9. Se firmó un memorando de entendimiento entre la OPS y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la OEA,⁶ lo cual es una importante alianza estratégica que servirá para apoyar acciones concertadas a nivel de los países entre las Comisiones Nacionales Anti-drogas y el sector de la salud. También con COPOLAD⁷ y organizaciones de la sociedad civil, que abordan el tema a nivel nacional y regional,⁸ se impulsa la aplicación de la estrategia regional y del plan de acción.

³ Informe en proceso de preparación.

⁴ Guías para el Manejo del Uso de Sustancias Psicoactivas y sus Trastornos Asociados durante el Embarazo (OMS). En preparación.

⁵ Curso virtual “Sistema integral e integrado de atención social y sanitaria en drogodependencias desde la atención primaria”, dirigido por la OPS en colaboración con COPOLAD. A la primera edición (2012) asistieron 59 cursantes de 14 países (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Panamá, Paraguay, Perú y Uruguay). Actualmente se prepara la segunda edición.

⁶ Además del memorando, se participó en la preparación del “Informe sobre el Problema de Drogas en las Américas”; se organizó con CICAD el Día Internacional de la Lucha contra el Uso Indevido y el Tráfico Ilícito de Drogas; y se trabajó en los grupos de expertos sobre sistemas de información, integración social y alternativas de tratamiento bajo supervisión judicial.

⁷ La OPS participa en los componentes de COPOLAD relacionados con la formación de recursos humanos, el desarrollo de la investigación y el fortalecimiento de los sistemas de información.

⁸ Centros de Integración Juvenil (CIJ) de México, la Red Iberoamericana de Organizaciones que trabajan en Drogas RIOD, la Asociación Civil “Intercambios” en Argentina, entre otros.

Medidas recomendadas para mejorar la situación

10. La OPS debe intensificar los esfuerzos para apoyar a los Estados Miembros en la aprobación o revisión de sus políticas y planes, así como de leyes sobre drogas que incorporen el abordaje de salud pública y promuevan el respeto a los derechos humanos.

11. La OPS y sus Estados Miembros deben emprender una iniciativa concertada de desarrollo de capacidades para fortalecer una respuesta integrada para los usuarios de sustancias psicoactivas dentro de los sistemas de salud y de la protección social. La OPS debe facilitar los mecanismos de intercambio de experiencias entre los Estados Miembros.

12. Los Estados Miembros deben orientar la asignación de recursos sobre la base de las necesidades identificadas, prestando especial atención a los grupos de alto riesgo como son la población indigente, prisioneros, trabajadores sexuales, usuarios de drogas inyectables, niños y adolescentes.

13. La OPS y sus Estados Miembros deben continuar trabajando para fortalecer los sistemas de información y vigilancia, mejorar la información epidemiológica, incrementar la cobertura de encuestas para poblaciones marginalizadas y otros grupos vulnerables, y utilizar el enfoque de los determinantes sociales para el análisis de datos y programas.

14. La OPS, con la participación de los Estados Miembros, debe actualizar los datos sobre programas, servicios y recursos dedicados en la Región a la prevención y tratamiento de los trastornos relacionados con el uso de sustancias (16).

Intervención del Consejo Directivo

15. Se solicita al Consejo Directivo que tome nota del presente informe de avance, y que formule las recomendaciones que considere pertinentes.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública [Internet]. 50.º Consejo Directivo de la OPS, 62.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2010 (documento CD50/18, Rev. 1) [consultado el 2 de julio del 2013]. Disponible en:
<http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-18-s.pdf>

2. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública [Internet]. 50.º Consejo Directivo de la OPS, 62.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2010 (resolución CD50.R2) [consultado el 2 de julio del 2013]. Disponible en:
<http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R2-s.pdf>
3. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública [Internet]. 51.º Consejo Directivo de la OPS, 63.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2011; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2011 (documento CD51/9) [consultado el 2 de julio del 2013]. Disponible en:
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14584&Itemid=
4. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública [Internet]. 51.º Consejo Directivo de la OPS, 63.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2011; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2011 (resolución CD51.R7) [consultado el 2 de julio del 2013]. Disponible en:
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15077&Itemid=
5. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y Plan de acción sobre salud mental [Internet]. 49.º Consejo Directivo de la OPS, 61.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2009 (documento CD49/11) [consultado el 2 de julio del 2013]. Disponible en:
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2626&Itemid=
6. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y Plan de acción sobre salud mental [Internet]. 49.º Consejo Directivo de la OPS, 61.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2009 (resolución CD49.R17) [consultado el 2 de julio del 2013]. Disponible en:
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=3097&Itemid=

7. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos. Estrategia hemisférica sobre drogas [Internet]. Cuadragésimo séptimo período ordinario de sesiones de la CICAD; del 3 al 5 de mayo del 2010; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): CICAD; 2010 [consultado el 3 de julio del 2013]. Disponible en:
<http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=954>
8. Organización de los Estados Americanos. Declaración de Antigua Guatemala “Por una política integral frente al problema mundial de las drogas en las Américas” [Internet]. Cuadragésimo tercer período ordinario de sesiones de la OEA; del 4 al 6 de junio del 2013; Antigua, Guatemala. Washington (DC): OEA; 2013. (Documento AG/DEC.73 [XLIII-O/13]) [consultado el 2 de julio del 2013]. Disponible en:
<http://scm.oas.org/ag/documentos/Documentos/AG06196S06.doc>
9. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. World Drug Report 2013 [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 2013 (publicación de las Naciones Unidas, No. E.13.XI.6) [consultado el 5 de julio del 2013]. Disponible en:
http://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World_Drug_Report_2013.pdf
10. Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos. El problema de las drogas en las Américas [Internet]. Washington (DC): OEA; 2013; [consultado el 5 de julio del 2013]. Disponible en:
http://www.oas.org/documents/spa/press/Introduccion_e_Informe_Analitico.pdf
http://www.cicad.oas.org/main/policy/informeDrogas2013/drugsPublicHealth_ES_P.pdf
11. Organización Panamericana de la Salud. Acuerdos de la XXVIII RESSCAD - República Dominicana [Internet]. XXVIII Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana; del 5 al 6 de julio del 2012; Santo Domingo, República Dominicana. Santo Domingo: OPS/RESSCAD; 2012 [consultado el 8 de julio del 2013]. Disponible en:
http://new.paho.org/resscad/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=289&Itemid=192
12. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. International Standards on Drug Use Prevention [Estándares internacionales sobre prevención del uso de drogas] [Internet]. Viena (Austria): UNODC; 2012 [consultado el 8 de julio del 2013]. Disponible en:
<http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>

13. Programa de Cooperación entre América Latina y Unión Europea en Políticas de Drogas. ¿Qué es COPOLAD? [Internet]. COPOLAD; 2013 [consultado el 9 de julio del 2013]. Disponible en:
<https://www.copolad.eu/que-es-copolad>
14. Organización Panamericana de la Salud. Curso de capacitación en el paquete ASSIST-DIT sobre detección temprana, intervenciones breves y derivación a tratamiento [Internet]. Campus Virtual de Salud Pública - Aula virtual. Cursos regionales. OPS; 2013 [consultado el 8 de julio del 2012]. Disponible en:
<http://cursos.campusvirtualsp.org/>
15. Organización Panamericana de la Salud. Curso virtual sobre políticas de salud pública en materias de drogas y otras sustancias psicoactivas. 2.^a parte: Políticas sobre drogas y salud pública” [Internet]. Campus Virtual de Salud Pública - Aula virtual. Cursos regionales. OPS; 2013 [consultado el 8 de julio del 2012]. Disponible en: <http://cursos.campusvirtualsp.org/>
16. Organización Mundial de la Salud. ATLAS on substance use 2010. Resources for the prevention and treatment of substance use disorders. Ginebra: OMS; 2010. [consultado el 31 de Julio del 2013]. Disponible en:
http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html

F. PLAN REGIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Introducción

1. El *Plan regional de salud de los trabajadores* ([resolución CD41.R13, 1999](#)) se diseñó para dar respuesta a los retos que el desarrollo político, social, económico y laboral imponían a la fuerza de trabajo en la década de los 90. Su aplicación en los países ha dado múltiples resultados con muchos altibajos por la falta de reconocimiento del importante rol que tiene la fuerza de trabajo como motor central del desarrollo humano sostenible. Hoy se impone el desafío de dar prioridad a la protección de la salud, reconociendo que una población trabajadora saludable y en buenas condiciones de empleo y de trabajo suele ser altamente productiva a nivel social, económico e individual (1). Si bien el Plan ha sido revisado y ajustado por la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) a través de sus 13 años de existencia, es perentorio explorar y trazar nuevos caminos a la luz de la compleja problemática que hoy enfrenta la fuerza de trabajo de la Región. Por esta razón, este informe presenta los antecedentes, resume los resultados obtenidos a la fecha, plantea las realidades y las brechas que hoy afronta la salud de los trabajadores y solicita el apoyo del Comité Ejecutivo para su replanteamiento.

Antecedentes

2. El Plan surgió después del lanzamiento del concepto de “desarrollo sostenible” en la Cumbre de la Tierra, que incluyó la necesidad de proteger la salud y la seguridad en el trabajo ([CNUMAD, 1992](#)) y la Conferencia Panamericana sobre Salud y Ambiente en el Desarrollo Sostenible ([OPS, 1995](#)). Se basó en los mandatos de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) referentes a la salud de los trabajadores ([resolución CSP23.R14, 1990](#)), la *Declaración sobre Salud Ocupacional para Todos* ([OMS, 1994](#)) y la *Estrategia mundial de salud ocupacional para todos* ([OMS, 1995](#); [resolución WHA49.12](#)).

3. Con la formulación del Plan de acción mundial: salud de los trabajadores ([resolución WHA60.26, 2007](#)) y las determinaciones de la Secretaría de la OMS y la Red Mundial de Centros Colaboradores ([OMS/CC](#)), en el 2012 se acordó focalizar el trabajo en siete prioridades globales (2, 3), a las cuales la OPS contribuye de acuerdo con las necesidades de la Región. En el anexo se muestran las piedras angulares que marcan el origen y el desarrollo del Plan.

4. Los objetivos del Plan se lograron al implementarse acciones en cuatro áreas programáticas: *a*) Calidad de los ambientes de trabajo, *b*) Políticas y legislación, *c*) Promoción de la salud de los trabajadores, y *d*) Servicios integrales de salud de los trabajadores (4). Con base en ellas, la Oficina brindó cooperación técnica a los países,

apoyándose en la Red de Centros Colaboradores en Salud Ocupacional, y estableciendo alianzas estratégicas con la Conferencia Interamericana de Ministros de Trabajo de la Organización de Estados Americanos ([CIMT/OEA](#)); la Organización Internacional del Trabajo (OIT); la Comisión Internacional de Salud Ocupacional ([ICOH](#)); y la Alianza Nacional para los Trabajadores Hispanos de los Estados Unidos, entre otras.

5. Los resultados del Plan fueron evaluados en el 2006, mediante una encuesta diseñada para ese fin y de otras fuentes de información disponibles en los países (5) y publicados parcialmente en el informe Salud en las Américas 2007 ([OPS, 2007](#)).

Puesta al día acerca de la situación

6. La población de la Región y la población económicamente activa (PEA) (de 15 a 65 años de edad) aumentaron de 781 a 954 millones y de 351 a 468 millones de 1996 a 2011 respectivamente (6, 7). Cerca del 60,2% (283 millones) está en América Latina y el Caribe, y 39,5% (185 millones) en Norte América. Las condiciones de empleo (salarios, desempleo, protección social, entre otras) y de trabajo (peligros y riesgos en el lugar de trabajo) consideradas determinantes sociales de la salud (8), se fueron transformando durante los 15 últimos años por los procesos de cambio ocurridos en el mundo del trabajo (9), dejando múltiples inequidades para la salud de los trabajadores.

7. Según la OIT (10) para el 2011 las mayores tasas de empleo informal y personas en el sector informal se presentaron en: Bolivia, Ecuador, El Salvador, Honduras, Paraguay, Perú y Nicaragua. El trabajo precario se expandió en la región fragilizando las relaciones de empleo, afectando la vida cotidiana del trabajo (11) y adquiriendo el potencial de generar efectos sobre la salud de los trabajadores (12).

8. Otros problemas serios son: *a*) el trabajo infantil (13), que está presente mayoritariamente en sus formas más peligrosas en la informalidad económica (agricultura 60%, servicios 26% e industria 7%; así como en minería, pesca y trabajo callejero) (14); *b*) el trabajo forzado percibido como prácticas abusivas de semi-esclavitud, servidumbre o explotación laboral aumentó de 1,3 a 1,8 millones de personas para el 2012 en América Latina y el Caribe (15, 16); *c*) las inequidades en el trabajo de las mujeres (17); y *d*) las poblaciones excluidas como indígenas, adultos mayores y las poblaciones rurales en general que no logran estar cubiertos por la seguridad social (18).

9. Las condiciones inadecuadas de trabajo detectadas en un análisis hecho por OPS con base en encuestas realizadas en Argentina, Chile, Colombia, Guatemala y Nicaragua, indican que persiste la exposición a peligros en el trabajo con diferentes niveles de frecuencia e intensidad y sin control (19) causando daños evitables a la salud de los trabajadores. Estimaciones hechas con base en las cifras de dieciséis países de la Región sobre la población cubierta por los seguros de riesgos del trabajo, indican que en el 2007 ocurrieron al menos 7,6 millones de accidentes de trabajo cuya frecuencia diaria

aproximada sería de 20.825 accidentes de trabajo/día (19). Para el 2009, se estima que ocurrieron cerca de 11.343 accidentes de trabajo fatales, de los cuales 5.232 fueron en América Latina y el Caribe, y 6.107 en Estados Unidos de América y Canadá. Sin embargo, estas cifras no logran reflejar un panorama regional completo por dos razones: ambas excluyen la población no-afiliada a los sistemas de seguridad social y existe un importante subregistro de casos.

10. La OIT estima que ocurren 2,34 millones de muertes en el trabajo (20), de las cuales solo 321,000 son causadas por accidentes de trabajo. Las restantes (86%) son debidas a enfermedades profesionales. La OMS estima que anualmente suceden cerca de 160 millones de casos no fatales de enfermedades profesionales (21). Estimaciones de la OPS con base en información de población asegurada en 9 países de la Región (19), indican que en el 2009 ocurrieron un promedio estimado de 281.389 casos. En la Región solo 1 a 5% de las enfermedades profesionales son efectivamente notificadas (19), debido a varios factores, entre otros: la cobertura limitada (< 30%) de los sistemas de salud y de protección de riesgos del trabajo, y los servicios de salud y seguridad ocupacional; el crecimiento del sector informal y la invisibilidad de los trabajadores rurales; y, las deficiencias que tienen los países en materia sistemas de vigilancia, detección y registro de las enfermedades profesionales.

11. El Estudio de Carga Global de Enfermedad 2010 (22) permite ver que el mayor riesgo de muerte en los grupos de edad de 15 a más de 80 años, sigue siendo el accidente de trabajo (más en hombres jóvenes, aunque llama la atención su presencia en mayores de 65 años); y la exposición a asmogénicos en hombres y mujeres de 15 a 35 años. Las muertes por exposición a cancerígenos y partículas ocupacionales ocurren en ambos sexos y en los extremos de edad, al igual que por exposición a partículas en hombres y mujeres mayores de 40 años, cifras que demuestran la larga latencia de las enfermedades crónicas por exposiciones prolongadas a peligros en el trabajo. El Observatorio mundial de la carga de enfermedad de la OMS (23) consideró como los factores de riesgo más frecuentes para las enfermedades profesionales las partículas inhaladas, los carcinógenos, los estresores ergonómicos, el ruido y los accidentes de trabajo.

12. La situación actual indica que pese a los logros que el Plan ha arrojado a lo largo de estos años, persisten brechas que imponen grandes y preocupantes retos para que los países puedan superar las inequidades en la salud de los trabajadores. Los sistemas de salud están asumiendo la carga y los costos de la prestación de servicios de salud a los trabajadores formales e informales, originados por la atención de las enfermedades profesionales que continúan siendo invisibles debido a la falta de diagnósticos y registros adecuados.

13. El panorama descrito llama a posicionar y priorizar el tema de salud de los trabajadores en la agenda gubernamental de los Estados Miembros y en particular en los Ministerios de Salud. Se requiere fortalecer su liderazgo para generar políticas y programas de prevención y de protección de la salud los trabajadores, incrementar la

oferta de servicios de salud y dar cobertura universal a los trabajadores a través de los servicios de atención primaria de la salud. El fortalecimiento de las capacidades institucionales conducirá a mejorar la atención de las necesidades y a cerrar las brechas en la salud de los trabajadores para lograr un trabajo saludable, seguro, digno y productivo.

Medidas para mejorar la situación

14. Dado que el alcance del plan no es homogéneo y no ha llegado a todos los países de la Región, se hace necesario plantear y desarrollar nuevas iniciativas que permitan acompañar a los Estados Miembros y redefinir sus prioridades de acción, de tal manera que el sector salud asuma el liderazgo en materia de prestación de servicios de prevención y atención; y se fortalezca y cuente con herramientas, métodos y conocimientos de vanguardia para cumplir con el objetivo de proteger la vida y la salud de los trabajadores.

15. Todo esto indica la necesidad de hacer un replanteamiento del Plan de tal forma que la Oficina Sanitaria Panamericana pueda responder de manera efectiva y eficaz para apoyar a los Estados Miembros en la búsqueda de soluciones a las inequidades de la salud de los trabajadores y necesidades de asistencia técnica que requieren los países.

Intervención del Consejo Directivo

16. Se solicita al Consejo Directivo que tome nota de este informe y que examine la opción de llevar un nuevo Plan de salud de los trabajadores para el periodo 2014-2019 a la consideración de los Cuerpos Directivos, de manera que responda a los nuevos desafíos mundiales, regionales y nacionales, y esté en consonancia con el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019.

Anexo

Referencias

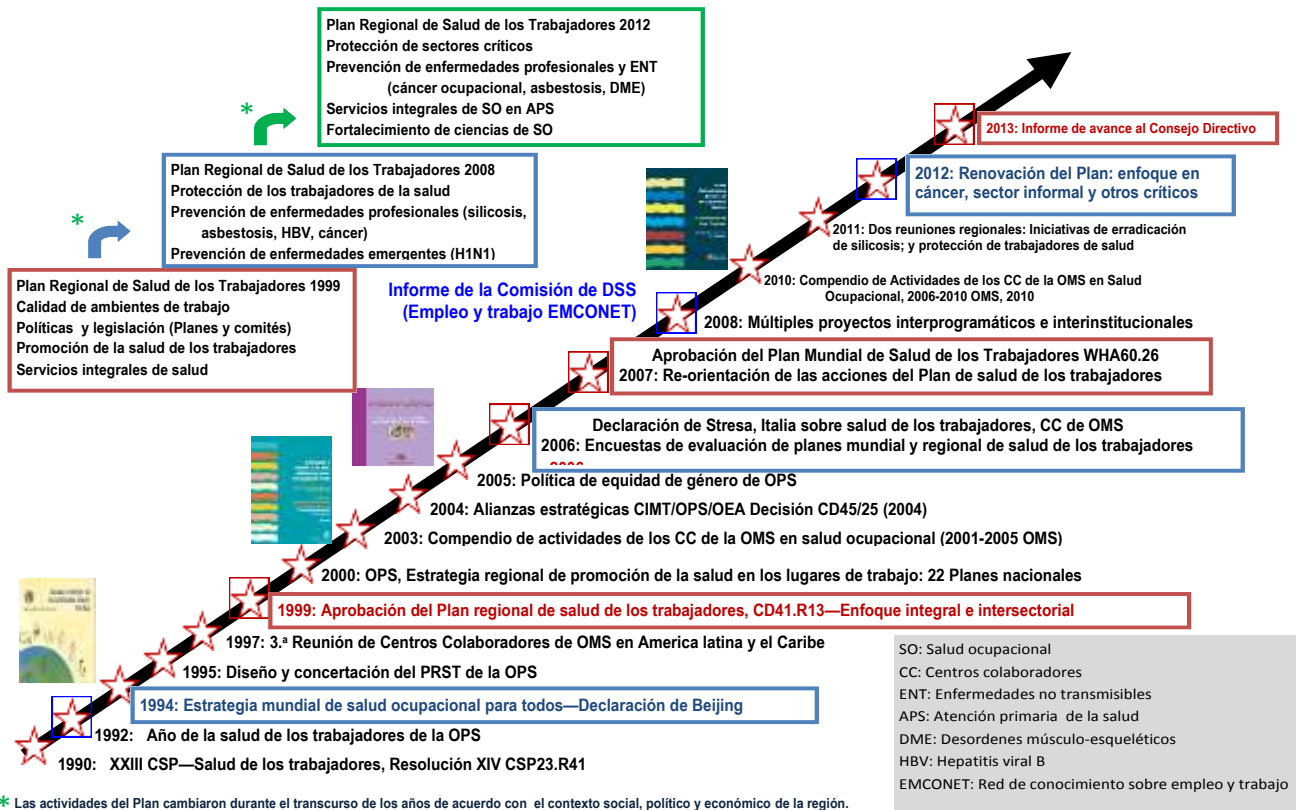
1. Benach J & Muntaner C. Mercados de trabajo y estados de bienestar: una perspectiva de país. Cap. 6. En: Empleo, trabajo y desigualdades en salud: Una visión global. Primera edición. Barcelona: Icaria Editorial, S.A.; 2012.
2. Organización Mundial de la Salud. Meeting Report. Ninth Meeting of the Global Network of WHO Collaborating Centres for Occupational Health (CCs); del 15 al 16 de marzo del 2012; Cancún, México. Ginebra: OMS; 2012. Proyecto preliminar de documento de trabajo no publicado. Documento disponible previa solicitud.

3. Organización Mundial de la Salud. Global Master Plan (GMP) for implementing the global plan of action on workers' health 2012-2017 by WHO and its collaborating centres (CCs) in occupational health. Ginebra: OMS; 2012. Proyecto preliminar de documento de trabajo no publicado. Documento disponible previa solicitud.
4. Organización Panamericana de la Salud. Relatoría del taller sobre el plan regional de salud de los trabajadores; del 6 al 7 de mayo de 1999; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 1999.
5. Rodríguez J, Piedrahita H & Muñoz J. Actualización, edición y traducción de los logros y avances del Plan Regional de Salud de los Trabajadores de la OPS 1995-2006. Documento de trabajo. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2006.
6. Organización Panamericana de la Salud. Plan regional de salud de los trabajadores [Internet]. Tennessee, Maritza (Editora). Washington (DC): OPS; 2001 [consultado el 30 de noviembre del 2012]. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehamplanreg.pdf.
7. International Labour Office. Economically active population, Estimates and projections (6th edition, October 2011) [Internet]. ILO Department of Statistics. Ginebra: OIT; 2011 [consultado el 26 de abril del 2012]. Disponible en: http://laborsta.ilo.org/applv8/data/EAPEP/eapep_E.html
8. Benach J & Muntaner C. Mercados de trabajo y estados de bienestar: una perspectiva de país. Cap. 6. En: Empleo, trabajo y desigualdades en salud: Una visión global. Primera edición. Barcelona: Icaria Editorial, S.A.; 2012.
9. Organización Internacional del Trabajo y Organización Mundial del Comercio. La globalización y el empleo informal en los países en desarrollo. Estudio conjunto de la Oficina Internacional del Trabajo y la Secretaría de la Organización Mundial del comercio [Internet]. Ginebra: OMC; 2009 [consultado en marzo del 2012]. Disponible en: http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2009/109B09_249_span.pdf.
10. Organización Internacional del Trabajo. Statistical update on employment in the informal economy. ILO Department of Statistics [Internet]. Ginebra: OIT; junio del 2012 [consultado en marzo del 2012]. Disponible en: http://laborsta.ilo.org/applv8/data/INFORMAL_ECONOMY/2012-06-Statistical%20update%20-%20v2.pdf.
11. Solar, O., Bernal, P., González, M. e Ibañez, C. Precariedad laboral y salud de los trabajadores y trabajadoras de Chile. Las inequidades en la salud de los trabajadores y trabajadoras desde una perspectiva de género. Análisis

- epidemiológico avanzado para la primera encuesta nacional de empleo, trabajo, salud y calidad de vida (ENETS 2009-2010) [Internet]. Ministerio de Salud de Chile: Santiago; 2011 [consultado el 19 de diciembre del 2012]. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2012/07/PRECARIEDAD_BAJA.pdf.
12. Solar, O. Construcción propia sobre la base de datos de la Encuesta nacional de empleo, trabajo, salud y calidad de vida (ENETS 2009-2010). Ministerio de Salud de Chile. Consultoría para OPS, Noviembre del 2011. Documento de trabajo disponible previa solicitud.
 13. Yacouba Diallo, Frank Hagemann, Alex Etienne, Yonca Gurbuzer y Farhad Mehran. Evolución mundial del trabajo infantil: Evaluación de las tendencias entre 2004 y 2008 [Internet]. Organización Internacional del Trabajo; Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil (IPEC). Ginebra: OIT; 2011 [consultado en marzo del 2012]. Disponible en: <http://www.ilo.org/ipeinfo/product/viewProduct.do?productId=16995>.
 14. Pinzon-Rondon Angela Maria, Koblinsky Sally A., Hofferth Sandra L., Pinzon-Florez Carlos E., Briceno Leonardo. Work-related injuries among child street-laborers in Latin America: prevalence and predictors [Internet]. *Rev Panam Salud Publica*. 2009 Sep; 26(3): 235-243 [consultado en abril del 2012]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892009000900008&lng=en.
 15. Oficina Internacional del Trabajo. Capítulo 1. Concepto de trabajo forzoso: aspectos nuevos. En: El costo de la coacción. Informe global con arreglo al seguimiento de la declaración de la OIT relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo [Internet]. Conferencia Internacional del Trabajo, 98.^a reunión; del 3 al 19 de junio del 2009; Ginebra (Suiza). Ginebra: OIT; 2009 [Informe I (B)] en los idiomas: alemán, árabe, chino, español, francés inglés, portugués y ruso [consultado en marzo del 2012]. Disponible en: http://www.ilo.org/sapfl/Informationresources/ILOPublications/WCMS_106269/1a-ng--es/index.htm.
 16. Organización Internacional del Trabajo. Estimación mundial sobre el trabajo forzoso. Resumen ejecutivo [Internet]. ILO Special Action Programme to Combat Forced Labour (SAP-FL), Programme for the Promotion of the Declaration on Fundamental Principles and Rights at Work. Ginebra: OIT; 2012 [consultado en marzo del 2012]. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---declaration/documents/publication/wcms_182010.pdf.

17. Stelman J, Mejía P. Women, work and health in Latin America. University of Columbia. Oral presentation. In: Proceedings of the 2nd Hispanic Forum. California; 2001. Documento disponible previa solicitud.
18. Organización Internacional del Trabajo. Piso de protección social para una globalización equitativa e inclusiva. Informe del grupo consultivo sobre Piso de Protección social [Internet]. Ginebra: OIT; 2011. [consultado en noviembre del 2012] Disponible en:
http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_176521.pdf.
19. Solar, O. Proporción de trabajadores expuestos a diferentes peligros: Análisis de encuestas de Condiciones de Trabajo, Salud y Seguridad Ocupacional de Argentina, Colombia, Chile, Guatemala y Nicaragua. Estimaciones para determinar la carga de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en 2011 en dieciséis países de las Américas. Documento de trabajo. Consultoría de la OPS. Santiago (Chile); 2011. Documento disponible previa solicitud.
20. Organización Internacional del Trabajo. La prevención de las enfermedades profesionales [Internet]. Día Mundial de la Seguridad y Salud en el Trabajo; 28 de abril del 2013 Ginebra (Suiza). Ginebra: OIT; 2013 [consultado 4 de abril del 2013]. Disponible en:
http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_209555.pdf.
21. Fingerhut M, Nelson DI, Driscoll T, Concha-Barrientos M, Steenland K, Punnett L, Prüss-Ustün A, Leigh J, Corvalan C, Eijkemans G, Takala J. The contribution of occupational risks to the global burden of disease: summary and next steps. *Med Lav*. 2006 Mar-Apr;97(2):313-21.
22. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 [Internet]. *The Lancet*. 2012 Dec 15; 380(9859):2224-2260 [consultado el 4 de marzo del 2013]. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23245609>.
23. Organización Mundial de la Salud. Global estimates of occupational burden of disease [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [consultado el 5 de marzo del 2013]. Disponible en:
<http://apps.who.int/gho/data/#>
http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/global/occrf2004/en/index.html.

Anexo. Piedras angulares en la evolución del Plan Regional de Salud de los Trabajadores de la OPS



G. HACIA LA ELIMINACIÓN DE LA ONCOCERCOSIS (CEGUERA DE LOS RÍOS) EN LAS AMÉRICAS

Antecedentes

1. La oncocercosis es una infección producida por el parásito *Onchocerca volvulus*, que se transmite a los humanos por picaduras de las moscas del género *Simulium*. La enfermedad causa prurito, deformaciones dermatológicas, pérdida de la visión y ceguera. La prevalencia y la intensidad de la microfilaremia aumenta significativamente con la edad, pero no se encontró asociación con el sexo de las personas afectadas (1, 2).
2. La oncocercosis es endémica en 13 focos ubicados en seis países de las Américas (Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Venezuela). Se ha disminuido de aproximadamente 1,6 millones de personas expuestas al riesgo de sufrir infección y ceguera en 1996 (3) a 379.234 en el 2013 (ver anexo A).
3. En 1991, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobó la [resolución CD35.R14](#) relativa a la eliminación de la oncocercosis en las Américas. A esta eliminación contribuiría la donación del medicamento en la cantidad requerida por el tiempo necesario, anunciada por el [programa de donación de ivermectina](#) en 1987. En 1993, con el apoyo de la OPS, se creó el [Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas](#) (OEPA, por sus siglas en inglés) para aunar esfuerzos con los socios y organismos aliados con miras al logro de la meta de eliminación, y brindar asistencia técnica y financiera a los programas nacionales. La meta fue reafirmada en las resoluciones [CD48.R12 \(2008\)](#) y [CD49.R19 \(2009\)](#) en las que se establecía el 2012 como el año para lograr la meta de eliminar la morbilidad ocular e interrumpir la transmisión en la Región.
4. En el 2013, se presenta este informe de progreso a los Cuerpos Directivos de la OPS y se exponen los retos que deben superarse para conseguir la meta fijada para la Región y mantener los logros alcanzados hasta la fecha.

Logros

5. La ceguera causada por la oncocercosis se considera eliminada en la Región de las Américas desde 1995, al no haberse notificado casos nuevos desde ese año. Como resultado de la iniciativa regional, al 2013 184.310 personas se consideran fuera de riesgo debido a que la enfermedad ya fue eliminada en los siete focos enunciados en el anexo B, quedando 20.495 personas del área yanomami entre Brasil y Venezuela elegibles para recibir tratamiento y 354.207 viviendo en zonas en vigilancia epidemiológica postratamiento (anexo B). La transmisión de la oncocercosis se ha eliminado en siete

focos e interrumpido en cuatro, por lo que en estos 11 focos se suspendió la administración masiva de medicamentos (anexos A, B y C) y se alcanzó la meta establecida en la resolución CD48.R12.

6. Colombia es el primer país de las Américas y del mundo en eliminar la transmisión de la oncocercosis y en julio del 2013 recibió la verificación oficial emitida por la OPS/OMS. Ecuador confirmó que la transmisión fue eliminada y, en julio del 2013, solicitó formalmente la verificación a la OPS/OMS.

7. Guatemala y México completarán en el 2014 sus tres años de vigilancia epidemiológica postratamiento (VEPT) en todos sus focos, y dependiendo de los resultados de las evaluaciones epidemiológicas, podrían solicitar la verificación a la OPS/OMS.

8. Brasil, en su foco del Amazonas aplica desde el 2010 el esquema de tratamiento trimestral (4x/año) (4) en comunidades híper y mesoendémicas para acelerar el proceso de eliminación, mientras continúa el esquema tradicional (2x/año) en el resto de las comunidades, con lo cual se sitúa cerca de la meta de eliminación.

9. Venezuela interrumpió la transmisión en dos de sus tres focos. En el 2013, en el foco Norcentral completará tres años de VEPT, y podría lograr la categoría de eliminada, también en el 2013 el foco Nororiental inició la fase VEPT. En el foco Sur, donde continúa la transmisión, 9.615 personas distribuidas en 205 comunidades establecidas en áreas endémicas yanomami son elegibles para recibir tratamiento. En comunidades híper y mesoendémicas, Venezuela está aplicando el esquema de tratamiento trimestral (4x/año) (4) mientras continúa el esquema de dos rondas en el resto de las comunidades.

10. Los países avanzaron en la difusión de las pruebas científicas que sustentan los logros alcanzados mediante artículos científicos publicados en revistas indizadas (4-13) y, desde 1996, se publican anualmente los datos correspondientes en el [Weekly Epidemiological Record](#) de la OMS.

11. Las guías y lineamientos desarrollados por OEPA con la participación de la OPS fueron adoptados por la OMS y aplicados por los países donde la oncocercosis es endémica.

Retos

12. El área yanomami, compartida entre Brasil (foco Amazonas) y Venezuela (foco Sur), es el último gran desafío para alcanzar la eliminación de la oncocercosis en toda la Región de las Américas; esto debido a sus dificultades particulares: *a)* población y área geográfica dividida por una frontera política; *b)* difícil acceso geográfico para ambos países (zona selvática); y *c)* las comunidades afectadas son nómadas. En consecuencia, la

logística necesaria para alcanzar esta área endémica implica un alto costo logístico y operativo, lo que actualmente dificulta brindar atención integral a las comunidades y alcanzar las coberturas de tratamiento requeridas.

13. Otro reto consiste en garantizar que los países, después de la interrupción de la transmisión, *a)* mantengan las actividades de vigilancia para la detección de una potencial recrudescencia (*14*); *b)* documenten el proceso y al momento de alcanzar la eliminación, soliciten la verificación a la OPS/OMS, como lo hizo Colombia; y *c)* aborden los retos del periodo de poseliminación.

Próximos pasos

14. En vista de la situación actual analizada en el presente informe, se recomiendan los siguientes pasos:

- a) Hacer un llamamiento firme a la acción coordinada binacional en el área yanomami (foco Sur de Venezuela y Amazonas de Brasil) para la toma de decisiones a nivel político que apoyen la ejecución de las acciones necesarias para lograr la eliminación. Además, se debe definir un plan operativo para los próximos cinco años y suministrar tratamiento y atención integral para lograr cumplir con la meta de interrupción de la transmisión en el 2015 y la eliminación de la oncocercosis en el 2019 (anexo C), en el marco de la protección de los territorios yanomami y el abordaje intercultural (*15, 16*).
- b) Promover, durante los tres años de VEPT, la adopción de metodologías de educación y participación comunitaria, mediante la integración de otros programas de salud pública, y el mantenimiento del monitoreo y la evaluación para documentar y sustentar la meta de eliminación.
- c) Mantener en la fase de poseliminación de la oncocercosis, un abordaje ecosistémico considerando los determinantes de la salud y las actividades de vigilancia epidemiológica. Todo esto, mediante la integración de las actividades de intervención para enfrentar otras enfermedades infecciosas desatendidas y continuar fortaleciendo la autosostenibilidad, los servicios de atención primaria y el abordaje integrado sectorial e intersectorial (acceso a servicios de salud, educación, vivienda, agua segura y saneamiento básico).
- d) Recomendar que OEPA, con apoyo de la OPS/OMS y en coordinación con los seis países endémicos, los socios y organismos aliados, lidere la evaluación del impacto de la eliminación de la oncocercosis en la Región de las Américas y promueva la publicación de las lecciones aprendidas, para que sirvan de apoyo en la eliminación de otras enfermedades.

Intervención del Consejo Directivo

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

Anexos

Referencias

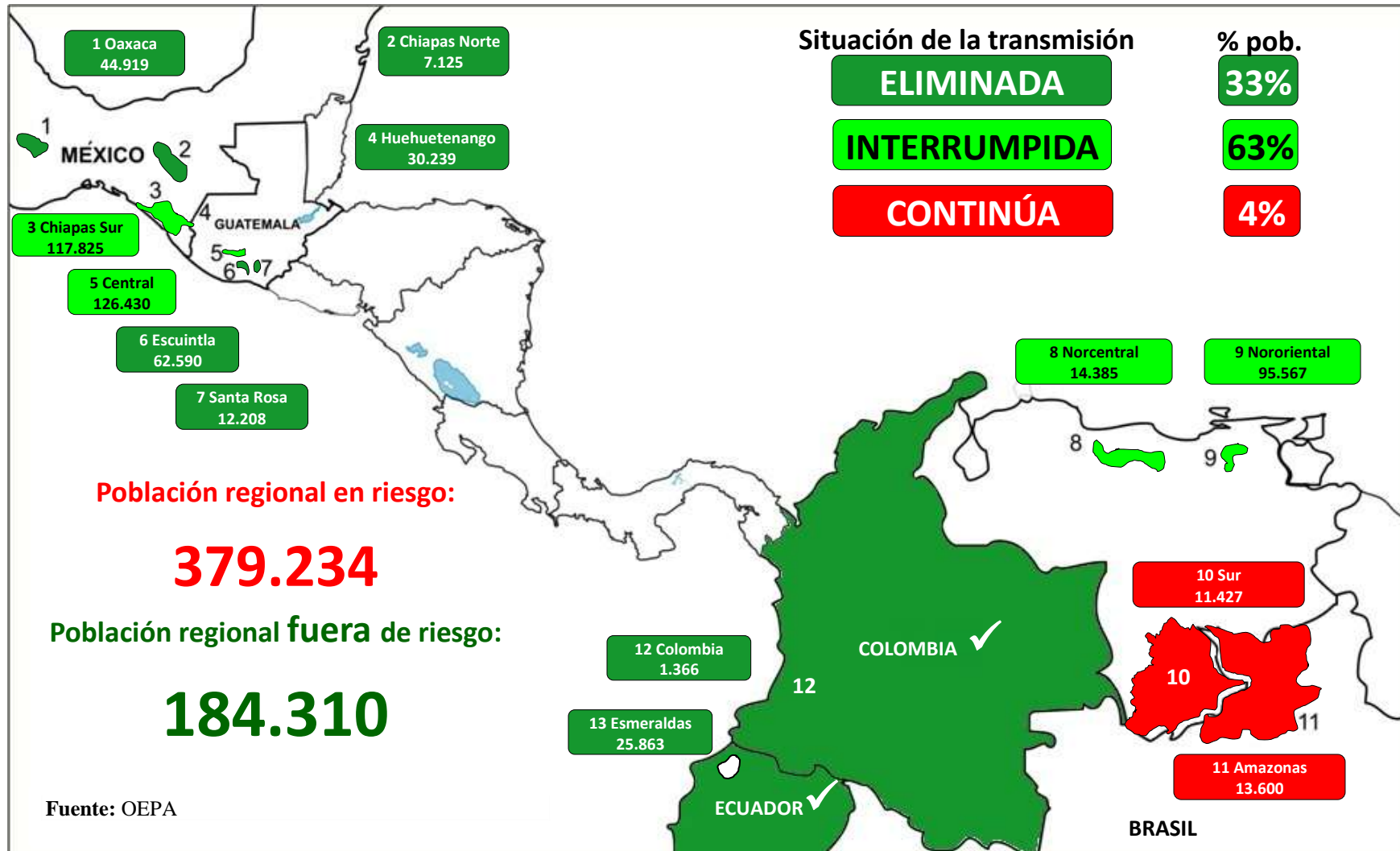
1. Vivas-Martínez S, Basáñez MG, Botto C, Rojas S, García M, Pacheco M, Curtis CF. Amazonian onchocerciasis: parasitological profiles by host-age, sex, and endemicity in southern Venezuela. *Parasitology*. 2000;121(5):513-25.
2. Vivas-Martinez S, Basáñez MG, Grillet ME, Weiss H, Botto C, García M, Villamizar, NJ, Chavasse DC. Onchocerciasis in the Amazonian focus of southern Venezuela: altitude and blackfly species composition as predictors of endemicity to select communities for ivermectin control programmes. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 1998;92(6):613-20.
3. World Health Organization. Onchocerciasis, progress towards elimination in the Americas. *Wkly Epidemiol Rec* 1996;71:277-279.
4. Rodríguez-Pérez MA, Lutzow-Steiner MA, Segura-Cabrera A, Lizarazo-Ortega C, Domínguez-Vázquez A, Sauerbrey M, Richards F Jr, Unnasch TR, Hassan HK, Hernández-Hernández R. Rapid suppression of *Onchocerca volvulus* transmission in two communities of the Southern Chiapas focus, Mexico, achieved by quarterly treatments with Mectizan. *Am J Trop Med Hyg*. 2008;79(2):239-44.
5. Cruz-Ortiz N, Gonzalez RJ, Lindblade KA, Richards FO Jr, Sauerbrey M, Zea-Flores G, Dominguez A, Oliva O, Catú E, Rizzo N. Elimination of *Onchocerca volvulus* transmission in the Huehuetenango focus of Guatemala. *J Parasitol Res*. 2012;2012:638429. [Epub 2012 Aug 23].
6. Cupp EW, Sauerbrey M, Richards F. Elimination of human onchocerciasis: history of progress and current feasibility using ivermectin (Mectizan(®)) monotherapy. *Acta Trop*. 201;120 Suppl 1:S100-8. Epub 2010 Aug 27. Review.
7. Rodríguez-Pérez MA, Unnasch TR, Domínguez-Vázquez A, Morales-Castro AL, Peña-Flores GP, Orozco-Algarra ME, Arredondo-Jiménez JI, Richards F Jr,

- Vásquez-Rodríguez MA, Rendón VG. Interruption of transmission of *Onchocerca volvulus* in the Oaxaca focus, Mexico. *Am J Trop Med Hyg.* 2010;83(1):21-7.
8. Rodríguez-Pérez MA, Unnasch TR, Domínguez-Vázquez A, Morales-Castro AL, Richards F Jr, Peña-Flores GP, Orozco-Algarra ME, Prado-Velasco G. Lack of active *Onchocerca volvulus* transmission in the northern Chiapas focus of Mexico. *Am J Trop Med Hyg.* 2010;83(1):15-20.
 9. Gonzalez RJ, Cruz-Ortiz N, Rizzo N, Richards J, Zea-Flores G, Domínguez A, Sauerbrey M, Catú E, Oliva O, Richards FO, Lindblade KA. Successful interruption of transmission of *Onchocerca volvulus* in the Escuintla-Guatemala focus, Guatemala. *PLOS Negl Trop Dis.* 2009;3(3):e404. Epub 2009 Mar 31.
 10. Rodríguez-Pérez MA, Lizarazo-Ortega C, Hassan HK, Domínguez-Vásquez A, Méndez-Galván J, Lugo-Moreno P, Sauerbrey M, Richards F Jr, Unnasch TR. Evidence for suppression of *Onchocerca volvulus* transmission in the Oaxaca focus in Mexico. *Am J Trop Med Hyg.* 2008 Jan;78(1):147-52.
 11. Lindblade KA, Arana B, Zea-Flores G, Rizzo N, Porter CH, Dominguez A, Cruz-Ortiz N, Unnasch TR, Punkosdy GA, Richards J, Sauerbrey M, Castro J, Catú E, Oliva O, Richards FO Jr. Elimination of *Onchocercia volvulus* transmission in the Santa Rosa focus of Guatemala. *Am J Trop Med Hyg.* 2007 Aug;77(2):334-41.
 12. Vieira JC, Cooper PJ, Lovato R, Mancero T, Rivera J, Proaño R, López AA, Guderian RH, Guzmán JR. Impact of long-term treatment of onchocerciasis with ivermectin in Ecuador: potential for elimination of infection. *BMC Med.* 2007;23;5:9.
 13. Cupp EW, Duke BO, Mackenzie CD, Guzmán JR, Vieira JC, Mendez-Galvan J, Castro J, Richards F, Sauerbrey M, Dominguez A, Eversole RR, Cupp MS. The effects of long-term community level treatment with ivermectin (Mectizan) on adult *Onchocerca volvulus* in Latin America. *Am J Trop Med Hyg.* 2004;71(5):602-7.
 14. Program Coordinating Committee and OEPA staff. Guide to detecting a potential recrudescence of onchocerciasis during the posttreatment surveillance period: the American paradigm. *Research and Reports in Tropical Diseases* 2012;3:21-33.
 15. Organización de los Estados Americanos. Comisión Interamericana de Derechos Humanos [Internet]. Informe anual de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 1984-1985, Capítulo III, Resoluciones relativas a casos individuales, Resolución No. 7615 (Brasil) 5 de marzo de 1985. Washington (DC), Estados

Unidos. Washington (DC): CIDH; 1985 (documento OEA/Ser.L/V/II.66) [consultado el 15 de febrero del 2013]. Disponible en:
<http://www.cidh.oas.org/annualrep/84.85sp/Brasil7615.htm>.

16. Naciones Unidas. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales [Internet]. Asamblea General de las Naciones Unidas, 21.º período de sesiones; del 20 de septiembre al 20 de diciembre de 1966; Nueva York (NY) Estados Unidos. Nueva York: Naciones Unidas: 1966 (Naciones Unidas, Serie de Tratados, Vol. 993, 3 - entrada en vigor el 3 de enero de 1976) [consultado el 15 de febrero del 2013]. Disponible en:
<http://www.unhcr.org/refworld/docid/3ae6b36c0.html>.

Distribución geográfica de la oncocercosis y situación de su transmisión en las Américas, abril del 2013



**Situación actual de la morbilidad ocular y la transmisión en la
 Región de las Américas, 2013**

Foco	Comunidades endémicas	Población en riesgo	Población fuera de riesgo	Población bajo vigilancia epidemiológica postratamiento (VEPT)	Población elegible para tratamiento	Situación de la transmisión
Escuintla-GUA	117		62.590			Eliminada
Santa Rosa-GUA	37		12.208			Eliminada
Chiapas Norte-MEX	13		7.125			Eliminada
Lopez de Micay-COL	1		1.366			Eliminada
Huehuetenango-GUA	43		30.239			Eliminada
Oaxaca-MEX	98		44.919			Eliminada
Esmeraldas-ECU	119		25.863			Eliminada
Central-GUA	321	126.430		126.430		Interrumpida
Chiapas Sur-MEX	559	117.825		117.825		Interrumpida
Norcentral-VEN	45	14.385		14.385		Interrumpida
Nororiental -VEN	465	95.567		95.567		Interrumpida
Sur-VEN	10	11.427			9.615	Continúa
Amazonas-BRA	22	13.600			10.880	Continúa
Total	1.850	379.234	184.310	354.207	20.495	

Fuente: OEPA (por sus siglas en inglés)- Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas

Cronograma previsto para alcanzar la eliminación de la transmisión de la oncocercosis en las Américas por países endémicos

País	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Colombia		VEPT			2011	OMS/OPS ha otorgado la verificación de la eliminación de la oncocercosis a Colombia en 2013.							
Ecuador				VEPT			2013	Ecuador solicitó formalmente la verificación de eliminación a la OMS/OPS					
Guatemala						VEPT			2015				
México						VEPT			2015				
Brasil										VEPT			2019
Venezuela										VEPT			2019
	Último año de administración masiva de medicamentos												
	Fase de vigilancia epidemiológica postratamiento (VEPT)												
	Año en el que el país podría solicitar a la OPS/OMS la verificación de la eliminación de la oncocercosis												

PCC (por sus siglas en inglés): Comité Coordinador del Programa

Fuente: OEPA (por sus siglas en inglés)- Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas

H. PLAN REGIONAL PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS ESTADÍSTICAS VITALES Y DE SALUD

Antecedentes

1. Este documento tiene como finalidad informar al Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) del estado de avance en el cumplimiento de las metas definidas en el *Plan de acción regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud (PEVS)* (resolución CD48.R6 [2008]) (1).¹

Informe de progreso

2. En el caso de la cobertura de los nacimientos (cuadro 1), hacia mediados del último quinquenio (2005-2010)² 17 de 25 países habrían alcanzado la meta referida a su cobertura: Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos de América, Honduras, México, Nicaragua, Perú, San Vicente y las Granadinas, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela (12 de ellos la habrían superado). Tres países (Ecuador, Panamá y Paraguay) habrían aumentado los niveles de cobertura en ese quinquenio y podrían alcanzar la meta prevista si mantienen planes vigentes de fortalecimiento. Bolivia Colombia, El Salvador, Guatemala y República Dominicana habrían disminuido su nivel respecto al período anterior y deberían hacer un esfuerzo especial para alcanzar la meta.

3. En el caso de la cobertura de las defunciones (cuadro 2), hacia mediados del último quinquenio (2005-2010) 11 de 25 países habrían alcanzado la meta: Argentina, Barbados, Belice, Chile, Cuba, Ecuador, Estados Unidos de América, México, San Vicente y las Granadinas, Trinidad y Tabago y Uruguay (los 4 últimos la habrían superado). Bahamas,

¹ En esta ocasión solamente se informa sobre la cobertura de nacimientos y defunciones, ya que los esfuerzos para fortalecer los sistemas de información de salud (SIS) en el quinquenio 2008-2013 se concentraron en estos eventos, que constituyen la principal fuente de datos para la elaboración de la mayoría de los indicadores de los objetivos de desarrollo del milenio. Para ambos eventos, la meta definida en el PEVS a alcanzar entre el 2005 y el 2013 era: países con más del 90% de cobertura deberían al menos mantenerla; países con 80% a 90%, deberían al menos llegar al 90%; países con 61% a 79%, deberían aumentarla al menos en un 10% y países con 60% y menos, aumentarla al menos en un 20%. Los otros indicadores mencionados en el anexo de la resolución CD48.R6 (2008) se encuentran en proceso de evaluación y estarán disponibles hacia fines del 2013.

² Dado que solo existe información uniforme de registros rutinarios de nacimientos y defunciones hasta 2011 y de estimaciones vigentes para quinquenios (2000-2005 y 2005-2010) provenientes de CEPAL/CELADE, en este informe se analiza la evolución de la cobertura entre promedios de esos quinquenios. En los próximos dos años (2014/2015) se espera disponer de datos rutinarios actualizados al 2013 para los numeradores de las tasas y proyecciones actualizadas en los países a partir de los últimos censos de la ronda del 2010 para los denominadores de esas tasas. Se contará de esa manera con valores más realistas para evaluar la evolución de las tasas de cobertura.

Brasil, El Salvador, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Perú habrían aumentado su cobertura en ese quinquenio y podrían alcanzar la meta si mantienen procesos de fortalecimiento de los sistemas de información de salud. La disminución mínima en Costa Rica, país con cobertura casi completa, y las de Colombia, Guatemala, República Dominicana y Venezuela puede estar asociada (particularmente en Costa Rica y Venezuela) al uso de estimaciones aún no ajustadas a la luz de su nuevo censo. Finalmente, no hay datos disponibles para Bolivia y Honduras para el último período.

4. Además de las acciones destinadas a mejorar la cobertura de estas estadísticas, el PEVS incluyó en su estrategia para el quinquenio 2008-2013 medidas a fin de sentar las bases para la mejora en la calidad de los datos de mortalidad y otras estadísticas de salud. En el 2010, se puso en marcha en Lima la Red Latinoamericana para el Fortalecimiento de los SIS (RELAC SIS), que ya ha ejecutado dos planes de trabajo (2010-2011 y 2012-2013) basados en la disseminación de prácticas ofrecidas por países de la Región en un contexto de cooperación horizontal entre países.³

5. Entre las prácticas disseminadas figuran la impartición de cursos sobre la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS, particularmente la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y la disseminación de lineamientos para el establecimiento de centros nacionales de referencia para la mortalidad y la morbilidad que beneficiaron a Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Perú; la elaboración de una guía para la búsqueda sistemática de muertes maternas; la transferencia de tecnología para la codificación asistida según la CIE-10 y la vigilancia epidemiológica; el diseño de cursos en línea para el aprendizaje de la codificación según la CIE-10 y la sensibilización de los profesionales médicos con respecto al llenado de la causa de muerte.

6. Dada la importancia del monitoreo de las metas del PEVS con datos rutinarios y estimaciones actualizadas, es necesario elaborar un nuevo informe de progreso hacia el 2015 a fin de asegurar su sostenibilidad y los ajustes necesarios para el periodo 2013-2017, de manera que, sin descuidar los logros alcanzados por una buena parte de los países, se centren los esfuerzos en brindar cooperación técnica para que los que se encuentran en una situación más crítica avancen en mejorar la cobertura y calidad de las estadísticas vitales y de salud.

³ Promovido y financiado por organismos de cooperación y desarrollo (USAID, CIDA-Canadá); organizaciones internacionales (Comisión Económica para América Latina y el Caribe -CEPAL- particularmente las divisiones de Estadística y de Población -Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía CELADE-); centros colaboradores de la OMS (Centro Mexicano de Clasificación de Enfermedades -CEMECE-); centros nacionales de clasificación de enfermedades (Argentina); y unidades académicas (como MEASURE Evaluation) cuyos resultados pueden verse en www.relacsis.org.

7. Es necesario además fortalecer la cooperación horizontal; el intercambio de buenas prácticas por intermedio de la RELACSYS; la inclusión de los países del Caribe inglés a la red; y el mantenimiento de la alianza con agencias internacionales técnicas y de financiamiento.

Intervención del Consejo Directivo

8. Se invita al Consejo Directivo a que tome nota del presente informe de progreso y ofrezca las recomendaciones que considere necesarias para asegurar el cumplimiento del PEVS.

Anexo

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud [Internet]. 48.º Consejo Directivo de la OPS, 60.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2008 (resolución CD48.R6) [consultado el 13 de febrero del 2013]. Disponible en:

<http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd48.r6-s.pdf>

Birth and Death Coverage. 2000-2005 and 2005-2010. PEVS 2013 Targets.

Table 1. BIRTHS. Progress in coverage between quinquennia 2000-2005 and 2005-2010

Selected countries of the Americas							
Group by coverage at baseline	Country	2000-2005	CD48.R6 Target	2013 Target (%Coverag	2005-2010	Progrebs by 2010	Effort to make by 2013
1 ≥91%	USA	100,0	Maintain level	100,0	100,0	Reached	
	Mexico*	100,0	Maintain level	100,0	100,0	Reached	
	Argentina**	100,0	Maintain level	100,0	100,0	Reached	
	Bahamas	100,0	Maintain level	100,0	100,0	Reached	
	Barbados#	97,0	Maintain level	97,0	100,0	Reached and Improved	
	Cuba**	96,8	Maintain level	96,8	96,8	Reached	
	Uruguay**	96,2	Maintain level	96,2	100,0	Reached and Improved	
	Venezuela**	96,5	Maintain level	96,5	100,0	Reached and Improved	
	Chile**	95,1	Maintain level	95,1	98,3	Reached and Improved	
	St Vicent	94,8	Maintain level	94,8	95,4	Reached and Improved	
	Costa Rica**	94,6	Maintain level	94,6	99,8	Reached and Improved	
	Trinidad and Tobago	92,9	Maintain level	92,9	93,6	Reached and Improved	
	Guatemala	91,8	Maintain level	91,8	81,6	Declined (10.2 points)	10,2
	El Salvador	91,2	Maintain level	91,2	82,8	Declined (8.4 points)	8,4
2 80-90%	Panama*	84,6	Reach 90%	90,0	88,4	Improved w/o reaching	1,6
	Ecuador*	83,0	Reach 90%	90,0	84,6	Improved w/o reaching	5,4
3 61-79.9%	Nicaragua	79,6	Improve 10%	87,6	89,3	Reached and Improved	
	Bolivia**	79,2	Improve 10%	87,1	52,9	Declined (26.3 points)	34,2
	Colombia	78,7	Improve 10%	86,6	76,4	Declined (2.3 points)	10,2
	Brazil**	74,1	Improve 10%	81,5	90,8	Reached and Improved	
	Dom. Rep.**	69,3	Improve 10%	76,2	62,9	Declined (6.4 points)	13,3
	Honduras#	68,0	Improve 10%	74,8	100,0	Reached and Improved	
	Peru	62,3	Improve 10%	68,5	100,0	Reached and Improved	
4 ≤60%	Paraguay**#	60,1	Improve 20%	72,1	65,0	Improved w/o reaching	7,1
	Belize#	50,00	Improve 20%	60,00	96,4	Reached and Improved	

* Countries with adjusted estimates based on circa-2010 censuses.

** Countries with circa-2010 censuses that have not yet released adjusted estimates. Current United Nations estimates are used.

Countries with registry data in PAHO.

Table 2. DEATHS. Progress in coverage between quinquennia 2000-2005 and 2005-2010

Selected countries of the Americas								
Group by coverage at baseline	Country	2000-2005	CD48.R6 Target	2013 Target (%Coverag	2005-2010	Progress by 2010	Effort to make by 2013	
1 ≥91%	USA	100,0	Maintain level	100,0	100,0	Reached		
	Cuba**	100,0	Maintain level	100,0	100,0	Reached		
	Uruguay**	100,0	Maintain level	100,0	100,0	Reached		
	Chile**	100,0	Maintain level	100,0	100,0	Reached		
	Argentina**	99,0	Maintain level	99,0	99,0	Reached		
	St Vicent	100,0	Maintain level	100,0	100,0	Reached		
	Barbados	100,0	Maintain level	100,0	100,0	Reached		
	Costa Rica**	97,3	Maintain level	97,3	93,5	Declined (3.8 points)		
	Trinidad and	99,4	Maintain level	99,4	100	Reached and Improved		
	Mexico*	94,9	Maintain level	94,9	100,0	Reached and Improved		
	Ecuador*	93,5	Maintain level	93,5	94,6	Reached and Improved		
	Guatemala	93,2	Maintain level	93,2	89,5	Declined (3.7 points)	3,7	
	2 80-90%	Venezuela**	89,1	Reach 90%	90,0	71,1	Declined (18.0 points)	18,9
		Brazil**	86,4	Reach 90%	90,0	87,0	Improved w/o reaching	3,0
Panama*		84,4	Reach 90%	90,0	85,8	Improved w/o reaching	4,2	
Colombia		81,6	Reach 90%	90,0	78,0	Declined (3.6 points)	12,0	
3 61-79.9%	Bahamas	75,6	Improve 10%	83,2	76,9	Improved w/o reaching	6,3	
	El Salvador	75,6	Improve 10%	83,2	79,0	Improved w/o reaching	4,2	
	Honduras	68,0	Improve 10%	74,8	nd			
	Paraguay**	62,4	Improve 10%	68,6	67,9	Improved w/o reaching	0,7	
4 ≤60%	Nicaragua	57,4	Improve 20%	68,9	62,0	Improved w/o reaching	6,9	
	Dom. Rep.**	50,4	Improve 20%	60,5	49,9	Declined (0.5 points)	10,6	
	Peru	57,1	Improve 20%	68,5	58,8	Improved w/o reaching	9,7	
	Belize	50,0	Improve 20%	60,0	80,5	Reached and Improved		
	Bolivia**	31,1	Improve 20%	37,3	nd			

* Countries with adjusted estimates based on circa-2010 censuses.

** Countries with circa-2010 censuses that have not yet released adjusted estimates. Current United Nations estimates are used.

nd: No data.

I. SITUACIÓN DE LOS CENTROS PANAMERICANOS

Introducción

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

Antecedentes

2. Los Centros Panamericanos han sido una modalidad importante de cooperación técnica de la OPS durante casi 60 años. En ese período, la OPS ha creado o administrado 13 centros,¹ ha suprimido nueve y ha transferido la administración de uno de ellos a sus propios órganos directivos. Este documento presenta información actualizada sobre el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA); el Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME); el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano/Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR); y los dos centros subregionales, el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) y el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI), que fueron transferidos a finales del 2012 a la Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA).

Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA)

3. En vista de la convergencia entre la salud humana y la sanidad animal, hay una necesidad cada vez mayor de que la OPS ejerza el liderazgo en la esfera de las zoonosis, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria. La articulación entre la salud, la agricultura y el medio ambiente constituyó el tema central de la 16.^a Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, en Salud y Agricultura (RIMSA 16): *Agricultura-Salud-Medio Ambiente: sumando esfuerzos para el bienestar de los pueblos de las Américas* que se celebró en Santiago (Chile) los días 26 y 27 de julio del 2012, bajo la coordinación de PANAFTOSA. Antes de la RIMSA 16 se celebraron tres eventos técnicos: la 12.^a Reunión del Comité Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa en las Américas (COHEFA 12); la 6.^a Reunión de la Comisión Panamericana de Inocuidad de los Alimentos (COPAIA 6); y el Foro Interagencial “Hacia una vigilancia epidemiológica integrada”. La RIMSA 16 y los tres eventos técnicos mencionados anteriormente, contaron con la contribución técnica y financiera del Gobierno de Chile, por conducto de los ministerios de salud y de agricultura. El informe final de la RIMSA 16, que culminó con el Consenso de Santiago, será presentado al Consejo Directivo por separado. Los informes finales de los eventos técnicos llevados a cabo

¹ CLATES, ECO, PASCAP, CEPANZO, INPPAZ, INCAP, CEPIS, Programa regional de bioética en Chile, CAREC, CFNI, CLAP, PANAFTOSA y BIREME

antes de la RIMSA 16 y el Consenso de Santiago de Chile están disponibles en la página electrónica de PANAFTOSA.²

Avances recientes

4. En el marco del proyecto de desarrollo institucional para PANAFTOSA iniciado en el 2010, las contribuciones financieras de los sectores interesados en la erradicación de la fiebre aftosa en Sudamérica están apoyando la cooperación técnica del Centro relacionada con la coordinación regional del Plan de Acción 2011-2020 del Programa Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (PHEFA). En consecuencia, se ha logrado canalizar una proporción importante de los recursos financieros regulares del Centro hacia la cooperación técnica en las áreas de zoonosis e inocuidad de los alimentos. La generosa contribución del Ministerio de Agricultura, Ganadería y Abastecimiento del Brasil, continúa cubriendo íntegramente los costos de mantenimiento del Centro.

5. A finales del 2012, la OPS, por conducto de PANAFTOSA, y la Secretaría de Vigilancia Sanitaria del Ministerio de Salud del Brasil suscribieron un Término Aditivo al Acuerdo de Cooperación Técnica a fin de contribuir al fortalecimiento del Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria y la capacidad de gestión del Sistema Único de Salud del Brasil para reducir la carga sobre la población humana de las zoonosis, las enfermedades vectoriales, y las de origen hídrico y alimentario. El Acuerdo y su *Termino Aditivo* también prevén actividades de gestión del conocimiento y de cooperación Sur-Sur, y se suman a la prolongada y valiosa colaboración de 62 años con el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Abastecimiento del Brasil, con lo cual se pone de relieve la importante función de PANAFTOSA como centro de cooperación técnica intersectorial entre la salud animal y la salud pública.

6. A principios de este año se suscribió un nuevo Acuerdo de Cooperación Técnica con el Banco de Desarrollo de América Latina (CAF) para el control de la fiebre aftosa en las zonas fronterizas de los países andinos. Además, se están negociando acuerdos de cooperación técnica con organizaciones públicas de otros Estados Miembros, que abarcan actividades en todos los ámbitos de acción de PANAFTOSA: zoonosis, inocuidad de alimentos, y fiebre aftosa.

7. En el marco del plan de acción para la eliminación de la rabia humana transmitida por el perro, que define las acciones en la última etapa de la eliminación a alcanzarse en el 2015, se están fortaleciendo los laboratorios de diagnóstico mediante la capacitación de profesionales y la revisión de los planes nacionales de eliminación en países prioritarios a través de misiones de evaluación. Se brindó cooperación técnica para un brote de rabia silvestre en Ecuador, por medio de la capacitación de profesionales de

² <http://ww2.panaftosa.org.br/rimsa16/>

campo y laboratorio. Se está brindando apoyo, entre otros, a los laboratorios de Centro América y Colombia para el diagnóstico de la encefalitis equina; en Panamá se ha proporcionado capacitación a profesionales de la salud animal y salud pública para la vigilancia integrada de la fiebre amarilla en primates y vectores; y en Perú se colaboró en la elaboración del plan nacional intersectorial de vigilancia, prevención y control de la equinococosis/hidatidosis.

8. Se han fortalecido los programas de los países en materia de inocuidad de los alimentos a través de la cooperación técnica directa y la organización de talleres presenciales de carácter intersectorial y en colaboración con otras organizaciones internacionales y regionales. Entre otros, se destacan talleres acerca de los siguientes temas: inocuidad de los alimentos en situaciones de emergencia y respuesta a los brotes; vigilancia integrada de enfermedades transmitidas por alimentos; vigilancia integrada de los agentes antimicrobianos en la cadena de producción primaria animal, y análisis de riesgos y modernización de los servicios de control de alimentos. Se organizó un taller sobre gestión de riesgos en el marco de la reunión regional del Codex Alimentarius con participantes de todos los países de la Región. Se organizaron seis seminarios virtuales interactivos con más de 1.500 participantes acerca de la gestión de la calidad de los laboratorios de la Red Interamericana de Análisis de los Alimentos (RILAA).

9. Desde enero del 2012 no se han registrado casos de fiebre aftosa en los países de América del Sur. Las subregiones de América del Norte, Centroamérica y el Caribe están libres de la enfermedad. En el marco del Plan de Acción 2011-2020 del PHEFA, se brindó cooperación técnica y capacitación en el área de vigilancia, laboratorio y gestión de programas a Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela. Se prestó cooperación técnica a Paraguay en respuesta a los focos del 2011 y 2012, para la elaboración y coordinación de un estudio nacional de circulación del virus de la fiebre aftosa. Se prestó también cooperación técnica a Bolivia para la elaboración y coordinación de un estudio nacional de circulación del virus basado en la experiencia de Paraguay.

10. En el 2012, Panamá fue aceptado como miembro de pleno derecho de la Comisión Sudamericana para la Lucha contra la Fiebre Aftosa (COSALFA), cuya 40.^a reunión ordinaria se llevó a cabo en dicho país en abril del 2013.

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

11. BIREME es un centro especializado de la OPS fundado en 1967 a fin de canalizar la cooperación técnica que presta la Organización a los países de la Región en cuanto a la información científica y técnica en materia de salud. El 1 de enero del 2010 entró en vigencia el nuevo Estatuto de BIREME y el 31 de agosto del mismo año se

estableció el Comité Asesor de BIREME. Los miembros del Comité Asesor han celebrado tres sesiones de trabajo desde su establecimiento.

12. La 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana eligió a Cuba, Ecuador y Puerto Rico para integrar el Comité Asesor de BIREME por un mandato de tres años, en reemplazo de Argentina, Chile y la República Dominicana, cuyos mandatos llegaron a su fin en el 2012.

13. La institucionalidad de BIREME se caracteriza actualmente por la coexistencia del marco institucional previo y del nuevo, dado que el Estatuto del Centro entró en vigencia el 1 de enero del 2010, y el Convenio de mantenimiento y desarrollo del Centro permanecerá vigente hasta el 31 de diciembre del 2013. Asimismo, las estructuras de gobernanza de BIREME actualmente incluyen al Comité Asesor y al Comité Científico (marco nuevo), y al Comité Asesor Nacional (marco previo).

Avances recientes

14. La cuarta reunión del Comité Asesor de BIREME se celebrará a finales del 2013, en las instalaciones de BIREME. Su tercera reunión se llevó a cabo el 5 de diciembre del 2012. Los miembros del Comité Asesor reafirmaron su apoyo continuo al desarrollo institucional del Centro, lo que abarca la ejecución del nuevo marco institucional, el establecimiento y firma del Acuerdo de Sede y el financiamiento de sus planes de trabajo, además de la integración del Comité Científico, la organización del IX Congreso Regional de Información en Ciencias de la Salud (CRICS9), y la celebración de la VI Reunión de Coordinación Regional de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS6) en Washington, D.C., del 20 al 24 de octubre del 2012. En su tercera reunión, el Comité Asesor de BIREME aprobó el nombramiento de los miembros del Comité Científico, de acuerdo a los criterios definidos por la OPS. Los especialistas provienen de cinco países: Brasil, Canadá, Estados Unidos, Honduras y Trinidad y Tabago.

15. En el contexto de las líneas de acción para poner en práctica el nuevo marco institucional de BIREME, cabe destacar los siguientes aspectos:

- a) Acuerdo de Sede para BIREME: la OPS y el Ministerio de Salud del Brasil elaboraron un convenio de sede, que fue encaminado para su aprobación el 6 de agosto del 2010. Luego de una serie de negociaciones que tuvieron lugar durante el año 2012, el 4 de octubre del mismo año la Secretaría Ejecutiva del Ministerio de Salud del Brasil, a través de la Representación de la OPS en Brasil, presentó una nueva versión del *Acordo entre a República Federativa do Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde sobre a instalação da sede do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde* propuesta por el Gobierno de Brasil. Esta nueva versión fue revisada en la sede de la OPS y remitida al Ministerio de Salud del Brasil con observaciones, debido a que

- presentaba cambios sustanciales con respecto a la propuesta anterior, en especial en lo referente a los privilegios e inmunidades que deben reconocerse a la OPS. El documento continúa siendo analizado por la *Consultoría Jurídica* (CONJUR) del Ministerio de Salud de Brasil.
- b) Acuerdo de instalaciones y funcionamiento de BIREME en el Campus de la Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP): se celebraron varias reuniones con las autoridades de la Universidad, que versaron sobre la relación institucional de BIREME con la UNIFESP y los términos del Acuerdo. La suscripción del mismo continúa supeditada a que se suscriba el Acuerdo de Sede con el Gobierno del Brasil, citado en el párrafo anterior.
 - c) Definición del mecanismo de financiamiento para BIREME a partir de las contribuciones de la OPS y del Gobierno del Brasil, estipulado en el artículo 6 del Estatuto: los aportes regulares se definirán de común acuerdo para respaldar los planes de trabajo bienales aprobados, de conformidad con lo establecido en el Estatuto. En la primera reunión del Comité Asesor Nacional (CAN) del 2013 sobre el Convenio de Mantenimiento y Desarrollo de BIREME, realizada el 2 de julio, fueron presentados los resultados alcanzados por el Centro en los últimos 18 meses. El informe respectivo fue aprobado por los representantes del Ministerio de Salud de Brasil, *Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo* (SES-SP) y *Universidade Federal de São Paulo* (UNIFESP). Se estima que la contribución del Ministerio para el mantenimiento y financiamiento del plan de trabajo de BIREME durante el año 2013 será por el mismo monto que en el 2012, o sea, \$3,8 millones de reales (aproximadamente US\$ 1,7 millones). Esta suma será transferida a la OPS a través del *Termo Aditivo* No. 24 al Convenio de mantenimiento y desarrollo de BIREME, que está en proceso de negociación a la fecha de publicación de este documento.
 - d) Establecimiento del Comité Científico en coordinación con el Comité Asesor de BIREME. La sesión para la instalación del Comité Científico de BIREME se celebró el 25 de julio del 2013, en la ciudad de São Paulo, Brasil, con la presencia de los miembros de Brasil, Honduras y Trinidad y Tabago; los miembros de Canadá y los Estados Unidos de América participaron por vía remota. El informe de la reunión está en proceso de elaboración y será sometido a la consideración y aprobación de todos los miembros del Comité Asesor próximamente. El proceso de presentación de candidaturas para elegir a los miembros de Comité Científico se llevó a cabo en el primer semestre del 2012. Se recibieron propuestas de parte de trece Estados Miembros de la OPS y se presentaron las candidaturas al Comité Asesor durante su tercera sesión, cuando se nombraron los miembros del Comité Científico de conformidad con los Términos de referencia del Comité.
16. El plan bienal de trabajo (2012-2013) de BIREME bajo la forma de subentidad del Departamento de Gestión del Conocimiento y Comunicaciones de la OPS, se elaboró

de forma integrada con el Departamento, con el que se continúa coordinando su perfeccionamiento y articulación.

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

17. El Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) fue creado en 1970, mediante un acuerdo entre el Gobierno de la República Oriental del Uruguay, la Universidad de la República del Uruguay y la OPS, que se renueva periódicamente y cuya última prórroga está vigente hasta el 28 de febrero del 2016. El objetivo general del CLAP es promover, fortalecer y mejorar las capacidades de los países de la Región de las Américas en materia de atención de salud para la mujer, la madre y el recién nacido.

Avances recientes

18. A solicitud de la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana, durante los meses de marzo y abril del 2013 se llevó a cabo una misión al CLAP/SMR con el objeto de analizar sus enfoques programáticos, su programa regional de trabajo, su capacidad de respuesta a las solicitudes de los países, los aspectos gerenciales y de coordinación, y los recursos humanos y financieros disponibles. Luego de analizar los resultados y recomendaciones de la misión, se decidió que el CLAP/SMR continuará funcionando como un “Centro/Unidad descentralizada”. En el marco del nuevo Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, el CLAP/SMR dará prioridad a las intervenciones relacionadas con la salud materna, neonatal y reproductiva en función de las diferentes realidades epidemiológicas y operativas de la Región. En este contexto programático, CLAP/SMR focalizará sus acciones en los componentes de formación de recursos humanos, calidad de la atención, sistemas de información, formulación de políticas y legislación relacionados con los siguientes planes aprobados por los cuerpos directivos: *i*) Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre del recién nacido y del niño; *ii*) Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave; y *iii*) Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita. Asimismo, continuarán los esfuerzos para que el CLAP/SMR y la Oficina de representación OPS/OMS de Uruguay puedan compartir en forma progresiva recursos humanos para su gestión administrativa y espacios físicos comunes.

19. Se elaboró la Línea de base del Plan de aceleración de la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave; se desarrolló un formulario complementario de la Historia Clínica Perinatal del SIP (Sistema Informático Perinatal) para el registro de los eventos de morbilidad materna extremadamente graves, en conjunto con la OMS y expertos de la Región; finalizó la ejecución del proyecto de cooperación técnica entre países en Centroamérica (El Salvador, Honduras, Nicaragua,

Panamá) y se elaboró una nueva propuesta con los mismos propósitos e incorporando a Belice, Costa Rica, República Dominicana, en el marco de la estrategia de Eliminación de la Transmisión Vertical de la Sífilis Materna y el VIH, se realizó la validación de la herramienta de certificación y su prueba sobre el terreno para la certificación de Chile como país que ha logrado la meta de eliminación de la sífilis congénita en el marco de la estrategia de Eliminación de la Transmisión Vertical de la Sífilis Materna y el VIH; CLAP/SMR asumió la responsabilidad de implementación del componente neonatal y se procedió a la evaluación de medio término del Plan Regional de Salud del recién nacido; CLAP/SMR fue aceptado como miembro del comité ejecutivo del Foro LAC que se dedica a la temática de planificación familiar; se ha impulsado la formación de docentes de partería a través de la “Caribbean Regional Midwives Association” ante la necesidad de fortalecer la partería en la Región.

20. Se sigue buscando un local para instalar las oficinas del CLAP y de la Representación de la OPS en Uruguay. Durante el 2011 y 2012 se visitaron varias propiedades privadas que no cumplían con los requisitos necesarios, y una gubernamental perteneciente a la Facultad de Veterinaria. Esta última fue descartada pues no se encontrará disponible hasta dentro de dos años y las demás propiedades no cumplían con los parámetros físicos y económicos requeridos. Recientemente se han establecido nuevas negociaciones con la Universidad de la República sobre la posibilidad de cesión de un área exclusiva en el Instituto de Higiene de la Facultad de Medicina. Esta opción volverá a ser considerada en el primer semestre del 2014, cuando las instalaciones correspondientes estén desocupadas.

Centros subregionales (CAREC y CFNI)

21. El 31 de diciembre del 2012 se hizo efectiva la transición del CAREC y el CFNI al Organismo de Salud Pública del Caribe (CARPHA), de conformidad con lo establecido en el Acuerdo entre la OPS y CARPHA para la transferencia de CAREC y CFNI al CARPHA. Anteriormente, el 13 de diciembre, se celebró una ceremonia especial de clausura del CAREC y el CFNI con la participación de funcionarios del Ministerio de Salud de Trinidad y Tabago, CARICOM, el Director Interino del CARPHA y funcionarios de la OPS. El Documento de Transferencia fue suscrito por el Director Interino del CARPHA y el Jefe de Administración de la Oficina Sanitaria Panamericana en la misma fecha. Como consecuencia de lo anterior, ya no se incluirá información sobre el CAREC o el CFNI en el contexto de las evaluaciones de los Centros Panamericanos.

Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC)

22. Durante el 2012, el CAREC se concentró en mantener sus servicios habituales, mientras se preparaba para la transición. Para ello, la OPS constituyó un grupo de trabajo a cargo de poner en práctica un plan con respecto a los productos y servicios técnicos,

administrativos y de laboratorio que se trasladarían a CARPHA. Asimismo, se han conformado varios subcomités para apoyar la transición en las áreas de información, finanzas y recursos humanos.

23. Al mismo tiempo, CAREC colaboró activamente con el Comité Ejecutivo de CARPHA en la aprobación de su organigrama, políticas, procedimientos y procesos, incluido el Reglamento del Personal. Asimismo, apoyó la contratación de funcionarios para puestos claves como el primer Director de CARPHA, el Director de Servicios Institucionales y el Director de Vigilancia e Investigación.

24. Las otras misiones al CAREC programadas para el cuarto trimestre del 2012 se llevaron a cabo de acuerdo con el plan de transición. Esto permitió que la transición tuviera lugar de manera eficiente y ordenada sin que ocurrieran interrupciones en el servicio que presta el CAREC a sus Estados Miembros.

Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI)

25. El CFNI mantuvo el apoyo técnico a los países miembros durante el 2012, al mismo tiempo que trabajaba con CARICOM en los diversos temas y procesos necesarios para una transición eficiente y ordenada a CARPHA. Conforme se indicó en párrafos anteriores, la transición del CFNI a CARPHA tuvo lugar el 31 de diciembre del 2012.

26. La OPS seguirá ofreciendo cooperación técnica a los Estados Miembros de acuerdo con sus mandatos y compromisos regionales y subregionales, pero algunas funciones de cooperación serán transferidas a otras entidades de la Región, como por ejemplo universidades, organismos de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales y centros colaboradores. A ese efecto la OPS promoverá la consolidación de alianzas y redes.

27. Los documentos técnicos del CFNI fueron transferidos a la biblioteca de la Universidad de las Indias Occidentales (UWI) y digitalizados para mantenerlos al alcance de los países.

28. La oficina de la Representación de la OPS en Jamaica fue trasladada al edificio del CFNI en el campus de la UWI.

Intervención del Consejo Directivo

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

Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud/Centro Panamericano de Fiebre Aftosa. Programa Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (PHEFA): Plan de Acción 2011-2020. PANAFTOSA; Río de Janeiro (Brasil): OPS; 2011 [consultado el 9 de marzo del 2012]. Disponible en:
<http://bvs1.panaftosa.org.br/local/File/textoc/PHEFA-PlanAccion-2011-2020esp.pdf%20>.

- - -