

58.º CONSEJO DIRECTIVO

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

Sesión virtual, 28 y 29 de septiembre del 2020

Punto 4.2 del orden del día provisional

CD58/6

12 de agosto del 2020

Original: inglés

LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Introducción

1. Al 15 de julio del 2020, la Región de las Américas es el epicentro de la pandemia de COVID-19. En la Región se encuentran seis países (Argentina, Brasil, Colombia, Estados Unidos de América, México y Perú) que están entre los diez países que han notificado el número más alto de casos y muertes a nivel mundial, y dos de ellos (Brasil y Estados Unidos de América) que se clasifican entre los tres principales. Todos los 54 países y territorios de la Región han notificado casos de COVID-19. Sus medidas para controlar la pandemia han mostrado diversos grados de ejecución y éxito.

2. Aunque todavía no puede cuantificarse con exactitud, se considera que el impacto social y económico negativo de la pandemia de COVID-19 tanto en el corto, mediano y largo plazo como a nivel local, nacional y mundial no tendrá precedentes. No obstante, esto representa una oportunidad para que las autoridades nacionales puedan fortalecer, reanudar y reconstruir las instituciones, aprovechando los éxitos y las enseñanzas obtenidas por medio de la innovación y la participación de todos los sectores del gobierno y de toda la sociedad en la respuesta a la pandemia. En particular, en los países y los territorios que han tenido éxito en responder sin que se exceda la capacidad de sus servicios de salud, es cada vez mayor la presión para resolver la tensión entre las prioridades de salud pública y las prioridades económicas de una manera que no comprometa los logros alcanzados hasta el momento.

3. En este documento se presenta una actualización sobre la pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas y sobre la respuesta de la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina). Se proporciona información a los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre cómo fortalecer y apoyar la capacidad de respuesta y adaptación de los sistemas de salud ante los riesgos de esta pandemia, para que pueda mantenerse la salud y el bienestar de las sociedades, así como el desarrollo social y económico en la Región. En él se prevé que la Región experimentará oleadas epidémicas y brotes recurrentes intercalados con períodos de transmisión baja a lo largo de los próximos 24 meses, a la espera de que se desarrolle una vacuna contra la COVID-19 que

sea segura, eficaz y cuyo acceso sea equitativo, así como de que se logre la cobertura apropiada de la población.

Antecedentes

4. Desde su creación en 1902, la Oficina ha brindado apoyo a los Estados Miembros, trabajando en un espíritu de solidaridad, a fin de responder a una amplia gama de emergencias y desastres causados por diversas amenazas a nivel nacional, regional y mundial. Algunos de los eventos principales más recientes fueron la pandemia de influenza por A (H1N1) en el 2009, el brote de cólera en Haití en el 2010, el brote por el virus del chikunguña en el 2014, los preparativos para la enfermedad por el virus del Ébola durante el brote en África occidental en el 2014-2015, el brote por el virus del Zika en el 2015, los huracanes Irma y María en el 2017, y el resurgimiento del sarampión y la fiebre amarilla en la Región desde el 2016.

5. Desde 1976, los Estados Miembros de la OPS, en numerosas resoluciones, han solicitado al Director que apoye a los Estados Miembros a medida que se preparan y responden a las emergencias y los desastres. Especialmente durante los 15 últimos años, los Estados Miembros han expresado su compromiso de mejorar su preparación multisectorial y su capacidad de respuesta frente a múltiples amenazas al fortalecer la capacidad de sus sistemas de salud e intercambiar información de una manera oportuna, responsable y transparente. Este compromiso se ha expresado en diversos marcos de alto nivel y resoluciones de la OPS¹ y de la Organización Mundial de la Salud (OMS),² que incluyen, entre otros, el *Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (1)*, la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*, de la OPS (2), el *Plan de acción para coordinar la ayuda humanitaria*, de la OPS (3), el *Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030 (4)*, y el *Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021*, de la OPS (5).

6. De conformidad con las disposiciones del RSI, el 31 de diciembre del 2019, la Secretaría de la OMS registró información acerca de un conglomerado de casos de neumonía de causa desconocida que estaba ocurriendo en la ciudad de Wuhan (provincia de Hubei, China). El 1 de enero del 2020, la Secretaría de la OMS solicitó más información sobre el evento a las autoridades nacionales de China. Al día siguiente, la sede de la OMS envió un mensaje por correo electrónico a todos los Puntos de Contacto de la OMS para el RSI en las oficinas regionales de la OMS, incluida la OPS, indicando este evento en una lista diaria de señales y eventos. El 5 y el 12 de enero del 2020, la Secretaría de la OMS transmitió la información relacionada a todos los Estados Miembros de la OMS por medio

¹ Página web de los Cuerpos Directivos de la OPS. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=42:governing-bodies&Itemid=419&lang=es.

² Página web de los órganos deliberantes de la OMS. Disponible en: <https://apps.who.int/gb/gov/sp/index.html>.

del Sitio de Información sobre Eventos. También publicó la información en su página web de dominio público sobre brotes epidémicos en esos días.^{3,4}

7. El 17 de enero del 2020, la Oficina activó su estructura de gestión de incidentes a nivel de toda la Organización. Esto permitió la liberación de fondos del Fondo de Emergencia para Epidemias de la OPS y puso en marcha una serie de mecanismos para reforzar la respuesta de la Oficina a la introducción en la Región del SARS-CoV-2, el nuevo coronavirus que causa la COVID-19. También el 17 de enero, la Oficina publicó una alerta epidemiológica sobre el nuevo coronavirus (nCoV).⁵ El 24 de enero, la Directora de la Oficina envió una carta a los ministros de salud y otros funcionarios de alto nivel en la Región de las Américas sobre el surgimiento del SARS-CoV-2, incluidas algunas consideraciones técnicas y asesoramiento.

8. El 22 y 23 de enero del 2020, el Director General de la OMS convocó la primera reunión del Comité de Emergencias del RSI para la neumonía debida al nuevo coronavirus 2019-nCoV.⁶ En esa ocasión, el Director General, sobre la base del asesoramiento no concluyente de dicho Comité, determinó que el evento no constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII).^{7,8} El 30 de enero del 2020, el Director General convocó la segunda reunión del Comité de Emergencias del RSI; después de esa reunión, determinó que la propagación del virus de SARS-CoV-2 constituía una ESPII y emitió las recomendaciones temporales correspondientes.⁹ El 11 de marzo del 2020, el Director General declaró que la COVID-19, la enfermedad causada por el SARS-CoV-2, era una pandemia.¹⁰ Y el 1 de mayo del 2020, tras la tercera reunión del Comité de

³ OMS, brotes epidémicos, 5 de enero del 2020. Disponible en: <https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unkown-cause-china/es/>.

⁴ OMS, brotes epidémicos, 12 de enero del 2020. Disponible en: <https://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/es/>.

⁵ OPS, Alerta Epidemiológica: Nevo coronavirus (nCoV), 16 de enero del 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/node/65119>.

⁶ OMS, IHR Emergency Committee for Pneumonia due to the Novel Coronavirus 2019-nCoV web page. Disponible en: <https://www.who.int/ihr/procedures/novel-coronavirus-2019/en/>

⁷ Declaración del Director General de la OMS relativa a la reunión del Comité de Emergencia del RSI sobre nuevos coronavirus, 22 de enero del 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus>.

⁸ Declaración de la OMS sobre la reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote del nuevo coronavirus (2019-nCoV), 23 de enero del 2020. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)).

⁹ Declaración de la OMS sobre la segunda reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote del nuevo coronavirus (2019-nCoV), 30 de enero del 2020. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)).

¹⁰ Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo del 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general>

Emergencias del RSI, el Director General emitió recomendaciones temporales actualizadas en relación con la ESPII.¹¹ La cuarta reunión del Comité de Emergencias del RSI se llevó a cabo virtualmente el 31 de julio del 2020.

9. La Asamblea General de las Naciones Unidas posteriormente adoptó dos resoluciones relacionadas con la pandemia de COVID-19, los días 2 y 20 de abril del 2020 (6, 7). Estas resoluciones fueron seguidas por la resolución WHA73.1, aprobada por la 73.^a Asamblea Mundial de la Salud el 19 de mayo del 2020 (8). En estas resoluciones se destaca el hecho de que responder, controlar y coexistir con la pandemia de COVID-19 en los próximos meses dependerá de la solidaridad y la cooperación internacional.

10. Este documento está en consonancia con la *Actualización de la estrategia frente a la COVID-19* de la OMS, de abril del 2020 (9); con el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025 (10); y con la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (11). También está en consonancia con las metas generales de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (12), en particular (aunque sin limitarse a él) el ODS 3, “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”. En las metas y los indicadores del ODS 3 se insta a poner en marcha intervenciones a fin de abordar los retos mundiales en materia de salud, fortalecer los sistemas de salud y mejorar la gestión de los riesgos mundiales para la salud y reducirlos.

Análisis de la situación

11. Entre el 21 de enero y el 15 de julio del 2020,¹² los 54 países y territorios de la Región de las Américas notificaron en total 7.016.851 casos confirmados por laboratorio de infección por el SARS-CoV-2, incluidas 294.301 muertes. Veintiséis de estos países y territorios que presentan datos desglosados por edad y sexo notificaron 4.076.628 casos, que incluyen 168.613 muertes. Sesenta por ciento (60%) de estos casos ocurrieron en personas de 20 a 59 años, mientras que 80% de las muertes notificadas fueron de personas de 60 años o más. Si bien no hay ninguna diferencia en la proporción de casos por sexo, se observa una mayor tasa de mortalidad en los hombres, que representan 60% del total de muertes.

12. Al 15 de julio del 2020, se observa una tendencia general hacia el aumento en la incidencia de casos confirmados en la Región de las Américas. Se estima que la tasa de letalidad cruda combinada de la Región (es decir, el número de muertes notificadas dividido por el número de casos confirmados notificados) es de 4,2%. Asimismo, se estima

[s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020.](#)

¹¹ Declaración de la OMS sobre la tercera reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19), 1 de mayo del 2020. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/detail/01-05-2020-statement-on-the-third-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/es/news-room/detail/01-05-2020-statement-on-the-third-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-coronavirus-disease-(covid-19)).

¹² OPS, COVID-19 Information System for the Region of the Americas. Disponible en <https://paho-covid19-response-who.hub.arcgis.com/>.

que la mediana específica por país es de 2,8%, con una variación intercuartil de 0,8% a 5,7%.

13. El promedio móvil de siete días de la tasa observada de incidencia de COVID-19 se utiliza para estimar la transmisión activa en la población (en adelante denominada “incidencia”). En la subregión de América del Norte, durante la semana del 9 al 15 de julio del 2020, la incidencia mostró una disminución significativa en Canadá (6 casos por 100.000 habitantes), pero una aceleración en Estados Unidos de América y México, que en esa fecha registraron la incidencia más alta hasta la fecha (33 casos por 100.000 habitantes en México y 131 casos por 100.000 habitantes en Estados Unidos de América). En consonancia con las tendencias regionales, en esta subregión no hay diferencia en la proporción de casos por sexo, y el grupo etario de 20 a 59 años representa la proporción más alta de casos (66%). En la subregión, 61% de las muertes ocurrieron en personas de más de 70 años, y 60 % de los fallecidos fueron hombres.

14. En la subregión de Centroamérica, la incidencia sigue aumentando en todos los países. En Honduras, desde el 4 de julio, se ha observado una reducción pequeña, aunque constante, del número de casos; sin embargo, estas tendencias deben interpretarse con cautela ya que podrían deberse a una supuesta disminución en el número de pruebas efectuadas en esas semanas. Las tasas más elevadas se registran en Panamá, donde la incidencia ha seguido aumentando desde fines de mayo del 2020; el 14 de julio del 2020 se alcanzó la tasa más alta observada hasta la fecha (182 casos por 100.000 habitantes). En Costa Rica, donde se observó el primer punto más alto a principios de abril del 2020, se ha registrado un aumento marcado desde fines de mayo y la incidencia registró la tasa más alta de 59 casos por 100.000 habitantes al 15 de julio del 2020. Desde la última actualización, Costa Rica declaró la transmisión dentro de la comunidad debido al rápido aumento de los casos y, más exactamente, por el aumento de los casos en la comunidad sin una relación epidemiológica. En las dos primeras semanas del mes de Julio, El Salvador y Guatemala registraron un marcado aumento en la incidencia de la COVID-19 promediada en un lapso de 7 días y ambos países están aproximándose a las tasas más altas notificadas hasta la fecha o ya las alcanzaron. Estas tasas fueron de 32 casos por 100.000 habitantes en El Salvador al 15 de julio del 2020, y de 37 casos por 100.000 habitantes en Guatemala al 8 de julio. El grupo etario más afectado en la subregión de Centroamérica es el de 20 a 59 años (78% de los casos); los hombres tienen una proporción mayor de casos notificados (59%). Con respecto a las muertes, el grupo etario más afectado es el de 70 años o más (44%); la mayoría de los fallecidos son hombres (68%).

15. La incidencia sigue aumentando en la mayor parte de los países de la subregión de América del Sur; al 15 de julio del 2020 cada uno de estos países había alcanzado o estaba aproximándose al nivel más alto desde el comienzo de la pandemia. Chile ha venido registrando una tendencia descendente en su incidencia desde fines de junio; sin embargo, el país sigue notificando la segunda incidencia más alta de la subregión, con 95 casos por 100.000 habitantes al 15 de julio. Brasil sigue notificando un número cada vez mayor de casos y muertes, y notificó una incidencia de 122 casos por 100.000 habitantes al 15 de julio del 2020. Perú ha venido registrando un descenso en la incidencia desde el 2 de junio

del 2020, con 74 casos por 100.000 habitantes notificados al 15 de julio del 2020. En Ecuador, después de haber mantenido una incidencia constante en el mes de junio, la tasa de incidencia en un lapso de 7 días había aumentado de nuevo en las dos primeras semanas del mes de julio, para llegar a 40 casos por 100.000 habitantes notificados al 15 de julio del 2020. La última vez que Ecuador notificó una incidencia superior a los 40 casos por 100.000 habitantes fue el 5 de mayo del 2020. Cabe señalar que, tanto Ecuador como Perú están utilizando las pruebas serológicas, o pruebas diagnósticas rápidas, además de las pruebas mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR, por su sigla en inglés) para confirmar los casos. La mayoría de los casos confirmados en esta subregión (77%) se han registrado en el grupo de 20 a 59 años; no hay una diferencia significativa en la proporción de casos entre hombres y mujeres. Sin embargo, del 77% de las muertes que ocurrieron en personas mayores de 60 años, 61% eran hombres.

16. A diferencia de lo que ocurre en la mayor parte de los países y territorios de la subregión del Caribe, donde se observa una tendencia general a la baja en la incidencia, se observa una marcada tendencia al aumento en Guyana, Guayana Francesa, Haití, Puerto Rico, República Dominicana y Suriname. La incidencia en Puerto Rico se ubicó en 57 casos por 100.000 habitantes el 15 de julio del 2020, lo que representa un aumento frente a la cifra de 36 casos por 100.000 habitantes registrada el 12 de junio. Actualmente, Guayana Francesa tiene la incidencia más alta en la Región con 281 casos por 100.000 habitantes, cifra notificada al 15 de julio del 2020. El marcado aumento en el número de casos fue impulsado por los casos notificados en las zonas costeras que incluyen áreas de la frontera con Brasil. De igual manera, en Suriname la incidencia empezó a acelerarse a fines de junio cuando se notificó una incidencia de 28 casos por 100.000 habitantes entre el 22 y el 28 de junio. Desde entonces, la incidencia en Suriname ha seguido siendo alta, con una cifra de 34 casos por 100.000 habitantes notificada el 1 de julio del 2020. Al 15 de julio del 2020, República Dominicana alcanzó su incidencia más alta desde el comienzo de la pandemia (75 casos por 100.000 habitantes). La incidencia en Haití ha venido disminuyendo constantemente desde su punto más alto el 6 de junio del 2020 (12 casos por 100.000 habitantes) y llegó a su punto más bajo de 3,5 casos por 100.000 habitantes al 15 de julio del 2020. Sin embargo, el porcentaje de positividad (casos positivos/casos totales confirmados por laboratorio) sigue siendo alto en Haití, ya que 45% de los casos han dado resultados positivos al 14 de julio del 2020. En la subregión del Caribe en su totalidad, la mayoría de los casos (74%) se notificaron en el grupo de 20 a 59 años. Sin embargo, la mayoría de las muertes (69%) se registraron en personas de más de 60 años. En ninguno de los grupos etarios se observa una diferencia significativa en el número de casos notificados por sexo, pero 69% de los fallecidos eran hombres.

17. Con el apoyo de la Oficina, 34 países y territorios han adoptado métodos de diagnóstico molecular para la detección del SARS-CoV-2 al menos en un laboratorio nacional de referencia y de salud pública. Si bien al menos 18 países y territorios tienen capacidad de secuenciación a nivel local, todos tienen acceso a la secuenciación en laboratorios específicos fuera del país. Sin embargo, la compra de suministros para medios de diagnóstico *in vitro* se ha visto obstaculizada por la escasez de productos disponibles en el mercado. En ese contexto, al 30 de junio del 2020, la Oficina había proporcionado

cebadores, sondas, controles o kits para PCR con el fin de brindar apoyo en aproximadamente 4.900.000 de reacciones o pruebas. Los países y territorios también han recibido apoyo en la compra de más de 10 millones de pruebas mediante PCR desde el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública (el “Fondo Estratégico” en adelante).

18. A fin de organizar una respuesta integral, los 35 Estados Miembros activaron diversos mecanismos intersectoriales de coordinación en respuesta a la pandemia de COVID-19. En estos mecanismos participa el liderazgo político de más alto nivel, incluidos funcionarios de los sectores clave y la participación activa de los gobiernos y las autoridades locales, así como la activación de los planes de gestión de crisis y los mecanismos de respuesta a las situaciones de emergencia.¹³ Veintitrés Estados Miembros se declararon en estado de emergencia¹⁴ y, para la fecha en que se redactó este informe, 12 de ellos habían prorrogado esa declaración inicial.¹⁵ En toda la Región, los países y los territorios movilizaron recursos nacionales, así como más de US\$ 500 millones en préstamos (nuevos o redireccionados) de instituciones financieras internacionales (el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo) y subvenciones de otros asociados para el desarrollo (como el Fondo Mundial y Gavi, la Alianza para las Vacunas).

19. Veintisiete Estados Miembros han activado o establecido estructuras administrativas de emergencia del sector de la salud y medidas para fortalecer los sistemas de salud del país.¹⁶ Entre los retos crónicos que afrontan los sistemas de salud se encuentran la fragmentación, el acceso desigual a los servicios integrales de salud, las debilidades relacionadas con los recursos humanos para la salud, el acceso desigual a las tecnologías sanitarias, las capacidades limitadas para las funciones esenciales de salud pública, la insuficiencia de recursos de los programas de prevención y control de infecciones (PCI) y el limitado cumplimiento de las prácticas de PCI.¹⁷ Estos desafíos pasaron a ser prioridades que requerían medidas inmediatas para ampliar rápidamente y expandir los servicios de salud individuales y colectivos a fin de responder a la pandemia de COVID-19 y mantener al mismo tiempo otros servicios esenciales (2, 13).

20. Entre el 30 de enero y el 12 de junio del 2020, todos los 35 Estados Miembros excepto dos (México y Nicaragua) habían adoptado medidas para reducir drásticamente el

¹³ Organización Mundial de la Salud. Tracking Public Health and Social Measures dataset. Disponible en <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/phsm>.

¹⁴ Antigua y Barbuda, Argentina, Barbados, Belice, Bolivia, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guatemala, Haití, México, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname, Uruguay y Venezuela.

¹⁵ Antigua y Barbuda, Argentina, Barbados, Colombia, Dominica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Perú, República Dominicana y Venezuela.

¹⁶ Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Cuba, Dominica, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

¹⁷ Investigación bibliográfica de la OPS; información sin publicarse.

flujo de viajeros y medios de transporte internacionales o para prohibir por completo la entrada y salida de viajeros. De estos 33 países, 16 adoptaron medidas relacionadas con el tránsito internacional antes de que se confirmara el primer caso de infección por el SARS-CoV-2 en su territorio. En términos generales, los viajeros y los medios de transporte internacionales en misiones con fines humanitarios (por ejemplo, la repatriación, el traslado por razones médicas, el transporte de suministros para la respuesta) están exentos de estas medidas y sujetos a procedimientos especiales, al igual que quienes viajan con fines relacionados con la seguridad alimentaria, el mantenimiento de los servicios esenciales¹⁸ y la seguridad nacional.

21. Desde el 2 de marzo del 2020 en adelante, todos los 35 Estados Miembros menos uno (Nicaragua) adoptaron medidas a escala comunitaria para restringir drásticamente el movimiento de la población. Estas medidas comprendieron desde la cancelación de eventos multitudinarios habituales y de cierta importancia, así como el cierre de negocios y escuelas, hasta las órdenes generalizadas de confinamiento. De los 34 Estados Miembros que adoptaron tales medidas, nueve lo hicieron antes de que se confirmara el primer caso de infección por el SARS-CoV-2 en su territorio.

22. A falta de una vacuna o un tratamiento específico para la COVID-19, el patrón y la magnitud de la propagación del SARS-CoV-2 que se observó en la mayor parte de la Región hasta comienzos de mayo del 2020 puede atribuirse a la adopción de intervenciones no farmacológicas a nivel nacional. Al principio parecía que estas intervenciones habían logrado desacelerar la transmisión del SARS-CoV-2. A comienzos de mayo del 2020, cuando ya habían transcurrido aproximadamente de seis a ocho semanas de la aplicación de medidas relacionadas con el tránsito internacional y el distanciamiento social, comenzaron a hacerse prominentes las dudas acerca de la sostenibilidad económica y social de estas medidas. También comenzaron a sentirse tensiones políticas entre los partidos políticos o entre las autoridades centrales y las subnacionales, incluidas cuestiones relativas al ciclo electoral en ciertos países. En medio de estas preocupaciones —combinadas posiblemente con una falsa sensación de que se había controlado la pandemia— se intensificaron en los países las presiones y la necesidad de relajar las medidas adoptadas.

23. Entre enero y abril del 2020, más de 500 hospitales (públicos y privados) en 18 países y territorios realizaron una autoevaluación sobre su grado de preparación frente a la COVID-19.¹⁹ Los resultados indicaron que había niveles moderados de preparación en algunas áreas clave como la capacidad de laboratorio para el diagnóstico del SARS-CoV-2, el aislamiento y el manejo de casos. Las puntuaciones fueron más bajas en las áreas relacionadas con la atención de los pacientes que requerían cuidados críticos y la

¹⁸ La OACI, la OIT y la OMI hacen un llamamiento conjunto a los gobiernos del mundo para que se designen como “trabajadores clave” a las personas del sector aeronáutico y marítimo que realizan tareas esenciales, 26 de mayo del 2020. Disponible en <https://www.icao.int/Newsroom/Pages/ES/ICAO-ILO-and-IMO-issue-joint-call-to-world-governments-on-need-for-key-worker-designations-for-essential-air-and-sea.aspx>.

¹⁹ Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Guatemala, Haití, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname, Trinidad y Tabago, y Venezuela.

disponibilidad de equipos para la atención médica, incluidos los equipos de protección personal (EPP) y los respiradores. La ampliación y reorganización de la red de salud ha requerido importantes medidas e inversiones a corto plazo que aborden las brechas prioritarias encontradas. Todos los países y territorios han ejecutado las medidas necesarias a fin de ampliar la capacidad hospitalaria para responder a la pandemia de COVID-19, como la toma de decisiones ejecutivas a nivel nacional para integrar las capacidades nacionales en la medida de lo posible, especialmente para los cuidados críticos; la gestión centralizada de las camas; la transformación, la modernización y el mejoramiento de las camas; y el fortalecimiento del manejo clínico dentro de la red para la continuidad de la atención y el uso eficiente de los recursos hospitalarios, entre otras medidas.

24. Todos los países y territorios han aplicado medidas para reforzar los programas de prevención y control de infecciones. Al 30 de junio del 2020, 33 países y territorios²⁰ informaron tener un programa nacional de prevención y control de infecciones, y de aplicación de las normas de agua, saneamiento e higiene en los establecimientos de atención médica. Reforzar el cumplimiento con las prácticas de higiene de las manos, de uso del EPP, y de limpieza y desinfección de los dispositivos médicos ha sido una prioridad para los países, los territorios y la Oficina desde el comienzo de la pandemia.

25. Los equipos médicos de emergencia y los sitios alternativos de atención médica tuvieron un papel clave durante el aumento de la demanda de servicios de salud al ampliar la capacidad para satisfacer las necesidades generadas por el incremento exponencial del número de pacientes. Los equipos médicos de emergencia fueron básicamente nacionales, puesto que no había equipos internacionales disponibles debido a las restricciones a los viajes y las necesidades de los países de brindar apoyo a sus propios sistemas de salud. Al 7 de julio del 2020, quince países informaron sobre el despliegue de 176 equipos médicos de emergencia nacionales y nueve en reserva, además de haber puesto en funcionamiento 96 sitios alternativos de atención médica, lo que da un total de 8.330 camas de hospitalización y 458 camas de cuidados intensivos. Por otro lado, los equipos médicos de emergencia regionales han venido apoyando la atención clínica en las zonas fronterizas y zonas remotas, con lo cual se ha facilitado el acceso a los servicios de la población migrante e indígena, en especial en la región de la Amazonía. Algunos estadios y hospitales móviles, utilizados como sitios alternativos de atención médica, priorizaron el aumento en el número de camas más que la capacidad de prestar una atención eficaz al paciente.

26. En mayo del 2020, por conducto de las representaciones de la OPS/OMS, se llevó a cabo una encuesta acerca del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia de COVID-19 y se recibieron respuestas de 24 países.²¹ Veinte de ellos (83%) confirmaron

²⁰ Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guyana, Haití, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

²¹ Argentina, Bahamas, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

haber incorporado el primer nivel de atención en la respuesta a la pandemia de COVID-19. Para hacer frente a la pandemia, se adoptaron medidas en diversas esferas de acción, como la educación y comunicación (67%), la investigación de casos y localización de contactos (63%), el triaje (63%), la realización de pruebas (42%), la derivación de pacientes (54%) y el seguimiento de casos y contactos en la comunidad (54%), entre otras. Las principales medidas emprendidas para la continuidad de los servicios esenciales guardaron relación con la atención de embarazadas (58%) y los recién nacidos (54%), la vacunación (63%), la dispensación de medicamentos (42%) y el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas mediante teleconsulta o cuidados en el hogar (71%). Según una evaluación reciente, se siguen manteniendo los servicios ambulatorios para las enfermedades no transmisibles, con acceso limitado en 18 países (64%) y acceso completo en siete países (25%) (14). Desde abril del 2020, por intermedio de las representaciones de la OPS/OMS se han efectuado cuatro encuestas sobre los servicios de vacunación de rutina. Las respuestas recibidas el 11 de junio correspondían a 39 países.²² Estos servicios se mantuvieron en 31 países (79%).²³ Sin embargo, en ocho países (21%)²⁴ hubo una suspensión parcial de los servicios. La comparación de las dosis administradas de la vacuna DPT3 durante el primer trimestre del 2019 y el mismo período del 2020 muestra una disminución de 12,3%. A pesar de la escasez, no se interrumpió el tratamiento para la infección por el VIH gracias a las medidas de mitigación que adoptaron los países y territorios, incluido el apoyo de la Oficina mediante el Fondo Estratégico.

27. La continuidad de los servicios esenciales prestados en el primer nivel de atención se ha visto afectada especialmente en las zonas periurbanas y rurales, y en las poblaciones indígenas. Esto se relaciona con el déficit ya existente de trabajadores de salud y las medidas de distanciamiento social, los trabajadores de salud infectados y el cierre de diversos establecimientos de atención primaria en estas zonas.

28. Entre las principales limitaciones que se enfrentan en el primer nivel de atención se encuentran la brecha en cuanto a los recursos humanos así como la falta de incentivos; las dificultades en la conectividad; la escasez de medicamentos, suministros, dispositivos médicos y EPP; y las limitaciones en los aspectos logísticos necesarios para la investigación de casos y la localización de contactos, las pruebas, el triaje, los cuidados en el hogar, el manejo de centros de llamadas y las teleconsultas. Entre las principales razones por las cuales los servicios para pacientes con enfermedades no transmisibles se han visto afectados se encuentran la cancelación de los servicios de atención electivos (en 14 de

²² Anguila, Antigua y Barbuda, Argentina, Aruba, Bahamas, Barbados, Belice, Bermuda, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Curaçao, Dominica, Ecuador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, México, Montserrat, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, San Martín, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

²³ Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Belice, Bermuda, Chile, Colombia, Cuba, Dominica, Granada, Guatemala, Guayana, Honduras, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, México, Montserrat, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, San Martín, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

²⁴ Argentina, Bolivia, Brasil, Curaçao, Ecuador, Haití, Islas Caimán y Perú.

24 países, equivalente a 58%), la reasignación del personal clínico a la respuesta a la COVID-19 (12/24, 50%) y la inasistencia de los pacientes (12/24, 50%) (14).

29. Los Estados Miembros han acelerado la adopción de medidas a fin de fortalecer los sistemas de información para la salud y adoptar soluciones digitales para tener acceso de manera oportuna (casi en tiempo real) a datos que estén desglosados con el objetivo de brindar apoyo en la toma de decisiones sobre la respuesta a la pandemia de COVID-19. Se están fortaleciendo las intervenciones de control mediante la introducción de plataformas y herramientas digitales para el manejo de casos y contactos, así como para el seguimiento de la movilidad de la población. Además, las plataformas y herramientas digitales permiten difundir amplia y rápidamente información sobre las medidas preventivas. Se están poniendo en funcionamiento diversas plataformas y aplicaciones para realizar teleconsultas y consultas de telemedicina, dar seguimiento remoto a los pacientes y gestionar la comunicación remota a fin de que el personal de salud, en particular en el primer nivel de atención, pueda brindar atención médica y facilitar el seguimiento de las personas con COVID-19 en su hogar.

30. Los trabajadores de salud están en la primera línea de la respuesta a la COVID-19 y se clasifican en las categorías ocupacionales con una exposición potencial muy alta al SARS-CoV-2. En vista de ello, la OMS publicó orientación sobre los derechos y las responsabilidades de los trabajadores de salud, incluidas las medidas necesarias para velar por su seguridad y salud ocupacional. Entre los riesgos ocupacionales se encuentran la demora en reconocer los casos de COVID-19 en algunos pacientes o en sospechar que podrían tener la enfermedad; el trabajo en departamentos de alto riesgo con turnos largos y una prolongada exposición a un gran número de pacientes con COVID-19; la aplicación de medidas de PCI de una manera que dista de ser óptima, como una insuficiente higiene de las manos y la falta o el uso inadecuado de EPP; y la falta de capacitación. Al 2 de junio del 2020, los trabajadores de salud representaban 4,7% de los casos notificados mediante el sistema mundial de vigilancia de la COVID-19²⁵ (10, 11).

31. Muchos países han promulgado herramientas legales y normativas relacionadas con la gestión de los recursos humanos para la salud, y algunos han declarado la COVID-19 como una enfermedad ocupacional. Entre las alternativas adoptadas para ampliar la capacidad de los recursos humanos para la salud se encuentran el uso de estudiantes de ciencias de la salud para brindar apoyo en la localización de contactos; la creación de contratos temporales y el aumento del número de contratos permanentes; la suscripción de acuerdos bilaterales con otros países;²⁶ la aprobación de licencias temporales de manera excepcional para los profesionales de la salud que obtuvieron su título en otro país; y la

²⁵ Informe de la OMS sobre la situación, 11 de abril del 2020. Disponible en https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200411-sitrep-82-covid-19.pdf?sfvrsn=74a5d15_2.

²⁶ Muchos países del Caribe dependen de los servicios sistemáticos que prestan trabajadores de salud cubanos y otros han recibido brigadas nuevas procedentes de Cuba para responder a la COVID-19 (Antigua y Barbuda, Barbados, Belice, Dominica, Granada, Jamaica, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, y Trinidad y Tabago).

aprobación de acuerdos para acelerar la graduación de residentes y de estudiantes que se encuentran en los años finales de formación.²⁷ Algunos países también han proporcionado incentivos económicos y no económicos al personal que responde a la pandemia.²⁸

32. Desde el comienzo de la pandemia de COVID-19, los países y los territorios de la Región han afrontado desafíos en el acceso a tecnologías sanitarias que son esenciales para la respuesta, como los medios de diagnóstico *in vitro*, los respiradores y el EPP. Algunos países donde se fabrican EPP, respiradores y medios de diagnóstico han impuesto restricciones a las exportaciones de estos productos, y los fabricantes están dando prioridad a algunos mercados por encima de otros. Los cierres de fronteras y las limitaciones al transporte aéreo han obstaculizado aún más el acceso y aumentado los costos de los suministros esenciales. Además, la participación de múltiples intermediarios está afectando la transparencia en los procesos de compras, la posibilidad de hacer compras en el momento oportuno, así como la capacidad para vigilar la calidad de los productos. Estas restricciones han trastocado aún más la cadena de suministro de insumos esenciales de salud, ya afectada por las repercusiones de la pandemia en la fabricación. Los desafíos en el acceso a los suministros médicos causados por el aumento de la demanda durante la pandemia actual pueden predecir problemas similares en el acceso a las opciones terapéuticas y las vacunas para la COVID-19 una vez que estén disponibles.

33. La necesidad de acelerar el desarrollo y la disponibilidad de tecnologías sanitarias esenciales ha impulsado varias iniciativas mundiales de colaboración. Entre ellas se encuentra el Acelerador del Acceso a las Herramientas (ACT, por su sigla en inglés) contra la COVID-19, una iniciativa mundial de colaboración que tiene como objetivo acelerar el desarrollo, la producción y el acceso equitativo a los nuevos medios de diagnóstico, tratamientos y vacunas para hacer frente a la COVID-19.²⁹ Otro ejemplo es el Llamamiento a la Acción Solidaria, una iniciativa liderada por Costa Rica que promueve un acceso mundial equitativo a las tecnologías sanitarias contra la COVID-19 mediante la mancomunidad de conocimientos, propiedad intelectual y datos.³⁰ La facilitación del acceso a los proveedores internacionales en la Región, la movilización de los recursos de los donantes y la reorientación de los fondos destinados a la cooperación han permitido expandir el apoyo de la Oficina a los países y territorios que lo necesitan.

34. Para combatir el SARS-CoV-2 y la infección, la comunidad científica se ha centrado en el desarrollo de medicamentos nuevos o el uso de medicamentos autorizados para otras indicaciones. Los Estados Miembros están financiando y promoviendo

²⁷ Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, El Salvador, Haití, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Trinidad y Tabago, y Venezuela.

²⁸ Argentina, El Salvador, Honduras, Paraguay, Perú y República Dominicana.

²⁹ Organización Mundial de la Salud. Acelerador del Acceso a las Herramientas contra la COVID-19. Disponible en [https://www.who.int/publications/m/item/access-to-covid-19-tools-\(act\)-accelerator](https://www.who.int/publications/m/item/access-to-covid-19-tools-(act)-accelerator).

³⁰ Organización Mundial de la Salud. Llamamiento a la Acción Solidaria. Disponible en https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/solidarity-call-to-action/solidarity-call-to-action-01-june-2020-es.pdf?sfvrsn=c4a65f18_2.

investigaciones en distintas disciplinas para abordar la pandemia de COVID-19,³¹ incluidos estudios que no son ensayos clínicos y que, por lo tanto, no se registran en la Plataforma de Registros Internacionales de Ensayos Clínicos de la OMS. Los Estados Miembros han establecido procedimientos para realizar una revisión ética rápida de las investigaciones, una práctica que prácticamente no existía en la Región a principios del 2020. Aunque para la fecha en que se redactó el presente informe, ninguna intervención farmacológica terapéutica o profiláctica había resultado eficaz para combatir el SARS-CoV-2, en las directrices de manejo clínico formuladas por algunos Estados Miembros se recomendaban intervenciones basadas en el consenso de los expertos, evidencia de calidad muy baja e investigaciones contradictorias. Sin embargo, es importante mencionar que en un estudio reciente la administración de un esteroide (dexametasona) en dosis bajas redujo la mortalidad en los pacientes con respirador y en pacientes que solo recibían oxígeno.³² El uso de intervenciones farmacológicas de eficacia no comprobada —que podrían no ser beneficiosas e incluso podrían causar daño a los pacientes— fuera del entorno de la investigación plantea preocupaciones de índole ética. En esta pandemia, la bioética también ha pasado a un primer plano por los desafíos para priorizar los escasos recursos en las unidades de cuidados intensivos (por ejemplo, los respiradores). Fomentar la equidad en los países y territorios en cuanto a la distribución de las opciones terapéuticas y las vacunas actualmente en investigación es el próximo desafío, que incluye definir lo que implica aplicar la equidad en una situación que no tiene precedente alguno (15-29).

35. Diversos actores humanitarios han tenido que reorientar sus capacidades debido a las dificultades en cuanto a la movilidad y la disponibilidad desigual de recursos. El Grupo Regional sobre Riesgos, Emergencias y Desastres en América Latina y el Caribe (REDLAC), un espacio de coordinación interinstitucional, ha mantenido informada a la comunidad humanitaria en la Región de las Américas y ha armonizado los mensajes técnicos y promovido la coordinación en el marco de su estructura para que organismos y organizaciones puedan prestar apoyo en los países. Se ha divulgado información semanal y se han organizado reuniones del grupo de acción sanitaria de manera colaborativa con otras entidades a raíz de las cuales se han creado grupos temáticos sobre aspectos como la salud mental y la atención psicosocial.

36. La evolución rápida de la pandemia de COVID-19 ha hecho que la Oficina tenga poner en acción un mecanismo ágil y adaptativo, dentro de un contexto laboral ajustado y afectado por las restricciones a los viajes y el distanciamiento social, para responder a una pandemia que afecta a todos los países y territorios de la Región. Para complementar los

³¹ Los siguientes países han registrado ensayos clínicos o estudios de observación en la Plataforma de Registros Internacionales de Ensayos Clínicos de la OMS: Argentina (13), Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia (2), Brasil (41), Canadá (64), Chile (8), Colombia (13), Costa Rica (2), Cuba (13), Curaçao, Dominica, Ecuador (5), El Salvador, Estados Unidos de América (395), Granada, Guatemala, Haití, Honduras (3), Jamaica, México (25), Montserrat, Paraguay, Perú (9), República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

³² The RECOVERY Collaborative Group. Dexamethasone in hospitalized patients with Covid-19 — preliminary report. *N Engl J Med*. DOI:10.1056/NELMoa2021436.

recursos locales de la OPS, se ha movilizó personal o suministros, donde estaban disponibles, a 51 países y territorios de la Región. Esto han servido, entre otras cosas, para capacitar a las autoridades nacionales de salud; brindar apoyo en la elaboración y activación de los planes nacionales de emergencia y la evaluación de la reorganización de los servicios; divulgar especificaciones técnicas sobre el EPP y el equipo biomédico; y brindar apoyo para el análisis de necesidades a fin de cubrir las necesidades de EPP, insumos y reactivos con los proveedores habituales y de que los Estados Miembros puedan avanzar en los procesos de compra para generar una reserva estratégica nacional. Entre principios de febrero y mediados de marzo del 2020, se organizaron sesiones de capacitación de laboratorio en Brasil para nueve países de América del Sur y en México para siete países de Centroamérica y el Caribe; además, se enviaron expertos de laboratorio a nueve países.³³ También se enviaron expertos en manejo clínico, PCI y reorganización de los servicios de salud a nueve países,³⁴ así como expertos en la implementación de la plataforma digital de localización de contactos Go.Data a Argentina, Brasil, Colombia y México. Además, se han realizado más de 90 sesiones virtuales de capacitación con más de 20.000 participantes de 33 países, y se han elaborado, adaptado o traducido más de 90 documentos técnicos y herramientas para que puedan ser usados en la Región. La Oficina está brindando apoyo en el fortalecimiento o la instalación de capacidad de diagnóstico de laboratorio para la detección del SARS-CoV-2 en 38 países y territorios, y ya ha comprado y distribuido reactivos de laboratorio, EPP y suministros médicos y equipos para 37 países y territorios. La Oficina actualizó recientemente a US\$ 200 millones el monto de los recursos necesarios para apoyar las iniciativas de preparación y respuesta a la COVID-19 en la Región de las Américas durante el período de once meses de febrero a diciembre del 2020. La Oficina está colaborando con la OMS, los donantes y los asociados clave para cerrar la brecha del 53% que aún persiste en el financiamiento (al 15 de julio del 2020).

37. Se ha publicado información actualizada más detallada sobre el apoyo que la Oficina ha prestado a los países y territorios de la Región de las Américas en sus preparativos y respuesta a la pandemia de la COVID-19 en el documento *Respuesta de la Organización Panamericana de la Salud a la COVID-19 en la Región de las Américas* (del 17 de enero al 31 de mayo del 2020).³⁵

Acciones necesarias para mejorar la situación

38. A falta de un tratamiento y una vacuna específicos contra la COVID-19, en este documento se prevé que el escenario más probable en la evolución de la pandemia es el de oleadas y brotes recurrentes que tienen lugar en distintas ubicaciones dentro del mismo

³³ Bahamas, Barbados, Dominica, Colombia, Guyana, Haití, Jamaica, Suriname y Venezuela.

³⁴ Antigua y Barbuda, Bolivia, Dominica, Ecuador, Granada, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Venezuela.

³⁵ Organización Panamericana de la Salud. *Respuesta de la Organización Panamericana de la Salud a la COVID-19 en la Región de las Américas*. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/respuesta-organizacion-panamericana-salud-al-covid-19-americas> (Un informe actualizado estará disponible a finales de septiembre).

país, simultáneamente o en diferentes momentos, a medida que la economía empieza gradualmente a funcionar de nuevo.

39. La política se basa en cuatro líneas de acción complementarias y que se refuerzan mutuamente:

- a) Fortalecimiento del liderazgo, la rectoría y la gobernanza.
- b) Fortalecimiento de la información epidemiológica.
- c) Fortalecimiento de los sistemas de salud y las redes de prestación de servicios.
- d) Fortalecimiento de las operaciones de respuesta ante emergencias y de la cadena de suministros.

Fortalecimiento del liderazgo, la rectoría y la gobernanza

40. Las experiencias y las enseñanzas obtenidas a nivel nacional durante la respuesta a la pandemia de la COVID-19 están configurando un contexto en el que las decisiones relacionadas con el ajuste de las intervenciones no farmacológicas pueden alejarse gradualmente del enfoque de “ensayo y error”. En particular, se ha acumulado evidencia acerca de la efectividad de las intervenciones no farmacológicas en la desaceleración de la transmisión del SARS-CoV-2.³⁶ Se han logrado adelantos en el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud desde que emergió el virus, mediante la aplicación de la tecnología de una manera innovadora que facilite el distanciamiento social, entre otras medidas. La ejecución de estas medidas, que no son mutuamente excluyentes, para controlar la COVID-19 es necesariamente de carácter intersectorial y va más allá del mandato y el alcance del sector de la salud. Aunque todavía no puede cuantificarse con exactitud, el impacto negativo social y económico tanto en el corto y largo plazo como a nivel local, nacional y mundial, probablemente sea sin precedentes y socave, por lo tanto, el logro de los ODS, entre otras cosas. Con esta finalidad, las autoridades nacionales y la Oficina y la Secretaría de la OMS deben considerar la posibilidad de adoptar las siguientes medidas:

- a) Fortalecer o mantener un enfoque de todos los sectores del gobierno y toda la sociedad para aliviar las tensiones y lograr un equilibrio entre las prioridades y los intereses de la salud pública y las prioridades y los intereses socioeconómicos. Esto requerirá ajustes continuos y graduales de las medidas en cualquiera de las direcciones —ya sea para reforzarlas o relajarlas— dependiendo del escenario de transmisión que se esté viviendo. La prestación de protección social, financiera y fiscal, en especial en las comunidades que dependen principalmente de las economías informales, es fundamental para prevenir o mitigar las consecuencias no intencionales de esas medidas.

³⁶ Las intervenciones no farmacológicas incluyen medidas de protección personal, medidas ambientales, medidas de distanciamiento social y medidas relacionadas con el tránsito internacional.

- b) Fortalecer o mantener un enfoque de comunicación de riesgos que sea congruente con respecto a las medidas introducidas, ajustadas o discontinuadas, al tiempo que se mantiene un grado alto de concientización acerca del riesgo individual.
- c) Perfeccionar las estrategias para el aislamiento de los casos de la COVID-19 y para la cuarentena de sus contactos, con el propósito de adaptar aún más estas estrategias a los contextos locales y aumentar su eficiencia (por ejemplo, mediante el uso de las tecnologías de proximidad).
- d) Fundamentar el proceso de toma de decisiones relacionadas con el ajuste de las medidas en un análisis iterativo de los datos económicos, sociológicos y de salud cada vez más detallados, con la finalidad de lograr que la ejecución de estas medidas esté mejor orientada de acuerdo con la ubicación geográfica. Hacen falta iniciativas e inversiones para ampliar las fuentes de información y perfeccionar el grado de detalle del enfoque, de manera que el proceso de toma de decisiones se base en un conjunto sólido de indicadores.
- e) Hacer los arreglos operativos y administrativos pertinentes, en especial en los países con alto nivel de dependencia del turismo, para reanudar los viajes internacionales no esenciales por aire y mar. Esto incluirá la adopción de medidas por los operadores de los medios de transporte, en los puntos de entrada y en el sector de la hotelería. Los arreglos deberán basarse en la evidencia; en la situación epidemiológica a nivel nacional, regional y mundial; y, lo que es más importante, en la capacidad del sistema nacional de salud. En vista de que no es posible eliminar el riesgo de que el SARS-CoV-2 se introduzca nuevamente, la reanudación de los viajes internacionales no esenciales de manera gradual, ordenada y fluida exige la máxima armonización de las normas y los procedimientos entre los países de todo el mundo, así como la comunicación oportuna y clara de esas normas y procedimientos al público general. Actualmente, la reanudación de los viajes internacionales no esenciales deberá basarse en un proceso iterativo de evaluación de riesgos y no en un requisito de disponer de resultados de pruebas de laboratorio relacionadas con el SARS-CoV-2, obtenidos ya sea mediante métodos moleculares o serológicos.
- f) Asegurar la oportunidad, la pertinencia y la congruencia en la formulación de recomendaciones temporales y en el asesoramiento técnico relacionado (por ejemplo, las recomendaciones con respecto a los viajes) por la Secretaría de la OMS.

41. Fortalecer la gobernanza de los sistemas de salud en cuanto a la gestión, la coordinación y los arreglos especiales para superar la fragmentación en la prestación de servicios a fin de aprovechar las capacidades de todos los subsistemas y sectores (público y privado). Para facilitar los procesos decisorios fundamentales, es necesario desarrollar sistemas de información integrados que suministren información en tiempo real sobre indicadores clave de los servicios de salud y permitan efectuar exámenes de la acción.

42. Posicionar a la salud pública en el centro de la transformación de los sistemas de salud y aumentar las inversiones a fin de mejorar las capacidades para implementar las funciones esenciales de salud pública (FESP), incluso las necesarias para la aplicación y el cumplimiento del RSI. Sobre la base de evaluaciones multisectoriales y de las que emprendan los países acerca de las FESP, incorporar medidas en las políticas y los planes nacionales de salud, con la correspondiente partida presupuestaria, asignando prioridad al aumento de la fuerza laboral de salud pública y a la capacidad de las redes de servicios de salud para prepararse ante los eventos de salud pública y responder a ellos, prestando la atención debida al primer nivel de atención y a las acciones a nivel territorial.

43. Iniciar actividades de preparación para la vacunación en previsión de que en el curso de los próximos 24 meses se cuente con una vacuna contra la COVID-19. Estas actividades incluyen consultas de expertos (en particular, reuniones del Grupo Técnico Asesor regional sobre enfermedades prevenibles por vacunación y de los comités consultivos nacionales sobre inmunización) para recomendar estrategias y mejores prácticas de inmunización. Deberán tomarse medidas para capacitar a los interesados directos en los países (en particular en los países con poca o ninguna experiencia en programas establecidos de vacunación antigripal estacional), además de evaluar y fortalecer las capacidades de cadena de frío; formular o actualizar los planes nacionales de despliegue de vacunas; fortalecer los sistemas de información en cuanto a los registros de inmunización y la cobertura de la vacunación; y desarrollar las capacidades y las iniciativas de comunicación social y de riesgos. Asimismo, deberá asegurarse la participación en las redes regionales para la vigilancia de la inocuidad de las vacunas.

44. Incorporar la gestión de las emergencias y del riesgo de desastres del sector de la salud en las políticas, planes y presupuestos nacionales, y promover la integración de la salud en los planes y las estrategias nacionales para responder a las crisis y las pandemias. Fortalecer los sistemas de gestión de incidentes a nivel nacional, subnacional y local, incluidas las funciones de liderazgo y los centros de operaciones de emergencias de salud (30).

45. Invertir recursos estratégicamente para la investigación y el desarrollo, no solo con respecto a la respuesta a la COVID-19, sino también para las actividades usuales de los sistemas y servicios de salud, con el objetivo de que estos aumenten su resiliencia ante las crisis. Establecer y aplicar orientaciones claras acerca de los métodos éticos aceptables en el uso de intervenciones de utilidad no comprobada y no investigadas en beneficio de los pacientes. Promover la institucionalización de mecanismos éticos de recolección de muestras; de los mecanismos colaborativos de respuesta rápida, fundamentados en la evidencia, para apoyar la investigación futura sobre la COVID-19, y de los mecanismos para la traducción rápida de la evidencia en políticas y prácticas.

46. Establecer y poner en práctica políticas y programas que mitiguen las consecuencias negativas que enfrentan los grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad, cuyas condiciones adversas preexistentes han empeorado como consecuencia de algunas medidas de salud pública. Estos grupos incluyen los trabajadores

sin protección social ni seguro de salud, las personas que viven en zonas sobrepobladas, las personas internadas en instituciones, los migrantes, las personas sin hogar y las comunidades indígenas y de afrodescendientes que viven en condiciones precarias. La ejecución de las medidas de salud pública y su cumplimiento ha resultado difícil para muchos grupos poblacionales de la Región, como los trabajadores de la economía informal, que dependen de un ingreso diario y deben cumplir con órdenes de confinamiento en el hogar; las familias que viven en hogares hacinados en los que hay riesgo de violencia interfamiliar y poco espacio para el distanciamiento social; y las personas sin acceso al agua corriente y al jabón para lavarse las manos con frecuencia.

47. Elaborar orientaciones estrictas para impulsar la justicia y la equidad en la asignación mundial de las opciones terapéuticas y las vacunas contra la COVID-19.

Fortalecimiento de la información epidemiológica

48. Detectar de manera temprana los casos sospechosos, realizando luego las pruebas de laboratorio y aplicando medidas de aislamiento, localización de los contactos y cuarentena, es la piedra angular de una estrategia dirigida y sostenible a fin de controlar a mediano plazo la pandemia de COVID-19. En la mayoría de los países y territorios, esto requerirá la ampliación, a una escala considerable, de los recursos humanos, y el aumento de la inversión financiera y del uso de herramientas innovadoras, así como el mantenimiento de mecanismos que aseguren la vigilancia de la COVID-19 y de otras enfermedades transmisibles.

49. Poner en práctica métodos y herramientas innovadores para la localización de contactos y las medidas de cuarentena, adaptados al contexto legal, social y epidemiológico de cada país o territorio. Vigilar y evaluar que la localización de contactos y el cumplimiento de la cuarentena sean oportunas e integrales. Las experiencias y enseñanzas obtenidas deben transmitirse a los países dentro y fuera de la Región en un espíritu de solidaridad y para brindar seguridades mutuas acerca de la calidad de la respuesta.

50. Ejecutar una combinación de estrategias para la vigilancia de la COVID-19, como la vigilancia universal y nominal basada en una definición de caso sospechoso; la vigilancia centinela de las infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) y del síndrome gripal; y la vigilancia basada en eventos (es decir, la recopilación y evaluación sistemática de informes de los medios de comunicación y de los rumores). La búsqueda activa de casos y la vigilancia centinela de las IRAG y del síndrome gripal (en marcha en la Región desde hace más de diez años para vigilar los virus de la influenza y otros virus) son fundamentales para la detección y el seguimiento mejorado de la transmisión de la COVID-19 en la comunidad. Debe garantizarse la vigilancia continua de los virus de la influenza, debido su potencial epidémico y pandémico.

51. Fortalecer la toma de muestras de casos de neumonía o de infecciones respiratorias agudas graves extrañas, y garantizar la extracción adecuada y la entrega oportuna de

muestras a los centros nacionales de influenza o a los laboratorios nacionales a cargo de la vigilancia y detección de los virus respiratorios.

52. Mejorar la comprensión de los modelos de transmisión del SARS-CoV-2 y de las características epidemiológicas del virus. La Oficina considera que la información sobre la genómica del virus es fundamental para comprender el origen y la propagación mundial del virus, para arrojar luz sobre su patogenicidad y, por ende, permitir el desarrollo de tratamientos y vacunas. Esto ya ha ayudado a la comunidad científica a secuenciar tantos genomas del SARS-CoV-2 como ha sido posible.

53. Fortalecer la vigilancia basada en eventos para afrontar los desafíos de la detección temprana en las poblaciones en situaciones de vulnerabilidad, incluidas las poblaciones indígenas y los afrodescendientes, cuya falta de acceso a la salud, comunicación, y servicios de transporte aumenta su vulnerabilidad al SARS-CoV-2.

Fortalecimiento de los sistemas de salud y las redes de prestación de servicios

54. Fortalecer la gobernanza de los sistemas de salud y la gestión de las redes de servicios de salud a fin de aumentar su capacidad de adaptar la respuesta. En el escenario de evolución de la COVID-19 que se está previendo, los servicios de salud deben adaptarse rápidamente, manteniendo y ampliando las capacidades de salud pública y de cuidados críticos desarrolladas para la respuesta a la COVID-19. También será necesario hacer ajustes para la prestación continua de los servicios de salud habituales, al tiempo que se asegura que se mantengan los servicios esenciales.

55. Establecer planes definidos dirigidos a la preparación para nuevos brotes o catástrofes que ocurran durante la pandemia, responder a ellos y mitigarlos. Difundir y aplicar documentos y herramientas para actualizar la respuesta y los planes y procedimientos de recuperación de manera interdisciplinaria y multisectorial, con miras a mejorar la eficiencia, reducir la duplicación de esfuerzos y permitir las acciones conjuntas coordinadas.

56. Poner en marcha estrategias para hacer frente al aumento de la demanda de atención médica, siguiendo los lineamientos de los equipos médicos de emergencia para asegurar respuestas sostenibles y autosuficientes por los equipos de personal médico. Considerar las brechas detectadas durante la respuesta en los procesos de planificación, estimación de necesidades y ampliación de la capacidad de la red de servicios de salud.

57. Invertir en la capacidad resolutoria del primer nivel de atención y aumentarla, lo que será fundamental para la detección de casos, la contención de la propagación, el manejo oportuno de los casos ambulatorios de la COVID-19 en la comunidad y la continuidad de los servicios esenciales de salud. Esto incluye ampliar la capacidad de recursos humanos (con atención específica a la transferencia o reasignación del personal), así como la capacidad de telecomunicaciones y transporte; asegurar la disponibilidad de medicamentos, suministros, dispositivos médicos, equipos y EPP; adaptar las estructuras

físicas según sea pertinente; y establecer medidas para los cuidados en el hogar. Esto último abarca el seguimiento de los casos activos y recuperados y la prestación de servicios esenciales de salud, que exigen contar con equipo para las teleconsultas, organizar los aspectos logísticos de la movilización y tener suministros para atención médica y de enfermería.

58. Detectar los obstáculos al acceso y adoptar estrategias para dar cobertura a los grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad o con vulnerabilidades específicas durante la pandemia, prestando la debida atención a las necesidades específicas y diferenciadas. La aplicación de mecanismos para la participación de la comunidad y la acción intersectorial es fundamental para responder a las necesidades de salud de la población durante la pandemia de COVID-19.

59. Empezar actividades en consonancia con la estrategia y el plan de acción sobre recursos humanos para la salud. Esto incluye establecer sistemas de información sobre recursos humanos para la salud que sean unificados, fiables y actualizados y que permitan una rápida movilización y redistribución de tareas en función de las necesidades de respuesta. Debería efectuarse un examen de los acuerdos, las normas y las regulaciones sobre la movilidad y la migración de la fuerza laboral del sector de la salud, que ha sido particularmente importante para el Caribe y América del Sur durante la pandemia, así como un examen de las condiciones de empleo del personal de salud para garantizar que los trabajadores que contraigan la COVID-19 estén cubiertos por planes de seguro. También es fundamental el fortalecimiento de los programas de salud ocupacional para el personal de salud.

60. Consolidar los programas de prevención y control de infecciones (PCI), teniendo en cuenta la gobernanza, el liderazgo y la asignación de recursos, para controlar los agentes patógenos endémicos o epidémicos. Aplicar un enfoque de estrategias multimodales para ejecutar las actividades programáticas de PCI a nivel nacional. Integrar las actividades de PCI con otros programas relacionados, como los de la infección por el VIH, la tuberculosis, las hepatitis virales y la inmunización.

61. Seguir acelerando el fortalecimiento de los sistemas de información para la salud y la adopción de soluciones digitales para mejorar el acceso a los servicios de salud. Esto facilitará la evaluación, el diagnóstico y la gestión de los casos sospechosos y positivos de manera segura y eficaz, reduciendo al mínimo el riesgo de transmisión, al tiempo que se fomenta una mayor equidad en el acceso a la atención médica oportuna. Para reforzar el primer nivel de atención durante la pandemia, deberían adoptarse, como mínimo, las siguientes medidas: *a)* registros digitales de enfermedades, *b)* aplicaciones para la recopilación ética de datos, *c)* aplicaciones para la interacción segura con los pacientes, *d)* registros de salud electrónicos y portales para los pacientes, *e)* sistemas electrónicos para recetar medicamentos, *f)* herramientas de telesalud, y *g)* herramientas para brindar una segunda opinión médica.

62. Aprovechar los avances y las innovaciones generados durante la respuesta a la COVID-19 para avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, con sistemas de salud basados en la atención primaria.

Fortalecimiento de las operaciones de respuesta ante emergencias y de la cadena de suministros

63. Asegurar que esté el compromiso político y económico para que todos los Estados Miembros tengan acceso oportuno a los medios de diagnóstico, los dispositivos médicos, las vacunas nuevas y las opciones terapéuticas. Esto exigirá la participación en las deliberaciones y las iniciativas mundiales como el Acelerador del Acceso a las Herramientas contra la COVID-19, el grupo de trabajo de las Naciones Unidas sobre el abastecimiento de suministros para la COVID-19, y otros.

64. Contribuir a la adopción de criterios transparentes para el acceso equitativo y la asignación de tecnologías sanitarias esenciales. La utilización de las capacidades de compras mancomunadas y de cooperación técnica disponibles por conducto del Fondo Rotatorio para el Acceso a las Vacunas y el Fondo Estratégico podría ayudar a mejorar la asequibilidad, la disponibilidad y el uso apropiado de estas tecnologías en los Estados Miembros.

65. Preparar los mecanismos nacionales necesarios para la introducción rápida y eficaz, el uso y la fiscalización de los nuevos productos médicos que pueden mitigar la pandemia. Velar por la calidad, la seguridad y la efectividad de los productos nuevos debe ser una prioridad en el contexto de las autorizaciones de emergencia de uso de estos productos. También es importante reforzar las capacidades de la cadena de suministros para desplegar de manera eficiente las tecnologías nuevas, al tiempo que se garantiza el acceso apropiado a todas las otras tecnologías sanitarias esenciales.

66. Fortalecer la capacidad de toma de decisiones y de coordinación sectorial e intersectorial de las actividades relacionadas con la salud a nivel municipal, subnacional y nacional, guiada por la evidencia científica.³⁷ Aplicar las enseñanzas obtenidas en las grandes ciudades muy afectadas a las ciudades más pequeñas que todavía no han llegado al punto máximo del brote y que pueden beneficiarse de la transferencia de conocimientos acerca de las mejores prácticas, los protocolos y la ejecución de medidas públicas.

67. Fortalecer e integrar las cadenas nacionales de suministros, los depósitos y las capacidades y los recursos logísticos, en particular en el contexto de las incertidumbres relacionadas con las cadenas mundiales de suministros.

68. Promover la capacidad de la Región para la fabricación y manufactura de suministros y tecnologías esenciales.

³⁷ Organización Panamericana de la Salud. Orientación sobre la COVID-19 y últimas investigaciones en las Américas. Disponible en: <https://covid19-evidence.paho.org/?locale-attribute=es>.

Seguimiento y evaluación

69. Esta política contribuirá a la ejecución de los resultados intermedios 1, 2, 4, 5, 9, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 23, 24 y 25 del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025, así como al logro de las metas de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030.

70. El seguimiento y la evaluación de este plan estarán en consonancia con el marco de gestión basada en los resultados de la Organización y con sus procesos de seguimiento y evaluación del desempeño. En el 2023 se emitirá un informe de progreso, momento para el cual se supone que ya estará disponible la vacuna o alguna opción terapéutica contra la COVID-19.

Repercusiones financieras

71. El costo total estimado de la cooperación técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana, a fin de apoyar a los Estados Miembros mientras ejecutan las medidas vinculadas con esta política, del 2020 al 2022, incluidos tanto los costos de personal como los costos de las actividades, es de US\$ 30 millones. El financiamiento de las iniciativas a nivel de país estará a cargo de los Estados Miembros.

Intervención del Consejo Directivo

72. Se invita al Consejo Directivo a que analice este documento, formule las recomendaciones que considere pertinentes y considere la posibilidad de aprobar el proyecto de resolución que figura en el anexo A.

Anexos

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional (2005), tercera edición [consultado el 12 de junio del 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/es/>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de Salud [Internet]. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2014 (resolución CD53.R14) [consultado el 12 de junio del 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-R14-s.pdf>.

3. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria [Internet]. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2014 (resolución CD53.R9) [consultado el 12 de junio del 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-R9-s.pdf>.
4. Naciones Unidas. Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015–2030, 2015 (resolución A/RES/69/283) [consultado el 12 de junio del 2020]. Disponible en: https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/69/283&Lang=S.
5. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021 [Internet]. 55.º Consejo Directivo, 68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2016. Washington, DC: OPS; 2016 (resolución CD55.R10) [consultado el 12 de junio del 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-R10-s.pdf>.
6. Naciones Unidas. Solidaridad mundial para luchar contra la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19) (resolución A/RES/74/270), 3 de abril del 2020 [consultado el 12 de junio del 2020]. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/RES/74/270>.
7. Naciones Unidas. Cooperación internacional para garantizar el acceso mundial a los medicamentos, las vacunas y el equipo médico con los que hacer frente a la COVID-19 (resolución A/RES/74/274), 20 de abril del 2020 [consultado el 12 de junio del 2020]. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/RES/74/274>.
8. Organización Mundial de la Salud. Respuesta a la COVID-19 (resolución WHA73.1), 19 de mayo del 2020 [consultado el 12 de junio del 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R1-sp.pdf.
9. Organización Mundial de la Salud. Actualización de la estrategia frente a la COVID-19, 2020. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020_es.pdf?sfvrsn=86c0929d_10.

10. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025 [Internet]. 57.º Consejo Directivo, 71.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2019, Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2019 (resolución CD57.R2) [consultado el 12 de junio del 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=50583-cd57-r2-s-plan-estrategico-ops&category_slug=cd57-es&Itemid=270&lang=es.
11. Organización Panamericana de la Salud. Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 [Internet]. 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 25 al 29 de septiembre del 2017; Washington, DC. Washington: OPS; 2017 (resolución CSP29.R2) [consultado el 12 de junio del 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=29-es-9250&alias=42293-csp29-r2-s-293&Itemid=270&lang=es.
12. Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. Septuagésimo período de sesiones de la Asamblea General, 25 de septiembre del 2015; Nueva York, NY. Nueva York: Naciones Unidas; 2015 (resolución A/RES/70/1) [consultado el 12 de junio del 2020]. Disponible en: https://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1_es.pdf.
13. Organización Panamericana de la Salud. Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma Ata, edición revisada. Washington, DC: OPS; 2019 [consultado el 12 de junio del 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/salud-universal-siglo-xxi-40-anos-alma-ata-informe-comision-alto-nivel-edicion-revisada>.
14. Organización Panamericana de la Salud. Informe de la evaluación rápida de la prestación de servicios para enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 en las Américas, 4 de junio del 2020 [consultado el 12 de junio del 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/informe-evaluacion-rapida-prestacion-servicios-para-enfermedades-no-transmisibles>.
15. Organización Mundial de la Salud. 2019 novel Coronavirus Global research and innovation forum: towards a research roadmap; R&D Blueprint; 2020 [consultado el 12 de junio del 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/blueprint/priority-diseases/key-action/Roadmap-version-FINAL-for-WEB.pdf?ua=1>
16. Organización Mundial de la Salud. Plataforma de registros internacionales de ensayos clínicos. 2020. Plataforma consultada el 10 de junio del 2020 [consultado el 12 de junio del 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/ictrp/es/>.

17. Organización Panamericana de la Salud. Consideraciones regulatorias sobre la autorización del uso de plasma de convalecientes (PC) para atender la emergencia de COVID-19; 2020 [consultado el 12 de junio del 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-regulatorias-sobre-autorizacion-uso-plasma-convaleciente-pc-para-atender>.
18. Organización Panamericana de la Salud. Seguridad de los pacientes con COVID-19 en relación con el uso de medicamentos sin evidencia científica sobre su beneficio; 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52219>.
19. Organización Panamericana de la Salud. Consideraciones para la supervisión regulatoria de los ensayos clínicos en la pandemia de COVID-19; 2020. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52303/OPSIMSHSSMTCOVID-19200022_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
20. Organización Panamericana de la Salud. Orientación ética sobre cuestiones planteadas por la pandemia del nuevo coronavirus (COVID-19); 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/orientacion-etica-sobre-cuestiones-planteadas-por-pandemia-nuevo-coronavirus-covid-19>.
21. Organización Mundial de la Salud. R&D Blueprint and COVID-19; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/teams/blueprint/covid-19>
22. Organización Panamericana de la Salud. Orientación y estrategias para agilizar la revisión y supervisión éticas de investigaciones relacionadas con COVID-19; 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52090>.
23. Organización Panamericana de la Salud. Modelo y pautas operativas para la revisión y supervisión éticas de las investigaciones relacionadas con COVID-19; 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52087>.
24. Organización Mundial de la Salud. Guidance for Managing Ethical Issues in Infectious Disease Outbreaks; 2016 [consultado el 12 de junio del 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250580>.
25. Organización Panamericana de la Salud. Guía para el cuidado crítico de pacientes adultos graves con coronavirus (COVID-19) en las Américas (versión larga); 2020. [consultado el 12 de junio del 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/guia-para-cuidado-critico-pacientes-adultos-graves-con-coronavirus-covid-19-americas>.
26. Organización Mundial de la Salud. Clinical Management of COVID-19. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/clinical-management-covid-19>.

27. Organización Panamericana de la Salud. Ongoing Living Update of Potential COVID-19 Therapeutics: summary of rapid systematic reviews; 2020 [consultado el 12 de junio del 2020]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52193>.
28. Organización Panamericana de la Salud. Orientación ética para el uso de recursos limitados en los servicios críticos de salud durante la pandemia de COVID-19; 2020 [consultado el 12 de junio del 2020]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52092>.
29. Organización Mundial de la Salud. Ethics and COVID-19: resource allocation and priority-setting; 2020 [consultado el 12 de junio del 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/ethics/publications/ethics-covid-19-resource-allocation.pdf?ua=1>.
30. Nuzzo, J. B., Meyer, D., Snyder, M., et. al. What makes health systems resilient against infectious disease outbreaks and natural hazards? Results from a scoping review. BMC Public Health 19(1310), 2019 [consultado el 12 de junio del 2020]. Disponible en: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7707-z#citeas>.

58.º CONSEJO DIRECTIVO

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

Sesión virtual, 28 y 29 de septiembre del 2020

CD58/6*
Anexo A
Original: inglés

PROYECTO DE RESOLUCIÓN

PANDEMIA DE COVID-19 EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

EL 58.º CONSEJO DIRECTIVO,

(PP1) Habiendo examinado el documento *Pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas* (documento CD58/6);

(PP2) Recordando las resoluciones *Respuesta a la COVID-19* (resolución WHA73.1 [2020]), *Cooperación internacional para garantizar el acceso mundial a los medicamentos, las vacunas y el equipo médico con los que hacer frente a la COVID-19* (resolución A/RES/74/274 [2020]), *Solidaridad mundial contra la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19)* (resolución A/RES/74/270 [2020]), *Plan de acción para la reducción de riesgos de desastres 2016-2021* (resolución CD55.R10 [2016]), *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible* (resolución A/RES/70/1 [2015]), *Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030* (resolución A/RES/69/283 [2015]), *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (resolución CD53.R14 [2014]), *Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria* (resolución CD53.R9 [2014]) y *Revisión del Reglamento Sanitario Internacional* (resolución WHA58.3 [2005]);

(PP3) Reconociendo que en todos y cada uno de los países y territorios la pandemia de COVID-19 requiere y requerirá liderazgo y responsabilidad a nivel nacional, así como el compromiso de todos los sectores del gobierno y toda la sociedad para mantener las actividades de respuesta, mitigación y recuperación de manera constante y firme a mediano y largo plazo;

* En esta versión del proyecto de resolución se han hecho ajustes editoriales en los párrafos (OP)1e y (OP)2g para asegurar su consonancia con el documento CD58/6.

(PP4) Considerando que es menester que el compromiso y las solicitudes que se expresaron en la resolución WHA73.1 de la Asamblea Mundial de la Salud, *Respuesta a la COVID-19*, sobre la respuesta a la pandemia de COVID-19, la mitigación de sus efectos y la recuperación, se reiteren y renueven en la Región de las Américas,

RESUELVE:

(OP)1. Instar a todos los Estados Miembros, teniendo en cuenta sus contextos, necesidades, vulnerabilidades y prioridades, a que:

- a) mantengan, mejoren, amplíen y planifiquen políticas, estrategias y medidas sostenidas y sostenibles, que abarquen todos los sectores del gobierno y toda la sociedad, a fin de seguir respondiendo a la pandemia de COVID-19;
- b) sigan invirtiendo y aprovechen las ventajas y las innovaciones resultantes de la respuesta a la pandemia de COVID-19 tanto a nivel de los servicios individuales como colectivos en todo el sistema de salud, haciendo hincapié en las funciones esenciales de salud pública;
- c) inicien las actividades preparatorias para la vacunación en previsión de la disponibilidad de una vacuna segura, eficaz y accesible contra la COVID-19;
- d) cumplan con las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), en particular las relativas a la presentación oportuna de información, a fin de permitir que: (i) se haga un seguimiento integral de la evolución de la pandemia de COVID-19; (ii) los Estados Partes emprendan las actividades de gestión de riesgos que correspondan; (iii) la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) despliegue apoyo en el terreno;
- e) realicen y documenten —con el apoyo de la Oficina, según sea necesario— exámenes de la respuesta nacional a la pandemia de COVID-19;
- f) tengan en cuenta el movimiento de las personas (como los trabajadores de ayuda humanitaria y de salud, los trabajadores esenciales, y el personal de aeronaves y embarcaciones) y de los equipos y suministros necesarios para las operaciones de respuesta a la pandemia de COVID-19, así como de los productos de primera necesidad;
- g) proporcionen financiamiento sostenible a la Organización Panamericana de la Salud para que esta pueda cumplir sus mandatos a la vez que lleva adelante las actividades de respuesta, mitigación del impacto y recuperación de la pandemia de COVID-19.

(OP)2. Solicitar a la Directora que:

- a) siga prestando cooperación técnica basada en la evidencia a los Estados Miembros, promoviendo la innovación y el intercambio de experiencias, a fin de reanudar y

- mantener de manera ininterrumpida las operaciones e intervenciones del sistema de salud en todos los aspectos pertinentes que sean necesarios para responder a la pandemia de COVID-19;
- b) ejerza transparencia, independencia e imparcialidad cuando inste a los Estados Partes a que —de conformidad con las disposiciones del RSI— intercambien información veraz de forma oportuna y responsable acerca de la evolución de la pandemia de COVID-19 en su territorio;
 - c) mantenga la red regional para la vigilancia de la influenza y otros virus respiratorios y la amplíe mediante la creación de una red regional de vigilancia genómica;
 - d) brinde apoyo a los Estados Miembros por medio de las áreas técnicas de la Oficina, del Fondo Rotatorio para el Acceso a las Vacunas (el Fondo Rotatorio) y del Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública (el Fondo Estratégico) a fin de mejorar el acceso equitativo y el uso adecuado de las vacunas, las opciones terapéuticas, los medios de diagnóstico, el equipo biomédico y el equipo de protección personal que sean asequibles, seguros, eficaces y de calidad, y que puedan mejorar los resultados de salud y reducir el impacto de la pandemia;
 - e) brinde apoyo a los Estados Miembros al participar en iniciativas mundiales, como el Acelerador del Acceso a las Herramientas contra la COVID-19 para vacunas, medios de diagnóstico y opciones terapéuticas, el Llamamiento a la Acción Solidaria y todas las demás iniciativas pertinentes para el desarrollo y el acceso a las tecnologías sanitarias esenciales para la COVID-19;
 - f) informe a los Estados Miembros de manera periódica sobre los avances en la investigación y el desarrollo de las vacunas, las opciones terapéuticas y los medios de diagnóstico para la COVID-19, así como de las recomendaciones para su uso, los principios de acceso y asignación, los requerimientos regulatorios y las medidas que el Fondo Rotatorio y el Fondo Estratégico hayan iniciado a fin de asegurar el acceso a las vacunas y los productos para la COVID-19;
 - g) promueva, facilite y consolide los exámenes de la respuesta a la pandemia de COVID-19 por parte de los Estados Miembros, y ponga en marcha y documente una iniciativa equivalente que se centre en la respuesta de la Oficina, de acuerdo con lo establecido en la resolución WHA73.1;
 - h) mantenga y siga fortaleciendo la capacidad de la Oficina en todos los niveles de la Organización a fin de responder a la pandemia de COVID-19 y a otras situaciones de emergencia y desastres;
 - i) informe con regularidad a los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud sobre los progresos logrados y los retos enfrentados en la ejecución de esta resolución.

Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas de la resolución propuesta para la Oficina Sanitaria Panamericana

1. Punto del orden del día: 4.2 Pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas

2. Relación con: [Presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2021:](#)

Resultado intermedio 1: Mayor capacidad resolutive de las redes integradas de servicios de salud (RISS), con énfasis en el primer nivel de atención, para mejorar el acceso a servicios de salud integrales y de calidad, que sean equitativos y tengan en cuenta el género y las características culturales, se basen en los derechos y se centren en las personas, las familias y las comunidades, a fin de avanzar hacia la salud universal

Resultado intermedio 2: Vidas más saludables promovidas mediante el acceso universal a servicios de salud integrales y de calidad para todas las mujeres, los hombres, los niños, las niñas y los adolescentes en la Región de las Américas, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad

Resultado intermedio 4: Mayor capacidad resolutive de las redes integradas de servicios de salud (RISS) para la prevención, la vigilancia, la detección temprana, el tratamiento y la atención de las enfermedades transmisibles, incluidas las enfermedades prevenibles mediante vacunación

Resultado intermedio 5: Ampliación del acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad para la prevención, la vigilancia, la detección temprana, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos de las enfermedades no transmisibles (ENT) y los trastornos de salud mental

Resultado intermedio 9: Fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza de las autoridades nacionales de salud para guiar la transformación de los sistemas de salud y desempeñar las funciones esenciales de salud pública a fin de avanzar hacia la salud universal

Resultado intermedio 15: Mejora de la acción intersectorial para contribuir a la reducción de la violencia y los traumatismos

Resultado intermedio 16: Aumento de la promoción de la salud mental, reducción de los trastornos por consumo de sustancias, prevención de los trastornos de salud mental y los suicidios, y reducción del estigma, mediante la acción intersectorial

Resultado intermedio 17: Fortalecimiento de los sistemas de salud para lograr o mantener la eliminación de la transmisión de enfermedades prioritizadas

Resultado intermedio 18: Mayor capacidad de los actores del sector de la salud para abordar los determinantes sociales y ambientales con un enfoque intersectorial, priorizando los grupos y las comunidades en situación de vulnerabilidad

Resultado intermedio 20: Sistemas integrados de información para la salud desarrollados e implementados con capacidades fortalecidas en los Estados Miembros y la Oficina Sanitaria Panamericana

Resultado intermedio 21: Mayor capacidad de los Estados Miembros y la Oficina Sanitaria Panamericana para generar, analizar y difundir evidencia en el ámbito de la salud y trasladar el conocimiento para la toma de decisiones a nivel nacional y subnacional

Resultado intermedio 23: Fortalecimiento de la capacidad de los países para la gestión del riesgo de desastres y emergencias de salud que abarque todos los peligros, a fin de lograr un sector de la salud resiliente a los desastres

Resultado intermedio 24: Fortalecimiento de la capacidad de los países para prevenir y controlar epidemias y pandemias causadas por agentes patógenos de gran impacto o de graves consecuencias

Resultado intermedio 25: Detección, evaluación y respuesta rápidas a las emergencias de salud.

3. Repercusiones financieras:

- a) **Costo total estimado de la aplicación de la resolución en todo su período de vigencia (incluidos los gastos correspondientes a personal y actividades):**

EUA \$30 millones

| Áreas | Costo estimado (en US\$) |
|---|--------------------------|
| Recursos humanos | 3.800.000 |
| Capacitación | 10.000.000 |
| Consultores/contratos de servicio | 4.000.000 |
| Viajes y reuniones | 1.800.000 |
| Publicaciones | 900.000 |
| Materiales y otros gastos (EPP, pruebas diagnósticas, etc.) | 9.500.000 |
| Total | 30.000.000 |

- b) **Costo estimado para el bienio 2020-2021 (incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):**

\$18.000.000, relacionados principalmente con las actividades a nivel regional, incluida alguna acumulación de reservas.

- c) **Del costo estimado que se indica en el apartado b), ¿qué parte se podría subsumir en las actuales actividades programadas?**

\$12.000.000

4. Repercusiones administrativas:

a) Indicar a qué niveles de la Organización se realizará el trabajo:

Niveles regional, subregional y nacional, haciendo hincapié en el nivel nacional

b) Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, precisando el perfil de ese personal):

No se prevé la contratación de personal nuevo. Sin embargo, es fundamental que se mantenga por lo menos la capacidad actual de la Organización a todos los niveles institucionales para prepararse y estar listos para otra posible pandemia —y para otros agentes patógenos epidemiológicos, así como para responder a la pandemia de la COVID-19 y otras emergencias y desastres.

c) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de ejecución y evaluación):

La orientación presentada en este documento de política debe analizarse, evaluarse y revisarse dentro de los dos próximos años (2022).

Plantilla analítica para vincular los puntos del orden del día con los mandatos institucionales

1. Punto del orden del día: 4.2 Pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas

2. Unidad a cargo: Emergencias de Salud (PHE)

3. Funcionario a cargo: Dr. Ciro Ugarte, Director, Emergencias de Salud (PHE)

4. Vínculo entre este punto del orden del día y la [Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030](#):

Este proyecto de documento de política está en consonancia con los siguientes objetivos de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030:

Objetivo 1: Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, integrados y de calidad, centrados en la persona, la familia y la comunidad, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Objetivo 5: Asegurar el acceso a medicamentos esenciales y vacunas, al igual que a otras tecnologías sanitarias prioritarias, según la evidencia científica disponible y de acuerdo con el contexto nacional.

Objetivo 6: Fortalecer los sistemas de información para la salud a fin de apoyar la formulación de políticas y la toma de decisiones basadas en la evidencia.

Objetivo 8: Fortalecer la capacidad nacional y regional de preparación, prevención, detección, vigilancia y respuesta a los brotes de enfermedades y a las emergencias y los desastres que afectan la salud de la población.

Objetivo 9: Reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad por enfermedades no transmisibles, traumatismos, violencia y trastornos de salud mental.

Objetivo 10: Reducir la carga de las enfermedades transmisibles y eliminar las enfermedades desatendidas.

Objetivo 11: Reducir las desigualdades e inequidades en torno a la salud por medio de enfoques intersectoriales, multisectoriales, regionales y subregionales de los determinantes sociales y ambientales de la salud.

5. Vínculo entre este punto del orden del día y el [Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025](#):

Según se indica en el anexo B, este plan de acción contribuirá al logro de los resultados intermedios 1, 2, 4, 5, 9, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 23, 24, 25 del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025.

6. Lista de centros colaboradores e instituciones nacionales vinculadas a este punto del orden del día:

- Centro colaborador de la OMS en materia de **bioseguridad de los laboratorios** (Departamento de Control de Muestras y Servicios, Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE), Secretaría de Salud)
- Centro colaborador de la OMS en **gestión de la calidad en los laboratorios** (Dirección de Servicio y Apoyo Técnico DSAT, Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE), Secretaría de Salud)
- Centro colaborador de la OMS en materia de **bioseguridad y bioprotección** (Centro para la Bioseguridad, División de Infraestructura de Seguridad Sanitaria, Organismo de Salud Pública de Canadá [PHAC])
- Centro colaborador de la OMS para **bioseguridad y bioprotección** (Oficina del Director Asociado para las Ciencias de Laboratorio, Centro para la Salud Mundial, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC])
- Centro colaborador de la OMS para la **aplicación de las capacidades básicas del RSI** (Equipo de programas y asociados, Unidad de Seguridad y Salud Mundial, División de Protección y Salud Mundial, Centro para la Salud Mundial, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC])
- Centro colaborador de la OMS para el **Reglamento Sanitario Internacional (RSI)** (Centro de Epidemiología y Políticas de Salud, Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo)
- Centro colaborador de la OMS para Vigilancia, Epidemiología y Control de la **Influenza** (División de Influenza, Centro Nacional para Inmunización y Otras Enfermedades Respiratorias, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC])
- Centro colaborador de la OMS para investigación y orientación de política en **asistencia humanitaria de salud** (Centro para la Salud Humanitaria, Departamento de Salud Internacional, Escuela de Salud Pública Bloomberg, Universidad Johns Hopkins)
- Centro colaborador de la OMS de **investigación sobre la respuesta a las enfermedades infecciosas emergentes y preparativos** (Oficina del Director, Instituto Nacional de la Alergia y las Enfermedades Infecciosas [NIAID], Institutos Nacionales de Salud [NIH]).

7. Prácticas óptimas en esta área y ejemplos provenientes de los países de la Región de las Américas:

Históricamente, los Estados Partes de la Región de las Américas han acogido los principios de la responsabilidad compartida en la salud pública mundial que subyacen en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI). A tal efecto, a los fines de cumplir con la responsabilidad mutua, han estado presentando sistemáticamente a la Asamblea Mundial de la Salud su informe anual como Estado Parte sobre la aplicación del RSI y, lo que es más importante, al acoger el enfoque de la mejora de la calidad, han estado promoviendo la realización de un examen posterior a la acción de los eventos agudos de salud pública como una herramienta para mejorar su preparación. Además, como se informó a los Cuerpos Directivos de la OPS, de conformidad con lo establecido en el RSI, el volumen de la información difundida con respecto a eventos que podrían tener implicaciones internacionales de salud pública y el plazo en que se presenta tal información ha sido encomiable, en términos generales. En la respuesta a la pandemia de COVID-19 los Estados Partes han demostrado, con pocas excepciones, una capacidad extraordinaria de acelerar su capacidad de respuesta adaptativa, con una participación de todos los sectores del gobierno.

Otros ejemplos del incremento de la resiliencia de los sistemas de salud se han observado en programas como Remediar en Argentina, donde se hicieron inversiones anticíclicas en los sistemas de salud, en particular para el suministro de medicamentos esenciales mediante los programas de atención primaria,

durante un período de crisis económica, lo que aumentó la capacidad de la red pública de atención primaria de salud del país para proporcionar servicios de salud a la población.

Varios países de la Región están en proceso de elaborar estrategias para satisfacer las necesidades de salud de los migrantes. Por ejemplo, los migrantes en Brasil tienen acceso sin restricciones a la atención de salud y los medicamentos, y el gobierno de Colombia ha aprobado una resolución para prestar atención de urgencia a los migrantes.

- - -