

Informe final de la evaluación de fin del bienio 2018-2019 y del Plan Estratégico 2014-2019

Categoría 5: Emergencias de salud

Cuadro 1. Resumen programático de la categoría 5

Categoría y área programática	Calificación 2014-2015	Calificación 2016-2017	Calificación 2018-2019	Indicador del resultado inmediato Calificación	Indicador del resultado intermedio Calificación
5.1 Gestión de amenazas infecciosas	n/c ¹	n/c		4/5 alcanzados 1/5 alcanzado parcialmente	1/1 no calificado
5.2 Preparación de los países para las emergencias de salud y el RSI (2005)	n/c	n/c		3/7 excedidos 2/7 alcanzados 1/7 alcanzado parcialmente 1/1 no alcanzado	1/2 excedido 1/2 no calificado
5.3 Información sobre emergencias de salud y evaluación de riesgos	n/a	n/a		2/3 excedidos 1/3 no alcanzado	1/1 alcanzado
5.4 Operaciones de emergencia	n/c	n/c		3/9 excedidos 6/9 alcanzados	1/1 excedido
5.5 Servicios básicos de emergencia	n/a	n/a		2/6 excedidos 3/6 alcanzados 1/1 no alcanzado	1/1 excedido
5.6 Reducción del riesgo de desastres y proyectos especiales	n/a	n/a		2/5 excedidos 1/5 alcanzado 2/5 alcanzados parcialmente	1/1 alcanzado parcialmente
5.7 Respuesta a brotes y crisis				5/5 excedidos	1/1 alcanzado
Resumen de la categoría 5				17/40 excedidos 16/40 alcanzados 4/40 alcanzados parcialmente 3/40 alcanzados	3/8 excedidos 2/8 alcanzados 1/8 alcanzado parcialmente 0/8 no alcanzado 2/8 no calificados

 Cumplió las expectativas  Cumplió parcialmente las expectativas  No cumplió las expectativas

¹ La calificación de las áreas programáticas para el 2014-2015 y el 2016-2017 se realizó utilizando la estructura programática original del Plan Estratégico 2014-2019. La calificación para el 2018-2019 sigue a la versión modificada del 2017 del Plan Estratégico.

Panorama de la categoría

Esta categoría se centra en el fortalecimiento de la capacidad de los países en la prevención, la reducción de los riesgos, la preparación, la vigilancia, la respuesta y la recuperación temprana en relación con todos los tipos de amenazas para la salud humana que pueden ser resultado de situaciones de emergencia o desastres. Se presta especial atención a las capacidades señaladas en los requisitos del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) 2005. El trabajo en esta categoría tiene por objeto fortalecer la formación de capacidad para afrontar riesgos específicos en relación con una variedad de enfermedades que pueden causar brotes, epidemias o pandemias, y también con respecto a emergencias químicas y radiológicas, amenazas naturales y conflictos. En esta labor se tiene en cuenta el enfoque de la seguridad humana para formular políticas intersectoriales coherentes que protejan a las personas y las faculten para aumentar la capacidad de recuperación comunitaria frente a amenazas graves y generalizadas. Además, esta categoría incluye la asistencia sanitaria internacional coordinada para ayudar a los Estados Miembros a responder a las emergencias cuando se requiera.

Con una ejecución del presupuesto del 80%, y el 99% de los fondos disponibles ejecutados (combinados para los programas básicos y especiales y los segmentos de emergencias del programa y presupuesto), y un 82% de los indicadores de resultados intermedios y un 67% de los indicadores de resultados inmediatos calificados como excedidos o alcanzados durante el bienio 2018-2019, se puede considerar que la categoría 5 ha cumplido las expectativas. Las siete áreas programáticas han mostrado progreso y logros significativos, aunque tres de ellas cumplieron parcialmente las expectativas.

Un esfuerzo importante realizado para la categoría y la Organización en su conjunto durante el bienio fue el apoyo brindado a la respuesta a la situación en Venezuela y los problemas humanitarios conexos, tanto dentro de ese país como en los países vecinos (Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, Perú y Trinidad y Tabago). Aunque esta situación trajo consigo muchos retos, también brindó la oportunidad de avanzar en muchos aspectos del programa de trabajo, particularmente en el control y la prevención de enfermedades epidemiógenas y pandemiógenas, haciendo hincapié en las enfermedades prevenibles mediante vacunación, así como en una agenda más amplia sobre migración masiva y salud. Entre los aspectos destacados se cuentan la movilización de más de \$34 millones para apoyar los esfuerzos de preparación y respuesta; el despliegue de más de 120 miembros del personal y expertos en técnicas multidisciplinarias en misiones sobre el terreno, incluidas misiones por medio de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN, por sus siglas en inglés); la organización de talleres regionales y subregionales sobre diversos temas técnicos conexos; y la convocatoria de una reunión ministerial de alto nivel sobre migración masiva y salud.

Durante el 2018-2019, la Oficina Sanitaria Panamericana (la OSP o la Oficina) continuó su colaboración con los Estados Miembros para mejorar su capacidad de gestión de desastres en el contexto de los planes de acción para la reducción de riesgos de desastres y la coordinación de la ayuda humanitaria. La Oficina también apoyó las operaciones nacionales de respuesta tras brotes de enfermedades y crisis migratorias, inundaciones, erupciones de volcanes, disturbios sociales y violencia, y contaminación química en 27 países y territorios.

Ejecución programática por resultado intermedio

5.1 Gestión de las amenazas infecciosas

Panorama general

Esta área de trabajo tiene como meta respaldar a los países en materia de orientación experta sobre la vigilancia, la prevención y el control de enfermedades de alto riesgo de potencial pandémico y epidémico (es decir, las fiebres hemorrágicas virales, la gripe y las infecciones por coronavirus y por virus transmitidos por vectores artrópodos, así

como las enfermedades bacterianas) mediante la previsión de eventos, la tipificación de las enfermedades y los riesgos infecciosos, y la formulación de estrategias basadas en la evidencia para prevenir, prevenir y detectar amenazas infecciosas y responder ante ellas. Esto comprende la elaboración y el respaldo de estrategias, instrumentos y capacidades para la prevención y el control de los riesgos infecciosos que suponen grandes amenazas; el establecimiento y mantenimiento de redes de expertos con objeto de aumentar la competencia técnica internacional para detectar, comprender y gestionar los riesgos infecciosos nuevos o emergentes que supongan grandes amenazas; así como la prestación de apoyo a la Secretaría para la gestión del Marco de preparación para una gripe pandémica.

Principales logros

- **Aumento de casi el 20% en la concordancia media con los resultados esperados en el programa de evaluación externa de la calidad (EQAP) 2018-2019 para arbovirus, comparados con los resultados del 2017-2018.** Este EQAP más reciente para arbovirus también registró un aumento en los laboratorios y países participantes, de 14 laboratorios en 14 países en el 2017-2018 a 22 laboratorios en 21 países (Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Perú, República Dominicana, Suriname, Uruguay y Venezuela) en el 2018-2019. Estos resultados demuestran el beneficio de la cooperación técnica de la OPS relacionada con la capacitación y el uso de métodos y procedimientos de referencia, ya que los países han mejorado la calidad y ampliado el alcance de las capacidades de detección de sus laboratorios.
- **Por primera vez, durante el bienio Dominica realizó satisfactoriamente un diagnóstico molecular del dengue, el chikunguña, el zika y la fiebre amarilla; el Ecuador, mediante el Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (INSPI) ubicado en Guayaquil, logró detectar el virus mayaro como diagnóstico diferencial para el chikunguña, y Bolivia pudo detectar una nueva cepa de arenavirus,** gracias al apoyo de la OPS. Los laboratorios de cinco países (Colombia, Costa Rica, Ecuador, Panamá y Venezuela) también recibieron capacitación y fortalecimiento de la capacidad para detectar la encefalitis equina viral. Además, gracias en parte a la orientación y el apoyo de la OPS, tres laboratorios nacionales (Bolivia, Haití y República Dominicana) fueron designados por la OMS como Centros Nacionales de Gripe y fortalecieron su capacidad nacional para detectar, tipificar y responder a nuevos virus de la gripe. También se fortaleció la capacidad nacional para la gripe pandémica en 21 países y territorios del Caribe a fin de aumentar la capacidad de vigilancia y preparación relativas a la gripe. Esta fue la primera iniciativa de este tipo para la subregión del Caribe y fomentará una colaboración más estrecha entre los integrantes de este grupo, y una vigilancia y presentación de informes más sólidos respecto de la gripe.
- **Se han fortalecido el diagnóstico de laboratorio y la capacidad de detección para responder a agentes patógenos víricos emergentes y reemergentes en la Región.** Al menos 30 laboratorios de 26 países tienen capacidad para la detección molecular de arbovirus (endémicos o emergentes), incluidos nuevos laboratorios en el Caribe que han mejorado su capacidad de vigilancia de laboratorio (Bahamas, Belice, Dominica, Guyana, Jamaica y Suriname) en el 2018. También se prestó apoyo técnico al CARPHA y la UNOPS para la construcción de un nuevo edificio para albergar el laboratorio y las oficinas del CARPHA, el laboratorio nacional de salud pública y el banco de sangre. Además, se capacitó a representantes de siete países (Belice, Cuba, Estados Unidos, Guatemala, Haití, Panamá y Venezuela) en la aplicación de directrices y algoritmos para el virus mayaro y la fiebre amarilla; Chile recibió apoyo en la vigilancia y tipificación integradas de la enfermedad meningocócica; El Salvador recibió apoyo para fortalecer la

detección y la tipificación tempranas de un nuevo patrón resistente a los antimicrobianos de *N. meningitidis* Y; y en el corredor de Chiapas la OSP está colaborando en una tipificación en curso de cepas moleculares de cepas de DENV-2. La OSP también apoyó a cuatro países (Argentina, Brasil, Perú y Suriname) para fortalecer las redes de laboratorios, la vigilancia de epizootias y epidemias, la orientación para el manejo clínico y las evaluaciones de riesgos geográficos de acuerdo con el RSI; y se designó en México un nuevo centro colaborador de la OPS/OMS sobre la gestión de la calidad de los laboratorios, a saber, el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE).

- **No se han confirmado casos de cólera en Haití desde enero del 2019**, lo que representa un paso positivo hacia la eliminación del cólera de la isla de La Española, gracias al apoyo continuo de la OPS (epidemiología, vigilancia, laboratorio, prevención y control de infecciones (PCI), movilización de recursos y vacunación) al Gobierno de Haití.
- **Se han ultimado directrices y herramientas seleccionadas para fortalecer la capacidad de los países para hacer frente a emergencias de salud y desastres:** Un protocolo de laboratorio para la investigación de la respuesta inmunitaria asociada con la coinfección del virus del Dengue-2 y otros flavivirus; y orientación para la atención y el monitoreo de las enfermedades meningocócicas. La OPS y los asociados académicos y científicos externos (incluidos el Imperial College, la Universidad de Minnesota, el Innovative Group del UNICEF, Colombia, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y otros centros colaboradores de la OMS) también elaboraron una herramienta para la modelización mecanicista relativa a la fiebre amarilla y ejecutaron un proyecto en epidemiología digital para mejorar la capacidad en materia de inteligencia epidemiológica y salvar vidas. Además, el grupo de laboratorios de la estrategia de la OMS para eliminar las epidemias de fiebre amarilla (EYE) adaptó la directriz relativa al diagnóstico de laboratorio de la infección por el virus de la fiebre amarilla que la OPS elaboró en el 2018 para la directriz mundial sobre la fiebre amarilla que fue aprobada en el 2019. La OSP también apoyó a ocho países (Ecuador, Guyana, Haití, Jamaica, República Dominicana, Suriname, Trinidad y Tabago y Venezuela) para elaborar o adaptar las directrices de PCI (precaución estándar y basada en la transmisión; esterilización y desinfección de dispositivos médicos y limpieza ambiental).

Retos

- Las políticas nacionales limitadas sobre gestión de la calidad y bioseguridad, y sobre bioseguridad para los laboratorios afectan al cumplimiento obligatorio de los requisitos mínimos establecidos.
- La disponibilidad y la distribución sistemática de reactivos y suministros para la vigilancia de laboratorio, la confirmación y la detección oportuna de virus emergentes son insuficientes, principalmente debido a los elevados costos de envío y los complejos regímenes aduaneros que han conducido a la pérdida de kits y paneles.
- La implementación de sistemas de vigilancia para las infecciones intrahospitalarias ha sido difícil debido a lo siguiente: i) la falta de comprensión de la vigilancia de dichas infecciones como otro sistema de vigilancia, ii) la capacidad de laboratorio insuficiente (recursos humanos, reactivos, enlace de datos, sistema de respuesta temprana para la detección de organismos multirresistentes). La falta de fondos y personal dedicado para ampliar el programa de PCI afecta la ejecución de las prácticas de PCI a nivel

nacional, como política de salud pública, y por lo tanto a nivel local (tanto a nivel de distrito como de centros de atención de salud).

- El monitoreo y la verificación de la eliminación del cólera en Haití, a la luz del ya reducido financiamiento proporcionado por los donantes para las actividades de vigilancia y de laboratorio a partir del 2020. La eliminación del cólera en Haití solo se logrará si no se notifican casos confirmados en los próximos tres años, contando a partir de enero del 2019.

Enseñanzas extraídas

- El aumento de los casos sospechosos de Hantavirus en varios países (Argentina, Bolivia, Colombia, Panamá y Paraguay) pone de relieve la necesidad de fortalecer la vigilancia y la preparación de los laboratorios para los virus hemorrágicos en la región, incluida una evaluación cuidadosa de los problemas de bioseguridad.
- La creación de redes, en la que participen los centros colaboradores de la OPS/OMS y otros asociados como el Organismo de Salud Pública del Caribe, es esencial para facilitar el fomento de la capacidad de los laboratorios y fortalecer la detección temprana y la vigilancia de los agentes patógenos emergentes.
- La colaboración de los componentes epidemiológicos y de laboratorio de la vigilancia de la gripe con los reguladores y los comunicadores de riesgos puede proporcionar un apoyo más holístico a los países a fin de que estén preparados para la próxima pandemia de gripe.
- Mantener existencias de reactivos de laboratorio y material esencial (no infeccioso) en la Sede de la OPS y su almacén en Panamá ha sido una estrategia eficiente y eficaz para asegurar una distribución rápida a los países cuando sea necesario.

5.2 Preparación de los países para las emergencias de salud y el RSI (2005)

Panorama general

El objetivo de esta área de trabajo es lograr que todos los países cuenten con las capacidades para manejar riesgos de todo tipo en situaciones de emergencias de salud y desastres, incluidas las capacidades básicas necesarias para cumplir con sus responsabilidades de conformidad con el RSI (2005). Estas abarcan la legislación, las políticas y el financiamiento a nivel nacional; la coordinación y las comunicaciones con los centros nacionales de enlace; la vigilancia y la comunicación de riesgos; la preparación y la respuesta; la prevención y el control de las infecciones; los recursos humanos, y la creación de redes y fortalecimiento de la capacidad en materia de laboratorios.

Principales logros

- **En doce de las trece capacidades básicas del RSI registradas en las Américas, la puntuación regional promedio está por encima de la puntuación mundial promedio**, según los informes anuales que los Estados Partes presentaron a la 72.ª Asamblea Mundial de la Salud del 2019. Excepto por la capacidad básica de prestación de servicios de salud. Respecto de las 13 capacidades básicas, el promedio de las puntuaciones regionales está cerca o por encima del 60%; la puntuación media más baja (54%) corresponde a las situaciones de emergencia radiológica y la puntuación media más alta (76%) corresponde a la coordinación del RSI y las funciones del Centro Nacional de Enlace del RSI.

- **Introducción del sistema de comando de incidentes para hospitales en todos los países centroamericanos:** La OPS capacitó a 98 facilitadores en 7 países, quienes replicarán esta metodología en sus respectivos países.
- **Directrices y herramientas seleccionadas ultimadas para fortalecer la capacidad de los países para hacer frente a emergencias de salud y desastres:** Marco de respuesta multiamenaza del sector de la salud; índice de preparación para hacer frente a emergencias de salud y desastres; olas de calor y medidas que deben adoptarse; directrices ultimadas para la gestión inclusiva del riesgo de desastres en hospitales (InGRiD-H) con énfasis en las personas con discapacidad y las poblaciones indígenas; y documento de orientación sobre migración y salud.
- Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana diseñaron o aplicaron la **estructura organizativa y funcional de las unidades de gestión de riesgos** en los ministerios de salud con el apoyo de la OPS.

Retos

- La situación de las capacidades básicas en las subregiones de las Américas sigue siendo heterogénea. Si bien se observan sistemáticamente las más altas puntuaciones subregionales medias respecto de América del Norte, el Caribe es la subregión que registra la mayoría de las capacidades básicas con las puntuaciones medias más bajas (legislación y financiamiento, eventos zoonóticos y la interfaz entre los seres humanos y los animales, vigilancia, recursos humanos, comunicación de riesgos, puntos de entrada, eventos químicos, situaciones de emergencia radiológica).
- Es necesario comenzar a considerar que el RSI no es un "un fin en sí mismo" sino una "herramienta" para fortalecer las funciones esenciales de salud pública de los sistemas de salud (correspondientes a las capacidades básicas detalladas en el RSI). Los Estados Miembros requieren un marco jurídico nacional apropiado para brindar apoyo y permitir la aplicación de sus derechos y obligaciones conforme a lo establecido en el RSI.
- Muchos interesados directos locales del ámbito de la salud no siempre perciben suficientemente la violencia desenfrenada como una amenaza para las operaciones de los servicios de salud. Esto plantea retos para dar prioridad estratégica a las medidas correctivas encaminadas a mejorar el acceso a los servicios de salud en esferas propensas a la violencia en El Salvador, Guatemala y Honduras.
- Existe una falta o una integración limitada de programas de gestión del riesgo de desastres con programas de epidemiología dentro de las autoridades nacionales de salud en toda la región.
- Muchos países no cuentan con políticas formales u oficiales para emergencias de salud, lo que limita el fomento sistemático de la capacidad para el sector de la salud.
- El aumento de la actividad del sarampión ha puesto de relieve los retos que afrontan las autoridades nacionales en relación con la gestión de eventos agudos de salud pública que implican medios de transporte o viajeros. Por ejemplo, la ejecución de procedimientos relacionados con la concesión de la libre plática, o la falta de ella, y con la cuarentena de medios de transporte, que no tienen por objeto impedir la investigación epidemiológica y la aplicación de medidas de salud pública a bordo.

Enseñanzas extraídas

- El RSI constituye una herramienta para respaldar el proceso de preparación intersectorial intrínsecamente continuo y dinámico de salud pública. Habida cuenta de la introducción del instrumento revisado para la presentación del informe anual de los Estados Partes a la Asamblea Mundial de la Salud, es necesario tener cuidado al interpretar las puntuaciones de cada Estado Parte, ya que la primera presentación que utilice el instrumento revisado no permite la evaluación de las capacidades de los Estados Partes para seguir fomentando o manteniendo las capacidades básicas. Además, teniendo en cuenta el estado avanzado general

de las capacidades básicas en la Región, es poco probable que se observen nuevos progresos sustanciales en los próximos años y, en algunos casos, esto podría explicarse sobre la base del perfil de riesgo particular de cada Estado Parte.

- Debería utilizarse un enfoque de apoyo adaptado a los países, en lugar del enfoque único promovido a nivel mundial, a fin de lograr un mayor grado de institucionalización de las capacidades básicas del RSI, y la configuración de una cultura de mejora continua que impulse la preparación de salud pública. Esto se ha demostrado mediante actividades de fomento de la capacidad apoyadas por la OPS en países clave, como Bolivia, Nicaragua y Suriname, así como por actividades conjuntas realizadas por la OPS y el OIEA.
- La pertinencia del RSI como instrumento para garantizar la seguridad de salud mundial solo puede ser así si los Estados Partes conocen la manera de utilizar los cuerpos directivos de la OPS y la OMS como foros para ejercer sus derechos en virtud del RSI y rendirse cuentas mutuamente, y si se sienten más cómodos al utilizarlos.
- Los retrasos institucionales en la prestación de orientación conceptual a los Estados Partes pueden socavar la pertinencia del RSI como instrumento para garantizar la seguridad de salud mundial y pueden conducir a la duplicación de esfuerzos y al uso no eficiente de los recursos a nivel nacional.
- Las sinergias entre el RSI 2005 y el Marco de Acción de Sendái (reflejados a través del plan de acción sobre la reducción del riesgo de desastres en las Américas) deben aprovecharse a fin de mejorar las capacidades básicas y la preparación general del sector de la salud.

Temas transversales

- Se ha difundido en inglés y español una nota de orientación sobre la reducción del riesgo de desastres para la salud y una metodología para mejorar la gestión del riesgo de desastres para la salud con los pueblos indígenas. La red de conocimientos indígenas y de reducción del riesgo de desastres se puso en práctica oficialmente en Seattle (Estados Unidos), y se elaboró un plan de trabajo estratégico con la participación de dirigentes de países norteamericanos, centroamericanos y sudamericanos.
- En el 2018, dentro del marco del INGRID-H, se puso en marcha una metodología para asegurar que los planes de respuesta hospitalaria a emergencias incorporaran las necesidades de las personas con discapacidad, y se impartió capacitación o se evaluaron los centros de salud de Chile, el Ecuador, México y el Perú.

5.3 Información sobre emergencias de salud y evaluación de riesgos

Panorama general

Esta área programática tiene como meta realizar, de modo oportuno y autorizado, análisis de la situación, evaluaciones de riesgos y actividades de seguimiento de la respuesta para todos los eventos agudos y emergencias de salud pública. La Oficina, en calidad de punto de contacto regional para el RSI, mejora continuamente su capacidad de coordinar las iniciativas regionales que se emprendan con el fin de fortalecer todos los aspectos de las actividades de detección, comprobación y evaluación de riesgos de eventos que se realicen de manera sistemática, incluida la formación con respecto a la creación de capacidad, la coordinación de actividades y la disseminación de información exacta y oportuna para todos los posibles eventos de salud pública de importancia internacional.

Principales logros

- **Mantenimiento de una cobertura las 24 horas, los siete días de la semana, de las comunicaciones urgentes de los Estados miembros y las oficinas en los países y la emisión de alertas a los Estados Miembros sobre amenazas para la salud pública:** Entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2019, se comunicaron 62 alertas y

actualizaciones epidemiológicas a los Estados Miembros, relacionadas principalmente con enfermedades prevenibles mediante vacunación. Las alertas y actualizaciones epidemiológicas de la OPS siguen siendo la fuente autorizada de información disponible para el público sobre brotes y epidemias en Venezuela. La información sobre 24 eventos en la Región de las Américas se comunicó a los Estados Miembros y sus centros nacionales de enlace del RSI a través del sitio de información sobre eventos (que incluyen dengue, difteria, síndrome pulmonar por Hantavirus, histoplasmosis, malaria, sarampión, *P. Aeruginosa*, Salmonella Newport y fiebre amarilla) y se publicaron 10 eventos en las noticias de la OMS sobre brotes de enfermedades. Se registraron 244 eventos en el sistema de gestión de eventos, para los que se documentaron 16 evaluaciones rápidas de riesgos. Se monitorearon 755 nuevos eventos de peligros naturales y se emitieron 190 actualizaciones.

- **Disminución del tiempo promedio entre el inicio estimado de eventos de salud pública y el momento en que la OMS recibe información al respecto, de 33 días en el 2018 a 20 días en el 2019.** Además, se registró un aumento en la proporción de solicitudes de respuestas de verificación recibidas dentro del tiempo requerido por el RSI (24 horas), del 39% (14/36) para el 2018 al 43% (20/47) para el 2019.
- **Aumento de la participación de los centros nacionales de enlace del RIS como fuente de primera información sobre eventos de salud pública justificados** del 54% (31/57) del total detectado en el 2017 al 67% (45/67) en el 2018. Respecto de 31 eventos agudos de salud pública para los cuales la OPS/OMS comunicó información dentro de las 48 horas de evaluación, esta comunicó el 80% (25/31) de la información en dicho plazo.
- **Todos los Estados Miembros completaron la confirmación anual de los centros nacionales de enlace del RSI,** con resultados de alta capacidad de respuesta para la primera prueba de comunicación bianual: 31/35 respondieron a la prueba de correo electrónico y 32/35 respondieron por teléfono.

Retos

- Ha sido difícil obtener datos exactos de los países afectados por la intensificación del flujo migratorio de Venezuela, especialmente respecto de la situación de salud de los migrantes y sus principales necesidades por la emergencia, así como sus necesidades de atención a largo plazo.
- Persisten los retrasos en los procesos a nivel nacional respecto del examen de la información preparada para la difusión en los Estados Miembros a través de los canales del RSI. Muchas veces, la revisión o la aprobación de los textos preparados para su difusión también se presenta a funcionarios de alto nivel en los Estados Miembros, lo que repercute en el tiempo de respuesta. Por ejemplo, en el 2019, la respuesta a las solicitudes de verificación se proporcionó en el plazo de 24 horas establecido por el RSI respecto de solo el 43 % de las solicitudes.
- El intercambio oportuno de información con los Estados Miembros, debido principalmente a la falta de información fundamentada que justifique una publicación en el sitio de información sobre eventos.
- Algunos países no han priorizado suficientemente el mejoramiento, la modernización y la automatización de los mecanismos de recopilación de datos epidemiológicos y las estructuras de gestión de datos.

Enseñanzas extraídas

- El uso de datos de vigilancia, especialmente cuando se emplean productos de sistemas de información geográfica, apoya una mejor toma de decisiones y respuestas rápidas sobre el terreno a los brotes de enfermedades propensas a epidemias.
- Es necesario mejorar y aprovechar las múltiples herramientas y sistemas de datos que utilizan las autoridades de salud nacionales sobre el terreno (sistemas locales y centrales) para evitar la duplicación de esfuerzos relacionados con la vigilancia y la gestión de datos.

- Deberían elaborarse orientaciones sobre los productos mínimos de información necesarios a nivel interno y externo respecto de brotes importantes.
- La capacitación en el empleo y la beca en el servicio para los miembros del personal del centro nacional de enlace para el RSI en la OPS y las misiones multilaterales pueden desempeñar una función significativa al promover y lograr el intercambio de información relacionada con el RSI entre la Organización y los Estados Miembros y entre los mismos Estados Miembros.

Temas transversales

- Se recopilaron y utilizaron datos desglosados por género para la elaboración de productos de información, como informes sobre la situación, análisis de la situación de salud pública y actualizaciones epidemiológicas relacionadas con emergencias, incluidos los brotes de fiebre amarilla en el Brasil, difteria en Haití y Venezuela, y sarampión en Venezuela, entre otros. Se usó la información para orientar estrategias de control como la movilización y la vacunación.

5.4 Operaciones de emergencia

Panorama general

Esta área programática brinda apoyo a los países para garantizar que las poblaciones afectadas por emergencias tengan acceso a un conjunto esencial de servicios de salud que pueden salvar vidas. Por consiguiente, la Organización sigue mejorando sus sistemas y procesos para dar una respuesta más predecible y eficaz a las emergencias de salud. Este esfuerzo tiene tres aspectos clave: i) el fortalecimiento de la capacidad operativa de la OPS; ii) el aumento y el fortalecimiento de la capacidad internacional de respuesta a las emergencias por medio de alianzas; y, iii) el apoyo a las autoridades nacionales para que coordinen la respuesta internacional a las emergencias de salud en sus países.

Principales logros

- **Puesta en marcha y utilización satisfactoria del nuevo sistema logístico (SISTOK) en Venezuela**, en el contexto de un entorno sociopolítico extremadamente difícil y las restricciones conexas en materia de seguridad, transporte y logística.
- **Lista actualizada de asociados en modo de espera para dar apoyo durante las operaciones de emergencia:** Durante el 2018-19, se celebró un nuevo acuerdo con Direct Relief para operaciones conjuntas durante las operaciones de respuesta de emergencia. Esta y las asociaciones establecidas anteriormente han sido clave para responder a la situación de salud producida por la migración en Venezuela y los países vecinos. Durante el bienio, hubo continuas intervenciones de cooperación y respuesta conjunta con asociados clave, entre ellos la OCHA, el CICR, la Federación Internacional, la OIM y el ACNUR.
- **Aumento de la lista del equipo regional de respuesta:** Se designaron centros nacionales de enlace para los equipos médicos de emergencia en 23 Estados miembros, y 122 expertos forman parte de la lista regional de coordinadores de equipos médicos de emergencia de 35 países y territorios. Treinta y nueve países y territorios han introducido la iniciativa de equipos médicos de emergencia a nivel nacional, y 10 equipos nacionales y 23 ONG internacionales están inscritos en un programa de mentoría para lograr la clasificación mundial de la OMS. En julio del 2018, Team Rubicon USA recibió la clasificación global de equipo médico de emergencia de la OMS por su equipo médico de emergencia móvil tipo 1. Esta es la primera ONG de las Américas en recibir esta designación y el tercer equipo médico de emergencia de la Región en satisfacer los requisitos. En septiembre del 2019, la Fuerza de Defensa de Barbados también fue clasificada como equipo médico de emergencia tipo 1 fijo,

convirtiéndose así en el primer equipo en el Caribe y la primera unidad militar de la Región en satisfacer los requisitos. En total hay 6 equipos médicos de emergencia verificados en la región (Barbados, Costa Rica y Ecuador (3) y ONG de los Estados Unidos). Doce países aplicaron la metodología CICOM durante actividades regionales, contingencias o emergencias (Bahamas, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Guadalupe, Haití, Nicaragua, Perú y República Dominicana,). Además, el equipo de respuesta regional cuenta con una lista de 172 expertos para responder a emergencias de salud en las áreas técnicas de coordinación de emergencias, administración y gestión de programas, servicios de salud, epidemiología, WASH, logística, información y comunicaciones, salud mental e ingeniería civil. También se elaboró la red interamericana de asistencia humanitaria y de salud y se estableció un marco para la implementación regional con la participación de 5 países (Brasil, Chile, Colombia, Panamá y Perú). Cuando se activa, esta red facilita la respuesta ágil a emergencias mediante un despliegue más rápido de recursos humanos, y también de suministros y equipo médicos.

- **Fortalecimiento de las capacidades nacionales para la coordinación de las operaciones de emergencia de salud en países prioritarios:** Chile, Haití y la República Dominicana han fortalecido la capacidad en cuanto al establecimiento y funcionamiento de centros de operaciones de emergencias de salud, incluida la elaboración de procedimientos operativos. La OPS también proporcionó conocimientos técnicos a Colombia, Nicaragua, Panamá, Perú y Venezuela para examinar y fortalecer sus mecanismos de coordinación de respuesta a emergencias de salud a fin de que afrontaran mejor las situaciones en curso (migración masiva, disturbios sociopolíticos) y se prepararan para eventos multitudinarios (la visita del Papa a Panamá, a la que acudieron entre 700.000 y 300.000 personas de fuera del país).
- **Certificación de al menos dos equipos de respuesta multisectorial de atención de víctimas en gran escala en ocho países del Caribe,** con 500 personas capacitadas (Barbados, Granada, Guyana, Jamaica, Santa Lucía, Suriname, Turcas y Caicos, y Trinidad y Tabago).

Retos

- La capacidad logística y de recursos humanos se vio sometida a demasiada tensión cuando respondió a emergencias en múltiples países, como la crisis de Venezuela y las repercusiones en los países vecinos.

Enseñanzas extraídas

- El establecimiento de alianzas, relaciones basadas en la confianza y asociaciones con homólogos nacionales, ONG y otros organismos de las Naciones Unidas es fundamental para asegurar operaciones de respuesta ininterrumpidas cuando los canales tradicionales de abastecimiento y distribución se ven limitados o abrumados.
- La puesta en marcha eficaz del sistema de gestión de incidentes a nivel de país requiere que la Organización participe plenamente y se familiarice más con ese sistema.

Temas transversales

- Sobre la base de las normas y prácticas existentes, los temas transversales de género, equidad, derechos humanos y etnicidad se aplicaron en todo el trabajo incluido en esta área programática según fue necesario, en particular en las actividades de capacitación, y la elaboración de políticas y directrices. La revisión y las actualizaciones en el 2019 del manual del curso de atención de víctimas en gran escala incorporaron temas transversales relativos a asuntos de género y la igualdad.

5.5 Servicios básicos de emergencias

Panorama general

El área de servicios básicos se encarga de aplicar la capacidad, políticas, procedimientos y sistemas estandarizados en toda la Organización y que son idóneos para la eficacia de la gestión y la sostenibilidad de la dotación de personal y del financiamiento del programa de emergencias, al tiempo que garantizan la interoperabilidad y la uniformidad de las actividades coordinadas de respuesta a emergencias mediante alianzas. Esta área de trabajo abarca las labores de administración, comunicaciones, movilización de recursos y gestión de subvenciones, planificación estratégica, gestión de recursos financieros y humanos, seguridad, y salud y bienestar del personal.

Principales logros

- **Aumento del número de puestos para el programa de emergencias de salud:** En un 25% a nivel regional (de 58 a 73 puestos) y en un 220% a nivel de país (de 5 a 16 puestos). Actualmente hay 47 puestos ocupados a nivel regional y dos a nivel nacional. La OPS/OMS ha estado complementando los puestos con consultores a fin de asegurar la cobertura operativa a nivel de oficinas en los países, particularmente en los 16 países prioritarios respecto de emergencias de salud. En total (personal y consultores), hay 66 funcionarios de los 80 que trabajan actualmente a nivel de oficinas en los países y 81 de los 113 asignados a nivel regional (54 en Washington y 27 descentralizados sobre el terreno).
- **Movilización de más de \$71,8 millones en nuevas contribuciones voluntarias para la Categoría 5 en el 2018-19,** incluidos 31 millones para programas básicos y \$40,5 millones para intervenciones interprogramáticas para la respuesta de emergencia en toda la Región de América Latina y el Caribe.

Retos

- Asegurar la sostenibilidad y la estabilidad financieras es un reto continuo para que el programa de emergencia de salud atienda las prioridades de los países.
- La situación incierta del financiamiento ha afectado la contratación para puestos clave para la respuesta de emergencia de salud a nivel nacional.
- Las emergencias prolongadas a gran escala, como el actual fenómeno migratorio masivo que afecta a múltiples países, desvían los esfuerzos de movilización de recursos inicialmente dirigidos a los programas básicos. Esto se complica aún más por el limitado personal disponible para apoyar los esfuerzos de movilización de recursos, como también por un cambio en el interés de los donantes y el hecho de que las inversiones, en vez de dirigirse al desarrollo, ahora se dirigen a intervenciones humanitarias.

Enseñanzas extraídas

- Es necesario fortalecer al personal capacitado descentralizado para la comunicación y la movilización de recursos, mediante una red de expertos, a fin de ampliar los esfuerzos de movilización de recursos y asegurar una colaboración más sostenible de los donantes y asociados.

5.6 Reducción del riesgo de desastres y proyectos especiales

Panorama general

La OPS coordina la ejecución del Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021, que tiene como objetivo proteger la vida de los pacientes y del personal de salud contra los desastres, al igual que el equipo y los

suministros de salud, y asegurar que los servicios de salud sigan funcionando eficazmente durante y después de las situaciones de emergencia y los desastres, a fin de salvar vidas, reducir las discapacidades y permitir al sector de la salud cumplir con sus responsabilidades. La OSP colabora con los países en la ejecución de proyectos especiales como los de hospitales seguros, hospitales inteligentes y poblaciones desplazadas dentro de su país, entre otros, con miras a fortalecer su capacidad para proteger el bienestar físico, mental y social de sus habitantes, y recuperarse rápidamente de las situaciones de emergencia y desastres. Un proyecto especial sobre los países muy vulnerables se centra en el fortalecimiento del liderazgo nacional y la capacidad sostenida del sector de la salud para fortalecer la resiliencia.

Principales logros

- **Cuatro países del Caribe (Dominica, Granada, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas) cuentan con 18 establecimientos de salud** que ahora son hospitales inteligentes, es decir, instalaciones con mejor resiliencia frente a los desastres y menor impacto en el medioambiente. Otros 6 establecimientos se están acondicionando, 10 están en licitación para el acondicionamiento y 17 se encuentran en fase de diseño. En total, se han evaluado 430 centros de salud utilizando el conjunto de herramientas para hospitales inteligentes (el índice de seguridad hospitalaria y la lista de verificación de repercusiones ambientales) en 14 países del Caribe y se han proporcionado conocimientos técnicos y orientación a 12 países para aplicar elementos de la iniciativa de hospitales inteligentes mediante la capacitación de evaluadores en el uso del conjunto de herramientas para hospitales inteligentes. De los 54 centros seleccionados para su acondicionamiento y diseño, el 10% atiende a grupos de necesidades especiales (hogares para jóvenes, ancianos o enfermos mentales) y un centro atiende estratégicamente a centros de salud importantes (a saber, los almacenes médicos centrales), que se encargan de almacenar suministros de salud para todo el país.
- **Mayor seguridad en los hospitales de Haití:** Se evaluaron 17 hospitales de servicios de emergencia y 223 personas recibieron capacitación en triaje y en el manejo de casos de emergencia.
- **Publicación de las directrices actualizadas para el índice de seguridad hospitalaria en español e inglés,** que incorporan enseñanzas extraídas de casi 10 años de aplicación en la región. 50 participantes de 18 países recibieron capacitación en dos cursos para instructores sobre el índice de seguridad hospitalaria (versión 2) impartidos en América del Sur (Perú) y Centroamérica (Panamá). Esta herramienta seguirá ayudando a los países a asegurar que los centros de salud puedan prestar servicios durante una emergencia y después de ella.

Retos

- Retrasos en el logro de los hitos del proyecto de hospitales inteligentes debido al impacto catastrófico de la temporada de huracanes del 2017, que produjo un desvío hacia las prioridades relacionadas con intervenciones más inmediatas de respuesta y recuperación.
- Limitaciones en la capacidad de las empresas de construcción, incluso cuestiones de adquisición y traslado de suministros y materiales en todo el Caribe, como también un aumento continuo del precio de las obras de acondicionamiento (proyecto de hospitales inteligentes) debido al aumento general de los precios de los materiales y servicios de construcción, tanto dentro de la región como a nivel mundial. Por ejemplo, el precio del cemento ha registrado un aumento continuo desde el 2015 y ahora es un 18,5% más costoso que en las primeras etapas del proyecto. Se prevé que los precios seguirán aumentando, no solo por las tensiones internacionales entre varios países desarrollados, sino también por la falta de recursos y existencias disponibles en el mercado libre.

Enseñanzas extraídas

- Tras los crecientes retrasos en el acondicionamiento, la OPS ha señalado medidas de contingencia y mitigación para acelerar las tasas de implementación sin comprometer la calidad de las obras, como la contratación de personal especializado.

5.7 Respuesta a brotes y crisis

Panorama general

Esta área programática colabora con los países para garantizar que las poblaciones afectadas por emergencias tengan acceso a un conjunto esencial de servicios de salud que pueden salvar vidas.

Principales logros

- **Un despliegue oportuno y apropiado de expertos o suministros en 29 países y territorios para todas las emergencias con posibles efectos en la salud dentro de las 48 horas siguientes al inicio de la emergencia o la solicitud de apoyo desde comienzos del bienio.** Entre ellos figura lo siguiente: la crisis sociopolítica venezolana y los efectos asociados para la salud, como brotes de sarampión, difteria y malaria; operaciones prolongadas para la crisis migratoria y los efectos asociados para la salud en el Brasil, Colombia, el Ecuador, Guyana, el Perú, Suriname y Trinidad y Tabago, vinculados a la crisis sociopolítica venezolana; Investigación y respuesta en cuanto al síndrome neurológico agudo en el Perú, brotes de dengue en Honduras, Jamaica y Nicaragua; inundaciones en Bolivia y el Paraguay; casos de fiebre hemorrágica causada por el arenavirus y desbordamiento de vertederos en la región de Alpacoma en Bolivia; tornados en Cuba; investigación y control de los casos de malaria en la región del Darién en Panamá; investigación y respuesta en cuanto a las infecciones respiratorias agudas graves en Guyana; brote de fiebre amarilla en el Brasil; síndrome de Guillain-Barré en el Perú; erupción del Volcán de Fuego en Guatemala. Además, continuaron las operaciones de respuesta a la situación causada por los huracanes María e Irma en Cuba, la República Dominicana, Anguila, Antigua y Barbuda, Islas Vírgenes Británicas, Turcas y Caicos, las Bahamas, Haití, Dominica, San Martín y Sint Maarten. Los efectos en la salud producidos por la grave sequía causada por una ola de calor prolongada en Guatemala, contención y prevención de los efectos para la salud causados por el virus de la poliomielitis derivados de las vacunas del VDPV1 y 3, detectados en depósitos de agua de 2 municipios de Guatemala, operaciones de respuesta a la situación producida por el huracán Dorian en las Bahamas; brote de sarampión D8 en la Argentina no relacionado con los brotes registrados en Venezuela y los países vecinos; intoxicaciones mortales causadas por bebidas alcohólicas adulteradas en Costa Rica; deterioro de las condiciones políticas y de seguridad en Haití; disturbios sociales y violencia en Nicaragua, Honduras, Bolivia y Chile. Además, la OPS apoyó la respuesta de la OMS a la situación causada por el ciclón Idai en Mozambique, facilitando la movilización de un experto en gestión de programas y adquisiciones. Durante el bienio, las existencias estratégicas preposicionadas de medicamentos y suministros de la OPS ubicadas en Panamá se utilizaron en las principales operaciones de emergencia, reduciendo así el tiempo que toma la llegada de medicamentos y suministros esenciales a las poblaciones beneficiarias. Desde enero del 2018, más de 1.454 mapas estáticos (incluidas las enfermedades epidémicas: 667; peligros naturales: 282; crisis migratoria en América del Sur: 161, entre otros) y 52 mapas interactivos elaborados y tres conjuntos de datos cartográficos actualizados; 68 informes elaborados sobre diversas emergencias, entre ellos, 20 informes sobre la situación (dengue,

fiebre amarilla, sarampión); 12 análisis bianuales de la situación de salud pública (Venezuela y los países fronterizos); 17 análisis de la situación de salud pública (12 respecto de Venezuela y los países fronterizos y 4 respecto del Volcán de Fuego de Guatemala y 1 respecto de la rotura de una represa en el Brasil) y 30 actualizaciones instantáneas (Venezuela y los países fronterizos, dengue en las Américas: se destacan Honduras y Brasil; sarampión y arenavirus en Bolivia; inundaciones en el Paraguay y Venezuela; incendios en el Brasil, Bolivia, el Paraguay y el Perú; y el huracán Dorian). Hasta la fecha se han movilizado unos \$40,5 millones desde el comienzo del bienio en curso para apoyar las operaciones de respuesta a emergencias.

Retos

- El establecimiento de alianzas para satisfacer la alta demanda de servicios y medicamentos que salvan vidas en el contexto de la compleja emergencia relacionada con la crisis de salud en Venezuela y las repercusiones en los países vecinos ha demostrado ser difícil debido a las actuales limitaciones legales de la Organización y la incapacidad de llegar a soluciones para mitigar los posibles riesgos institucionales.
- Los retos de adquisición y logística relacionados con la complejidad de las emergencias en curso: la poca disponibilidad y la escasez de medicamentos a nivel mundial dificultan atender la alta demanda de ciertos medicamentos debido a la magnitud de las emergencias que se están registrando en las Américas. El volumen reducido de compras no atrae los proveedores certificados actuales, lo que resulta en la ampliación de los plazos de abastecimiento. Algunos proveedores solo ofrecen medicamentos, suministros y equipos requeridos por encargo con un plazo de producción estimado de 3 a 6 meses. La situación política en los países afectados impide la importación y distribución de bienes adquiridos. Los botiquines médicos interinstitucionales de urgencia, como se han definido oficialmente, carecen de los medicamentos y suministros necesarios para tratar enfermedades crónicas en las emergencias.

Enseñanzas extraídas

- La innovación y la inversión en nuevas tecnologías han demostrado ser clave para superar las dificultades en la gestión de la información y la realización de actividades en el contexto de operaciones de emergencia de alta complejidad, como la respuesta a la situación en Venezuela.

Temas transversales

- Los datos desglosados por género siguieron siendo recopilados y utilizados para la preparación de productos de información, como informes sobre la situación, análisis de la situación de salud pública, actualizaciones epidemiológicas, sobre emergencias y desastres.
- En las actividades de emergencia en curso se siguió dando prioridad a las necesidades y vulnerabilidades de las poblaciones indígenas, las madres y los niños, dentro de un contexto de protección de su salud, sus derechos humanos y su cultura. Este enfoque ha demostrado ser esencial en la respuesta a las necesidades de salud de las poblaciones afectadas por brotes de alta morbilidad y mortalidad en las zonas fronterizas del Brasil, Colombia y Venezuela.

Ejecución del presupuesto

Cuadro 2. Resumen de la ejecución del presupuesto para la categoría 5
(en millones de dólares de Estados Unidos)

Área programática	Programa y Presupuesto o aprobado para el 2018-2019	Fondos disponibles para ejecución	Ejecución	Fondos disponibles para ejecución como porcentaje del Programa y Presupuesto aprobado	Presupuesto o ejecutado como porcentaje del Programa y Presupuesto o aprobado	Presupuesto ejecutado como porcentaje de los fondos disponibles
5.1 Gestión de amenazas infecciosas	13.800.000	12.863.296	12.712.013	93%	92%	99%
5.2 Preparación de los países para las emergencias y el RSI (2005)	16.600.000	11.109.290	10.911.592	67%	66%	98%
5.3 Información sobre emergencias de salud y evaluación de riesgos	6.500.000	5.726.151	5.653.044	88%	87%	99%
5.4 Operaciones de emergencia	8.200.000	6.428.519	6.128.146	78%	75%	95%
5.5 Servicios básicos de emergencias	6.300.000	3.687.272	3.686.188	59%	59%	100%
5.6 Reducción del riesgo de desastres y proyectos especiales	5.000.000	1.731.538	1.676.763	35%	34%	97%
TOTAL de programas básicos	56.400.000	41.546.067	40.767.746	74%	72%	98%
5.7 Respuesta a brotes y crisis	22.000.000	28.881.044	28.726.638	131%	131%	99%
Hospitales inteligentes	25.000.000	12.970.765	12.948.678	52%	52%	100%
TOTAL de programas especiales y para emergencias	47.000.000	41.851.809	41.675.316	89%	89%	100%

TOTAL GENERAL	103.400.000	83.397.876	82.443.062	81%	80%	99%
----------------------	--------------------	-------------------	-------------------	------------	------------	------------

Análisis de la ejecución del presupuesto

- La categoría 5 tuvo un presupuesto aprobado para programas básicos de \$56,4 millones (9% del presupuesto total aprobado). El financiamiento de esta categoría fue del 74% o de \$41,5 millones, lo que dejó una brecha de \$14,8 millones. La ejecución fue de \$40,8 millones, es decir, el 98% de los fondos disponibles para la ejecución. Los fondos no ejecutados se transferirán al bienio 2020-2021.
- La ejecución de los fondos disponibles se situó entre el 95% y el 100%. Sin embargo, en comparación con los niveles presupuestarios aprobados, la mayoría de las áreas programáticas de esta categoría registraron déficits de financiamiento; 5.4 (78%), 5.2 (67%), 5.5 (59%) y 5.6 (35%), y el área programática 5.6 fue la que recibió menos fondos en todo el presupuesto por programas, a pesar de haber sido elegida como una de las prioridades principales de la OPS para el bienio. Las áreas programáticas 5.2 y 5.6 se centran en intervenciones de desarrollo y dependen en gran medida de las contribuciones voluntarias. Sin embargo, dadas las emergencias prolongadas a gran escala en la región, se registró un cambio en el interés de los donantes y las inversiones, en vez de dirigirse al desarrollo, ahora se dirigen a intervenciones humanitarias, y también se requirió cambiar el enfoque del personal de la Categoría para centrarlo en la movilización de recursos para la respuesta a brotes y crisis. Esto dio lugar al financiamiento considerablemente excesivo del área programática 5.7 y al financiamiento insuficiente de las áreas programáticas 5.2 y 5.6. Además, el acuerdo básico de subvención con USAID que normalmente proporciona fondos considerables para las áreas programáticas 5.2, 5.5 y 5.6 se extinguió en mayo del 2019 y, si bien se concertó un nuevo acuerdo para comenzar en septiembre del 2019, los fondos no se recibieron sino hasta el 2020. Esta categoría también se vio afectada por la situación de flujo de efectivo que afrontó la organización en el 2019, lo que causó un retraso o la congelación de las contrataciones.
- Comparada con bienios anteriores, la Categoría logró una mejor distribución de los fondos de base en todos los niveles funcionales: regional (59%), nacional (39%) y subregional (2%). Aun así, una fracción sustancial de los fondos regionales se utiliza para apoyar directamente las actividades a nivel de los países, incluidos varios funcionarios regionales que están descentralizados sobre el terreno.
- Los programas especiales y para emergencias, que incluyen la respuesta a brotes y crisis y el proyecto de hospitales inteligentes, tuvieron un presupuesto aprobado combinado de \$47 millones. Los fondos disponibles para la respuesta a brotes y crisis y el proyecto de hospitales inteligentes fueron de \$28,8 millones y \$12,9 millones, respectivamente. El financiamiento para la respuesta a brotes y crisis fue del 131% por encima del monto aprobado, mientras que para el proyecto de hospitales inteligentes fue del 52%, después de que los montos se transfirieron al nuevo bienio. Durante la planificación para el bienio, se previó que se gastarían \$25 millones en el proyecto de hospitales inteligentes, y el financiamiento de este programa alcanzó \$19 millones. Sin embargo, debido a las limitaciones de la capacidad de las empresas de construcción y el catastrófico impacto de la temporada de huracanes del 2017, que produjo un desvío hacia prioridades relacionadas con intervenciones más inmediatas de respuesta y recuperación, se experimentaron retrasos significativos. Esto se tradujo en previsiones de gastos más bajas para el proyecto y los desembolsos de fondos asociados de los donantes, lo que dio como resultado tasas de financiamiento y ejecución inferiores a las previstas. Los fondos no ejecutados se transfirieron al bienio 2020-2021.
- Se dispuso de mayores recursos financieros flexibles para llevar a cabo el programa de trabajo de la categoría 5 gracias a un aumento sustancial de fondos flexibles del presupuesto asignados a nivel regional y de país para actividades y otros puestos, incluidos fondos flexibles recibidos directamente del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS. Esta contribución es uno de los resultados positivos de la reforma del Programa de Emergencias de la OMS. El 59% (\$25,6 millones) de los fondos asignados a la categoría provenían de fondos

flexibles, y el 39% (\$9,92 millones) de esta cantidad provino directamente del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS.

Mobilización de recursos

- Durante el año, se movilizaron más de \$71,8 millones en contribuciones voluntarias para la categoría de preparación para desastres y emergencias, reducción del riesgo y respuesta a emergencias. Esto incluyó varias consignaciones plurianuales. Entre los donantes se encontraban el Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Departamento de Relaciones Exteriores, Comercio y Desarrollo del Canadá, la Unión Europea, Nueva Zelandia, España, Suiza, el Brasil y el Fondo Rotatorio Central de las Naciones Unidas para Emergencias (CERF). También prestaron apoyo el Marco de preparación para una gripe pandémica de la OMS y el Fondo para Contingencias relacionadas con Emergencias.

Recomendaciones:

- Establecer alianzas estratégicas para poder cumplir el mandato de la OPS de apoyar a los Estados Miembros a fin de salvar más vidas, reducir el sufrimiento y asegurar la continuidad de los servicios de salud en situaciones complejas de emergencia, como la que existe actualmente en Venezuela y los países vecinos.
- Impulsar la iniciativa de hospitales inteligentes durante las reuniones con instancias normativas de alto nivel (primer ministros, ministros, secretarios permanentes, médicos jefes, etc.).
- Proporcionar orientación conceptual y cooperación técnica a los Estados Partes para enmarcar las capacidades básicas detalladas que se describen en el anexo 1 del RSI como funciones esenciales de salud pública, incluida la planificación y el financiamiento, al tiempo que se promueve la aplicación del RSI en la legislación nacional. Actuar de manera similar en defensa de estos temas en los foros de alto nivel que sean apropiados a nivel regional y subregional (CSP29/INF/6).
- Seguir respaldando el fortalecimiento de las redes de laboratorio para los agentes patógenos emergentes como una función para desarrollar una sólida capacidad regional de detección, alerta y respuesta de conformidad con el RSI.
- Invertir más en el establecimiento de sólidos puentes de comunicación entre los niveles técnicos y los responsables de tomar decisiones en los Estados Partes.
- Invertir en la documentación y verificación de la eliminación del cólera en Haití.
- Priorizar y reenmarcar las capacidades básicas del RSI como instrumento para la preparación intersectorial en el ámbito de la salud pública.
- Promover que se incorpore la planificación del manejo de las emergencias de salud, y especialmente de las epidemias, en los sistemas de gestión del riesgo de desastres.

Evaluación detallada por área programática

<p>Área programática 5.1: Gestión de amenazas infecciosas</p> <p>RESULTADO INTERMEDIO: Fortalecimiento de la capacidad de los países para crear resiliencia y prepararse de manera adecuada a fin de responder de forma rápida, previsible y eficaz a epidemias y pandemias de gran magnitud</p> <p>Evaluación de los indicadores de RIT: 1/1 no calificado</p> <p>Evaluación de los indicadores de RIM: 4/5 alcanzados, 1/5 alcanzado parcialmente</p>	<p>Calificación: Cumplió las expectativas</p>
---	--

Evaluación de los indicadores de resultados intermedios

RIT	Texto del indicador	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
5.1.1	Número países y territorios con capacidad instalada para responder de manera eficaz a epidemias y pandemias de gran magnitud	6/35	35/35	No calificado

Como resultado de un proceso consultivo mundial formal que se realizó en el 2018, en el 2019 se introdujo una versión revisada de la herramienta propuesta para presentar el informe anual de Estado Parte a la Asamblea Mundial de la Salud. Incluye 13 capacidades revisadas que comprenden 24 indicadores (<http://www.who.int/iris/bitstream/10665/272432/1/WHO-WHE-CPI-2018.16-eng.pdf?ua=1>).

En los informes anuales que los Estados Partes presentaron a la Asamblea Mundial de la Salud entre el 2011 y el 2018 se observa que a nivel regional hubo una mejora constante o un estancamiento en la puntuación regional media correspondiente a todas las capacidades básicas. Sin embargo, debido a la introducción del instrumento revisado —que implica una redefinición parcial de las 13 capacidades básicas consideradas anteriormente, un conjunto diferente de indicadores, una escala de cinco puntos para medir cada indicador y un enfoque en el "acceso" a las capacidades básicas en lugar de desarrollar y mantener las capacidades básicas en cada país— no es posible analizar en esta etapa las tendencias de las puntuaciones de las capacidades básicas a nivel regional, subregional y nacional con respecto a la línea de base (2013).

En el contexto del marco de preparativos para el brote de la enfermedad por el virus del Ébola, se prestó cooperación técnica para fortalecer la vigilancia y la capacidad en materia de laboratorios en respuesta a los brotes en la Región, como los causados por los virus del chikunguña, del Zika y de la fiebre amarilla.

Se actualizaron los diagramas de flujo para los virus de la fiebre amarilla, del chikunguña y del Zika para fortalecer la vigilancia basada en la evidencia de laboratorio (para la gripe, el dengue y el virus del chikunguña) y se prestó extensa cooperación técnica para fortalecer el diagnóstico de laboratorio y la capacidad de detección a fin de responder a agentes patógenos víricos emergentes y reemergentes en la región.

Evaluación de los indicadores de los resultados inmediatos

RIM	Título del indicador	Texto del indicador	Línea de base (2017)	Meta (2019)	Calificación
5.1.1a	Países habilitados para fortalecer la capacidad de prevenir y controlar los riesgos infecciosos que representan una amenaza grave	Número de estrategias adoptadas por la OPS para la aplicación y el uso del conjunto de medidas de control más eficaces, incluida la gestión y los aspectos logísticos de las reservas	5	10	Alcanzado
<p>Las 10 estrategias elaboradas y adoptadas son para lo siguiente: gripe, fiebre amarilla, enfermedades filovirales, peste, cólera, SARS-CoV, hantavirus, arbovirus emergentes, leptospirosis, enfermedades meningocócicas.</p> <p>Durante el bienio, la OSP también proporcionó orientación técnica a la Oficina del Enviado Especial de las Naciones Unidas para el Cólera en Haití sobre epidemiología, fortalecimiento de la vigilancia de los laboratorios, caracterización de las zonas que abarcará la campaña de vacunación oral contra el cólera.</p>					
5.1.1b	Países habilitados para fortalecer la capacidad de prevenir y controlar los riesgos infecciosos que representan una amenaza grave	Número de países y territorios que tienen estrategias para detectar y responder a los riesgos infecciosos que representan una amenaza grave, prestando especial atención a los arbovirus	15	23	Alcanzado
<p>Veintitrés países alcanzaron el indicador.</p> <p>Un país alcanzó parcialmente el indicador.</p> <ul style="list-style-type: none"> Aunque la vigilancia de laboratorio se implementó para la mayoría de los arbovirus en 22 países, los cambios en el personal dificultaron la aplicación de nuevos protocolos en el último país. En el 2018 se realizaron seis evaluaciones de laboratorio (Barbados, Bolivia, Brasil, Jamaica (2), Paraguay); y dos en el 2019 (Bahamas y República Dominicana). Veintisiete laboratorios de 22 países participaron en el panel de evaluación externa de la calidad para la detección molecular de la fiebre amarilla. Se compró y distribuyó material esencial para el diagnóstico y la detección de virus para 10 países: Bahamas, Barbados, Bolivia, Costa Rica, Guyana, Haití, Honduras, México, Paraguay y Suriname. Además, se actualizó la capacidad de detección molecular con nuevos aparatos de RCP en dos laboratorios nacionales: Costa Rica y República Dominicana. El algoritmo de la fiebre amarilla ha sido adoptado e implementado a nivel regional. Este algoritmo también será la base para elaborar el algoritmo mundial de la OMS. 					

5.1.2	Redes de expertos habilitadas para detectar, describir y abordar los riesgos infecciosos que representan una amenaza grave, ya sean riesgos nuevos o emergentes	Número de países y territorios que tienen acceso a redes ya establecidas de expertos y políticas nacionales sobre laboratorios con el fin de brindar apoyo a la predicción, la detección, la prevención y el control de los agentes patógenos emergentes y los que representan una amenaza grave, así como a la respuesta a dichos agentes patógenos	5	10	Alcanzado
<p>Diez países alcanzaron el indicador.</p> <ul style="list-style-type: none"> El nuevo centro colaborador de la OMS InDRE México en el sistema de gestión de la calidad de los laboratorios fue designado oficialmente en noviembre del 2018. Esta experiencia transversal apoyará la consolidación de la creación de redes de laboratorios de calidad y de salud pública segura para el diagnóstico, la tipificación y la contención de patógenos emergentes y que suponen grandes amenazas en la Región. InDRE México apoyó con suministros de laboratorio para la tipificación molecular del DENV 2 en Chiapas (México). Currículo sobre bioseguridad y bioinocuidad elaborado por el centro colaborador de la OMS InDRE México. La OPS llevó a cabo en México (32 estados) capacitación nacional sobre bioseguridad y bioinocuidad, y capacitación o certificación sobre el transporte seguro de sustancias infecciosas. Se promovió una nueva capacitación de la OMS en línea sobre el transporte de sustancias infecciosas en la Región para la recertificación del personal de laboratorio (transporte seguro de muestras infecciosas, requisito del RSI). Investigación del brote de enfermedad meningocócica causada por <i>N. meningitidis</i> Y resistente a la penicilina y ciprofloxacina en El Salvador, realizada en colaboración con el IAL São Paulo (Brasil) (tipificación de la cepa). 					
5.1.3	Países habilitados para mejorar la vigilancia, la preparación y la capacidad de respuesta a amenazas epidémicas y pandémicas, con especial énfasis en la aplicación del Marco de preparación para una gripe pandémica	Número de países y territorios con un sistema operativo de vigilancia y respuesta para el virus de la gripe y otros virus que afectan el sistema respiratorio	18	23	Alcanzado parcialmente
<p>Diecinueve países alcanzaron el indicador.</p> <p>Diez países alcanzaron parcialmente el indicador.</p>					

En el 2019, estos 10 países presentaron datos virológicos o de IRAG (pero no de ambos) de manera oportuna respecto de al menos el 40% de las semanas epidemiológicas. Sin embargo, aunque no lo hicieron oportunamente, después presentaron los datos pendientes para las semanas restantes en el 2019 en promedio al cabo de un período que se situó entre unas pocas horas y 2 semanas a partir plazo límite para la presentación de informes fijado para el viernes a las 3 de la tarde.

Dos países no alcanzaron el indicador: en el 2019, ambos países no presentaron datos virológicos ni de IRAG de manera oportuna respecto de al menos el 40% de las semanas epidemiológicas. Sin embargo, aunque no lo hicieron oportunamente, después presentaron los datos pendientes para el 2019 en promedio al cabo de un período que se situó entre unas pocas horas y 2 semanas a partir plazo límite para la presentación de informes fijado para el viernes a las 3 de la tarde.

Varios países pusieron en práctica medidas relacionadas con este indicador que incluyen las siguientes:

- Dos países (Argentina y Trinidad y Tabago) participaron en la capacitación de la OMS sobre gestión de la calidad de los laboratorios y capacitación en bioseguridad. La capacitación puso a prueba un enfoque novedoso para lograr el objetivo de la preparación y respuesta a pandemias mediante el fortalecimiento de la capacidad.
- Bolivia y la República Dominicana recibieron capacitación sobre la respuesta rápida a brotes y pandemias.
- Se analizaron los resultados de las muestras de laboratorios de 12 países y contribuyeron a la composición anual de las vacunas de la región. Esto fue significativo, ya que la región elaboró sus propios análisis filogenéticos para la reunión sobre la composición de las vacunas.

5.1.4	Mejora de la capacidad de la OPS para elaborar modelos y proyecciones sobre el riesgo de los agentes patógenos que suponen grandes amenazas, incluidos aquellos que se encuentran los puntos de contacto entre animales y seres humanos	Número de herramientas que se están utilizando para elaborar modelos y proyecciones sobre el riesgo de los agentes patógenos emergentes que representan una amenaza grave, incluidos aquellos que se encuentran en los puntos de contacto entre animales y seres humanos	n/c	1	Alcanzado
-------	---	--	-----	---	-----------

Se elaboró una interfaz de modelos de proyecciones con el Instituto Internacional de Investigación sobre el Clima y la Sociedad de la Universidad de Columbia. La herramienta se denomina Maproom y está disponible para determinar la idoneidad de la transmisión por el mosquito *Aedes* (R_0). Se prevé un curso de capacitación para el 2020-2021 sobre el uso de la herramienta para la toma de decisiones en salud pública para el personal de la Sede y países seleccionados.

<p>Área programática 5.2: Preparación de los países para las emergencias de salud y el RSI (2005)</p> <p>RESULTADO INTERMEDIO: Los países tienen un programa para manejar riesgos de todo tipo en situaciones de emergencia de salud para lograr que el sector de la salud sea resiliente ante los desastres, con énfasis en las poblaciones vulnerables</p> <p>Evaluación del indicador de los resultados intermedios: 1/2 excedido, 1/2 no calificado</p> <p>Evaluación del indicador de los resultados inmediatos: 2/2 alcanzados, 2/7 alcanzados, 1/7 alcanzado parcialmente, 1/1 no alcanzado</p>	<p>Calificación: Cumplió parcialmente las expectativas</p>
--	---

Evaluación de los indicadores de resultados intermedios

RIT	Texto del indicador	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
5.2.1	Número de países y territorios que alcanzan o superan la capacidad mínima para manejar riesgos de salud pública asociados a situaciones de emergencia	19	36	Excedido
Cuarenta y tres países y territorios alcanzaron el indicador.				
5.2.2	Número de Estados Partes que tienen y mantienen las capacidades básicas previstas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005)	6/35	35/35	No calificado
<p>Como resultado de un proceso consultivo mundial formal que se realizó en el 2018, en el 2019 se introdujo una versión revisada de la herramienta propuesta para presentar el informe anual de Estado Parte a la Asamblea Mundial de la Salud. Incluye 13 capacidades revisadas que comprenden 24 indicadores (http://www.who.int/iris/bitstream/10665/272432/1/WHO-WHE-CPI-2018.16-eng.pdf?ua=1). En el 2019, 33 (94%) de los 35 Estados Partes de la Región de las Américas presentaron su informe anual a la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud.</p> <p>En los informes anuales que los Estados Partes presentaron a la Asamblea Mundial de la Salud entre el 2011 y el 2018 se observa que a nivel regional hubo una mejora constante o un estancamiento en la puntuación regional media correspondiente a todas las capacidades básicas. Sin embargo, debido a la introducción del instrumento revisado —que implica una redefinición parcial de las 13 capacidades básicas consideradas anteriormente, un conjunto diferente de indicadores, una escala de cinco puntos para medir cada indicador y un enfoque en el "acceso" a las capacidades básicas en lugar de desarrollar y mantener las capacidades básicas en cada país— no es posible analizar en esta etapa las tendencias de las puntuaciones de las capacidades básicas a nivel regional, subregional y nacional con respecto a la línea de base (2013), incluidas las habilidades de los Estados Partes de mantener las capacidades básicas.</p>				

Evaluación de los indicadores de los resultados inmediatos

RIM	Título del indicador	Texto del indicador	Línea de base (2017)	Meta (2019)	Calificación
5.2.1a	Países habilitados para hacer el seguimiento y evaluar sus capacidades en cuanto a preparativos para casos de emergencias de salud y Reglamento Sanitario Internacional	Número de Estados Partes que presentan el informe anual sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)	34	35	No alcanzado
<p>Treinta y tres países alcanzaron el indicador. Dos Estados Partes no completaron el informe anual.</p> <ul style="list-style-type: none"> La presentación del informe anual de los Estados Partes a la Asamblea Mundial de la Salud es el único componente obligatorio de los cuatro que constituyen el marco de seguimiento y evaluación del RSI. 33/35 Estados Partes presentaron su informe anual a la 70.^a Asamblea Mundial de la Salud, en el 2017 (indicado como "Línea de base (2017)"); 31/35 Estados Partes presentaron su informe anual a la 71.^a Asamblea Mundial de la Salud, en el 2018; 33/35 Estados Partes presentaron su informe anual a la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud, en el 2019; Los Estados Partes de las Américas han participado activamente en las consultas mundiales oficiales celebradas en el 2018 para la revisión de la herramienta para presentar el informe anual de los Estados Partes de conformidad con el RSI a la Asamblea Mundial de la Salud, y 25 Estados Partes han utilizado el instrumento revisado. Los ejercicios para la completar el informe anual de los Estados Partes facilitados por la OSP a nivel nacional -Argentina y Nicaragua- han suscitado varias sugerencias para la futura mejora de la herramienta. 					
5.2.1b	Países habilitados para hacer el seguimiento y evaluar sus capacidades en cuanto a preparativos para casos de emergencias de salud y Reglamento Sanitario Internacional	Número de países en los cuales se evalúan las capacidades básicas	3	9	Alcanzado parcialmente
<p>Ocho países alcanzaron el indicador.</p> <ul style="list-style-type: none"> La evaluación externa conjunta voluntaria es uno de los tres componentes voluntarios del marco de seguimiento y evaluación del RSI. Teniendo en cuenta las especificidades de la región, la OPS ha estado liderando la labor a nivel mundial para la implementación de las evaluaciones externas voluntarias en los pequeños Estados insulares en desarrollo (PEID). Por ejemplo, en el 2018 se convocó una reunión en WDC para examinar y actualizar el documento de evaluación externa conjunta y hacerlo pertinente para los PEID, con expertos de la OPS (WDC y los Países del Caribe Oriental), WPRO (oficina del Pacífico), la Sede de la OMS, el Departamento de Emergencias de Salud (PHE) (Reino Unido), los Países Bajos y el Departamento de Salud y Servicios Sociales (EE.UU.). 					

<ul style="list-style-type: none"> La OSP también participó en la 8.ª Conferencia de la Red del RSI de los Países Bajos, celebrada en Curasao, del 5 al 7 de junio del 2019, y esto reactivó los esfuerzos de varios asociados para adaptar el proceso y la herramienta de evaluación externa conjunta a los pequeños Estados insulares en desarrollo (PEID). El PHE también organizó un curso de capacitación sobre el enfoque metodológico para los exámenes <i>a posteriori</i> y los simulacros para los Estados Partes y los territorios de la subregión del Caribe. 					
5.2.1c	Países habilitados para hacer el seguimiento y evaluar sus capacidades en cuanto a preparativos para casos de emergencias de salud y Reglamento Sanitario Internacional	Número de países con planes de acción nacionales elaborados para fortalecer las capacidades	0	10	Excedido
<p>Once países alcanzaron el indicador.</p> <p>Trece países alcanzaron parcialmente el indicador.</p> <ul style="list-style-type: none"> La OPS ha llevado a cabo diferentes misiones en los países para apoyar una serie de aspectos relacionados con la aplicación, la implementación y el cumplimiento del RSI, por ejemplo, en la Argentina, Belice, el Canadá, la República Dominicana, Granada, Haití, Nicaragua, el Perú y Venezuela. La falta de una línea de base tiene que ver con la posición expresada formalmente por los Estados Partes en la Región con respecto al hecho de que la heterogeneidad entre los Estados Partes justifica un enfoque flexible para planificar las actividades nacionales pertinentes para el cumplimiento por los Estados Partes de las disposiciones del RSI, más allá del modelo de un "plan del RSI" específico. Por lo tanto, la meta para el 2019 se elaboró teniendo en cuenta las tendencias históricas del informe anual de los Estados Partes presentado a la Asamblea Mundial de la Salud, y se medirá con una puntuación, igual o superior al 80%, registrada para el indicador C1.2 - Financiamiento para la aplicación de las capacidades del RSI, incluido en el formato revisado propuesto por la Secretaría de la OMS para la presentación del informe anual de los Estados Partes, publicado en mayo del 2018, según el informe anual presentado a la 72.ª Asamblea Mundial de la Salud del 2019. Cabe señalar que en el 2017, 29 países respondieron positivamente a la pregunta "5.1.1.2 - ¿Se ha elaborado un plan nacional para lograr las capacidades básicas que requiere el RSI?" incluida en el informe anual de los Estados Partes presentado a la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud del 2017, según el formato propuesto por la Secretaría de la OMS en ese momento (ya no está disponible en el sitio web de la OMS) -Antigua y Barbuda, Argentina, Barbados, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Perú, República Dominicana, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela 					
5.2.2a	Países habilitados para fortalecer la capacidad en cuanto a los preparativos para situaciones de emergencia de salud por amenazas de todo tipo y la aplicación del RSI	Número de países y territorios que tienen un nivel crítico de capacidad para prepararse y gestionar el riesgo en situaciones de emergencia para todas las amenazas	6	17	Excedido

Veinte países y territorios cumplieron al menos cuatro de los cinco criterios para el indicador:

- 5 cumplieron los cinco criterios.
- 15 cumplieron cuatro criterios.

Nueve países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador al cumplir al menos tres criterios.

Varios países han avanzado o consolidado sus capacidades críticas. Entre los logros alcanzados al final del bienio figuran los siguientes:

- Trece países y territorios han evaluado el riesgo de desastres en el sector de la salud.
- Cuarenta y tres países han institucionalizado la gestión del riesgo de emergencias y desastres en los ministerios de salud: 20 países y territorios tienen una oficina o unidad oficial de coordinación con personal a tiempo completo y un presupuesto dedicado a la gestión del riesgo de desastres en el sector de la salud; 10 países tienen una oficina o unidad establecida, aunque no disponen de los recursos necesarios para su funcionamiento; otros 13 países y territorios cuentan con una oficina, una unidad o un centro de enlace encargados de otros asuntos y a los que también se les ha asignado esta responsabilidad.
- 30 países y territorios cuentan con un comité nacional de emergencias de salud para la coordinación y aplicación de la reducción del riesgo de desastres en el país. 5/5 en curso
- 28 países cuentan con un plan nacional de respuesta a emergencias de salud; seis de estos planes han sido actualizados o validados, aprobados y sometidos a prueba hace menos de 2 años.

5.2.2b	Países habilitados para fortalecer la capacidad en cuanto a los preparativos para situaciones de emergencia de salud por amenazas de todo tipo y la aplicación del RSI	Número de países y territorios que han realizado simulacros o exámenes <i>a posteriori</i>	0	10	Excedido
--------	--	--	---	----	----------

Treinta y tres países y territorios alcanzaron el indicador.

- Con el apoyo de la OSP, nueve países llevaron a cabo un examen *a posteriori*: fiebre amarilla en el Brasil; y los huracanes Irma y María en el Caribe (Anguila, Antigua y Barbuda, Dominica, Islas Vírgenes Británicas, isla holandesa de Sint Maarten y Turcas y Caicos).
- La OSP apoyó la participación virtual en un simulacro global sobre la gripe pandémica mundial (Brasil, Canadá, Chile, Estados Unidos, Jamaica y México) y uno en el que participaron múltiples países (Aruba, Belice, Curasao, Guyana, isla holandesa de Sint Maarten, Saba, San Eustaquio, Saint Kitts y Nevis, y Suriname).
- El Ministerio de Salud del Brasil creó un grupo de trabajo para apoyar el diseño y la ejecución de simulacros.
- La falta de una línea de base tiene que ver con los cambios del formato y las preguntas conexas del informe anual de los Estados Partes que se presentó a la 70.^a Asamblea Mundial de la Salud del 2017. Por lo tanto, la meta para el 2019 se elaboró teniendo en cuenta las tendencias históricas del informe anual de los Estados Partes presentado a la Asamblea Mundial de la Salud, y se medirá con una puntuación del 100%, registrada para al menos los siguientes indicadores: C8.1, C8.2 y C8.3, incluidos en el formato revisado propuesto por la Secretaría de la OMS para la presentación del informe anual de los Estados Partes, publicado en mayo del 2018, según el informe anual presentado a la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud del 2019.

<ul style="list-style-type: none"> Cabe señalar que se habría considerado que 32 países habían alcanzado este indicador en el 2017 sobre la base de información extrapolada de las respuestas a las preguntas 4.1.1.4, 4.1.1.5a, 5.1.1.4a y 5.1.1.9 incluida en el informe anual de los Estados Partes presentado a la 70.^a Asamblea Mundial de la Salud del 2017, de acuerdo con el formato propuesto por la Secretaría de la OMS en ese momento (ya no está disponible en el sitio web de la OMS). 					
5.2.3	Capacidad permanente para responder a emergencias y desastres relacionados con cualquier amenaza, incluidos brotes epidémicos y conflictos, y encabezar redes y sistemas para realizar una acción humanitaria eficaz	Número de representaciones de la OPS/OMS que satisfacen los criterios mínimos de preparación.	13	27	Alcanzado
<p>27 oficinas en los países alcanzaron el indicador: Argentina, Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se completó el análisis de la encuesta para la preparación de la representación de la OPS/OMS. Los resultados indican que todas las oficinas en los países han alcanzado el nivel mínimo de preparación. Sin embargo, se detectaron algunas áreas susceptibles de mejora respecto de la capacitación continua a los coordinadores para la preparación de la OPS/OMS y una difusión más amplia de los planes de contingencia y los planes de continuidad de las operaciones dentro de las representaciones. La herramienta estratégica para evaluar el riesgo provocado por peligros fue presentada a los coordinadores de la OPS de la respuesta a situaciones de emergencia de salud en las oficinas en los países en una reunión virtual; el documento y su módulo de capacitación fueron traducidos. Entre otras cosas, esta herramienta ayuda a las oficinas en los países a aplicar un enfoque basado en la evidencia a las evaluaciones de riesgos y detectar las principales amenazas para la salud. Se han creado y se están distribuyendo diferentes herramientas para apoyar los centros de operaciones de emergencia de las oficinas en los países: el panel de gestión de la información, que simplifica la visualización de la información en las salas de situación; materiales de capacitación, como un rompecabezas que facilita la comprensión de los mecanismos de coordinación en el país. 					
5.2.4	Capacidad permanente para suministrar apoyo de secretaría en la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)	Número de centros nacionales de enlace que reciben apoyo en la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)	26	35	Alcanzado
<p>La OPS apoya continuamente a los centros nacionales de enlace en los 35 Estados Partes de la región.</p> <ul style="list-style-type: none"> La OPS apoya a los 35 países en la facilitación de canales funcionales de comunicación entre los 35 centros nacionales de enlace del RSI. La red de conocimientos de los centros nacionales de enlace de la OPS está apoyando la implementación de todos los artículos del RSI relacionados con dichos centros. 					

- La OPS llevó a cabo misiones multilaterales en Antigua y Barbuda, Bahamas, Dominica, San Vicente y las Granadinas y Trinidad y Tabago para fortalecer el funcionamiento de la oficina del centro nacional de enlace para el RSI. Las actividades incluyeron la elaboración o actualización de los procedimientos operativos estándar para el centro nacional de enlace: que abarcan los componentes de vigilancia y evaluación de riesgos basadas en eventos.
- Los centros nacionales de enlace en Argentina, Belice, Brasil y Trinidad y Tabago han participado en actividades de 1 a 2 semanas de vigilancia y evaluación de riesgos basadas en eventos realizadas por el Punto de Contacto de la OMS para el RSI para las Américas (OSP).
- Se brindó cooperación técnica directa de la oficina regional a la República Dominicana, el Ecuador y Venezuela para fortalecer la capacidad del centro nacional de enlace del RSI en materia de vigilancia y gestión de la información, incluida la alerta temprana.
- La OSP apoyó a los centros nacionales de enlace en el Ecuador y el Perú para revisar su procedimiento operativo estándar para la capacidad de coordinación multisectorial, como parte del requisito de capacidad del RSI.
- Se elaboró e implementó un conjunto multilateral de herramientas para el fortalecimiento de los centros nacionales de enlace del RSI en cinco países del Caribe: Antigua y Barbuda, Bahamas, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas.

<p>Área programática 5.3: Información sobre emergencias de salud y evaluación de riesgos</p> <p>RESULTADO INTERMEDIO: Fortalecimiento de la capacidad de la OPS para realizar de manera oportuna el análisis de la situación, la evaluación de riesgos y el seguimiento de la respuesta en relación con todas las amenazas y eventos de salud de gran magnitud</p> <p>Evaluación del indicador de RIT: 1/1 alcanzado Evaluación del indicador de RIM: 2/3 excedidos, 1/3 alcanzado</p>	<p>Calificación: Cumplió parcialmente las expectativas</p>
--	---

Evaluación de los indicadores de resultados intermedios

RIT	Texto del indicador	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
5.3.1	Porcentaje de eventos agudos de salud pública en los cuales se realiza una evaluación de riesgos completa en un plazo de 72 horas	60%	100%	Alcanzado
Los 257 eventos (100%) creados en el sistema de gestión de eventos (130 eventos en el 2018 y 127 en el 2019) completaron una evaluación de riesgos en 72 horas.				

Evaluación de los indicadores de resultados inmediatos

RIM	Título del indicador	Texto del indicador	Línea de base (2017)	Meta (2019)	Calificación
5.3.1	Capacidad permanente para detectar, verificar y evaluar el riesgo de emergencias de salud posibles y en curso	Promedio de días transcurridos entre la publicación en el Sistema de Gestión de Eventos y en el sitio de información sobre eventos en el caso de eventos agudos de importancia para la salud pública internacional detectados	10	2	No alcanzado
El promedio de días transcurridos entre la publicación en el sistema de gestión de eventos y en el sitio de información sobre eventos es de 11 días respecto de todos los eventos del sistema de gestión de eventos con publicaciones en el sitio de información sobre eventos en el 2019 (10 eventos). Esto representa una disminución con respecto al promedio de 15 días (9 eventos) registrado en el 2018.					

Los factores que obstaculizan el logro de la meta son externos a la OPS, como el tiempo que toma examinar las publicaciones en el sitio de información sobre eventos en todos los niveles de la organización (la Sede de la OMS y las oficinas en los países), el retraso para obtener información corroborada de los Estados Partes y el carácter evolutivo del evento para llegar a un punto que justifique una publicación en dicho sitio.

Para alcanzar la meta, se adoptaron las siguientes medidas:

- Se han elaborado y puesto en marcha a nivel regional directrices para los eventos del sitio de información sobre eventos.
- Se determinaron las razones del retraso de 15 días registrado en el 2018 y se emprendió colaboración con la OMS, lo que resultó en una mejora entre el 2018 y el 2019.

5.3.2	Mecanismos establecidos para asegurar la capacidad institucional necesaria para hacer seguimiento de todas las operaciones en curso relacionadas con emergencias en el ámbito de la salud	Dentro de las dos semanas posteriores a la clasificación, porcentaje de eventos para los cuales se ha acordado hacer un seguimiento de un conjunto básico de indicadores de salud (resultado, riesgo o cobertura de salud) y para los que se ha empezado a trazar el mapa de los servicios de salud	80%	90%	Excedido
-------	---	---	-----	-----	----------

Se definieron indicadores para el monitoreo y se notificaron en los informes sobre la situación y el análisis de la situación de la salud pública para el 100% de las emergencias y desastres que se produjeron durante el bienio.

En el 2018: fiebre amarilla, sarampión, difteria y cólera, como también respecto de la situación de salud en Venezuela y los países fronterizos, y el Volcán de Fuego en Guatemala. También se produjeron mapas interactivos y 966 mapas estáticos (incluidos 350 sobre la fiebre amarilla, 161 relacionados con Venezuela, 111 sobre peligros naturales, entre otros).

En el 2019: 488 mapas estáticos (enfermedades epidémicas: 317; peligros naturales: 171); se produjeron 52 mapas interactivos; se actualizaron 3 conjuntos de datos cartográficos.

5.3.3	Mecanismos establecidos para asegurar la capacidad institucional necesaria para informar sobre todas las operaciones en curso relacionadas con emergencias en el ámbito de la salud	Porcentaje de peligros, eventos o crisis agudas relacionados con la salud pública de los cuales las instancias decisorias disponen de información operativa y epidemiológica pertinente en cualquier formato, dentro de la primera semana posterior a la clasificación o la publicación en el sitio de información sobre eventos.	75%	90%	Excedido
-------	---	---	-----	-----	----------

Se realizan periódicamente análisis epidemiológicos, especiales y de cohortes para contribuir a los análisis de la situación de salud pública y los informes sobre la situación que se difunden. Esto ocurrió en el 100% de los peligros, eventos o crisis agudas relacionados con la salud pública durante el bienio.

En el 2018 se prepararon y distribuyeron los siguientes productos de información:

- 6 informes sobre la situación del brote de sarampión en el Brasil
- 6 informes sobre la situación del brote de fiebre amarilla en el Brasil
- 1 informe sobre la situación de la erupción del Volcán de Fuego en Guatemala
- 1 análisis de la situación de salud pública relativa a la erupción del Volcán de Fuego en Guatemala
- 12 análisis de la situación de salud pública de Venezuela y los países fronterizos
- Informes sobre la situación relativa al cólera y la difteria en Haití

En el 2019 se prepararon y distribuyeron los siguientes productos de información para emergencias oficialmente clasificadas y no clasificadas:

- 29 alertas y actualizaciones epidemiológicas relacionadas principalmente con enfermedades inmunitarias prevenibles.
- Las alertas y actualizaciones epidemiológicas de la OPS siguen siendo la fuente autorizada de información disponible para al público sobre brotes y epidemias en Venezuela.
- Se comunicó información sobre 16 eventos en la Región de las Américas a los Estados Miembros y sus centros nacionales de enlace del RSI a través del sitio de información sobre eventos (que incluyen dengue, difteria, síndrome pulmonar por hantavirus, histoplasmosis, malaria, sarampión, *P. Aeruginosa*, *Salmonella Newport* y fiebre amarilla).
- Se publicaron 7 eventos en el sitio de información de la OMS de brotes epidémicos (Panamá: hantavirus, Argentina: hantavirus, Jamaica: dengue, el Brasil: fiebre amarilla [dos veces], México: *P. Aeruginosa* resistente, Bolivia: fiebre amarilla)
- 9 informes sobre la situación (dengue, fiebre amarilla, sarampión); 12 análisis bianuales de la situación de salud pública (Venezuela y los países fronterizos); 1 análisis de la situación de salud pública (rotura de una represa en el Brasil) y 30 actualizaciones instantáneas (Venezuela y los países fronterizos, dengue en las Américas: se destacan Honduras y Brasil; sarampión y arenavirus en Bolivia; inundaciones en el Paraguay y Venezuela; incendios en el Brasil, Bolivia, el Paraguay y el Perú; y el huracán Dorian)

Al mismo tiempo, las alertas y los boletines epidemiológicos se publicaron de manera continua y se hicieron públicos para todas las enfermedades mencionadas.

Área programática 5.4: Operaciones de emergencia

RESULTADO INTERMEDIO: Mejora del acceso de las poblaciones afectadas por emergencias a un paquete esencial de servicios de salud que pueden salvar vidas

Evaluación de los indicadores del RIT: 1/1 excedido

Evaluación de los indicadores de RIM: 3/9 excedidos, 6/9 alcanzados

**Calificación:
Cumplió las
expectativas**

Evaluación de los indicadores de resultados intermedios

RIT	Texto del indicador	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
5.4.1	Porcentaje de países y territorios que suministran un paquete esencial de servicios de salud que pueden salvar vidas en emergencias clasificadas	50%	75%	Excedido

La crisis de Venezuela y el brote de fiebre amarilla en el Brasil fueron las dos emergencias oficialmente clasificadas en la región durante el bienio. Sin embargo, los países y territorios que respondieron a las emergencias que cumplían los criterios del grado 2 también se examinaron durante la evaluación de este indicador: operaciones de emergencia relacionadas con la migración desde Venezuela hasta los países vecinos, que son el Brasil, Colombia, el Ecuador, Guyana, el Perú, Suriname y Trinidad y Tabago; tornados en Cuba; el Volcán de Fuego y los efectos para la salud como resultado de la grave sequía causada por una ola de calor prolongada en Guatemala; disturbios sociales y violencia en Nicaragua; inundaciones en Bolivia; contaminación química en Chile; el huracán Dorian en las Bahamas; brotes de dengue en Honduras y Nicaragua, brotes de cólera y difteria en Haití.

Durante el período que abarca el informe, 15 de los 16 países (94%) con situaciones de emergencia que cumplieron los criterios del grado 2 o 3 pudieron suministrar un conjunto esencial de servicios de salud que podían salvar vidas durante todos los eventos de emergencia que ocurrieron en sus territorios nacionales (Bahamas, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, Guatemala, Guyana, Honduras, Haití, Nicaragua, Perú, Suriname y Trinidad y Tabago). Los países lograron aprovechar las capacidades de sus sistemas y recursos nacionales para implementar una respuesta rápida que proporcionara directamente a las poblaciones afectadas servicios de salud preventivos, curativos, paliativos o de rehabilitación que podían salvar vidas. Los servicios esenciales proporcionados por la OPS de acuerdo con las normas del Marco de respuesta a emergencias incluyeron la coordinación de la respuesta a emergencias de salud, la adquisición y distribución de suministros y equipos esenciales, la gestión de la logística de salud humanitaria, el despliegue de equipos de respuesta rápida y personal de refuerzo, la apertura de oficinas de emergencia sobre el terreno y la movilización de recursos.

Dado el deterioro de la situación de la salud en Venezuela, la OPS apoyó a las autoridades nacionales en la coordinación de las operaciones con otros asociados de la salud y agentes humanitarios sobre el terreno, incluidas las ONG nacionales, para prestar directamente a la población servicios que podían salvar vidas y restablecer el acceso a los servicios de salud en ausencia de un sistema de salud en pleno funcionamiento.

Evaluación de los indicadores de los resultados inmediatos

RIM	Título del indicador	Texto del indicador	Línea de base (2017)	Meta (2019)	Calificación
5.4.1a	Establecimiento de mecanismos de gestión de incidentes para adoptar medidas coordinadas en todas las emergencias de salud clasificadas y prolongadas	Porcentaje de emergencias de salud clasificadas en las cuales se establece un sistema de gestión de incidentes en el país dentro de las primeras 72 horas	100%	100%	Alcanzado
<p>Se estableció y se puso en funcionamiento un sistema de gestión de incidentes en Venezuela para responder al problema humanitario relacionado con las cuestiones sociopolíticas. También se estableció en el Brasil para cuestiones relacionadas con la migración masiva y el brote de fiebre amarilla; en las Bahamas para el huracán Dorian.</p> <p>La crisis de Venezuela y el brote de fiebre amarilla en el Brasil fueron las dos emergencias oficialmente clasificadas en la región durante el bienio.</p>					
5.4.1b	Establecimiento de mecanismos de gestión de incidentes para adoptar medidas coordinadas en todas las emergencias de salud clasificadas y prolongadas	Porcentaje de emergencias de salud clasificadas en las cuales se elabora un plan de respuesta estratégica con los asociados dentro de los primeros 30 días	80%	100%	Alcanzado
<p>La crisis de Venezuela y el brote de fiebre amarilla en el Brasil fueron las dos emergencias oficialmente clasificadas en la región durante el bienio. Sin embargo, el 100% de las emergencias que cumplían los criterios del grado 2 tenía un plan estratégico de respuesta elaborado con asociados en un plazo de 30 días: Venezuela para el problema humanitario relacionado con cuestiones sociopolíticas y el brote de fiebre amarilla en el Brasil; tornados en Cuba; el Volcán de Fuego y los efectos para la salud como resultado de la grave sequía causada por una ola de calor prolongada en Guatemala; disturbios sociales y violencia en Nicaragua; inundaciones en Bolivia; contaminación química en Chile; el huracán Dorian en las Bahamas; brotes de dengue en Nicaragua y Honduras.</p> <p>La elaboración de planes de respuesta estratégica para estas emergencias se basó en reuniones periódicas, grupos de trabajo y la coordinación con las autoridades de salud nacionales y locales, y varias organizaciones que trabajan sobre el terreno, que incluyen, entre otras, la Federación Internacional, el UNICEF, OCHA, el ACNUR, el PMA, ONU Mujeres, PLAN, Save the Children, la AECID, el UNFPA, la OIM, la FAO y Direct Relief.</p>					
5.4.2a	Capacidad permanente para prestar asistencia y coordinar la ejecución de operaciones de salud conforme a las normas acordadas por medio de redes operativas de asociados y la OMS	Porcentaje de eventos recién clasificados para los que se elabora un plan de operaciones conjuntas con los asociados dentro de los primeros 30 días	80%	100%	Alcanzado
<p>El 100% de las emergencias que cumplían los criterios del grado 2 tenía un plan de operaciones conjuntas elaborado con asociados en un plazo de 30 días: Venezuela para el problema humanitario relacionado con cuestiones sociopolíticas y el brote de fiebre amarilla en el Brasil; tornados en Cuba; el Volcán de</p>					

Fuego y los efectos para la salud como resultado de la grave sequía causada por una ola de calor prolongada en Guatemala; disturbios sociales y violencia en Nicaragua; inundaciones en Bolivia; contaminación química en Chile; el huracán Dorian en las Bahamas; brotes de dengue en Nicaragua y Honduras.

La elaboración de planes de operaciones conjuntas para estas emergencias se logró mediante reuniones periódicas, grupos de trabajo y la coordinación con las autoridades de salud nacionales y locales, y varias organizaciones que trabajan en los países afectados, que incluyen, entre otras, la Federación Internacional, el UNICEF, OCHA, el ACNUR, el PMA, ONU Mujeres, PLAN, Save the Children, la AECID, el UNFPA, la OIM, la FAO y Direct Relief.

5.4.2b	Capacidad permanente para prestar asistencia y coordinar la ejecución de operaciones de salud conforme a las normas acordadas por medio de redes operativas de asociados y la OMS	Número de asociados de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes que prestan apoyo en la alerta, la evaluación de riesgos y la respuesta a los eventos y emergencias de salud pública	25	30	Excedido
--------	---	--	----	----	----------

Actualmente hay 35 asociados de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes que prestan apoyo en la alerta, la evaluación de riesgos y la respuesta a los eventos y emergencias de salud pública en la región.

5.4.2c	Capacidad permanente para prestar asistencia y coordinar la ejecución de operaciones de salud conforme a las normas acordadas por medio de redes operativas de asociados y la OMS	Número de asociados en modo de espera disponibles para desplegar personal en apoyo a operaciones de emergencia	3	5	Excedido
--------	---	--	---	---	----------

Seis asociados en modo de espera, seis equipos médicos de emergencia verificados (BAR, CRI y ECU 93) y 1 ONG de EE.UU.) y 33 equipos médicos de emergencia (incluidos 10 equipos médicos de emergencia nacionales de la Argentina, Barbados, Chile, Colombia, Cuba, México, el Perú y el Uruguay, y 23 ONG de Barbados, el Canadá y los Estados Unidos) en proceso de clasificación, actualmente están disponibles para desplegar personal en apoyo de operaciones de emergencia.

- En el 2018 se mantuvieron acuerdos con Direct Relief, el Informe sobre desarrollo humano de las Naciones Unidas y Logística Humanitaria para apoyar el despliegue de equipos, suministros y medicamentos en los países afectados.
- Además, la OPS inició negociaciones con 3 nuevas organizaciones para establecer una alianza en modo de espera durante emergencias y desastres: Project Hope, Proyecto Esperanza y RET. Se prevé que los acuerdos se firmen a principios del 2020.
- La Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria (AIDIS) también está dispuesta a apoyar actividades relacionadas con WASH, incluida la evaluación en los centros de salud afectados por emergencias y desastres.
- El acuerdo con los Cascos Blancos se renovó para cooperar en las áreas de preparación, asistencia humanitaria y sistemas logísticos.

5.4.2d	Capacidad permanente para prestar asistencia y coordinar la ejecución de operaciones de salud conforme a las	Porcentaje de grupos de acción de salud de los países que disponen de un coordinador del grupo a tiempo completo	50%	100%	Alcanzado
--------	--	--	-----	------	-----------

	normas acordadas por medio de redes operativas de asociados y la OMS				
<p>El 100% de los grupos de acción de salud en la Región de las Américas dispone de un coordinador del grupo a tiempo completo. A diciembre del 2019, 2 países tienen grupos de acción de salud: Colombia y Venezuela.</p> <p>El grupo de salud de Colombia ha estado activo desde el 2006. El Ministerio de Salud y la OPS/OMS codirigen el grupo. Actualmente hay 59 asociados en este grupo, que incluyen 30 ONG internacionales, 9 ONG nacionales, 11 organismos de las Naciones Unidas, 7 autoridades nacionales y 2 donantes. El grupo tiene 4 centros subnacionales en Cúcuta, Riohacha, Arauca e Ipiales, dirigidos a 980.000 de los 4,5 millones de personas necesitadas en todo el país. Los tres objetivos fijados en el 2019 para el sector de la salud son mejorar el acceso a los servicios de salud en comunidades remotas y vulnerables; fortalecer la salud mental, la salud sexual y reproductiva y la asistencia maternoinfantil en áreas específicas; y aumentar las capacidades nacionales de las autoridades de salud para prestar servicios de salud ininterrumpidos durante emergencias complejas.</p> <p>En Venezuela, el grupo de salud se activó en el 2019. La OPS dirige el grupo. Actualmente hay 26 asociados en este grupo, que incluyen 3 ONG internacionales, 11 ONG nacionales, 8 organismos de las Naciones Unidas y 1 autoridad nacional. El grupo se dirige a 1,2 millones de los 2,8 millones de personas necesitadas en todo el país.</p>					
5.4.2e	Capacidad permanente para prestar asistencia y coordinar la ejecución de operaciones de salud conforme a las normas acordadas por medio de redes operativas de asociados y la OMS	Número de equipos médicos de emergencia verificados o adiestrados a nivel regional	5	15	Excedido
<p>Actualmente hay 6 equipos médicos de emergencia verificados y otros 33 están en el proceso de adiestramiento para lograr la clasificación de la OMS.</p> <p>Los equipos médicos de emergencia clasificados y disponibles para su despliegue son los de tipo 1 (fijo) de Costa Rica, el de tipo 2 y la célula quirúrgica especializada del Ecuador, el de tipo 1 de la ONG Team Rubicon de los EE.UU. y el de tipo 1 fijo de la Fuerza de Defensa de Barbados. Los 33 equipos médicos de emergencia en proceso de clasificación pueden ser desplegados de la Argentina, Barbados, el Canadá, Chile, Colombia, Cuba, los Estados Unidos, México, el Perú y el Uruguay para proporcionar capacidad de refuerzo y satisfacer la demanda de servicios de salud especializados durante emergencias y desastres.</p>					
5.4.3	Capacidad permanente para proporcionar suministros, servicios de logística y apoyo operativo en todas las emergencias de salud clasificadas y prolongadas	Porcentaje de emergencias para las que se ofrecen suministros y apoyo operativo dentro de la primera semana	100%	100%	Alcanzado
<p>El 100% de los eventos de emergencia que ocurrieron durante el año recibieron apoyo operativo y suministros, incluido el despliegue de personal de emergencia, dentro de las 48 horas siguientes al inicio de la emergencia o la solicitud de apoyo.</p>					

Esto incluye emergencias en 21 países de las Américas (Argentina, Bahamas, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname, Trinidad y Tabago y Venezuela).

Esto fue posible gracias a la presencia del personal de la OPS, incluidos los coordinadores de la respuesta a desastres en las oficinas en los países, complementada por la rápida movilización de expertos en la materia procedentes de la oficina regional, los Estados Miembros y los asociados. Los coordinadores de las oficinas en los países se despliegan inmediatamente para realizar evaluaciones y prestar apoyo a las autoridades nacionales en la elaboración de planes de acción, y para coordinar las medidas más urgentes. Los expertos procedentes de la oficina regional, los Estados miembros y los asociados se despliegan en un plazo de 48 horas tras la recepción de la solicitud de despliegue de emergencia.

El rápido despliegue de suministros, equipo y medicamentos se logró mediante el posicionamiento previo de artículos esenciales en los tres almacenes de la OPS ubicados en Panamá (UNHCR, Logística Humanitaria y el Instituto Gorgas), la oficina en el país en Barbados y la oficina regional.

5.4.4	Mejora de la capacidad a nivel de país para elaborar políticas y medidas intersectoriales a fin de abordar la respuesta humanitaria en el ámbito de la salud	Número de documentos de orientación elaborados en colaboración con los asociados para subsanar las deficiencias relativas a las políticas o de carácter técnico en la ayuda humanitaria prioritaria en el ámbito de la salud	n/a	1	Alcanzado
-------	--	--	-----	---	-----------

En el 2019, la OPS finalizó y publicó el Documento de orientación sobre migración y salud. El documento es producto de una amplia labor interprogramática para subsanar las carencias humanitarias de salud relacionadas con los migrantes. El documento de orientación sirve de recurso para que los Estados Miembros afronten los retos de salud pública y del sistema de salud relacionados con la migración, incluida la promoción y protección de la salud de los migrantes a lo largo de su proceso de migración. Su objetivo es apoyar la integración de las necesidades de salud de los migrantes en las políticas, estrategias y programas nacionales de salud, para proteger la salud no solo de esta población, sino también la de la población de acogida. Se espera que contribuya a la protección general de la salud y el bienestar de los pueblos de las Américas, ya sean poblaciones de acogida o migrantes, reconociendo que nadie debe quedarse atrás.

El documento de orientación consiste en las siguientes cinco líneas estratégicas de acción:

- Fortalecer la vigilancia de la salud, la gestión de la información y el monitoreo
- Mejorar el acceso a los servicios de salud para la población migrante y de acogida
- Mejorar la comunicación y el intercambio de información para contrarrestar la xenofobia, la estigmatización y la discriminación
- Fortalecer las alianzas, las redes y los marcos de múltiples países para comprender la situación y promover y proteger la salud de los migrantes
- Adaptar políticas, programas y marcos jurídicos para promover y proteger la salud y el bienestar de los migrantes

Área programática 5.5: Servicios básicos de emergencia RESULTADO INTERMEDIO: Programa de emergencias de salud de la OPS bien dotado y eficiente para brindar apoyo a los programas nacionales de emergencias de salud Evaluación de los indicadores del RIT: 1/1 excedido Evaluación de los indicadores de RIM: 3/6 alcanzados, 1/1 no alcanzado	Calificación: Cumplió las expectativas
---	---

Evaluación de los indicadores de resultados intermedios

RIT	Texto del indicador	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
5.5.1	Porcentaje de requerimientos básicos financiados por los recursos básicos de la OPS/OMS o acuerdos de financiamiento plurianuales	n/c	50%	Excedido
El 75% del financiamiento para la Categoría 5 provino de recursos básicos flexibles y acuerdos de financiamiento plurianuales de la OFDA, HHS y los CDC de los Estados Unidos; Asuntos Mundiales Canadá del Canadá; y el Brasil.				

Evaluación de los indicadores de los resultados inmediatos

RIM	Título del indicador	Texto del indicador	Línea de base (2017)	Meta (2019)	Calificación
5.5.1a	Capacidad permanente para administrar de manera eficaz el programa de emergencias de salud	Porcentaje del presupuesto básico disponible a la mitad del bienio	75%	75%	No alcanzado
El 71% (~\$40 millones) del Programa y Presupuesto de la OPS 2018-19 para la Categoría 5 (\$56,4 millones) financiado con fondos flexibles y contribuciones voluntarias estaba disponible a la mitad del punto del bienio (diciembre del 2018). Esto incluyó ~25,5 millones de euros de fondos flexibles combinados de la OPS y de la OMS para emergencias de salud. Antes del final del primer trimestre del 2019, se disponía de un poco más del 75% de los fondos del presupuesto básico.					
5.5.1b	Capacidad permanente para administrar de manera eficaz el programa de emergencias de salud	Porcentaje de emergencias clasificadas y prolongadas en las cuales los fondos iniciales de hasta US\$ 500.000 están	100%	100%	Alcanzado

		disponibles en un plazo de 24 horas tras la clasificación			
<p>El financiamiento inicial puesto a disposición para todas las emergencias declaradas de la OPS que cumplían los criterios del grado 2 provino de los dos fondos de emergencia de la OPS, según fuera necesario. Estas incluyeron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brotes de difteria en Venezuela y Haití • Brote de fiebre amarilla en el Brasil • Brote de fiebre amarilla en Venezuela • Crisis sociopolítica de Venezuela y las repercusiones en los países vecinos 					
5.5.1c	Capacidad permanente para administrar de manera eficaz el programa de emergencias de salud	Porcentaje de emergencias clasificadas y prolongadas en las cuales los equipos de respuesta rápida de la OPS están desplegados dentro de las 72 horas siguientes a la decisión de enviarlos	75%	75%	Alcanzado
<p>Durante 2018-19, la OPS movilizó a 78 expertos internacionales para responder a 13 emergencias. Estas incluyeron:</p> <p>En el 2018:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Respuesta de la OMS al ébola en la República Democrática del Congo: 1 experto en gestión de las amenazas infecciosas para apoyar la vacunación contra el ébola; 2. Desbordamiento de vertederos en Bolivia: 2 ingenieros ambientales para la evaluación de necesidades y la coordinación de respuestas; 3. Inundaciones en Bolivia: 1 experto en coordinación y gestión de emergencias; 4. Contaminantes peligrosos en los municipios de Quintero y Puchuncavi en Chile: 2 expertos en investigación epidemiológica y comunicaciones en situaciones de crisis; 5. Huracán María en Dominica: 1 misión de expertos se prorrogó hasta agosto del 2018 para apoyar la logística, la coordinación y la gestión de la información. 6. Erupción del Volcán de Fuego en Guatemala: 2 expertos para apoyar los sistemas de gestión de incidentes y realizar un estudio sobre el impacto a largo plazo de las cenizas volcánicas en la salud pública. 7. Crisis sociopolítica en Honduras: 1 experto movilizado para apoyar al Ministerio de Salud en la evaluación de las necesidades. 8. Brote de fiebre amarilla en el Brasil: 2 expertos movilizados dos veces para apoyar al Ministerio de Salud en la gestión de la información de salud y la inmunización. 9. Operaciones de respuesta de Venezuela en el 2018: un total de 28 expertos internacionales desplegados en Venezuela, Colombia y Guyana para apoyar una amplia variedad de áreas técnicas, incluidas la detección, la verificación y la respuesta a la difteria; diagnóstico molecular de la fiebre amarilla; vigilancia y manejo clínico de la difteria; prevención y control de infecciones y manejo clínico; logística; administración y gestión de programas; establecimiento y mantenimiento de la cadena de frío; inmunizaciones; vigilancia y evaluación de riesgos; gestión de la información epidemiológica; sistema de gestión de incidentes; y adquisiciones. 					

En el 2019

1. Respuesta de la OMS al Ébola en la República Democrática del Congo: 1 funcionario de la OPS en calidad de Jefe de Gabinete y coordinador de asociados estratégicos para la respuesta a la enfermedad por el virus del Ébola en Goma;
2. Respuesta al ciclón Idai de la OMS en Mozambique: 1 funcionario de la OPS para proporcionar adquisición de apoyo y logística;
3. Disturbios civiles en Haití: 1 experto en logística enviado para apoyar la actividad realizada en PROMESS;
4. Posible brote de fiebre hemorrágica en Bolivia: 1 experto enviado con fines de investigación;
5. Operaciones de respuesta de Venezuela en el 2019: un total de 17 expertos internacionales desplegados en Venezuela, Colombia y Guyana para apoyar una amplia variedad de áreas técnicas, incluidas la detección, la verificación y la respuesta a la difteria; diagnóstico molecular de la fiebre amarilla; vigilancia y manejo clínico de la difteria; prevención y control de infecciones y manejo clínico; logística; administración y gestión de programas; establecimiento y mantenimiento de la cadena de frío; inmunizaciones; vigilancia y evaluación de riesgos; gestión de la información epidemiológica; sistema de gestión de incidentes; y adquisiciones;
6. El huracán Dorian en las Bahamas: un total de 17 expertos internacionales desplegados para apoyar una amplia variedad de áreas técnicas que incluyeron lo siguiente: gestión y administración de programas, salud mental y apoyo psicosocial, apoyo a la salud ambiental, adquisición, control de vectores, sistemas y servicios de salud, gestión de la información epidemiológica, información de emergencias de salud y evaluación de riesgos, gestión de amenazas infecciosas, gestión de la información, medios de difusión y comunicaciones, agua y saneamiento y salud ambiental, Multimedia y apoyo del equipo médico de emergencia.

Los despliegues incluyeron ya fuese consultores y personal contratados internacionalmente o personal de la OPS destinado dentro de los países afectados. En todos los casos, la OPS tenía personal sobre el terreno dentro de las 72 horas que seguían a la decisión de despliegue, ya fuese a partir de despliegues internacionales o del personal de la OPS destinado en el país afectado.

5.5.1d	Capacidad permanente para administrar de manera eficaz el programa de emergencias de salud	Porcentaje de los objetivos de las listas que se han cubierto con integrantes internos y externos de la lista previamente habilitados	50%	75%	Excedido
--------	--	---	-----	-----	----------

El objetivo mínimo de la lista consolidada es de al menos 84 miembros internos y externos aprobados previamente, desglosados por las áreas técnicas enumeradas a continuación. El número actual de miembros aprobados previamente es de 172. Por lo tanto, el 205% de los objetivos de la lista se lograron en diciembre del 2019.

- Coordinación de emergencia: mínimo 10. Actual: 19 (190%)
- Administración: mínimo 10. Actual: 11 (110%)
- Sistemas de salud: mínimo 5. Actual: 2 (40%)
- Epidemiología: mínimo 10. Actual: 21 (210%)
- Agua y saneamiento: mínimo 10. Actual: 25 (250%)
- Logística: mínimo 10. Actual: 30 (300%)

<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de la información y comunicaciones: mínimo 5. Actual: 22 (440%) • Salud mental: mínimo 10. Actual: 37 (370%) • Control de vectores: mínimo 4. Actual: 1 (25%) • Ingeniería civil y arquitectura: mínimo 5. Actual: 4 (80%) 					
5.5.2	Capacidad permanente para difundir información sobre las emergencias de salud y garantizar un financiamiento sostenible de manera exacta y oportuna	Número de donantes que apoyan económicamente el programa de emergencias de salud de la OPS mediante contribuciones voluntarias de más de \$1 millón por bienio	5	6	Alcanzado
<p>Durante 2018-19 se contó con el apoyo de \$1 millón o más procedente de los siguientes donantes para la labor del programa de emergencias de salud en el bienio 2018-19 (excluye el financiamiento para la respuesta de emergencia):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Centros para el Control y la Protección de Enfermedades de los Estados Unidos de América 2. USAID/OFDA de los Estados Unidos de América 3. Canadá (Asuntos Mundiales Canadá); 4. DFID del Reino Unido 5. Unión Europea 6. PIP de la OMS 					
5.5.3	Capacidad permanente para brindar liderazgo, planificación y gestión eficaces del desempeño del Programa de Emergencias de Salud	Calificación porcentual obtenida en la evaluación anual del programa de emergencias	n/c	70%	Excedido
<p>La evaluación anual del desempeño del programa de emergencias se completó respecto del 2018 (el logro del 100% de los resultados está en curso) y del 2019 (se logró el 82,5% de los resultados).</p> <p>En el contexto más amplio de la reforma del programa de emergencia de salud de la OMS, el Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión presentó su primer informe a los órganos deliberantes de la OMS en enero del 2019 para el período comprendido entre mayo del 2018 y mayo del 2020 y su séptimo informe a los órganos deliberantes de la OMS en enero del 2019.</p> <p>La OMS estableció el Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión para el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS (en adelante «el Comité») para que orientara la creación del nuevo Programa, siguiera de cerca el trabajo de la OMS en brotes y emergencias y asumiera las labores de supervisión al respecto. La OPS no se menciona en el informe, pero algunos de los retos y oportunidades del Programa de Emergencias Sanitarias señalados por el Comité son pertinentes para la OPS. La Organización ha progresado significativamente en la ejecución del programa PHE, desde su creación el 15 de septiembre del 2016, aprovechando los sistemas y procesos establecidos en los últimos 42 años. Los progresos han sido notables especialmente en la estructura (incluidos el presupuesto y los recursos humanos), la gestión de incidentes, la evaluación de riesgos, las alianzas y el RSI; particularmente con respecto al desempeño de la OPS en situaciones de brotes y emergencias a nivel nacional. Se siguen realizando esfuerzos en la OPS para aplicar medidas encaminadas a afrontar los retos</p>					

detectados, teniendo en cuenta los resultados de las actividades relacionadas con las enseñanzas extraídas que se llevan a cabo después de brotes y desastres significativos.

<p>Área programática 5.6: Reducción del riesgo de desastres y proyectos especiales</p> <p>RESULTADO INTERMEDIO: Los países tienen un programa para reducir riesgos de todo tipo en situaciones de emergencia de salud y desastres para lograr que el sector de la salud sea resiliente ante los desastres</p> <p>Evaluación de los indicadores del RIT: 1/1 alcanzado parcialmente</p> <p>Evaluación de los indicadores del RIM: 2/2 excedidos, 1/5 alcanzado, 2/5 alcanzados parcialmente</p>	<p>Calificación: Cumplió parcialmente las expectativas</p>
--	---

Evaluación de los indicadores de resultados intermedios

RIT	Texto del indicador	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
5.6.1	Número de países y territorios que están ejecutando intervenciones que reducen el riesgo de desastres en el sector de la salud y aumentan la resiliencia a nivel de la comunidad	11	35	Alcanzado parcialmente
Veintiocho países alcanzaron el indicador.				

Evaluación de los indicadores de los resultados inmediatos

RIM	Título del indicador	Texto del indicador	Línea de base (2017)	Meta (2019)	Calificación
5.6.1	Países habilitados para mejorar la seguridad y la protección de las redes integradas de servicios de salud	Número de países y territorios que incluyen criterios sobre hospitales seguros en la planificación, el diseño, la construcción y las operaciones de los servicios de salud	22	27	Alcanzado parcialmente
Veintitrés países y territorios alcanzaron el indicador.					
Seis países alcanzaron parcialmente el indicador.					
5.6.2a	Países habilitados para fortalecer la capacidad en cuanto a la reducción del riesgo de situaciones de emergencia y	Número de países y territorios que han evaluado el riesgo de situaciones de emergencia y desastres en el sector de la salud	0	19	Alcanzado parcialmente

	desastres por amenazas de todo tipo en el ámbito de la salud				
Trece países y territorios alcanzaron el indicador.					
Ocho países alcanzaron parcialmente el indicador.					
5.6.2b	Países habilitados para fortalecer la capacidad en cuanto a la reducción del riesgo de situaciones de emergencia y desastres por amenazas de todo tipo en el ámbito de la salud	Número de países y territorios con personal de tiempo completo asignado a la reducción del riesgo de situaciones de emergencia y desastres	16	22	Excedido
Treinta países alcanzaron el indicador.					
Once países y territorios alcanzaron parcialmente el indicador.					
5.6.2c	Países habilitados para fortalecer la capacidad en cuanto a la reducción del riesgo de situaciones de emergencia y desastres por amenazas de todo tipo en el ámbito de la salud	Número de países y territorios que tienen un mecanismo sectorial para la coordinación, la aplicación y el seguimiento de la gestión del riesgo de situaciones de emergencia y desastres en el ámbito de la salud	22	29	Excedido
Treinta países y territorios alcanzaron el indicador.					
Cinco países alcanzaron parcialmente el indicador.					
5.6.3	Países habilitados para incorporar en ciertos establecimientos de salud las normas de seguridad y de adaptación al clima que sean más factibles a fin de mejorar su resiliencia y reducir la repercusión que tienen en el medioambiente	Número de países y territorios que incluyen criterios para la mitigación de desastres y la adaptación al cambio climático en la planificación, el diseño, la construcción y las operaciones de los servicios de salud	3	10	Alcanzado
Diez países y territorios alcanzaron el indicador.					
Cinco países alcanzaron parcialmente el indicador.					

<p>Área programática 5.7: Respuesta a los brotes y las crisis</p> <p>RESULTADO INTERMEDIO: Todos los países responden adecuadamente a las amenazas y emergencias que tienen consecuencias para la salud pública</p> <p>Evaluación de los indicadores del RIT: 1/1 alcanzado Evaluación de los indicadores del RIM: 5/5 excedidos</p>	<p>Calificación: Cumplió las expectativas</p>
--	--

Evaluación de los indicadores de resultados intermedios

RIT	Texto del indicador	Línea de base (2013)	Meta (2019)	Calificación
5.7.1	Porcentaje de países y territorios que han demostrado una respuesta adecuada ante una situación de emergencia ocasionada por cualquier tipo de peligro, con una evaluación inicial coordinada y un plan de respuesta del sector de la salud en las 72 horas siguientes al inicio de la emergencia	100% (2015)	100%	Alcanzado
<p>La crisis de Venezuela y el brote de fiebre amarilla en el Brasil fueron las dos emergencias oficialmente clasificadas en la región durante el bienio. Sin embargo, los países y territorios que respondieron a las emergencias que cumplían los criterios del grado 2 también se examinaron durante la evaluación de este indicador: Venezuela para el problema humanitario relacionado con las cuestiones sociopolíticas y el brote de fiebre amarilla en el Brasil; tornados en Cuba; el Volcán de Fuego y los efectos para la salud como resultado de la grave sequía causada por una ola de calor prolongada en Guatemala; disturbios sociales y violencia en Nicaragua; inundaciones en Bolivia; contaminación química en Chile; el huracán Dorian en las Bahamas; brotes de dengue en Honduras y Nicaragua, brotes de cólera y difteria en Haití. En todas estas emergencias se proporcionó una respuesta adecuada con una evaluación inicial coordinada y un plan de respuesta del sector de la salud en las 72 horas siguientes al inicio de la emergencia.</p>				

Evaluación de los indicadores de los resultados inmediatos

RIM	Título del indicador	Texto del indicador	Línea de base (2017)	Meta (2019)	Calificación
5.7.1	Países habilitados para prevenir y controlar brotes de enfermedades en todas las situaciones de emergencia y desastres con consecuencias para la salud pública	Porcentaje de emergencias de grados 2 y 3 en las que la Oficina Sanitaria Panamericana cumple las normas de desempeño relativas a la gestión de las amenazas infecciosas	n/c	70%	Excedido

El 100% de las emergencias de grado 2 y 3 cumplieron las normas de desempeño de la OSP relativas a la gestión de las amenazas infecciosas.

En el Brasil se declaró una emergencia de grado 2 en el contexto del brote de fiebre amarilla y también hubo brotes de sarampión y difteria en Venezuela y los países vecinos en el contexto de la crisis migratoria en curso en América del Sur; brotes de dengue en Honduras, Nicaragua y Jamaica; síndrome neurológico agudo en el Perú; casos de fiebre hemorrágica causada por el arenavirus en Bolivia; infecciones respiratorias agudas graves en Guyana; síndrome de Guillain-Barré en el Perú; brote de sarampión D8 en la Argentina no relacionado con los brotes registrados en Venezuela y los países vecinos; brotes de cólera y difteria en Haití.

Todas estas emergencias fueron atendidas y monitoreadas de conformidad con las normas de desempeño del Marco de respuesta a emergencias, incluido lo siguiente:

- Monitoreo e intercambio de información pertinente para la toma de decisiones
- Activación de la capacidad de refuerzo para asegurar un asesoramiento sobre políticas adecuado y conocimientos técnicos para las autoridades de salud y los asociados a fin de establecer y ejecutar un programa de trabajo para responder a la emergencia
- Promoción y monitoreo de la aplicación de protocolos nacionales o internacionales de normas, metodologías, herramientas y mejores prácticas de salud

5.7.2	Países habilitados para mejorar el acceso a servicios básicos de salud en todas las situaciones de emergencia y desastres con consecuencias para la salud pública	Porcentaje de emergencias de grados 2 y 3 en las que la Oficina Sanitaria Panamericana cumple las normas de desempeño relativas a la preparación de los países para las emergencias de salud y el RSI	n/c	70%	Excedido
-------	---	---	-----	-----	----------

La crisis de Venezuela y el brote de fiebre amarilla en el Brasil fueron las dos emergencias oficialmente clasificadas en la región durante el bienio. Sin embargo, se aplicaron normas de desempeño pertinentes relativas a la preparación de los países para las emergencias en todas las emergencias que cumplían los criterios de grado 2, entre ellas: Venezuela para el problema humanitario relacionado con las cuestiones sociopolíticas y el brote de fiebre amarilla en el Brasil; tornados en Cuba; el Volcán de Fuego y los efectos para la salud como resultado de la grave sequía causada por una ola de calor prolongada en Guatemala; disturbios sociales y violencia en Nicaragua; inundaciones en Bolivia; contaminación química en Chile; el huracán Dorian en las Bahamas; brotes de dengue en Honduras y Nicaragua, brotes de cólera y difteria en Haití.

5.7.3	Países habilitados para fortalecer la vigilancia y la información de salud en todas las situaciones de emergencia y desastres con consecuencias para la salud pública	Porcentaje de emergencias de grados 2 y 3 en las que la Oficina Sanitaria Panamericana cumple las normas de desempeño relativas a información sobre emergencias de salud y evaluación de riesgos	n/c	70%	Excedido
-------	---	--	-----	-----	----------

La crisis de Venezuela y el brote de fiebre amarilla en el Brasil fueron las dos emergencias oficialmente clasificadas en la región durante el bienio. Sin embargo, se aplicaron normas de desempeño pertinentes relativas a la información sobre emergencias de salud y evaluación de riesgos en todas las emergencias que

cumplían los criterios de grado 2, entre ellas: Venezuela para el problema humanitario relacionado con las cuestiones sociopolíticas y el brote de fiebre amarilla en el Brasil; tornados en Cuba; el Volcán de Fuego y los efectos para la salud como resultado de la grave sequía causada por una ola de calor prolongada en Guatemala; disturbios sociales y violencia en Nicaragua; inundaciones en Bolivia; contaminación química en Chile; el huracán Dorian en las Bahamas; brotes de dengue en Honduras y Nicaragua, brotes de cólera y difteria en Haití.

Algunos ejemplos de las medidas adoptadas incluyen:

- La emisión del informe inicial sobre la situación interna dentro de las primeras 72 horas siguientes a la declaración de emergencia
- El establecimiento o refuerzo de la alerta temprana y la respuesta dentro de los primeros 10 días siguientes a la declaración de emergencia
- La creación de un marco de monitoreo para la respuesta

5.7.4	Coordinación eficaz y prestación de apoyo a las operaciones en el ámbito de la salud en todas las situaciones de emergencia y desastres con consecuencias para la salud pública	Porcentaje de emergencias de grados 2 y 3 en las que la Oficina Sanitaria Panamericana cumple las normas relativas a operaciones de emergencia	n/c	70%	Excedido
-------	---	--	-----	-----	----------

La crisis de Venezuela y el brote de fiebre amarilla en el Brasil fueron las dos emergencias oficialmente clasificadas en la región durante el bienio. Sin embargo, se aplicaron normas de desempeño pertinentes relativas a operaciones de emergencia en todas las emergencias que cumplían los criterios de grado 2, entre ellas: Venezuela para el problema humanitario relacionado con las cuestiones sociopolíticas y el brote de fiebre amarilla en el Brasil; tornados en Cuba; el Volcán de Fuego y los efectos para la salud como resultado de la grave sequía causada por una ola de calor prolongada en Guatemala; disturbios sociales y violencia en Nicaragua; inundaciones en Bolivia; contaminación química en Chile; el huracán Dorian en las Bahamas; brotes de dengue en Honduras y Nicaragua, brotes de cólera y difteria en Haití.

Algunos ejemplos de las medidas adoptadas incluyen:

1. Seguridad de todo el personal, mediante la actualización y activación cuando sea necesario de las llamadas en cascada.
2. Todas las emergencias clasificadas tienen un equipo activo de gestión de incidentes en el país al que se le han asignado funciones críticas, con un apoyo general prestado por el equipo regional de gestión de incidentes ubicado en la Sede de la OPS.
3. Se activaron las listas para apoyar la capacidad de refuerzo en áreas funcionales durante la emergencia.
4. Se convocaron reuniones en curso del sector de la salud, y una reunión del grupo de salud en Colombia, en su papel de agencia líder de salud. Esto ha permitido la elaboración de planes de respuesta estratégica y de operaciones conjuntas, así como una respuesta más eficaz y coordinada.
5. Todas las emergencias se beneficiaron de la publicación oportuna de informes sobre la situación y análisis de la situación de salud pública para la coordinación y la toma de decisiones.

Se han elaborado planes de apoyo a las operaciones y adquisiciones logísticas para agilizar la distribución de suministros y equipo esenciales a la población en riesgo, especialmente durante emergencias complejas como la situación de salud en Venezuela y los países vecinos.

5.7.5	Ejecución de la gestión de programas de respuesta a brotes y crisis en todas las situaciones de emergencia y	Porcentaje de emergencias de grados 2 y 3 en las que la Oficina Sanitaria Panamericana cumple las normas	n/c	70%	Excedido
-------	--	--	-----	-----	----------

	desastres con consecuencias para la salud pública	relativas a servicios básicos de emergencia			
<p>La crisis de Venezuela y el brote de fiebre amarilla en el Brasil fueron las dos emergencias oficialmente clasificadas en la región durante el bienio. Sin embargo, se aplicaron normas de desempeño pertinentes relativas a servicios básicos de emergencia en todas las emergencias que cumplieran los criterios de grado 2, entre ellas: Venezuela para el problema humanitario relacionado con las cuestiones sociopolíticas y el brote de fiebre amarilla en el Brasil; tornados en Cuba; el Volcán de Fuego y los efectos para la salud como resultado de la grave sequía causada por una ola de calor prolongada en Guatemala; disturbios sociales y violencia en Nicaragua; inundaciones en Bolivia; contaminación química en Chile; el huracán Dorian en las Bahamas; brotes de dengue en Honduras y Nicaragua, brotes de cólera y difteria en Haití.</p> <p>Algunos ejemplos de las medidas adoptadas incluyen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se solicitaron y asignaron fondos del Fondo para Contingencias relacionadas con Emergencias para ejecutar la respuesta regional a las emergencias, y también para colmar las brechas críticas en el financiamiento. La OPS también puso a disposición fondos de su Fondo de Emergencia para Epidemias y del Fondo de Emergencia para Situaciones de Desastres de la OPS a fin de poner en marcha las operaciones de respuesta. 2. Se publicaron alertas de donantes globales y se movilizaron cerca de \$40,5 millones procedentes de donantes clave para emergencias en el 2018-2019. 					